

Утверждены приказом
Генерального директора
АО СК «БАСК»
от 30 апреля 2019 года № 63-УК

действуют с 7 мая 2019 года

ПРАВИЛА ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

СОДЕРЖАНИЕ:

1. Общие положения
2. Объект страхования
3. Страховые случаи и объем страховой ответственности
4. Исключения из объема страховой ответственности
5. Заключение Договора страхования
6. Страховая сумма
7. Франшиза
8. Территория страхования
9. Определение размера страховой премии (страхового взноса) и порядок ее уплаты
10. Порядок и условия определения и осуществления страховой выплаты
11. Права и обязанности Сторон
12. Персональные данные
13. Срок действия и прекращения Договора страхования
14. Изменение условий Договора страхования
15. Прочие условия
16. Разрешение споров
17. Досудебное урегулирование споров

1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

1.1. Настоящие Правила добровольного медицинского страхования (далее - Правила страхования) разработаны в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации и содержат условия, на которых Акционерное общество Страховая компания «БАСК», именуемое в дальнейшем «Страховщик», гарантирует организацию и оплату медицинских услуг, медико-транспортных и иных услуг в соответствии с Программами добровольного медицинского страхования, прилагаемыми к настоящим Правилам, при возникновении страхового случая, возникшего вследствие расстройства здоровья Застрахованного или состояния Застрахованного, требующих организации и оказания таких услуг, а также проведения профилактических мероприятий, снижающих степень опасных для жизни или здоровья Застрахованного угроз и (или) устраняющих их.

1.2. Основные термины, используемые в Правилах страхования.

Договор страхования (полис) — письменное соглашение между Страховщиком и Страхователем (далее – Стороны), в силу которого Страховщик обязуется за обусловленную Договором страхования плату организовать и/или финансировать предоставленную Застрахованному медицинскую помощь определенного объема и иные услуги по Программам добровольного медицинского страхования, а Страхователь обязуется уплатить страховую премию (страховой взнос) в установленные Договором страхования сроки.

Программа добровольного медицинского страхования (далее - Программа) — перечень видов медицинской помощи, который может быть оплачен Страховщиком, с указанием общей страховой суммы и/или отдельных страховых сумм (лимитов ответственности Страховщика) по каждому виду помощи, страховые риски и возможные расходы, которые предусматривает страховой полис. К Программе добровольного медицинского страхования прилагается также перечень медицинских учреждений, где Застрахованный может получить медицинские услуги.

Полисные условия — выдержки из Правил страхования, ориентированные на Страхователя и Застрахованного.

Страховой риск - предполагаемое событие, на случай наступления которого проводится страхование. Событие, рассматриваемое в качестве страхового риска, должно обладать признаками вероятности и случайности его наступления.

Страховой случай - совершившееся событие, предусмотренное Договором страхования (Программой добровольного медицинского страхования), с наступлением которого возникает обязанность Страховщика произвести страховую выплату (на условиях настоящих Правил). Страховой случай – это документально подтвержденное обращение Застрахованного в соответствии с условиями Договора страхования и в период его действия в медицинское и/или иное учреждение, из числа предусмотренных Договором страхования или согласованных со Страховщиком, за медицинскими и/или иными услугами по поводу расстройства здоровья или ухудшения состояния Застрахованного в результате острого заболевания, обострения хронического заболевания, травмы, отравления и иных состояний, требующих оказания медицинской помощи, а также проведения профилактических мероприятий, снижающих степень опасных для жизни или здоровья Застрахованного угроз и (или) устраняющих их последствия.

Страховая сумма – денежная сумма, которая определена в порядке, установленном Договором страхования при его заключении и исходя из которой устанавливается размер страховой премии (страховых взносов) и размер максимально возможной страховой выплаты при наступлении страхового случая. Страховая сумма устанавливается по соглашению между Страхователем и Страховщиком, исходя из перечня медицинских и иных услуг, предусмотренных Договором страхования, и указывается в Договоре страхования. Сумма страховых выплат по Договору страхования, заключенному на условиях настоящих Правил, не может превысить установленный таким Договором размер страховой суммы, если иное не предусмотрено Договором страхования.

Лимит ответственности Страховщика — сумма, ограничивающая ответственность Страховщика по Договору страхования, по различным видам медицинской и иной, предусмотренной настоящими Правилами, помощи на одного Застрахованного. Лимит ответственности может устанавливаться также по отдельным заболеваниям либо по одному страховому случаю.

Страховая выплата - денежная сумма, установленная Договором страхования, которую Страховщик выплачивает за оказание Застрахованному медицинской и иной помощи в медицинское учреждение или иную организацию по их счетам. Страховая выплата может быть осуществлена Застрахованному наличными деньгами или перечислением на его счет в качестве возмещения последнему медицинских и иных услуг в соответствии с Договором страхования.

Страховая премия (страховой взнос) - плата за страхование, которую Страхователь обязан уплатить Страховщику в порядке и в сроки, определенные Договором страхования. В предусмотренных Договором страхования случаях обязанность по уплате страховой премии может быть возложена на Застрахованного. Страховой взнос (первый, очередной) – часть страховой премии при ее уплате в рассрочку.

Страховой тариф - ставка страховой премии с единицы страховой суммы с учетом объекта страхования и характера страхового риска, а также других условий страхования, в том числе наличия франшизы и её размера в соответствии с условиями страхования. Страховой тариф по конкретному Договору страхования определяется по соглашению Сторон.

Поправочный коэффициент - коэффициент, применяемый Страховщиком при заключении Договора страхования, с целью увеличения или уменьшения базовых страховых тарифов, с учетом степени риска.

Франшиза - предусмотренная Договором страхования часть убытков, которая не подлежит возмещению Страховщиком и устанавливается в виде определенного процента от страховой суммы или в фиксированном размере. Франшиза может быть условной и безусловной. Договором страхования могут быть предусмотрены иные виды франшизы, в том числе временная франшиза (период ожидания). Период ожидания – установленный в днях период, исчисление которого начинается с даты вступления Договора страхования в силу. Событие, произошедшее в течение этого периода, не считается страховым случаем. Период ожидания может быть установлен в отношении отдельно оговоренных заболеваний (состояний, травм, повреждений).

Индивидуальное страхование – заключение Договора страхования Страховщиком с конкретными физическими лицами в индивидуальном порядке. Страхователь может заключить Договор страхования в свою пользу или в пользу одного или нескольких лиц (группы лиц, включающую близких родственников и иных лиц).

Коллективное страхование – это страхование, при котором на работника (ов) (одного и более) предприятия или их групп заключается Договор коллективного страхования за счет денежных средств работодателя (юридического лица). Страхователем выступает предприятие (организация, учреждение), а Застрахованным лицом сотрудник.

Медицинские услуги (медицинская помощь) — медицинское вмешательство или комплекс медицинских вмешательств, направленных на профилактику, диагностику и лечение заболеваний, медицинскую реабилитацию и имеющих самостоятельное законченное значение.

Профилактика - комплекс мероприятий, направленных на укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннее выявление, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния факторов среды его обитания на здоровье человека.

Диагностика - комплекс медицинских вмешательств, направленных на распознавание состояний или установление факта наличия либо отсутствия заболеваний, осуществляемых посредством сбора и анализа жалоб Застрахованного, данных его анамнеза и осмотра, проведения лабораторных, инструментальных и иных исследований в целях определения диагноза, выбора мероприятий по лечению Застрахованного лица и (или) контроля над осуществлением этих мероприятий.

Заболевание - возникающее в связи с воздействием патогенных факторов нарушение деятельности организма, работоспособности, способности адаптироваться к изменяющимся условиям внешней и внутренней среды.

Лечение - комплекс медицинских вмешательств, выполняемых по назначению медицинского работника, целью которых является устранение или облегчение проявлений заболевания или заболеваний либо состояний пациента, восстановление или улучшение его здоровья, трудоспособности и качества жизни.

Иные услуги – услуги, непосредственно связанные с оказанием или организацией оказания медицинских услуг, имеющие определенную цену. К иным услугам относятся в частности: организационно-технические и санитарно-противоэпидемические мероприятия; фармакологическая помощь, включая обеспечение лекарственными препаратами/средствами, медицинскими изделиями, лечебным питанием и иными средствами и предметами медицинского назначения, а также организацию их доставки; услуги медицинского сервиса, включая услуги по обеспечению комфортности пребывания в медицинском учреждении (в том числе, палаты улучшенной комфортности, дополнительное питание, обеспечение душем и санузлом индивидуального пользования, холдильником, кондиционером и др.); питание и проживание (нахождение) во время стационарного лечения, реабилитационно-восстановительного лечения в стационарных, если оно не входит в стоимость медицинской услуги (стоимость койко-дня); оказание тяжелобольным Застрахованным лицам социально-психологической помощи, медицинского ухода; нахождение вместе с Застрахованным лицом (ребенком) одного из родителей или иного члена семьи (по усмотрению родителей или иных законных представителей ребенка) с обеспечением питанием и койкой указанного лица при наличии медицинских показаний для ухода; организация медицинской эвакуации; оформление медицинским учреждением и иной организацией различной документации, связанной с оказанием медицинской помощи; услуги справочно-информационных служб с использованием компьютерных и телекоммуникационных технологий; информационные услуги, связанные с оказанием или организацией оказания медицинской помощи; другие услуги, оказываемые медицинскими и иными организациями Застрахованному лицу в ходе получения им медицинской помощи.

Лекарственное обеспечение (фармакологическая помощь) – часть медицинской помощи, предусматривающая отпуск Застрахованным лицам необходимых лекарственных средств, препаратов, медицинских изделий, а также иных средств и предметов медицинского назначения, назначенных лечащим врачом при амбулаторном и стационарном лечении для проведения диагностики, лечения, профилактики, реабилитации, ухода, и предполагающая оплату Страховщиком их стоимости и/или стоимости их доставки.

Медико-транспортные услуги – перемещение Застрахованного лица, необходимое ему по медицинским показаниям адекватным состоянию здоровья транспортным средством от места нахождения Застрахованного лица до лечебного учреждения.

Медицинское учреждение – организация любой формы собственности/физическое лицо, осуществляющая медицинскую деятельность и предоставление медицинской помощи на территории Российской Федерации, имеющая лицензии на право осуществления медицинской деятельности и привлекаемая для оказания медицинских услуг Застрахованным.

Сервисная компания (Ассистанс) – специализированная компания, с которой у Страховщика имеются договорные отношения и которая по поручению Страховщика круглосуточно обеспечивает организацию оказания медицинской помощи. Страховщик сам определяет Сервисную компанию и вправе заменить Сервисную компанию без согласия со Страхователем или самостоятельно выполнять данную функцию.

Аптечные учреждения – организации, осуществляющие розничную торговлю лекарственными средствами, изготовление и отпуск лекарственных средств в соответствии с требованиями действующего законодательства РФ, имеющие лицензию на право осуществления фармацевтической деятельности, оказывающие услуги Застрахованным. К аптечным учреждениям относятся аптеки, аптечные пункты, аптечные киоски.

Персональные данные - любая информация, относящаяся прямо или косвенно к определенному или определяемому на основании такой информации физическому лицу, в том числе: его фамилия, имя, отчество, год, месяц, дата и место рождения, адрес, семейное, социальное, имущественное положение, образование, профессия, доходы, состояние здоровья другая информация в соответствии действующим законодательством Российской Федерации.

Получатель страховых услуг – физическое лицо, включая лиц, занимающихся предпринимательской деятельностью без образования юридического лица, или юридическое лицо, обратившееся в страховую организацию с намерением заключить Договор страхования (потенциальный получатель), а также Страхователь, Застрахованное лицо, и (или) Выгодоприобретатель по заключенному Договору страхования.

В конкретном Договоре страхования или для группы Договоров страхования Страховщик вправе разрабатывать и использовать определения отдельных страховых понятий, а также вносить дополнения, уточнения, изменения в вышеперечисленные определения, в той мере, в какой это не противоречит настоящим Правилам страхования и действующему законодательству Российской Федерации.

1.3. Субъекты страхования.

1.3.1. Страховщик - Акционерное общество Страховая компания «БАСК», созданное в соответствии с законодательством Российской Федерации для осуществления деятельности по страхованию и получившее лицензию на осуществление страхования в установленном Законом Российской Федерации «Об организации страхового дела в Российской Федерации» порядке.

1.3.2. Страхователь:

- дееспособное физическое лицо, заключающее Договор страхования в свою пользу или в пользу третьих лиц (далее – Застрахованные);
- юридическое лицо любой организационно-правовой формы/индивидуальный предприниматель, действующее в соответствии с законодательством Российской Федерации, заключившее со Страховщиком Договор страхования в пользу третьих лиц - Застрахованных.

1.3.3. Застрахованный - физическое лицо, в отношении которого заключен Договор страхования, на основании которого Застрахованный получает медицинские и иные услуги, предусмотренные Договором страхования и оплачиваемые Страховщиком.

1.3.4. Медицинское учреждение. Под медицинскими учреждениями применительно к Правилам страхования понимаются учреждения здравоохранения всех форм собственности, имеющие соответствующие лицензии на осуществление медицинской деятельности, и с которыми Страховщик состоит в Договорных отношениях.

К медицинским учреждениям относятся:

- лечебно-профилактические учреждения (далее - ЛПУ): больничные учреждения, диспансеры, амбулаторно-поликлинические учреждения, учреждения скорой медицинской помощи, учреждения охраны материнства и детства, санатории реабилитационного лечения, клиники и другие;
- аптечные учреждения, аптеки медицинских учреждений;
- иные медицинские организации.

В целях настоящих Правил к медицинским организациям приравниваются индивидуальные предприниматели, осуществляющие медицинскую деятельность.

Конкретный перечень медицинских учреждений, в которые Застрахованный вправе обратиться за получением медицинской помощи, указывается в приложении к Договору страхования.

1.4. Если Договором страхования не предусмотрено иное, Страховщик вправе не принимать на страхование лиц, которые на момент заключения Договора страхования:

- а) состоят на учете в наркологических, психоневрологических, туберкулезных, кожно-венерологических диспансерах;
- б) имеют социально значимые заболевания (эпилепсия и иные);
- в) ВИЧ-инфицированы;
- г) имеют злокачественные новообразования, в том числе заболевания крови;
- д) имеют инфекционные заболевания — натуральная оспа, чума, сибирская язва, холера, сыпной тиф, проказа, вирусный гепатит В и С;
- ж) имеют системные болезни соединительных тканей, хроническую почечную недостаточность, сахарный диабет, бронхиальную астму, артроз и другие хронические заболевания;
- з) имеют наследственные заболевания: хромосомные, моногенные, митохондриальные (болезни, аномалии), наследственные болезни обмена, врожденные аномалии, пороки развития.

При принятии на страхование указанных в п. «а» - «з» лиц, Страховщик, в каждом конкретном случае при заключении Договора страхования, для определения страхового тарифа, учитывающего степень и особенность страхового риска, вправе применять к базовым тарифным ставкам повышающие поправочные коэффициенты в соответствии с Приложением № 2 к настоящим Правилам страхования.

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

1.6. Страховщик вправе (по согласованию Сторон) комбинировать виды медицинской помощи из базовой Программы добровольного медицинского страхования, являющейся неотъемлемой частью настоящих Правил, в отдельные Программы/страховые продукты.

1.7. Страховщик на основании настоящих Правил вправе формировать условия страхования, (Программы страхования, выдержки/выписки из Правил), к отдельному Договору или группе Договоров, заключаемых на основе настоящих Правил, ориентированные на конкретного Страхователя/Застрахованного или сегмент Страхователей, в той мере, в какой это не противоречит законодательству Российской Федерации и настоящим Правилам. Такие условия страхования прилагаются к Договору страхования и являются его неотъемлемой частью. Страховщик вправе присваивать маркетинговые названия, в том числе аббревиатуру, отдельным группам единообразных Договоров страхования, заключаемым на основе настоящих Правил, в той мере, в какой это не противоречит действующему законодательству РФ.

2. ОБЪЕКТ СТРАХОВАНИЯ

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

Страховщик проводит проверку наличия имущественного интереса у получателя страховых услуг при заключении Договора страхования или при принятии решения о страховой выплате по такому Договору.

2.2. По Договору страхования Застрахованное лицо имеет право на получение медицинских и иных услуг в порядке и на условиях Договора страхования, в медицинских организациях и у частнопрактикующих врачей на территории Российской Федерации, имеющих соответствующую лицензию, перечисленных в Договоре страхования (полисе) или в приложении к нему. Медицинские и иные услуги оказываются медицинскими организациями/частнопрактикующими врачами по Договору со Страховщиком.

Страховщик несет ответственность за условия предоставления медицинской помощи, оказанной по Программам добровольного медицинского страхования, только в этих организациях и не несет ответственности при оказании медицинской помощи вне этих организаций (если Договором страхования не предусмотрено иное).

Программа добровольного медицинского страхования и перечень медицинских организаций являются неотъемлемой частью Договора страхования.

3. СТРАХОВЫЕ СЛУЧАИ И ОБЪЕМ СТРАХОВОЙ ОТВЕТСТВЕННОСТИ

3.1. Страховым случаем по Договору страхования является получение Застрахованным в течение срока действия Договора страхования медицинских и иных услуг, предусмотренных Программой добровольного медицинского страхования, в медицинской организации из числа организаций, предоставленных в приложении к Договору страхования (полису), при нарушении состояния здоровья.

3.2. При заключении Договора страхования Страхователь и Страховщик могут изменить (исключить) отдельные положения Правил страхования и/или дополнить Договор страхования положениями, не противоречащими действующему законодательству Российской Федерации. Все изменения (дополнения) к Правилам страхования указываются в Договоре страхования.

3.3. По Договору страхования Страховщик принимает на себя обязательство при наступлении страхового случая организовать предоставление Застрахованному медицинских или иных услуг и произвести оплату медицинскому учреждению, или возместить Застрахованному, понесенные им расходы по оплате медицинских услуг необходимого объема в медицинских учреждениях, предусмотренных Договором страхования, в строгом соответствии с условиями выбранных Программ. Страховщик гарантирует оплату медицинских услуг, предусмотренных Правилами страхования и соответствующими Программами, являющимися неотъемлемой частью Договора страхования, предоставляемых медицинскими учреждениями в Российской Федерации. Программой добровольного медицинского страхования может быть предусмотрено получение Застрахованным лечебной, консультативной, реабилитационной, стоматологической, профилактической, бальнеологической, диагностической, фармакологической и иной помощи.

При этом организация оказания медицинских услуг в медицинских учреждениях может осуществляться, как на основе прямых Договоров на предоставление лечебно-профилактической помощи (медицинских услуг) по добровольному медицинскому страхованию между Страховщиком и медицинским учреждением, так и при посредничестве ассоциации медицинских компаний, однако во всех перечисленных случаях оплата таких услуг будет считаться обоснованной при надлежащем оформлении документов и наличии у медицинского учреждения, оказавшего медицинские услуги, лицензии, аккредитационного сертификата, свидетельства об аттестации (при условии наличия) и т.п., которые необходимы ему по законодательству для осуществления им деятельности.

Медицинское учреждение, с которым Страховщик заключил соответствующий Договор, в случае отсутствия у него по преysкранту и(или) роду деятельности (специализации) соответствующих услуг, может организовать оказание таких медицинских услуг в других медицинских учреждениях. При этом письменное согласие Страховщика на этот счет является обязательным, если иное не предусмотрено Договором между Страховщиком и медицинским учреждением.

4. ИСКЛЮЧЕНИЯ ИЗ ОБЪЕМА СТРАХОВОЙ ОТВЕТСТВЕННОСТИ

4.1. Не является страховым риском (случаем) обращение Застрахованного в медицинское учреждение с целью получения медицинской помощи, связанной в связи:

- с травматическим повреждением, полученным в состоянии алкогольного опьянения Застрахованного, опьянения в результате употребления Застрахованным наркотических, токсичных, сильнодействующих и психотропных веществ (препаратов) без предписания врача (или по предписанию врача, но с нарушением Застрахованным лицом дозировки);
- с травматическим повреждением, полученным в результате заболеваний, причиной которых явилось злоупотребление алкоголем, наркотическими и токсическими веществами;
- с получением травматического повреждения или иного расстройства здоровья, наступившего в результате совершения Застрахованным умышленного преступления и находящегося в прямой причинной связи со страховом случаем;
- с покушением на самоубийство;
- с умышленным причинением себе телесных повреждений Застрахованным;
- в связи с оплатой услуг, препаратов, лечения, включая любой период пребывания в стационаре или амбулаторного лечения, которые не были рекомендованы, письменно засвидетельствованы уполномоченным представителем Страховщика или лечащим врачом Застрахованного, как необходимые и разумные меры;
- с применением косметической и пластической хирургии;
- с лечением алкоголизма, токсикомании или наркомании;
- с венерическими заболеваниями и заболеванием ВИЧ-инфекцией в любой стадии, включая стадию СПИДа.

4.2. Не является страховым риском (случаем) и не подлежит оплате оказание медицинских услуг если:

- Застрахованным не выполнялись предписания лечащего врача или нарушался определенный медицинским учреждением внутренний распорядок;
- Застрахованным по собственной инициативе получены медицинские услуги, не предусмотренные Договором страхования, кроме случаев, когда такое обращение было согласовано и/или организовано Страховщиком;
- Застрахованным получены медицинские услуги в медицинских учреждениях, не предусмотренных Договором страхования, кроме случаев, когда такое обращение было согласовано и/или организовано Страховщиком;
- лечение проводилось методами, не признанными официальной медициной;
- установлен факт передачи Застрахованным страхового полиса другому лицу для получения им медицинской услуги.

4.3. Не является страховым риском (случаем) и не подлежит оплате оказание медицинских услуг, связанных с лечением следующих заболеваний (с момента постановки диагноза):

- болезнь, вызванная вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ);
- особо опасные инфекционные болезни: чума, холера, оспа, желтая и другие высококонтагиозные вирусные геморрагические лихорадки;
- лучевая болезнь;
- психические расстройства и расстройства поведения, алкоголизм, наркомания, токсикомания;
- злокачественные новообразования, гемобластозы;
- туберкулез;
- врожденные аномалии (пороки развития), деформации и хромосомные нарушения;
- детский церебральный паралич;
- системные поражения соединительной ткани;
- артроз, артрит, ревматизм;
- генерализованные формы инфекций, передающихся преимущественно половым путем (уреаплазмоз, уrogenитальный микоплазмоз, гарднереллез, папилломовирусная инфекция);
- заболевания, сопровождающиеся хронической почечной или печеночной недостаточностью и требующие проведения искусственного гемодиализа;
- хронические и вирусные гепатиты;
- заболевания органов и тканей, требующих их трансплантации;
- сексологические расстройства;
- заболевания кожи;
- бронхиальная астма;
- сахарный диабет;
- миелопатии любой природы от момента установки диагноза;
- бесплодие.

4.4. Не является страховым риском (случаем) и не подлежит оплате оказание следующих медицинских услуг:

- пластические операции, восстановительные и реконструктивные и др. операции после травмы, произошедшей вне действия настоящего Договора страхования;
- все виды протезирования и подготовка к нему (в том числе зубов, сосудов, органов и тканей) кроме случаев, когда такая услуга было согласована и/или организована Страховщиком;
- аортокоронарное шунтирование, коррекция пороков сердца, склеротерапия;

- оперативная и консервативная коррекция зрения (кроме факторов нарушения зрения в результате несчастного случая, отслойки сетчатки и по жизненным показаниям) и коррекция слуха;
- медицинские аборты, дородовое наблюдение, роды, планирование семьи (включая вопросы контрацепции, планирования беременности), патология беременности на любых сроках, привычная невынашиваемость беременности, искусственное оплодотворение;
- косметические услуги, психотерапия (включая биолокационную диагностику и коррекцию, суггестивную терапию и др.), гомеопатия, гирудотерапия, озонотерапия.

4.5. Не является страховым риском (случаем) и не подлежит оплате приобретение лекарственных средств и изделий медицинского назначения: заменители биологических жидкостей, корректирующие устройства, кардиостимуляторы, стенты, контактные линзы, имплантаты, эндопротезы и протезы опорно-двигательного аппарата, слуховые аппараты, очки и линзы к ним.

4.6. Не является страховым риском (случаем) и не подлежит оплате оказание медицинских услуг при лечении стоматологических заболеваний:

- лечение наследственных заболеваний, врожденных аномалий, нарушений развития и прорезывания зубов, ретенированных зубов;
- шинирование зубов;
- лечение гранулирующего и гранулематозного периодонтита, резекция верхушки корня;
- эндодонтическое лечение при нарушении целостности коронковой части зуба более 50% или двух поверхностей (по классификации поверхностей Блэка). Использование «сендвич» методики;
- применение анкерных, стекловолоконных и других штифтов для укрепления коронковой части зуба;
- замена старых пломб с эстетической целью;
- косметическая стоматология, профессиональная чистка и отбеливание зубов;
- герметизация фиссур, пластика уздечки;
- лечение некариозных поражений зубов;
- аппликации реминерализующих средств на зубы;
- условное лечение (лечение без гарантии).

4.7. Страховщик вправе расширить страховое покрытие, если об этом прямо сказано в Договоре страхования.

5. ЗАКЛЮЧЕНИЕ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ

5.1. Для заключения Договора страхования Страхователь обращается к Страховщику с письменным или устным (по выбору Страховщика) заявлением.

По просьбе Страхователя и с его слов заявление о заключении Договора страхования и прилагаемые к нему документы могут быть заполнены представителем Страховщика с соблюдением следующих требований:

- использование формулировок, не допускающих неоднозначного толкования;
- при заполнении от руки - разборчивое заполнение.

В случае заполнения заявления о заключении Договора страхования в письменной форме, заявление составляется в двух экземплярах, по одному для каждой из Сторон и подписывается Страхователем или его уполномоченным представителем.

Один экземпляр заявления прикладывается к Договору Страховщика, второй экземпляр заявления с отметкой Страховщика о принятии заявления, прикладывается к Договору Страхователя.

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

Для заключения Договора страхования, Страхователь сообщает/предоставляет следующие сведения/документы:

5.1.1. Если Страхователем (Застрахованным) выступает физическое лицо:

- фамилия, имя, отчество;
- паспортные данные Страхователя, а также документы, признанные в соответствии с законодательством РФ документами, удостоверяющими личность;
- ИНН Страхователя (при наличии);
- СНИЛС Страхователя (при наличии);
- основной государственный регистрационный номер индивидуального предпринимателя ОГРНИП (если Страхователь - индивидуальный предприниматель);
- заверенные Страхователем копии документов, подтверждающие полномочия лица на подписание Договора, оформленные надлежащим образом;
- фамилия, имя, отчество, дата рождения, место рождения, гражданство, паспортные данные, ИНН (при наличии), номер телефона (при наличии) лица подлежащего страхованию (если Договор страхования заключается в пользу третьего лица);
- пол, лица, подлежащего страхованию;
- домашний адрес лица, подлежащего страхованию;
- предполагаемый срок страхования;
- предполагаемый перечень видов медицинской помощи и услуг (Программа);

- предполагаемый перечень медицинских учреждений;
- адрес для направления уведомлений, писем, иных документов и информации;
- электронный адрес (e-mail) для направления уведомлений, писем, иных документов и информации;
- другие сведения, по усмотрению Страховщика.

5.1.2. Если Страхователем выступает юридическое лицо:

- полное наименование Страхователя;
- место нахождения, фактический адрес и банковские реквизиты Страхователя;
- основной государственный регистрационный номер ОГРН;
- идентификационный номер налогоплательщика ИНН;
- заверенные Страхователем копии документов, подтверждающие полномочия лица на подписание Договора,

оформленные надлежащим образом (протокол (решение) уполномоченного органа управления Страхователя о назначении исполнительного органа; доверенность, если Договор со Стороны Страхователя подписывается не единоличным исполнительным органом, распорядительный документ о назначении генерального директора на должность);

- телефон, телефакс и иные средства связи, по которым можно связаться со Страхователем;
- адрес для направления уведомлений, писем, иных документов и информации;
- электронный адрес (e-mail) для направления уведомлений, писем, иных документов и информации;
- число лиц, подлежащих страхованию;
- предполагаемый срок страхования;
- предполагаемый перечень видов медицинской помощи и услуг (Программа);
- предполагаемый перечень медицинских учреждений (по возможности).

Страхователь должен не позднее 5 (пяти) дней, если иное не оговорено Договором страхования, со дня подачи заявления предоставить Страховщику список лиц, подлежащих страхованию, с указанием следующих обязательных сведений отдельно о каждом включенном в него лице:

- фамилии, имени, отчества;
- даты рождения;
- места рождения;
- гражданства;
- паспортных данных;
- адреса места жительства (регистрации);
- ИНН (если имеется);
- СНИЛС (если имеется);
- телефона (если имеется);
- наименование Программ страхования (если по Договору страхования предусмотрено несколько Программ).

Список лиц, подлежащих страхованию, составляется по каждой Программе. После заключения Договора страхования этот список, подписанный с обеих Сторон, становится его неотъемлемой частью.

5.2. Все предоставляемые Страховщику документы должны быть актуальными и действующими на момент заключения Договора страхования либо принятия на страхование Застрахованного.

В случае если представленные документы не содержат информации, предусмотренной п.5.1. настоящих Правил страхования, необходимой для оценки риска и принятия на страхование конкретного лица, а также содержат противоречивую информацию, Страховщик имеет право по согласованию со Страхователем запросить дополнительные документы, необходимые для заключения Договора страхования, а также проводить экспертизу представленных документов.

В случае отказа Страхователя от предоставления запрашиваемых документов и данных Страховщик имеет право отказать Страхователю в заключении Договора страхования, либо в принятии на страхование лица, в отношении которого запрошенные Страховщиком документы не были представлены.

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

Страховщик вправе сократить перечень документов, требуемых для предоставления Страхователем (Застрахованным) в соответствии с п. 5.1. настоящих Правил.

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

- 5.3.1. о характере медицинских услуг;
- 5.3.2. о характере события, на случай наступления которого, осуществляется страхование (страхового случая);
- 5.3.3. о сроке действия Договора;
- 5.3.4. о размере страховой суммы;
- 5.3.5. о порядке (единовременно или в рассрочку) и сроках уплаты страховой премии;
- 5.3.6. о способах информирования Страхователя о факте просрочки уплаты очередного страхового взноса или факте его уплаты не в полном объеме;
- 5.3.7. о перечне медицинских учреждений;
- 5.3.8. о Застрахованном лице/лицах;
- 5.3.9. о форме выплаты страхового возмещения;
- 5.3.10. об иных, не противоречащих законодательству РФ, условиях.

5.4. Если Страхователем (Застрахованным) выступает физическое лицо, при заключении Договора страхования для индивидуальной оценки риска заполняется анкета-заявление об индивидуальном добровольном медицинском страховании в соответствии с Приложением № 3 к настоящим Правилам. В анкете-заявлении указывается полная и достоверная информация о состоянии здоровья Страхователя (Застрахованного). Страховщик имеет право проверить достоверность сведений, указанных Страхователем в анкете-заявлении. В случае установления того, что Страхователь сообщил недостоверную информацию, Страховщик имеет право отказать Страхователю в заключении Договора страхования.

В случае предоставления медицинской анкеты, данная анкета является неотъемлемой частью анкеты-заявления об индивидуальном добровольном медицинском страховании (далее - заявление).

При коллективной форме страхования, Страховщик оставляет за собой право в каждом конкретном случае перед заключением Договора страхования потребовать заполнения анкеты-заявления на Застрахованное лицо, подлежащее страхованию.

5.5. Договоры страхования заключаются, как правило, без предварительного медицинского освидетельствования граждан, подлежащих страхованию.

Однако Страховщик оставляет за собой право в каждом конкретном случае перед заключением Договора страхования, по результатам медицинского анкетирования, потребовать проведения предварительного медицинского освидетельствования лиц, подлежащих страхованию, за счет средств Страхователя.

5.6. Договор страхования заключается в письменной форме. В Договоре страхования указываются:

5.6.1. Если Страхователем выступает физическое лицо:

- фамилия, имя, отчество Страхователя;
- фамилия, имя, отчество, пол, дата рождения, подробный домашний адрес и телефон Застрахованного;
- характер события, на случай наступления которого в жизни Застрахованного лица осуществляется страхование;

- наименование Программы страхования;
- срок действия Договора страхования;
- страховая сумма, размер страховой премии, форма и порядок ее уплаты;
- другие условия страхования.

5.6.2. Если Страхователем выступает юридическое лицо:

- полное наименование Страхователя;
- место нахождения (адрес), фактический адрес и банковские реквизиты Страхователя;
- численность Застрахованных;
- сведения о каждом Застрахованном лице согласно Приложения № 7 настоящих Правил;
- характер события, на случай наступления, которого в жизни Застрахованного лица осуществляется страхование;

- наименование Программа(мы) страхования;
- срок действия Договора страхования;
- страховая сумма, размер страховой премии, порядок ее уплаты;
- другие условия страхования.

5.7. Заключение Договора страхования может быть удостоверено выдачей Застрахованному, индивидуального страхового полиса или индивидуальной страховой карточки, иного документа, который содержит те же сведения, которые указываются в Договоре страхования со ссылкой на Договор страхования. Страховой полис выдается по требованию Страхователя, в сроки, оговоренные в Договоре страхования, при условии уплаты страховой премии (или первого страхового взноса при оплате страховой премии в рассрочку).

При коллективной форме страхования каждому Застрахованному также выдается полис коллективного добровольного медицинского страхования, удостоверяющий право Застрахованного на получение медицинских услуг, если иное не оговорено в Договоре страхования.

5.8. Застрахованному запрещается передавать полис другим лицам с целью получения ими медицинских услуг по Договору страхования.

5.9. При утрате Застрахованным полиса, Застрахованный или Страхователь должен незамедлительно известить об этом Страховщика. Утраченные документы и носители информации признаются недействительными и не могут являться основанием для получения медицинских услуг в соответствии с Договором страхования. Взамен утраченных документов Страхователю выдаются новые - дубликат. На дубликате делается соответствующая надпись.

При повторной утрате страховых документов в течение действия Договора страхования со Страхователя дополнительно взыскивается платеж в размере фактической стоимости их изготовления.

5.10. В Договоре страхования должна быть указана 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.

При подписании Договора страхования Страховщик вправе использовать факсимильное (с помощью средств механического, электронного или иного копирования) воспроизведение печати Страховщика и подписей лиц, уполномоченных от имени Страховщика подписывать Договоры страхования и приложения к ним.

Факсимильное воспроизведение печати Страховщика и подписей уполномоченных лиц Страховщика в Договорах страхования и приложениях к ним, а также в сопровождающей их документации (письмах, актах, заявлениях и т.д.), признается аналогом печати Страховщика и собственноручной подписи уполномоченных лиц Страховщика.

5.11. Договор страхования заключается сроком на один год, если условиями Договора страхования не

предусмотрено иное.

6. СТРАХОВАЯ СУММА

6.1. Страховая сумма или способ ее определения устанавливается Страховщиком по соглашению со Страхователем в Договоре страхования и является пределом ответственности Страховщика по всем страховым выплатам.

Страховая сумма на всех или на каждого Застрахованного по Договору страхования определяется Страховщиком и Страхователем по соглашению Страховщика и Страхователя исходя из Программы, выбранной Страхователем, возраста Застрахованного лица, срока действия Договора страхования, и иных факторов.

6.2. Если иное не предусмотрено Договором страхования, Страхователь вправе в период действия Договора страхования по согласованию со Страховщиком изменить страховую сумму (увеличить/уменьшить) и/или изменить перечень предоставляемых Программой медицинских и иных услуг (однако, не выходя за рамки Правил страхования), и другие условия Договора страхования, путем оформления дополнительного соглашения.

При этом сумма страхового взноса к возврату Страхователю рассчитывается по формуле:

$$\text{Страховая премия к возврату} = (\text{Страховая премия первоначальная} - \text{Страховая премия уменьшенная}) * \frac{\text{Срок действия Договора с момента уведомления об уменьшении страховой суммы}}{\text{Срок действия Договора}}$$

Сумма страхового взноса к уплате Страхователем рассчитывается по формуле:

$$\text{Страховая премия к уплате} = (\text{Страховая премия увеличенная} - \text{Страховая премия первоначальная}) * \frac{\text{Срок действия Договора с момента уведомления об увеличении страховой суммы}}{\text{Срок действия Договора}}$$

Дополнительное соглашение оформляется Сторонами в том же порядке и в той же форме, что и Договор страхования.

6.3. В Договоре страхования могут быть указаны предельные суммы страховых выплат (лимиты ответственности), в частности: по Застрахованным, по объему медицинских услуг, по категории медицинской организации, по территории страхования, по одному страховому случаю, по лекарственному обеспечению по отдельным заболеваниям по назначению лечащего врача.

7. ФРАНШИЗА

7.1. В Договоре страхования может быть предусмотрена франшиза. Величина франшизы устанавливается по соглашению Страховщика и Страхователя в процентах от страховой суммы (лимита ответственности) или в абсолютном выражении и указывается в Договоре страхования.

7.1.1. При установлении в Договоре страхования условной франшизы Страховщик освобождается от возмещения убытка, если его размер не превышает размер франшизы, однако возмещает его полностью в случае, если размер убытка превышает размер франшизы.

7.1.2. При установлении в Договоре страхования безусловной франшизы размер страховой выплаты определяется как разница между размером убытка и размером франшизы.

7.1.3. В Договоре страхования может устанавливаться временная франшиза - период ожидания (беспетензионный период), то есть период времени (в днях) - между вступлением Договора страхования в силу и началом ответственности Страховщика по организации медицинской помощи и услуг, - в течение которого оплата полученных медицинских услуг не покрывается Страховщиком.

7.2. Применение в Договоре страхования франшизы может служить основанием для снижения страхового тарифа, кроме случаев, когда применение франшизы является обязательным условием принятия риска на страхование.

8. ТЕРРИТОРИЯ СТРАХОВАНИЯ

8.1. Территория страхования - это территория, в пределах которой может произойти событие, предусмотренное Договором страхования, и которое будет рассматриваться Страховщиком в качестве страхового случая.

9. ОПРЕДЕЛЕНИЕ РАЗМЕРА СТРАХОВОЙ ПРЕМИИ (СТРАХОВОГО ВЗНОСА) И ПОРЯДОК ЕЕ УПЛАТЫ

9.1. Страховая премия (страховые взносы) уплачивается Страхователем в валюте Российской Федерации. Страховая премия может быть уплачена в соответствии с Договором страхования в иной валюте в случаях, предусмотренных валютным законодательством Российской Федерации и принятым в соответствии с ним нормативными правовыми актами органов валютного регулирования.

9.2. Страховая премия (страховые взносы) устанавливаются на основе страхового тарифа, рассчитанного

Страховщиком, в зависимости от размера страховой суммы, срока страхования, перечня медицинских услуг, Программы страхования (выбранной Страхователем), действующих цен на медицинские услуги в медицинских учреждениях, а также по результатам оценки риска, с учетом других существенных обстоятельств, влияющих на степень риска (состояние здоровья, пол, возраст и т.д.), и указывается в Договоре страхования.

Если Договором страхования не предусмотрено иное, для расчета страховой премии применяются поправочные коэффициенты (повышающие/понижающие).

Основанием для применения Страховщиком повышающих или понижающих коэффициентов являются результаты проведенной им оценки страхового риска, осуществляемой на основании:

- заявления, анкеты-заявления Страхователя (Застрахованного);
- информации и документов, представленных Страхователем;
- информации, самостоятельно полученной Страховщиком об опыте (истории) работы со Страхователями/Застрахованными;

- обследования страхуемого лица для оценки фактического состояния его здоровья, заключений экспертов и андеррайтеров, которые позволяют Страховщику в совокупности выявить факторы риска, повышающие или понижающие вероятность наступления страхового случая по Договору страхования.

Итоговый страховой тариф по конкретному Договору добровольного страхования определяется по соглашению Страховщика и Страхователя и рассчитывается путем умножения базового страхового тарифа на установленные Страховщиком поправочные коэффициенты.

9.3. При заключении Договора страхования с применением нескольких Программ страховая премия определяется по каждой из включенных в Договор страхования Программ. Размер страховой премии по Договору страхования, включающему несколько Программ, определяется путем суммирования премий по этим Программам.

9.4. При заключении Договора страхования со сроком страхования менее 1 месяца размер страховой премии рассчитывается в процентах (%) от годовой премии за 1 день страхования, если Договором страхования не предусмотрено иное:

- от 1 до 10 дней – 1,17%;
- от 11 до 20 дней – 1,07%;
- от 21 до 30 дней – 1%.

9.5. При сроке страхования менее года страховая премия исчисляется в процентах от годовой суммы взносов:

от 30 до 31 дней включительно (1 месяц) - 10%	7 месяцев - 75%
2 месяца - 30%	8 месяцев - 80%
3 месяца - 50%	9 месяцев - 85%
4 месяца - 60%	10 месяцев - 90%
5 месяцев - 65%	11 месяцев - 95%
6 месяцев - 70%	

9.6. При заключении Договора страхования на срок более 1 года страховая премия рассчитывается пропорционально сроку действия Договора страхования, и равняется сумме годовых страховых премий и доле годовой премии за количество месяцев неполного года, из расчета 1/12 годовой премии за каждый месяц.

9.7. Страховая премия по соглашению Сторон уплачивается единовременно или в рассрочку, безналичным перечислением на расчетный счет Страховщика или наличными деньгами в кассу Страховщика или его представителю.

9.8. Днем уплаты страховой премии (страхового взноса) считается:

9.8.1. при безналичной оплате - день поступления денежных средств на расчетный счет Страховщика, либо представителя Страховщика;

9.8.2. при наличной оплате - день внесения страховой премии (страхового взноса) наличными деньгами в кассу Страховщика, либо представителю Страховщика.

9.9. Если Договором страхования не предусмотрено иное, в случае неуплаты Страхователем в установленный Договором страхования срок страховой премии (при уплате страховой премии единовременно) или первого взноса (при уплате страховой премии в рассрочку) Договор страхования считается не вступившим в силу, т.е. у Страховщика не возникает обязательств по такому Договору страхования.

9.10. В случае уплаты страховой премии в рассрочку Договором страхования могут быть предусмотрены последствия неуплаты в установленные сроки очередных страховых взносов.

10. ПОРЯДОК И УСЛОВИЯ ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЫ

10.1. Размер страховой выплаты определяется исходя из стоимости медицинской помощи и услуг, оказанных Застрахованному при наступлении страхового случая.

10.2. Страховщик для обеспечения исполнения своих обязательств по Договору страхования заключает с медицинскими учреждениями Договоры на предоставление медицинских и иных, связанных с ними услуг, по

которым соответствующее медицинское учреждение обязуется предоставлять Застрахованному контингенту медицинскую и иную помощь определенного объема в конкретные сроки в рамках Программ добровольного медицинского страхования.

Оплата за оказание медицинской помощи и услуг производится по тарифам и ценам, согласованным между Страховщиком и медицинским учреждением, в порядке, установленном Договором на предоставление медицинских услуг.

10.3. Страховая выплата осуществляется в соответствии с условиями Договора на предоставление медицинских услуг за оказание медицинской помощи.

10.4. Размер убытков Страховщика в связи с наступлением страхового случая определяется:

10.4.1. На основании счетов и реестров, выставленных медицинскими учреждениями в соответствии с условиями заключенных с ними Договоров на предоставление медицинских и иных, связанных с ними услуг.

10.4.1.1. Страховщик проводит экспертизу реестров и медицинских и иных связанных с ними услуг, оказанных Застрахованным по Договорам, и по результатам проведенных экспертиз определяет сумму страховой выплаты медицинскому учреждению в соответствии с условиями Договора на предоставление медицинских и иных, связанных с ними услуг;

10.4.1.2. страховые выплаты производятся путем перечисления Страховщиком денежных средств на счет медицинского учреждения в порядке и сроки, установленные Договором на предоставление медицинских и иных, связанных с ними услуг.

10.4.2. В случае заранее согласованной со Страховщиком самостоятельной оплаты Застрахованным медицинских услуг при наступлении страхового случая, страховая выплата производится на основании документально подтвержденных затрат по оплате медицинской помощи и услуг, включенных в Программу страхования. Основанием для выплаты является заявление о выплате страхового возмещения (далее - заявление о выплате) Страхователя (Застрахованного) с приложением следующих документов:

- справки медицинского учреждения о предоставлении медицинских услуг;
- направления от врача (рецепт);
- копии результата исследования;
- копии выписки из истории болезни, подтверждающей необходимость оказания медицинских услуг;
- копии листка нетрудоспособности (в зависимости от выбранной Программы страхования);
- об оплате медицинской помощи и услуг, оказанных медицинским учреждением (оригиналы квитанции, кассового чека).

В зависимости от условий выбранной Программы страхования, Страховщик вправе сократить перечень документов, требуемых для предоставления Страхователем (Застрахованным).

Выплата страхового возмещения производится по безналичному расчету путем перечисления на банковский счет получателя страховой выплаты.

В случае, если физическим лицом, страховая премия была внесена наличными деньгами в кассу Страховщика, выплата страхового возмещения может быть произведена наличными деньгами из кассы Страховщика.

По соглашению Сторон страховая выплата может быть произведена иным способом, не противоречащим законодательству РФ.

Днем выплаты страхового возмещения считается день списания денежных средств с расчетного счета Страховщика для их перечисления на расчетный счет Страхователя (Выгодоприобретателя), либо день выплаты наличными деньгами через кассу Страховщика.

10.4.3. При наступлении страхового случая, предусмотренного Договором страхования или в случае самостоятельной оплаты Застрахованным медицинских услуг, Страховщик обязан:

- в срок не более 15 (пятнадцати) рабочих дней (если иное не предусмотрено Договором страхования) после получения всех необходимых документов и сведений, предусмотренных Правилами страхования, принять решение об осуществлении страховой выплаты и составить и утвердить страховой акт, либо принять решение об отказе в выплате страхового возмещения. Срок принятия решения о страховой выплате исчисляется со дня, следующего за днем получения Страховщиком заявления о страховой выплате и всех предусмотренных в настоящих Правилах документов (последнего из необходимых и надлежащим образом оформленных документов, предусмотренных Правилами страхования и (или) Договором страхования);

- в случае принятия решения о выплате Страховщик в течение 15 (пятнадцати) рабочих дней со дня утверждения страхового акта производит выплату страхового возмещения, если иное не предусмотрено Договором страхования;

- в случае непризнания наступившего события страховым случаем, а также при наличии оснований для отказа в выплате страхового возмещения при наступлении страхового случая:

- медицинскому учреждению в течение 15 (пятнадцати) рабочих дней после окончания проверки, предусмотренной настоящими Правилами направить Акт претензий (иной документ);

- Страхователю (Застрахованному) в случае самостоятельной оплаты медицинских услуг - при принятии решения об отказе в страховой выплате, Страховщик в течение 3 (трех) рабочих дней с даты получения всех необходимых документов в соответствии с настоящими Правилами страхования, обязан сообщить письменно с обоснованием причин отказа в выплате страхового возмещения.. При несогласии Страхователя (Застрахованного) с решением об отказе, действия Страховщика могут быть оспорены в порядке, предусмотренном действующим законодательством Российской Федерации.

10.5. Для получения медицинских услуг Страхователь (Застрахованный) обращается в медицинские учреждения, предусмотренные Договором страхования, или к Страховщику по контактными телефонам, указанным в

полисе.

10.6. Размер страховых выплат за период действия Договора страхования не может превышать страховой суммы (лимитов ответственности Страховщика), установленной Договором страхования.

10.7. В случае, если по Договору страхования установлена франшиза, размер страховых выплат по Договору страхования или каждому страховому случаю устанавливается или определяется с учетом франшизы.

10.8. Страховщик вправе отказать в страховой выплате, если он не был извещен в срок о страховом случае, если не будет доказано, что Страховщик своевременно узнал о наступлении страхового случая либо, что отсутствие у Страховщика сведений об этом не могло сказаться на его обязанности произвести страховую выплату.

10.9. Страховщик освобождается от выплаты страхового возмещения в случаях, когда страховой случай наступил вследствие:

- воздействия ядерного взрыва, радиации или радиоактивного заражения;
- военных действий, а также маневров или иных военных мероприятий;
- гражданской войны, народных волнений всякого рода или забастовок;
- совершения Застрахованным (Страхователем) умышленных действий, повлекших наступление страхового случая;

- не предусмотренных Договором страхования и не санкционированных (разрешенных) Страховщиком расходов, медико-транспортных расходов.

10.10. Если Договором страхования не предусмотрено иное, страховым случаем не является и не подлежит оплате оказание медицинских услуг, попадающих под перечень исключений п.4. настоящих Правил страхования. Медицинские услуги, попадающие под перечень исключений п.4. настоящих Правил страхования, должны быть указаны в Договоре страхования. Страховщик оставляет за собой право использовать повышающие поправочные коэффициенты по результатам оценки страхового риска.

10.11. Обязательство Страховщика по выплате страхового возмещения распространяется на страховые случаи, связанные с обращением Страхователя (Застрахованного) за медицинской помощью в период срока действия Договора страхования, если Договором страхования не предусмотрено иное.

10.12. Страховая выплата производится в валюте Российской Федерации. Страховая выплата может быть произведена в иной валюте в соответствии с Договором страхования в случаях, предусмотренных валютным законодательством Российской Федерации и принятым в соответствии с ним нормативными правовыми актами органов валютного регулирования. Форма выплаты страхового возмещения устанавливается в Договоре страхования (полисе).

10.13. Страховая выплата производится медицинскому учреждению/Страхователю (Застрахованному) - в случае самостоятельной оплаты Застрахованным медицинских услуг, имеющему право на получение страховой выплаты (страховой суммы) по Договору страхования, независимо от сумм, причитающихся им по другим Договорам страхования, а также по обязательному социальному страхованию, социальному обеспечению и в порядке возмещения вреда.

10.14. Страховщик не вправе отказать в страховой выплате по основаниям, не предусмотренным федеральным законом и Договором страхования.

10.15. Если Договором страхования не предусмотрено иное, Страховщик оплачивает медицинским учреждениям или Сервисным компаниям за оказанные Застрахованным медицинские и иные услуги, полученные по медицинским показаниям в период действия Договора страхования, после окончания действия Договора страхования в течение 1 (одного) месяца.

11. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН ПО ДОГОВОРУ СТРАХОВАНИЯ

11.1. Застрахованное лицо имеет право:

11.1.1. на получение медицинских услуг в соответствии с условиями, указанными в Договоре страхования и Программе страхования, в медицинских учреждениях, перечень которых определен в Договоре страхования;

11.1.2. требовать от Страховщика в законном порядке соблюдения условий Договора страхования;

11.1.3. обращаться для защиты своих прав при получении медицинских и иных услуг по Программе страхования к Страховщику, в случае их нарушения в медицинских учреждениях;

11.1.4. обращаться за разъяснениями к Страховщику при возникновении вопросов, связанных с особенностями получения медицинских и иных услуг, предусмотренных Договором страхования;

11.1.5. на получение дубликата полиса в случае его утраты;

11.1.6. требовать от Страховщика разъяснения положений, содержащихся в Правилах страхования и Договорах страхования, расчетов изменений в течение срока действия Договора страхования страховой суммы, расчетов страховой выплаты.

11.2. Застрахованное лицо обязано:

11.2.1. при обращении в медицинское учреждение предъявить в случае его выдачи Застрахованному страховой полис (индивидуальную страховую карточку) и документ, подтверждающий личность Застрахованного;

11.2.2. соблюдать предписания лечащего врача, полученные в ходе предоставления медицинской помощи и соблюдать распорядок, установленный медицинским учреждением;

11.2.3. соблюдать порядок пользования полисом, при утрате немедленно сообщить Страховщику;

11.2.4. не передавать полис другим лицам с целью получения ими медицинских услуг;

11.2.5. возместить расходы Страховщика в случае установления факта передачи своего полиса другому лицу с целью получения последним медицинских и иных услуг;

11.2.6. сообщить Страховщику в течение 5 (пяти) рабочих дней об изменении своих персональных данных, сообщенных ранее Страховщику.

11.3. Страхователь имеет право:

11.3.1. требовать от Страховщика в законном порядке соблюдения условий Договора страхования;

11.3.2. расширить объем страховой ответственности (страховой суммы) по соглашению со Страховщиком;

11.3.3. в период действия Договора страхования, по согласованию со Страховщиком, дополнительно включать, исключать или заменять Застрахованных лиц (с согласия Застрахованного) в порядке, установленном Договором страхования. Исключение Застрахованного лица из списочного состава Застрахованных влечет прекращение исполнения Страховщиком обязательств в отношении данного Застрахованного. Включение, исключение или замена Застрахованных лиц оформляется дополнительным соглашением к Договору;

11.3.4. в течение срока действия Договора страхования, расширить или сократить перечень медицинских услуг, гарантируемых Договором страхования, изменить перечень медицинских учреждений и (или) повысить или понизить уровень страхового обеспечения, заключив дополнительное соглашение к Договору страхования. В случае увеличения перечня медицинских услуг и (или) увеличения уровня страхового обеспечения Страхователь уплачивает дополнительную страховую премию (страховой взнос), установленный Страховщиком. Дополнительное соглашение к Договору страхования, если дополнительным соглашением не предусмотрено иное, начинает действовать со дня уплаты страховой премии (страхового взноса);

11.3.5. поставить в известность Страховщика (письменно) по факту не предоставления, несвоевременного предоставления или предоставления медицинской или иной услуги ненадлежащего объема, качества, или в ненадлежащих условиях, а также иных нарушений условий Договора страхования;

11.3.6. досрочно отказаться от Договора страхования;

11.3.7. требовать от Страховщика разъяснения положений, содержащихся в Правилах страхования и Договорах страхования, расчетов изменений в течение срока действия Договора страхования страховой суммы, расчетов страховой выплаты.

11.4. Страхователь обязан:

11.4.1. предоставить Страховщику полную и достоверную информацию, необходимую для заключения Договора страхования, в том числе об обстоятельствах, имеющих отношение к заключению и исполнению Договора страхования, а также имеющих существенное значение для определения вероятности наступления страхового случая и размеров возможных убытков от его наступления (страхового риска);

11.4.2. уплачивать страховую премию (страховые взносы при уплате страховой премии в рассрочку) в размере и в сроки, установленные в Договоре страхования;

11.4.3. ознакомить Застрахованных с их правами и обязанностями по Договору страхования, с условиями получения медицинских услуг;

11.4.4. получить согласие Застрахованных лиц при замене другими Застрахованными лицами;

11.4.5. в пределах своей компетенции принимать меры по устранению неблагоприятных факторов воздействия на здоровье Застрахованных по устранению обстоятельств влияющих на увеличение страхового риска;

11.4.6. сообщать Страховщику об изменении обстоятельств, имеющих существенное значение для определения вероятности наступления страхового случая и размера возможных убытков от его наступления (страхового риска) по Договору страхования;

11.4.7. обеспечить своевременную передачу полиса каждому Застрахованному лицу и информации об условиях Договора страхования, настоящих Правил страхования, условиях порядке предоставления медицинских и иных услуг;

11.4.8. обеспечить сохранность документов по Договору страхования;

11.4.9. обеспечить конфиденциальность в отношениях со Страховщиком;

11.4.10. получить от Застрахованных лиц и по первому требованию предоставить Страховщику и/или его представителю письменное согласие Застрахованного лица на использование и предоставление персональных данных Застрахованного лица и состояния его здоровья в медицинские и/или иные учреждения с целью исполнения обязательств Страховщика по Договору страхования.

11.5. Страховщик имеет право:

11.5.1. осуществить оценку страхового риска, запросить у Страхователя предоставления достоверной информации, необходимой для заключения Договора страхования, проверить сообщенную Страхователем информацию, а также выполнение Страхователем (Застрахованным) требований и условий настоящих Правил и Договора страхования и отказать в заключении или потребовать признания Договора страхования недействительным, в случае если Страхователь сообщил заведомо ложные сведения;

11.5.2. изменить по согласованию со Страхователем страховую сумму и страховую премию (страховой взнос) по Договору страхования при изменении цен на предоставляемые медицинские услуги и медицинскую помощь, а также статистики размера медицинских расходов при лечении различных видов заболеваний. 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;

11.5.3. отсрочить выплату страхового возмещения в случае самостоятельной оплаты медицинских услуг Страхователем (Застрахованным):

- если последний предоставленный документ, не надлежащим образом оформлен. При этом Страховщик обязан в течение 15 (пятнадцати) рабочих дней уведомить лицо, подавшее заявление на страховую выплату с указанием перечня недостающих и (или) ненадлежащим образом оформленных документов;

- если у него имеются мотивированные сомнения в подлинности документов, подтверждающих страховой случай - до тех пор, пока не будет подтверждена подлинность таких документов;
 - если соответствующими органами внутренних дел возбуждено уголовное дело против Страхователя (Выгодоприобретателя) и ведется расследование обстоятельств, приведших к наступлению страхового случая - до окончания расследования или судебного разбирательства;
 - если получателем страховой выплаты не является лицо, обратившееся к Страховщику с заявлением на страховую выплату, до представления Страховщику от получателя страховой выплаты документа, удостоверяющего личность получателя выплаты. В этом случае, срок принятия решения (единый срок урегулирования требования о страховой выплате) начинает течь не ранее получения Страховщиком данного документа;
 - если лицо, обратившееся за страховой выплатой, не предоставило банковских реквизитов, а также других сведений, необходимых для осуществления страховой выплаты в безналичном порядке, осуществление страховой выплаты продлевается (приостанавливается) на срок до получения указанных сведений. При этом Страховщик обязан уведомить обратившееся лицо о факте приостановки выплаты и запросить у него недостающие сведения.
- 11.5.4. отказать в оплате медицинских услуг, обращение за которыми не является страховым случаем или которые не предусмотрены Программой страхования;
- 11.5.5. направить на медицинское освидетельствование лицо, в пользу которого предполагается заключить Договор страхования;
- 11.5.6. передавать полученную от Страхователя и/или Застрахованного лица информацию о персональных данных Застрахованного лица и состоянии его здоровья в медицинские и/или иные учреждения с целью исполнения своих обязательств по Договору страхования.
- 11.6. Страховщик обязан:
- 11.6.1. обеспечить конфиденциальность в отношениях со Страхователем и Застрахованным;
- 11.6.2. до заключения Договора страхования разъяснить получателю страховых услуг положения, содержащиеся в настоящих Правилах страхования и Договоре страхования, расчеты изменений в течение срока действия Договора страхования страховой суммы, расчеты страховой выплаты. Вручить Страхователю (уполномоченному представителю)/Застрахованному один экземпляр Правил страхования. Если Договором страхования предусмотрен иной вариант ознакомления с Правилами страхования, то порядок такого ознакомления должен быть указан в Договоре страхования;
- 11.6.3. обеспечить своевременную передачу полисов и других документов Страхователю;
- 11.6.4. обеспечить предоставление Застрахованному медицинской помощи и медицинских услуг, гарантированных условиями Договора страхования;
- 11.6.5. обеспечить контроль объема, качества медицинской помощи и сроков, в соответствии с условиями Договора страхования;
- 11.6.6. произвести оплату медицинскому учреждению за предоставленную медицинскую помощь и медицинские услуги Застрахованному, гарантированные условиями Договора страхования (Программой);
- 11.6.7. при выявлении нарушений проведения медицинских технологий, требований к объему медицинской и лекарственной помощи, санитарных норм и правил, сроков оказания медицинской помощи, защищать интересы Застрахованных;
- 11.6.8. обеспечить сохранность документов, подтверждающих принятие и исполнение обязательств по Договору страхования, в том числе письменного заявления о заключении (изменении, прекращении) Договора страхования и иных документов, явившихся основанием для заключения (изменения, прекращения) Договоров страхования, а также копий предъявляемых при заключении (изменении, прекращении) Договора страхования документов.
- 11.7. Договором страхования могут быть предусмотрены также и другие права и обязанности Сторон.

12. ПЕРСОНАЛЬНЫЕ ДАННЫЕ

12.1. Страховщик может осуществлять обработку персональных данных Страхователя (Застрахованного) с их согласия в течение действия Договора страхования, а так же в течение 25 (двадцати пяти) лет после прекращения его действия.

Персональные данные, в том числе специальные персональные данные, как данные Страхователя (Застрахованного лица) включают: фамилию, имя, отчество, год, месяц, дату рождения, паспортные данные или данные другого документа, удостоверяющего личность, адрес проживания/прописки/регистрации, телефоны, данные о состоянии здоровья, заболеваниях и о случаях обращения в медицинские учреждения. Страхователь предоставляет Страховщику право осуществлять все действия с персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, обезличивание, блокирование, уничтожение. Страховщик вправе обрабатывать персональные данные посредством включения их в списки и внесения в электронные базы данных Страховщика.

12.2. Страхователь, заключая Договор страхования на основании настоящих Правил, в соответствии с положениями Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных», выражает свое согласие Страховщику, место нахождения (адрес): 652600, г. Белово Кемеровская область, переулок Цинкзаводской, 8А, на их автоматизированную и неавтоматизированную обработку, включая все действия, перечисленные в статье 3 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных» своих персональных данных и персональных данных Застрахованных, включая персональные данные о состоянии здоровья, указанные в заявлении, заявлении-анкете на заключение Договора страхования, в Договоре (полисе) страхования и иных документах,

представленных в целях надлежащего исполнения Договора страхования при его заключении и при организации оказания медицинских, медико-транспортных и иных услуг, включение персональных данных в информационную систему персональных данных – клиентскую базу данных для информирования о новинках страховых продуктов, участия в маркетинговых и рекламных акциях и исследованиях, проверку качества услуг, передачи риска в перестрахование, для осуществления информационного сопровождения исполнения Договора страхования – в том числе посредством направления уведомлений с применением СМС – сообщений, посредством электронной почты и иными доступными способами.

Страхователь гарантирует, что передача персональных данных Застрахованных в пользу Страховщика происходит с их письменного согласия.

Настоящее согласие действительно в течение срока действия Договора (полиса) страхования и в течение 25 лет после окончания действия Договора (полиса) страхования.

Настоящее согласие на обработку персональных данных может быть отозвано посредством направления письменного уведомления в адрес АО СК «БАСК».

13. СРОК ДЕЙСТВИЯ И ПРЕКРАЩЕНИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ

13.1. Договор страхования заключается сроком на один год, если условиями Договора страхования не предусмотрено иное.

13.2. Договор страхования считается заключенным с даты подписания Сторонами Договора страхования и оканчивается в 24 часа 00 минут дня, указанного в Договоре страхования, как дата окончания срока действия Договора страхования, если Договором страхования не предусмотрено иное.

13.3. Договор страхования вступает в силу (если его условиями не предусмотрено иное):

13.3.1. при наличных расчетах - с 00 часов 00 минут дня, следующего за днем уплаты Страхователем страховой премии (или первого страхового взноса - при уплате страховой премии в рассрочку) в размере и сроки, установленные Договором страхования, в кассу или уполномоченному представителю Страховщика;

13.3.2. при уплате страховой премии (или первого страхового взноса - при уплате страховой премии в рассрочку) путем безналичных расчетов - с 00 часов 00 минут дня, следующего за днем зачисления денежных средств в размере и сроки, установленные Договором страхования, на расчетный счет Страховщика или уполномоченного представителя Страховщика.

13.4. Договор страхования прекращается в случаях:

13.4.1. истечения срока его действия;

13.4.2. исполнения Страховщиком обязательств перед Страхователем (Застрахованным) по Договору страхования в полном объеме (в пределах страховой суммы), при этом Договор страхования прекращается досрочно, а уплаченная Страховщику премия не подлежит возврату Страхователю;

13.4.3. до наступления срока, на который он был заключен, если после его вступления в силу возможность наступления страхового случая отпала, и существование страхового риска прекратилось по обстоятельствам иным, чем страховой случай;

13.4.4. неуплаты Страхователем очередного страхового взноса (при уплате страховой премии в рассрочку) при условии, что Страховщик направит Страхователю соответствующее уведомление о том, что Договор досрочно прекращен в связи с неуплатой очередного страхового взноса (в этом случае Договор прекращается с даты направления Страховщиком указанного уведомления, если иной срок не установлен в уведомлении);

13.4.6. ликвидации Страхователя, являющегося юридическим лицом, за исключением случаев, предусмотренных действующим законодательством Российской Федерации;

13.4.7. в случае отказа Страхователя - физического лица от Договора страхования в течение четырнадцати календарных дней со дня его заключения независимо от момента уплаты страховой премии, при отсутствии в данном периоде событий, имеющих признаки страхового случая. В этом случае Договор страхования считается прекратившим свое действие с даты получения Страховщиком письменного заявления Страхователя об отказе от Договора страхования или иной даты, установленной по соглашению Сторон, но не позднее четырнадцати календарных дней с даты заключения Договора страхования.

13.5. Если Договором страхования не предусмотрено иное, при досрочном прекращении Договора страхования по обстоятельствам, указанным в пункте 13.4.3. настоящих Правил, Страховщик имеет право на часть страховой премии пропорционально времени, в течение которого действовало страхование.

Страховщик производит расчет не заработанной премии за минусом расходов на ведение дела от величины страховой премии (страхового взноса):

$$П \text{ возв} = (П_{\text{нач}} * (N - M) / N - П_{\text{неопл}}) * (100\% - РВД) / 100\%, \text{ где:}$$

$П \text{ возв} \geq 0$ – премия к возврату;

$П_{\text{нач}}$ – начисленная страховая премия по Договору;

$П_{\text{неопл}}$ – сумма страховых взносов, срок оплаты которых не наступил на момент досрочного прекращения Договора;

N – срок действия Договора (мес./дни);

M – количество месяцев/дней истекшего срока действия Договора, на момент его досрочного прекращения;

$РВД$ – расходы на ведение дела Страховщика, предусмотренные действующей структурой тарифных ставок (в %).

13.6. Если после заключения Договора страхования будет установлено, что Страхователь (Застрахованный) сообщил Страховщику заведомо ложные сведения об обстоятельствах, имеющих существенное значение для определения вероятности наступления страхового случая и размера возможных убытков от его наступления, Страховщик вправе потребовать признания Договора страхования недействительным и применения последствий, предусмотренных Гражданским Кодексом Российской Федерации. Страховщик не может требовать признания Договора страхования недействительным, если обстоятельства, о которых умолчал Страхователь (Застрахованный), уже отпали.

13.7. Страхователь вправе отказаться от Договора страхования в любое время, если к моменту отказа возможность наступления страхового случая не отпала по обстоятельствам, иным, чем страховой случай. В этом случае, уплаченная Страховщику страховая премия не подлежит возврату, если иное не предусмотрено Договором страхования.

13.8. Установленное п. 13.7. правило не распространяется на случаи досрочного прекращения Договора страхования, предусмотренные пунктом 13.4.7. настоящих Правил страхования. В случае отказа Страхователя - физического лица от Договора страхования в течение четырнадцати календарных дней со дня его заключения при отсутствии в данном периоде событий, имеющих признаки страхового случая, Страхователь имеет право на возврат страховой премии (ее части) на условиях, установленных настоящим пунктом.

Если Страхователь - физическое лицо отказался от Договора страхования в течение четырнадцати календарных дней со дня его заключения 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.

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

Страховщик возвращает Страхователю страховую премию по выбору Страхователя наличными деньгами или в безналичном порядке в срок, не превышающий 10 (десяти) рабочих дней со дня получения письменного заявления Страхователя об отказе от Договора страхования.

Если Страхователь в заявлении не выразил свою волю относительно формы возврата страховой премии, Страховщик, если ему известны банковские реквизиты Страхователя, возвращает денежные средства в безналичном порядке (приоритет имеют те сведения, которые Страхователь представлял Страховщику позднее).

Если Страхователь в заявлении не выразил свою волю относительно формы возврата страховой премии и у Страховщика отсутствуют сведения о банковских счетах Страхователя, Страховщик возвращает денежные средства путем почтового перевода.

13.9. Договор страхования может быть расторгнут досрочно по соглашению Сторон, а также в других случаях, предусмотренных действующим законодательством Российской Федерации.

13.10. Досрочное прекращение действия Договора страхования не освобождает Стороны от исполнения обязательств по нему, возникших в период действия Договора страхования до момента досрочного прекращения его действия.

13.11. Если Договором страхования не предусмотрено иное, в случае неуплаты или не полной уплаты Страхователем страховой премии (при единовременной оплате страховой премии)/первого страхового взноса (при оплате страховой премии в рассрочку) в размере и в срок, установленные Договором страхования, Договор страхования считается или признается не вступившим в силу, страховые выплаты по Договору страхования не производятся. При этом полученные Страховщиком денежные средства подлежат возврату.

13.12. Действие Договора страхования в отношении указанного в нем Застрахованного прекращается в случаях:

13.12.1. исключения лица из списка Застрахованных лиц Страхователем;

13.12.2. смерти Застрахованного лица.

13.13. В случае досрочного расторжения Договора коллективного страхования, Страхователь обязан вернуть Страховщику полис, действие которого прекращается с момента окончания срока страхования. При получении Застрахованным лицом медицинских и иных услуг по подлежащему возврату полису, Страхователь компенсирует Страховщику понесенные затраты в течение 30 (тридцати) рабочих дней с момента получения уведомления.

14. ИЗМЕНЕНИЕ УСЛОВИЙ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ

14.1. Изменение условий Договора страхования производится по обоюдному согласию Страхователя и Страховщика, если иное не предусмотрено действующим законодательством Российской Федерации, и оформляется путем подписания Сторонами дополнительного соглашения которое становится неотъемлемой частью Договора страхования.

14.2. Если иное не установлено соглашением Сторон, изменения вступают в силу с 00 часов 00 минут дня, следующего за днем подписания дополнительного соглашения Страховщиком и Страхователем.

14.3. В случае значительного изменения в обстоятельствах, сообщенных Страховщику при заключении Договора страхования, влекущих увеличение степени страхового риска, Страховщик имеет право потребовать изменения условий Договора страхования или уплаты дополнительной страховой премии соразмерно увеличению степени страхового риска.

14.4. В случае если дополнительным соглашением Сторон предусмотрена уплата дополнительной страховой

премии, изменения условий Договора страхования вступают в силу с 00 часов 00 минут дня, следующего за днем уплаты Страхователем дополнительной страховой премии Страховщику либо его уполномоченному представителю в объеме, предусмотренном дополнительным соглашением, если иное не установлено соглашением Сторон.

14.5. При неисполнении Страхователем (Застрахованным) обязанности по незамедлительному уведомлению Страховщика о существенном изменении обстоятельств, сообщенных ему при заключении Договора страхования, Страховщик вправе потребовать расторжения Договора страхования в порядке, предусмотренном действующим законодательством Российской Федерации и возмещения убытков, причиненных его расторжением.

14.6. В случае если Страхователь возражает против изменения условий Договора страхования или доплаты страховой премии, Страховщик вправе потребовать расторжения Договора страхования в порядке, предусмотренном действующим законодательством Российской Федерации.

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

14.8. Изменение и расторжение Сторонами Договора страхования осуществляется в порядке, предусмотренном Гражданским Кодексом Российской Федерации.

14.9. В течение срока действия Договора страхования по соглашению Сторон возможно внесение изменений в список Застрахованных лиц.

В случае увеличения численности Застрахованных лиц по коллективному Договору страхования, Страхователь представляет Страховщику списки дополнительно Застрахованных лиц и уплачивает за них страховую премию, если Договором страхования не предусмотрено иное.

В случае сокращения численности Застрахованных лиц по коллективному Договору страхования, Страхователь обязан сообщить об этом Страховщику в сроки, предусмотренные Договором страхования, предоставив списки лиц, в отношении которых прекращается Договор страхования, а Страховщик вправе произвести перерасчет страховой премии путем оформления дополнительного соглашения к Договору страхования. При этом Страхователю возвращается (или учитывается в дальнейших взаиморасчетах) страховая премия за лиц, исключаемых из списка Застрахованных лиц, исчисленная пропорционально количеству дней не истекшего срока действия Договора страхования в отношении данных Застрахованных с учетом удержания расходов на ведение дела Страховщика, если Договором страхования не предусмотрено иное.

В случае замены Застрахованных лиц другими лицами (при коллективной форме Договора страхования) без изменения числа Застрахованных лиц, Страхователь представляет Страховщику списки по установленной Страховщиком форме и соответствующие согласия о замене Застрахованных (ст. 955 ГК РФ).

Если условиями Договора страхования не предусмотрено иное, в случае исключения из списка лиц, Застрахованных по определенной Программе, и одновременного включения в список Застрахованных лиц с одной и той же даты по этой же Программе равного количества лиц, Страховщик не производит возврат части страховой премии Страхователю в связи с уменьшением количества Застрахованных лиц, а Страхователь, в свою очередь, не производит уплату дополнительной страховой премии за лиц, включаемых в список Застрахованных лиц.

Полисы лиц, исключаемых из списка Застрахованных, возвращаются Страхователем Страховщику с момента увольнения Застрахованного работника.

15. ПРОЧИЕ УСЛОВИЯ

15.1. Все иные, не оговоренные настоящими Правилами условия, регулируются действующим законодательством Российской Федерации.

15.2. Положения конкретных Договоров страхования имеют преимущественную силу над положением настоящих Правил.

15.3. Внесение изменений и дополнений в условия Договора страхования возможно по соглашению Сторон и оформляется в письменной форме.

16. РАЗРЕШЕНИЕ СПОРОВ

16.1. Споры, возникающие в процессе исполнения обязательств по Договору страхования, разрешаются в порядке, предусмотренном действующим законодательством.

16.2. Право на предъявление Страховщику претензий сохраняется в течение срока исковой давности в соответствии с законодательством РФ.

17. ДОСУДЕБНОЕ УРЕГУЛИРОВАНИЕ СПОРОВ (вступает в силу 28 ноября 2019 г.)

17.1. При наличии разногласий между Страхователем (Выгодоприобретателем), не являющимся потребителем финансовых услуг, определенным в соответствии с Федеральным законом «Об уполномоченном по правам потребителей финансовых услуг»¹, и Страховщиком относительно исполнения последним своих обязательств по Договору страхования до предъявления к Страховщику иска, вытекающего из неисполнения или ненадлежащего

¹ Для целей указанного Федерального закона под потребителем финансовых услуг понимается физическое лицо, являющееся стороной Договора, либо лицом, в пользу которого заключен Договор, либо лицом, которому оказывается финансовая услуга в целях, не связанных с осуществлением предпринимательской деятельности.

исполнения им обязательств по Договору страхования, несогласия указанного в настоящем пункте Страхователя (Выгодоприобретателя) с размером осуществленной Страховщиком страховой выплаты, указанный в настоящем пункте Страхователь (Выгодоприобретатель) направляет Страховщику претензию с документами, приложенными к ней и обосновывающими требование Страхователя (Выгодоприобретателя).

Претензия подлежит рассмотрению Страховщиком в течение 30 (тридцати) дней со дня ее поступления к Страховщику. В течение указанного срока Страховщик обязан удовлетворить выраженное Страхователем (Выгодоприобретателем) требование о надлежащем исполнении обязательств по Договору страхования или направить мотивированный отказ в удовлетворении такого требования.

17.2. При наличии разногласий между Страхователем (Выгодоприобретателем), являющимся потребителем финансовых услуг, определенным в соответствии с Федеральным законом «Об уполномоченном по правам потребителей финансовых услуг» (далее – потребитель), и Страховщиком относительно исполнения последним своих обязательств по Договору страхования, если размер требований потребителя о взыскании денежных сумм не превышает 500 тысяч рублей и требования не связаны с компенсацией морального вреда и возмещением убытков в виде упущенной выгоды, до предъявления к Страховщику иска, вытекающего из неисполнения или ненадлежащего исполнения им обязательств по Договору страхования, несогласия указанного в настоящем пункте Страхователя (Выгодоприобретателя) с размером осуществленной Страховщиком страховой выплаты, указанный в настоящем пункте Страхователь (Выгодоприобретатель) должен направить Страховщику заявление в письменной или электронной форме (далее - заявление потребителя).

17.2.1. Страховщик обязан рассмотреть заявление потребителя в порядке, установленном Федеральным законом «Об уполномоченном по правам потребителей финансовых услуг» и направить ему мотивированный ответ об удовлетворении, частичном удовлетворении или отказе в удовлетворении предъявленного требования:

1) в течение 15 (пятнадцати) рабочих дней со дня получения заявления потребителя в случае, если указанное заявление направлено в электронной форме по стандартной форме, которая утверждена Советом Службы финансового уполномоченного, и если со дня нарушения прав потребителя прошло не более 180 (ста восьмидесяти) дней;

2) в течение 30 (тридцати) дней со дня получения заявления потребителя в иных случаях.

17.2.2. Ответ на заявление потребителя направляется по адресу электронной почты потребителя, а при его отсутствии по почтовому адресу.

17.2.3. Потребитель вправе направить обращение финансовому уполномоченному² после получения ответа Страховщика либо в случае неполучения ответа Страховщика по истечении соответствующих сроков рассмотрения Страховщиком заявления потребителя, установленных частями 1 и 2 пункта 17.2.1. настоящих Правил страхования.

17.2.4. Обращение направляется потребителем лично, за исключением случаев законного представительства. При направлении обращения законным представителем потребителя к обращению прилагаются документы, подтверждающие полномочия законного представителя.

17.3. В случае если размер требований потребителя финансовых услуг превышает 500 тысяч рублей либо требования потребителя финансовых услуг касаются вопросов, связанных с компенсацией морального вреда и возмещением убытков в виде упущенной выгоды, потребитель финансовых услуг вправе заявить указанные требования в соответствии с Законом Российской Федерации от 7 февраля 1992 года N 2300-1 «О защите прав потребителей» в судебном порядке без направления обращения финансовому уполномоченному.

² <https://finombudsman.ru/>

Размер базовых тарифных ставок

Программы	Тариф, %
1. Базовая Программа добровольного медицинского страхования:	
«Амбулаторно-поликлиническая помощь» – категория эконом	25
«Амбулаторно-поликлиническая помощь» – категория стандарт	30
«Цеховой врач»	38
«Стационарная помощь»	17
«Стоматологическая помощь» - категория эконом	50
«Стоматологическая помощь» - категория стандарт	75
«Лекарственное обеспечение»	30
«Специализированная медицинская помощь: профилактическое и реабилитационно-восстановительное лечение» - категория эконом	10
«Специализированная медицинская помощь: профилактическое и реабилитационно-восстановительное лечение» - категория стандарт	12
2. «Диагностика плюс»	10
3. «Комплексная медицинская помощь» - категория эконом	50
4. «Комплексная медицинская помощь» - категория стандарт	54
5. «Защити себя» — категория эконом	30
6. «Защити себя» — категория стандарт	33
7. «Укус клеща»	0,2

Страховой тариф считается равным базовому страховому тарифу или исчисляется путем умножения базового страхового тарифа и поправочного (ых) коэффициента (ов), если имеются основания для применения таких коэффициентов

Поправочные коэффициенты, применяемые к базовым страховым тарифам

1. Коэффициенты к базовым страховым тарифам по добровольному медицинскому страхованию, в зависимости от числа Застрахованных по Договору страхования.

При заключении Договора коллективного страхования Страховщик может применять коэффициенты к базовым тарифам в зависимости от числа Застрахованных.

Таблица № 1

Численность Застрахованных	Коэффициенты к базовым тарифам
до 10 человек	1,0 - 1,2
11-50 человек	1,0 - 1,1
51 -100 человек	0,5 - 0,9
101 -200 человек	0,5 - 0,9
201-300 человек	0,5 - 0,9
301-400 человек	0,3 - 0,9
401-500 человек	0,2 - 0,9
более 501 человек	0,1 - 0,7

2. Коэффициенты к базовым страховым тарифам по добровольному медицинскому страхованию, в зависимости от срока действия Договора.

К базовым страховым тарифам применяется поправочный коэффициент, значения которого указаны в таблице № 2, если продолжительность срока действия Договора страхования меньше одного года.

Таблица № 2

Продолжительность срока действия Договора страхования	Поправочные коэффициенты
от 30 до 31 дней включительно	0,1
от 1-го месяца до 2-х месяцев включительно	0,30
от 2-х месяцев до 3-х месяцев включительно	0,50
от 3-х месяцев до 4-х месяцев включительно	0,60
от 4-х месяцев до 5-ти месяцев включительно	0,65
от 5-ти месяцев до 6-ти месяцев включительно	0,70
от 6-ти месяцев до 7-ми месяцев включительно	0,75
от 7-ми месяцев до 8-ми месяцев включительно	0,80
от 8-ти месяцев до 9-ти месяцев включительно	0,85
от 9-ти месяцев до 10-ти месяцев включительно	0,90
от 10-ти месяцев до 11-ти месяцев включительно	0,95
от 11-ти месяцев до 12-ти месяцев	1,00

При заключении Договора страхования со сроком страхования менее 1 месяца размер страховой премии рассчитывается в процентах (%) от годовой премии за 1 день страхования, если Договором страхования не предусмотрено иное:

- от 1 до 10 дней – 1,17%;
- от 11 до 20 дней – 1,07%;
- от 21 до 30 дней – 1%.

При заключении Договора страхования на срок более 1 года страховая премия рассчитывается пропорционально сроку действия Договора страхования, и равняется сумме годовых страховых премий и доле годовой премии за количество месяцев неполного года, из расчета 1/12 годовой премии за каждый месяц.

3. Коэффициенты к базовым страховым тарифам по добровольному медицинскому страхованию в зависимости от возрастных категорий коллектива Застрахованных при коллективном страховании.

Страховщик имеет право применять указанные коэффициенты к базовым страховым тарифам, в зависимости от категории страхуемого коллектива по добровольному медицинскому страхованию.

Таблица № 3

Категория коллектива	Поправочные коэффициенты к базовым страховым тарифам
наличие на предприятии работающих лиц предпенсионного возраста и пенсионеров более 10%	1,1-1,2
наличие на предприятии работающих лиц предпенсионного возраста и пенсионеров менее 10%	0,8-1,1
отсутствие на предприятии работающих лиц предпенсионного возраста и пенсионеров	0,7-1,0

наличие на предприятии работающих лиц до 35 лет	0,4-1,0
---	---------

4. Коэффициенты к базовым страховым тарифам по добровольному медицинскому страхованию в зависимости от половозрастных категорий коллектива Застрахованных.

Страховщик имеет право применять указанные коэффициенты к базовым страховым тарифам, в зависимости от категории страхуемого коллектива по добровольному медицинскому страхованию.

Таблица № 4

Категория коллектива	Поправочные коэффициенты к базовым страховым тарифам
преобладание Застрахованных мужского пола	0,4-1,0
преобладание Застрахованных женского пола	0,8-1,1

5. Коэффициенты к базовым страховым тарифам по добровольному медицинскому страхованию в зависимости от рода занятий Застрахованного лица.

Страховщик имеет право применять указанные коэффициенты к базовым страховым тарифам, в зависимости от рода занятий Застрахованного лица по добровольному медицинскому страхованию.

Таблица № 5

Род занятий Застрахованного лица	Поправочные коэффициенты к базовым страховым тарифам
офисный сотрудник	0,5-1,0
работник сферы быта и услуг	0,7-1,0
профессии, связанные с работой в неблагоприятных условиях	1
профессии, связанные с умеренно тяжелым физическим трудом	1,1
профессии, связанные с тяжелым физическим трудом	1,2
лица, работающие в особо неблагоприятных или опасных условиях	1,2

6. Коэффициенты к базовым страховым тарифам по добровольному медицинскому страхованию в зависимости от возраста Застрахованного.

Страховщик имеет право применять указанные коэффициенты к базовым страховым тарифам, в зависимости от возраста Застрахованного.

Таблица № 6

Возраст	Поправочные коэффициенты
От 60 до 64	1,05 - 1,1
От 65 до 69	1,1 – 1,2
от 70* и старше	1,2 – 1,3

7. Коэффициенты к базовым страховым тарифам по добровольному медицинскому страхованию в зависимости от заболеваемости Застрахованных при коллективном страховании.

Страховщик имеет право применять указанные коэффициенты к базовым страховым тарифам, в зависимости от заболеваемости Застрахованных лиц при коллективном страховании.

Таблица № 7

Заболеваемость Застрахованных	Поправочные коэффициенты
Численность хронических больных с ежегодным обострением более 5%	1,1 - 1,3
Численность хронических больных с ежегодным обострением менее 5%	0,7 – 0,9

В зависимости от:	возможно применение к базовым страховым тарифам повышающих и понижающих коэффициентов
состояния здоровья	
выбранного лечебного учреждения	
условиях частичного страхования коллектива	

показателей заболеваемости Застрахованных	Повышающих (от 1,01 до 1,3)
страховых выплат по ДМС в прошлом периоде	
оплате премии в рассрочку	Понижающих (от 0,08 до 0,99)
наличия периода ожидания	
наличия франшизы	
наличия в Договоре добровольного медицинского страхования близких родственников	
области и регионе лечения	
порядка оказания медицинской помощи	
оказания медицинской помощи на территории принадлежности	
категории медицинского учреждения	
наличия хронических, инфекционных, наследственных заболеваний,	
наличия злокачественных новообразований	
наличия вич инфекций	
наличия эпилепсии	
наличия инвалидности	
наличия учета Застрахованных в наркологических, психоневрологических, туберкулезных, кожно-венерологических диспансерах	

При этом суммарное произведение повышающих коэффициентов не превышает 1,32