



УТВЕРЖДАЮ

Генеральный директор  
АО СК «БАСК»

Р. Р. Чмаро

Приказ № 124-УК  
от 30 августа 2019 года

## ПРАВИЛА КОМПЛЕКСНОГО 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 комплексного 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 выбранными условиями страхования, прилагаемыми к настоящим Правилам страхования, при возникновении страхового случая 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 (страховой полис)** — письменное соглашение между Страховщиком и Страхователем (далее – Стороны), в силу которого Страховщик обязуется за обусловленную Договором страхования плату (страховую премию) организовать и (или) финансировать предоставленную Застрахованному медицинскую помощь определенного объема и (или) иные услуги, предусмотренные Программами добровольного медицинского страхования, а Страхователь обязуется уплатить страховую премию (страховые взносы) в установленные Договором страхования сроки и в соответствующем размере.

**Программа добровольного медицинского страхования (далее - Программа)** — совокупность видов, форм, условий и порядка предоставления медицинской и иной помощи. Перечень медицинских и иных услуг, из числа перечисленных в соответствующей Программе, формируется для каждого Застрахованного при заключении Договора страхования на основании Базовых условий страхования/видов медицинской помощи (медицинских и иных услуг), которые могут комбинироваться между собой в любом их сочетании, с учетом особенностей каждой из них и потребностей Страхователя, на основе которых заключен Договор страхования.

**Полисные условия** — включенные в текст Договора страхования (страхового полиса) 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, с наступлением которого возникает обязанность Страховщика произвести страховую выплату (на условиях настоящих Правил и Договора страхования).

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 здоровья 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, определенная сторонами Договора страхования при его заключении в соответствии с Правилами страхования.

**Страховая выплата** - денежная сумма, установленная в соответствии с Договором страхования, которую Страховщик выплачивает за оказание Застрахованному медицинской и иной помощи медицинскому учреждению или иной организации по их счетам. Страховая выплата может быть осуществлена Застрахованному наличными деньгами или перечислением на его счет в качестве возмещения последнему расходов на медицинские и иные услуги 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. 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.

**Понижающий и повышающий поправочный коэффициент** - коэффициент, применяемый Страховщиком при заключении Договора страхования, к базовым страховым тарифам, с учетом особенностей страхования

конкретного лица (лиц), с учетом степени риска.

**Франшиза** - предусмотренная Договором страхования часть убытков (расходов, связанных с оказанием Застрахованному медицинских и иных услуг), которая не подлежит возмещению Страховщиком.

**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, включающей близких родственников и иных лиц).

**Коллективное страхование** – это страхование, при котором в отношении Застрахованного лица (одного и более) заключается Договор страхования за счет денежных средств Страхователя. Страхователем выступает индивидуальный предприниматель или юридическое лицо, а Застрахованным лицом физическое лицо, указанное в Договоре страхования.

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

**Профилактические мероприятия** - 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.

**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 (медицинская организация)** – юридическое лицо любой организационно-правовой формы собственности, осуществляющее медицинскую деятельность и предоставление медицинской помощи на территории Российской Федерации, а также частнопрактикующие врачи, осуществляющие медицинскую деятельность на территории иных государств, на основании выданной в установленном порядке лицензии на право осуществления медицинской деятельности и привлекаемая для оказания медицинских услуг Застрахованным. По настоящим Правилам страхования, к медицинским организациям приравниваются индивидуальные предприниматели, осуществляющие медицинскую деятельность.

**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 (аптечные организации)** – 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, в том числе индивидуальный предприниматель, заключающее Договор страхования в свою пользу или в пользу третьих лиц (далее – Застрахованные, Застрахованные лица). В отношении Страхователя – физического лица, заключившего Договор страхования в свою пользу, действуют все положения настоящих Правил страхования, касающиеся Застрахованных лиц;

- юридическое лицо любой организационно-правовой формы, 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 осуществляет свою деятельность на основании соответствующего договора, заключенного со Страховщиком.

К медицинским учреждениям относятся:

- лечебно-профилактические учреждения (далее - ЛПУ) – организации, основным видом деятельности которых является амбулаторно-поликлиническая и (или) стационарная медицинская помощь: больничные учреждения, диспансеры, амбулаторно-поликлинические учреждения, учреждения скорой медицинской помощи, учреждения охраны материнства и детства, санатории реабилитационного лечения, клиники и другие;

- научно-исследовательские и медицинские институты, имеющие право на законных основаниях осуществлять медицинскую деятельность;

- учреждения, осуществляющие фармацевтическую деятельность, предоставляющие фармакологическую лекарственную помощь и реализующие изделия медицинского назначения: аптечные учреждения, аптеки медицинских учреждений;

- специализированные организации, в том числе сервисные компании, которые по поручению Страховщика обеспечивают организацию Застрахованным лицам медицинских и иных услуг, предусмотренных Договором страхования;

- иные медицинские организации.

В целях настоящих Правил к медицинским организациям приравниваются, индивидуальные предприниматели, осуществляющие медицинскую деятельность как индивидуально, так и коллективно.

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

По соглашению Сторон медицинские и иные услуги могут быть оказаны Застрахованному лицу в медицинских и иных организациях, находящихся как на территории Российской Федерации, так и на территории иных государств.

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 и иные (дополнительные) услуги из Базовых условий страхования для формирования Программ добровольного медицинского страхования (Приложение № 3 к настоящим Правилам), являющихся неотъемлемой частью настоящих Правил, в

отдельные Программы/страховые продукты, условия страхования выдержки/выписки из Правил/видов медицинской помощи и иных (дополнительных) услуг к отдельному Договору страхования или отдельной группе Договоров, 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.

1.7. По соглашению Сторон из видов медицинской помощи и иных (дополнительных) услуг могут быть исключены отдельные медицинские и (или) иные услуги.

1.8. 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 согласованной Сторонами территории, имеющих соответствующую лицензию, перечисленных в Договоре страхования (полисе) или в приложении к нему. Медицинские и иные услуги оказываются медицинскими организациями/частнопрактикующими врачами на основании заключенного ими договора со Страховщиком.

Под медицинской помощью по настоящим Правилам страхования понимается первичная медико-санитарная помощь, специализированная, в том числе высокотехнологичная, медицинская помощь, скорая, специализированная медицинская помощь, паллиативная медицинская помощь, медицинская реабилитация, санаторно-курортное лечение, вакцинация и т.д.

Договор страхования может быть заключен на условиях предоставления Застрахованному страховой защиты в объеме видов медицинской помощи/Программ, содержащих разные виды медицинской помощи при возникновении страхового случая, например: стационарной, амбулаторно-поликлинической, скорой и неотложной медицинской помощи, а также фармакологической помощи и т.д.

## **3. СТРАХОВЫЕ СЛУЧАИ И ОБЪЕМ СТРАХОВОЙ ОТВЕТСТВЕННОСТИ**

3.1. Страховым случаем является документально подтвержденное обращение Застрахованного или его представителя в течение срока действия Договора страхования в медицинское учреждение, Сервисную компанию и (или) иную компанию из числа предусмотренных Договором страхования или по согласованию со Страховщиком, для получения медицинских и иных услуг, предусмотренных в Договоре страхования, по поводу расстройства здоровья или состояния Застрахованного, требующих организации и оказания таких услуг, а также проведения профилактических мероприятий, снижающих степень опасных для жизни и здоровья Застрахованного угроз и (или) устраняющих их.

В соответствии с настоящими Правилами страховым случаем является получение медицинской помощи (медицинских и иных услуг):

### **3.1.1. Амбулаторно-поликлиническая помощь.**

Под амбулаторно-поликлинической помощью понимаются: консультация специалистов, инструментальная и лабораторная диагностика, лечение, вакцинация, ЛФК и массаж и т.д.

### **3.1.2. Стационарная помощь.**

Под стационарной помощью понимается: экстренная и плановая госпитализация в многопрофильные и специализированные стационары и т.д.

### **3.1.3. Стоматологическая помощь.**

Под стоматологической помощью понимается консультация, диагностика, лечение, снятие зубных отложений и т.д.

### **3.1.4. Скорая медицинская помощь.**

Под скорой медицинской помощью понимается выезд врача или бригады скорой (неотложной) медицинской помощи и т.д.

### **3.1.5. Лекарственное обеспечение (фармакологическая помощь).**

Под лекарственным обеспечением понимается обеспечение Застрахованных лекарственными препаратами (в пределах указанного в Договоре страхования лимита), которые предоставляются на амбулаторном этапе, в объеме клинических показаний по рецепту врача в аптечных учреждениях, указанных в Договоре страхования.

### **3.1.6. Реабилитационно-восстановительное лечение (санаторно-курортное лечение).**

Под реабилитационно-восстановительным лечением понимается получение медицинской помощи в учреждениях санаторно-курортного типа.

### **3.1.7. Медицинские осмотры и профилактика заболеваний.**

Под медицинскими осмотрами и профилактикой заболеваний понимается проведение систематических профилактических осмотров Застрахованных лиц.

#### 3.1.8. Личный врач и/или помощь на дому.

Под услугами Личного врача понимается предоставление и оплата специализированной медицинской помощи, оказываемой по соглашению со Страхователем (Застрахованным) на основе индивидуального прикрепления к специалисту общетерапевтического профиля, из числа специалистов, имеющих высшую или первую квалификационную категорию.

Под медицинской помощью на дому понимается вызов медицинского работника на дом с целью наблюдения за состоянием Застрахованного лица, течением заболевания и своевременного назначения (коррекции) необходимого обследования и (или) лечения и т.д.

#### 3.1.9. Врач офиса.

Страховым случаем является получение Застрахованным лицом первичной медико-санитарной помощи врачом терапевтом в офисе Страхователя.

#### 3.1.10. АнтиКлещ.

Страховым случаем является оказание медицинской, фармакологической помощи Застрахованному лицу в случае укуса клеща или контакта с ним.

3.2. Объем медицинской помощи и иных услуг, оказываемых медицинскими и иными учреждениями Застрахованному и оплачиваемыми Страховщиком по Договору страхования, определяется Договором страхования и (или) Программой.

3.3. Датой наступления страхового случая, предусмотренного в п. 3.1. настоящих Правил страхования признается дата обращения Застрахованного лица в медицинское учреждение за медицинскими и иными услугами.

3.4. По Договору страхования Страховщик принимает на себя обязательство при наступлении страхового случая организовать предоставление Застрахованному медицинских или иных услуг и произвести оплату медицинскому учреждению, специализированной компании или возместить Застрахованному, понесенные им расходы, согласованные в Договоре страхования или предварительно со Страховщиком/Сервисной компанией по оплате медицинских услуг необходимого объема в медицинских учреждениях, предусмотренных Договором страхования, в строгом соответствии с условиями согласованных со Страхователем Программ. Страховщик гарантирует оплату медицинских услуг, предусмотренных Правилами страхования и соответствующими Программами, являющимися неотъемлемой частью Договора страхования, предоставляемых медицинскими учреждениями. Программой добровольного медицинского страхования может быть предусмотрено получение Застрахованным лечебной, консультативной, реабилитационной, стоматологической, профилактической, бальнеологической, диагностической, фармакологической и иной помощи. Оплата за медицинские услуги полученные в условиях стационара подлежат оплате, если обращение за услугами произошло в течение срока действия Договора страхования, то есть дата госпитализации должна быть ранее даты окончания Договора страхования.

При этом организация оказания медицинских услуг в медицинских учреждениях может осуществляться, как на основе заключенных между Страховщиком и медицинским учреждением договоров о предоставлении лечебно-профилактической помощи медицинских и иных, связанных с ними, услуг (далее – договор о предоставлении медицинских услуг), так и иными медицинскими учреждениями, предварительно согласованными Страховщиком. Во всех перечисленных случаях оплата таких услуг будет считаться обоснованной при надлежащем оформлении документов и наличии у медицинского учреждения, оказавшего медицинские услуги, законного права заниматься соответствующей деятельностью (лицензии и иных оснований).

Медицинское учреждение, с которым Страховщик заключил соответствующий договор о предоставлении медицинских услуг, 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/Сервисной компанией.

3.5. 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) Правил страхования указываются в Договоре страхования.

3.6. Медицинская помощь, предусмотренная Договором страхования и (или) Программой, полученная Застрахованным в медицинском учреждении в течение одних суток (24 часов) признается одним обращением Застрахованного лица за медицинской помощью.

### 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 связи с алкогольным опьянением Застрахованного, опьянением 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-следственной 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 заболеваниями и травмами, возникшими вследствие: террористических актов; стихийных бедствий; участия Застрахованного в военных действиях любого рода, гражданских волнениях, беспорядках, несанкционированных митингах и демонстрациях;
- 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/Сервисной компанией;
- Застрахованным получены медицинские услуги в медицинских учреждениях, не предусмотренных Договором страхования, кроме случаев, когда такое обращение было согласовано и/или организовано Страховщиком/Сервисной компанией;
- 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 всех органов и тканей (включая гемобластозы), злокачественных заболеваний крови и кроветворных органов, доброкачественные новообразования центральной нервной системы;
- туберкулез;
- врожденные аномалии (пороки развития), деформации и хромосомные нарушения;
- детский церебральный паралич;
- системные поражения соединительной ткани;
- заболевания опорно-двигательного аппарата (артроз, артрит, ревматизм и др.);
- генерализованные формы инфекций, передающихся преимущественно половым путем (уреаплазмоз, уrogenитальный микоплазмоз, гарднереллез, папилломовирусная инфекция);
- заболевания, сопровождающиеся хронической почечной или печеночной недостаточностью (в том числе цирроз печени) 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/Сервисной компанией;
- 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 аборт, родовое наблюдение, роды, планирование семьи (включая вопросы контрацепции, планирования беременности), патология беременности на любых сроках, привычная невынашиваемость беременности, искусственное оплодотворение;
- диагностика и лечение заболеваний, связанных с нарушением питания и коррекцией веса;
- лечение алопеции; - молекулярно-генетические исследования;

- позитронно-эмиссионная томография (ПЭТ);
- 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, коррегирующие 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;
- документы, удостоверяющие личность страхователя, его представителя. Если для заключения Договора страхования обращается представитель Страхователя, то у него должна быть надлежащим образом оформленная доверенность, подтверждающая полномочия на подписание письменного заявления, Договора страхования;

- ИНН Страхователя (при наличии);

- СНИЛС Страхователя (при наличии);

- документы о государственной регистрации в качестве индивидуального предпринимателя (ОГРНИП, если Страхователь - индивидуальный предприниматель);

- 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;

- адрес места проживания (места регистрации) лица, подлежащего страхованию;

- предполагаемый срок страхования;

- предполагаемый перечень видов медицинской помощи и услуг;

- предполагаемый перечень медицинских учреждений;

- сведения о размере страховой суммы

- адрес для направления уведомлений, писем, иных документов и информации (адрес для направления юридически значимых сообщений);

- электронный адрес (e-mail) для направления уведомлений, писем, иных документов и информации;

- данные о Застрахованных лицах, необходимые для оценки страхового риска, влияющие на его степень в соответствии с п. 9.2.;

- согласие на обработку персональных данных.

5.1.2. Если Страхователем выступает юридическое лицо:

- полное наименование Страхователя;
- место нахождения, адрес для направления юридически значимых сообщений и банковские реквизиты Страхователя;

- учредительные документы Страхователя, документы о государственной регистрации в качестве юридического лица, документы о постановке на учет в налоговом органе (идентификационный номер налогоплательщика ИНН);
- заверенные Страхователем копии документов, подтверждающие полномочия лица на подписание Договора, оформленные надлежащим образом (протокол (решение) уполномоченного органа управления Страхователя об избрании исполнительного органа; соответствующая доверенность, если Договор со Стороны Страхователя подписывается не единоличным исполнительным органом, распорядительный документ о вступлении руководителя в должность);

- телефон, телефакс и иные средства связи, по которым можно связаться со Страхователем;
- адрес для направления уведомлений, писем, иных документов и информации (для направления юридически значимых сообщений);

- 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;
- сведения о размере страховой суммы на каждое Застрахованное лицо;
- 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;
- пол Застрахованного;
- даты рождения;
- места рождения;
- гражданства;
- паспортных данных;
- адреса места жительства (регистрации);
- ИНН (если имеется);
- СНИЛС (если имеется);
- согласие на обработку персональных данных;
- телефона (если имеется);
- виды медицинской помощи.

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 № 4 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 Застрахованным медицинской справки о состоянии здоровья, данная справка 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 лица, подлежащего страхованию.

Если иное не оговорено Сторонами, оплата предварительного медицинского освидетельствования производится за счет Страхователя. Предварительное медицинское освидетельствование проводится в медицинском учреждении, имеющем соответствующую лицензию, по выбору Страховщика.

При отказе лица подлежащего страхованию от заполнения анкеты и (или) прохождения предварительного медицинского освидетельствования, Страховщик вправе отказать в заключении Договора страхования в отношении данного лица.

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, дата рождения, места проживания (места регистрации) и телефон Застрахованного;
- характер события, на случай наступления которого в жизни Застрахованного лица осуществляется

страхование;

- вид медицинской помощи и иных (дополнительных) услуг/Программа 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), адрес для направления юридически значимых сообщений и банковские реквизиты Страхователя;

- численность Застрахованных;

- сведения о каждом Застрахованном лице согласно Приложения № 8 к настоящим Правилам страхования;

- характер события, на случай наступления, которого в жизни Застрахованного лица осуществляется страхование;

- вид медицинской помощи и иных (дополнительных) услуг/Программа 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. Если условиями Договора страхования не предусмотрено иное, 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 лицу запрещается передавать страховой полис другим лицам с целью получения ими медицинских услуг по Договору страхования.

5.9. При утрате Застрахованным страхового 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 их дубликаты

выдаются после оплаты Страхователем или Застрахованным 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 устанавливается в валюте Российской Федерации.

Страховая сумма на всех или на каждого Застрахованного по Договору страхования определяется Страховщиком и Страхователем по соглашению Страховщика и Страхователя исходя из вида медицинской помощи и иных (дополнительных) услуг/Программы страхования, выбранной Страхователем, возраста Застрахованного лица, срока действия Договора страхования, и иных факторов.

6.2. В Договоре страхования страховые суммы могут быть установлены по видам медицинской помощи и иным (дополнительным) услугам/Программам страхования, следующим образом:

а) единая (общая) страховая сумма по всем видам медицинской помощи и иным (дополнительным) услугам/Программам, предусмотренным Договором страхования для конкретного Застрахованного лица.

В этом случае общая сумма оплаты медицинских и иных услуг, предусмотренных по всем страховым случаям, произошедшим с данным Застрахованным лицом, не может превышать установленной единой (общей) страховой суммы;

б) отдельные страховые суммы по каждому виду медицинской помощи и иным (дополнительным) услугам/Программе, в соответствии с Договором страхования для конкретного Застрахованного лица.

В этом случае оплата медицинских и иных услуг, оказанных данному Застрахованному лицу в соответствии с условиями конкретной Программы, не может превышать страховую сумму по данной Программе;

в) единая (общая) страховая сумма по части Программ, предусмотренных Договором страхования для конкретного Застрахованного лица, и отдельные страховые суммы по всем остальным Программам, предусмотренным по Договору страхования для данного Застрахованного лица.

В данном случае общая сумма оплаты медицинских и иных услуг оказанных данному Застрахованному лицу, не может превышать:

- единой (общей) страховой суммы в части оплаты тех медицинских и иных услуг, которые оказаны по Программам, для которых установлена единая (общая) страховая сумма;

- отдельной страховой суммы по соответствующей Программе в части оплаты тех медицинских и иных услуг, которые оказаны в рамках данной Программы.

6.3. 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.

6.4. В Договоре страхования могут быть указаны лимиты ответственности (предельные суммы страховых выплат), в частности: по Застрахованным лицам, 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.

Если в Договоре страхования установлен лимит ответственности по конкретной медицинской или иной услуге, то общая сумма выплат по всем произошедшим в течение срока действия Договора страховым случаям, в связи с которыми оказывалась данная услуга, не может превышать установленного лимита ответственности.

## **7. ФРАНШИЗА**

7.1. В Договоре страхования Стороны могут указать размер некомпенсируемого Страховщиком ущерба – франшизу. 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. Период ожидания может быть установлен в отношении отдельно оговоренных заболеваний (состояний, травм, повреждений).

7.2. В Договоре страхования также может быть установлена франшиза на отдельно оговоренные заболевания, состояния, травмы, повреждения, при возникновении которых страховая выплата не производится.

7.3. Договором страхования могут быть предусмотрены иные виды франшизы.

7.3. 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 и иных услуг, 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;
- самостоятельно полученной Страховщиком информации о Страхователе/Застрахованном лице;
- 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 видов медицинской помощи (медицинских и иных услуг)/Программ страхования, премия определяется по каждой из включенных в Договор страхования видов медицинской помощи/Программ. Размер страховой премии по Договору страхования, включающему несколько видов медицинской помощи /Программ, определяется путем суммирования премий по этим видам медицинской помощи/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<br>(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 лицу при наступлении страхового случая.

10.2. Страховщик для обеспечения исполнения своих обязательств по Договору страхования заключает с медицинскими учреждениями Договоры о предоставлении медицинских услуг, по которым соответствующее медицинское учреждение обязуется предоставлять Застрахованным медицинскую и иную помощь соответствии с условиями Договора страхования.

Оплата за оказание медицинской помощи и услуг производится по тарифам и ценам, согласованным между Страховщиком и медицинским учреждением, в порядке, установленном договором о предоставлении медицинских услуг.

10.3. Страховая выплата осуществляется в соответствии с условиями договора о предоставлении медицинских услуг.

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

10.4.1. На основании счетов и реестров, выставленных медицинскими (и/или иными) учреждениями в соответствии с условиями заключенных с ними договоров о предоставлении медицинских услуг.

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

10.4.1.2. страховые выплаты производятся путем перечисления Страховщиком денежных средств на счет медицинского (и/или иного) учреждения в порядке и сроки, установленные договором о предоставлении 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 иных услуг. 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);

- заверенной медицинским учреждением копии результата исследования;
- заверенной медицинским учреждением копии выписки из истории болезни, подтверждающей необходимость оказания медицинских услуг;
- заверенной медицинским учреждением копии листка нетрудоспособности;
- об оплате медицинской помощи и услуг, оказанных медицинским учреждением (оригиналы квитанции, кассового чека, иные документы по запросу Страховщика).

Вместо заверенной копии могут быть представлены оригинал указанных выше документов и копия для сличения с оригиналом и заверения представителем Страховщика.

В зависимости от условий 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.

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 события, имеющего признаки страхового случая, предусмотренного Договором страхования, в том числе в случае самостоятельной оплаты Застрахованным в соответствии с условиями Договора страхования медицинских и/или иных услуг, Страховщик обязан:

1) 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 утвердить страховой акт либо принять решение об отказе в страховой выплате. Срок принятия решения о страховой выплате исчисляется со дня, следующего за днем получения Страховщиком заявления о страховой выплате и всех (последнего из необходимых и надлежащим образом оформленных) предусмотренных настоящими Правилами и (или) Договором страхования документов.

2) В случае принятия решения о выплате, в течение 15 (пятнадцати) рабочих дней со дня утверждения страхового акта произвести выплату страхового возмещения, если иное не предусмотрено Договором страхования.

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

- в течение 15 (пятнадцати) рабочих дней после окончания проверки, предусмотренной настоящими Правилами, направить медицинскому (и/или иному) учреждению Акт претензий (иной документ об отказе в страховой выплате);

- в случае самостоятельной оплаты медицинских услуг Страхователем (Застрахованным лицом) в течение 3 (трех) рабочих дней с даты получения всех необходимых в соответствии с настоящими Правилами страхования документов, направить письменный мотивированный отказ в страховой выплате.

10.5. Для получения медицинских и/или иных услуг Страхователь (Застрахованный) обращается в медицинские (и/или иные) учреждения, предусмотренные Договором страхования, или к Страховщику по контактному телефону, указанному в страховом полисе.

10.6. Размер страховых выплат за период действия Договора страхования не может превышать страховой суммы (лимита 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 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.

Страховщик не оплачивает не предусмотренные Договором страхования и не санкционированные (разрешенные) Страховщиком расходы, медико-транспортные расходы.

10.10. Если Договором страхования не предусмотрено иное, страховым случаем не является и не подлежит оплате оказание медицинских услуг, попадающих под перечень исключений Раздела 4 настоящих Правил страхования. Медицинские услуги, попадающие под перечень исключений Раздела 4 настоящих Правил страхования, могут быть Договором страхования включены в перечень медицинских услуг, являющихся страховым случаем. По результатам оценки страхового риска Страховщик применяет повышающие и понижающие поправочные коэффициенты.

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 и (или) Страхователю (Застрахованному) - в случае самостоятельной оплаты Застрахованным медицинских услуг, имеющему право на получение страховой выплаты 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, настоящими Правилами страхования и (или) 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, 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 к Страховщику для защиты своих прав при получении медицинских и иных услуг, 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 страхового полиса в случае его утраты, на установленных Правилами страхования условиях;

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 страховым полисом, при утрате немедленно сообщить Страховщику;

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

11.2.5. возместить расходы Страховщика в случае установления факта передачи своего страхового 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 (увеличить страховую сумму) 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 Застрахованного лица в случае его замены 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 изменение 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 страхового 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 или его представителю письменное согласие Застрахованного лица на обработку Страховщиком его персональных данных (в том числе использование и предоставление персональных данных Застрахованного лица о состоянии 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;

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

- если Страхователем (Застрахованным) не представлены Страховщику предусмотренные Правилами страхования документы, подтверждающие наступление страхового случая по Договору страхования, либо если предоставленные Страхователем (Застрахованным) документы ненадлежащим образом оформлены. При этом Страховщик обязан в течение 15 (пятнадцати) рабочих дней уведомить об указанном выше лицо, подавшее заявление на страховую выплату, с указанием перечня недостающих и (или) ненадлежащим образом оформленных документов;

- если у Страховщика 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) начинается не ранее получения Страховщиком данного документа;

- в случае, если выплата производится в безналичной форме, 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 Договором страхования;

11.5.5. направить на медицинское освидетельствование лицо, в отношении которого предполагается заключить Договор страхования;

11.5.6. передавать полученную от Страхователя и (или) Застрахованного лица информацию о персональных данных Застрахованного лица, в том числе о 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 страховых 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;

11.6.9. 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.

11.7. 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 страхования (полисе) 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 страхования (полиса) и в течение 25 лет после окончания действия Договора страхования (полиса).

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 страховая 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 страхования досрочно прекращен в связи с неуплатой очередного страхового взноса (в этом случае Договор страхования 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 п. 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 (страхового взноса). Подлежащая возврату Страхователю сумма премии в таком случае, рассчитывается исходя из следующей формулы:

$$Св = Сд - (Сд / N * M) - Сн, \text{ где}$$

Св - часть страховой премии, подлежащая возврату;

Сд - сумма страховой премии, предусмотренная Договором страхования;

Сн - сумма страховых взносов, срок оплаты которых не наступил на момент досрочного прекращения Договора;

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

M - количество месяцев (дней), в течение которых действовал Договор страхования до момента его прекращения.

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 п. 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) или первого страхового взноса (при оплате страховой премии в рассрочку) в размере и в срок, установленные Договором страхования, Договор страхования 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 страховой полис, действие которого прекращается с момента окончания срока страхования. При получении Застрахованным лицом медицинских и иных услуг по подлежащему возврату страховому полису, Страхователь компенсирует Страховщику понесенные затраты в течение 30 (тридцати) рабочих дней с момента получения уведомления.

## **14. ИЗМЕНЕНИЕ УСЛОВИЙ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ**

14.1. В период действия Договора страхования Страхователь обязан незамедлительно сообщать Страховщику о ставших ему известными значительных изменениях в обстоятельствах, сообщенных Страховщику при заключении Договора страхования, если эти изменения могут существенно повлиять на увеличение страхового риска.

Значительными изменениями признаются изменения, оговоренные в Договоре страхования (страховом полисе) и в настоящих Правилах.

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 изменения обстоятельств, сообщенных Страховщику при заключении Договора страхования, влекущих увеличение степени страхового риска, Страховщик имеет право потребовать изменения условий Договора страхования и (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.

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) часть страховой премии 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.

Если иное не установлено соглашением Сторон, изменение числа Застрахованных лиц и/или изменение Программы прекращается за 60 (шестьдесят) календарных дней (иной срок) до окончания срока действия Договора страхования.

Страховые полисы лиц, исключаемых из списка Застрахованных, возвращаются Страхователем Страховщику.

## **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»<sup>1</sup>, и Страховщиком относительно исполнения последним своих обязательств по Договору страхования 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) 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

---

<sup>1</sup> 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) 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 уполномоченному<sup>2</sup> после получения ответа Страховщика либо в случае неполучения ответа Страховщика по истечении соответствующих сроков рассмотрения Страховщиком заявления потребителя, установленных частями 1 и 2 п. 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.

---

<sup>2</sup> <https://finombudsman.ru/>

### Размер базовых тарифных ставок

| <b>Виды медицинской помощи (медицинские и иные услуги)</b>              | <b>Тариф, %</b> |
|-------------------------------------------------------------------------|-----------------|
| Амбулаторно-поликлиническая помощь                                      | <b>25%</b>      |
| Стационарная помощь                                                     | <b>17%</b>      |
| Стоматологическая помощь                                                | <b>50%</b>      |
| Скорая медицинская помощь                                               | <b>9,5%</b>     |
| Лекарственное обеспечение (фармакологическая помощь)                    | <b>30%</b>      |
| Реабилитационно-восстановительное лечение (санаторно-курортное лечение) | <b>10%</b>      |
| Медицинские осмотры и профилактика заболеваний                          | <b>10%</b>      |
| Личный врач и/или помощь на дому                                        | <b>25%</b>      |
| Врач офиса                                                              | <b>30%</b>      |
| АнтиКлещ                                                                | <b>0,2%</b>     |

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

**Поправочные (повышающие, понижающие) коэффициенты, применяемые к базовым тарифам**

| № Коэффициента/наименование                                                       | Факторы, влияющие на степень риска                            | Поправочный коэффициент |
|-----------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|-------------------------|
| К1/Количество лиц, подлежащих страхованию, чел.                                   | до 10                                                         | от 1,0 до 1,2           |
|                                                                                   | от 11 до 50                                                   | от 1,0 до 1,1           |
|                                                                                   | от 51 до 300                                                  | от 0,5 до 0,9           |
|                                                                                   | от 301 до 400                                                 | от 0,3 до 0,9           |
|                                                                                   | от 401 до 500                                                 | от 0,2 до 0,9           |
|                                                                                   | более 500                                                     | от 0,1 до 0,7           |
| К2/Полное/частичное страхование коллектива от общей численности сотрудников, чел. | при условии страхования 100% численности коллектива           | 0,7                     |
|                                                                                   | при условии страхования 80% численности коллектива            | 0,8                     |
|                                                                                   | при условии страхования 50% численности коллектива            | 0,9                     |
| К3/Возраст Застрахованных при коллективном страховании                            | наличие лиц предпенсионного возраста и пенсионеров более 10%  | от 1,1 до 1,2           |
|                                                                                   | наличие лиц предпенсионного возраста и пенсионеров менее 10%  | от 0,8 до 1,1           |
|                                                                                   | отсутствие лиц предпенсионного возраста и пенсионеров         | от 0,7 до 1,0           |
|                                                                                   | наличие лиц до 35 лет                                         | от 0,4 до 1,0           |
| К4/Возраст Застрахованных (индивидуальное ДМС)                                    | от 0 до 1 года                                                | 2,0                     |
|                                                                                   | от 3 до 7 лет                                                 | 1,5                     |
|                                                                                   | от 7 до 13 лет                                                | 1,3                     |
|                                                                                   | от 13 до 18 лет                                               | 1,1                     |
|                                                                                   | от 18 до 44 лет                                               | 1,0                     |
|                                                                                   | от 44 до 60 лет                                               | 1,5                     |
|                                                                                   | от 60 до 75 и более                                           | от 3,0 до 3,5           |
| К5/Пол Застрахованного при коллективном ДМС                                       | преобладание Застрахованных мужского пола                     | от 0,4 до 1,0           |
|                                                                                   | преобладание Застрахованных женского пола                     | от 0,8 до 1,1           |
| К6/Род занятий Застрахованного лица                                               | офисный сотрудник                                             | от 0,5 до 1,0           |
|                                                                                   | работник сферы быта и услуг                                   | от 0,7 до 1,0           |
|                                                                                   | профессии, связанные с работой в неблагоприятных условиях     | 1,0                     |
|                                                                                   | 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                     |
| К7/Статистика заболеваемости коллектива                                           | выше статистических показателей                               | от 1,2 до 1,3           |
|                                                                                   | ниже статистических показателей до 40%                        | от 0,8 до 0,9           |
|                                                                                   | статистические показатели более 40%                           | от 0,9 до 0,1           |
| К8/Статистика выплат: страховые                                                   | безубыточное страхование в течение 1 года                     | 0,8                     |

|                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                          |               |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|
| выплаты по Договору ДМС,<br>предшествующему заключаемому                                             | страхования                                                                                                                                                                                                                              |               |
|                                                                                                      | если суммарная выплата по Договору более 100%                                                                                                                                                                                            | от 1,5 до 2,0 |
|                                                                                                      | если суммарная выплата по Договору более 50%, но не превышает 100% страховой премии                                                                                                                                                      | 1,3           |
|                                                                                                      | наличие выплат, при этом суммарная выплата не превышает 50% страховой премии                                                                                                                                                             | 1,05          |
| К9/Способ оплаты страховой премии<br>(страховых взносов)                                             | при единовременной уплате страховой премии                                                                                                                                                                                               | от 0,9 до 1,0 |
|                                                                                                      | в рассрочку – 4 страховых взноса (платежа)                                                                                                                                                                                               | 1,1           |
|                                                                                                      | в рассрочку – 6 страховых взносов (платежей)                                                                                                                                                                                             | 1,2           |
|                                                                                                      | в рассрочку более 6 страховых взносов (платежей)                                                                                                                                                                                         | 1,3           |
| К10/Наличие франшизы и ее тип                                                                        | условная франшиза                                                                                                                                                                                                                        | 0,9           |
|                                                                                                      | безусловная франшиза                                                                                                                                                                                                                     | 0,8           |
|                                                                                                      | временная франшиза - период ожидания<br>(беспетензионный период)                                                                                                                                                                         | 0,7           |
|                                                                                                      | франшиза на отдельно оговоренные заболевания,<br>состояния, травмы, повреждения                                                                                                                                                          | 0,6           |
| К11/ Территория получения<br>реабилитационно-восстановительного<br>лечения в медицинских учреждениях | в области проживания                                                                                                                                                                                                                     | 0,7           |
|                                                                                                      | на иной территории                                                                                                                                                                                                                       | 1,1           |
| К12/ Территория оказания амбулаторной<br>медицинской помощи                                          | по месту прикрепления                                                                                                                                                                                                                    | 1,1           |
|                                                                                                      | не по месту прикрепления                                                                                                                                                                                                                 | 1,3           |
| К13/Оказываемая медицинская помощь<br>по территории принадлежности<br>(преимущественно)              | административные центры, крупные города                                                                                                                                                                                                  | 1,0           |
|                                                                                                      | города районного значения                                                                                                                                                                                                                | 0,98          |
|                                                                                                      | города, поселки городского типа, районные центры,<br>поселки, села                                                                                                                                                                       | 0,89          |
| К14                                                                                                  | Тип медицинского учреждения                                                                                                                                                                                                              | от 0,4 до 1,3 |
| К15/Наличие хронических больных при<br>коллективном страховании                                      | наличие хронических больных с ежегодным<br>обострением более 5%                                                                                                                                                                          | от 1,1 до 1,3 |
|                                                                                                      | наличие хронических больных с ежегодным<br>обострением менее 5%                                                                                                                                                                          | от 0,7 до 0,9 |
| К16/Наличие хронических, системных,<br>наследственных и иных заболеваний и<br>факторов               | наличие хронических заболеваний при<br>индивидуальном страховании (системные болезни<br>соединительных тканей, хроническую почечную<br>недостаточность, сахарный диабет, бронхиальную<br>астму, артроз и другие хронические заболевания) | от 2,0 до 3,0 |
|                                                                                                      | наличие инфекционных заболеваний — натуральная<br>оспа, чума, сибирская язва, холера, сыпной тиф,<br>проказа, вирусный гепатит В и С                                                                                                     | 1,3           |
|                                                                                                      | наличие наследственных заболеваний: хромосомных,<br>моногенных, митохондриальных (болезни, аномалии),<br>наследственных болезней обмена; врожденных<br>аномалий, пороков развития                                                        | 1,3           |
|                                                                                                      | наличие злокачественных новообразований, в том<br>числе заболеваний крови                                                                                                                                                                | 1,3           |
|                                                                                                      | наличие ВИЧ-инфекции                                                                                                                                                                                                                     | 1,3           |
|                                                                                                      | наличие социально значимых заболеваний (эпилепсия<br>и иные)                                                                                                                                                                             | 1,3           |
|                                                                                                      | лица, состоящие на учете в наркологических,<br>психоневрологических, туберкулезных, кожно-<br>венерологических диспансерах                                                                                                               | 1,3           |

|                                                    |                                                                                                |               |
|----------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|
| K17/Наличие инвалидности у<br>Застрахованного лица | 1 группа                                                                                       | 1,3           |
|                                                    | 2 группа                                                                                       | 1,2           |
|                                                    | 3 группа                                                                                       | 1,1           |
|                                                    | ребенок-инвалид                                                                                | 1,3           |
| K18                                                | Включение в Договор страхования/Программу иных<br>(дополнительных услуг)                       | от 1,0 до 5,0 |
| K19                                                | В зависимости от сокращения/расширения перечня<br>исключений из Договора страхования/Программы | от 0,5 до 1,5 |
| K20                                                | Иные факторы                                                                                   | от 0,3 до 4,0 |

При применении повышающих коэффициентов, суммарное произведение повышающих коэффициентов не должно превышать 1,98.