

**ПУБЛИЧНОЕ АКЦИОНЕРНОЕ ОБЩЕСТВО  
«СТРАХОВАЯ КОМПАНИЯ ГАЙДЕ»**

---



**УТВЕРЖДАЮ**

Генеральный директор

Т.М. Гай

«30» мая 2016 г.

**ПРАВИЛА  
добровольного медицинского страхования**

г. Санкт-Петербург

## СОДЕРЖАНИЕ

1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ. ОПРЕДЕЛЕНИЯ
2. ОБЪЕКТ СТРАХОВАНИЯ
3. СТРАХОВЫЕ РИСКИ. СТРАХОВЫЕ СЛУЧАИ
4. СТРАХОВАЯ СУММА
5. СТРАХОВЫЕ ТАРИФЫ И СТРАХОВАЯ ПРЕМИЯ
6. ПОРЯДОК ЗАКЛЮЧЕНИЯ, ИСПОЛНЕНИЯ И ПРЕКРАЩЕНИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ
7. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН
8. ОБЯЗАТЕЛЬСТВА СТОРОН ПРИ НАСТУПЛЕНИИ СОБЫТИЯ, ИМЕЮЩЕГО ПРИЗНАКИ СТРАХОВОГО СЛУЧАЯ
9. СТРАХОВАЯ ВЫПЛАТА
10. ОСНОВАНИЯ ОТКАЗА В ПРИЗНАНИИ СОБЫТИЯ СТРАХОВЫМ СЛУЧАЕМ (В ОСУЩЕСТВЛЕНИИ СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЫ)
11. ФОРС-МАЖОР
12. ПОРЯДОК РАЗРЕШЕНИЯ СПОРОВ

## 1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ. ОПРЕДЕЛЕНИЯ

1.1. Настоящие Правила добровольного медицинского страхования (далее - Правила) приняты в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации и содержат в себе общие (стандартные) условия и порядок страхования, в соответствии с которыми Публичное акционерное общество «Страховая компания ГАЙДЕ», имеющее лицензию на осуществление страховой деятельности (далее – Страховщик), заключает договоры добровольного медицинского страхования (далее – Договоры) со Страхователями.

1.2. По Договору (Полису) (далее именуемые «Договор»), заключенному на основании настоящих Правил, Страховщик обязуется за обусловленную Договором плату (страховую премию) при наступлении события, произошедшего в период страхования (страхового покрытия), признанного Страховщиком страховым случаем, предусмотренным Договором, организовать предоставление (оказание) и произвести полную или частичную оплату медицинской и лекарственной помощи (медицинских услуг) и иных услуг вследствие расстройства здоровья физического лица (Застрахованного) или состояния физического лица (Застрахованного), требующих организации и оказания таких услуг, а также проведение профилактических мероприятий, снижающих степень опасных для жизни или здоровья физического лица (Застрахованного) угроз и (или) устраняющих их, в соответствии с условиями Договора и предусмотренной Договором Программой добровольного медицинского страхования, в пределах определенной Договором суммы (страховой суммы). В целях исполнения своих обязательств по Договору Страховщик заключает договоры с медицинскими и иными организациями, обеспечивающими организацию и/или оказание Застрахованным лицам медицинских и иных услуг.

1.3. При заключении Договора на условиях, содержащихся в настоящих Правилах, эти Правила становятся неотъемлемой частью Договора и обязательны для исполнения Страхователем (Застрахованным) и Страховщиком. Условия, содержащиеся в Правилах и не включенные в текст Договора, обязательны для Страхователя (Застрахованного), если в тексте Договора имеется ссылка на данные Правила, а сами правила вручены Страхователю при заключении Договора и (или) размещены на официальном сайте Страховщика в сети «Интернет».

1.4. В Договоре оговариваются конкретные условия страхования. По соглашению Сторон в Договор могут быть включены иные условия, дополнения, исключения, уточнения, не противоречащие действующему законодательству Российской Федерации. При наличии расхождений между положениями Договора и настоящих Правил преимущественную силу имеют положения Договора.

1.5. Страховщик и Страхователь являются Сторонами по Договору (далее по тексту Правил по отдельности Сторона или при совместном прочтении Стороны).

### 1.6. Термины и понятия, применяемые в Правилах:

1.6.1. Страховщик – Публичное акционерное общество «Страховая компания ГАЙДЕ», юридическое лицо, созданное в соответствии с законодательством Российской Федерации для осуществления страховой деятельности и действующее на основании лицензии, полученной в установленном порядке.

1.6.2. Страхователь – юридическое лицо любой организационно-правовой формы, предусмотренной законодательством Российской Федерации, гражданин, занимающийся предпринимательской деятельностью без образования юридического лица (индивидуальный предприниматель), зарегистрированный в установленном порядке, дееспособное физическое лицо (гражданин Российской Федерации, иностранный гражданин, лицо без гражданства), заключившее со Страховщиком Договор в соответствии с настоящими Правилами. Страхователи - юридические лица заключают со Страховщиком Договоры о страховании третьих лиц в пользу последних (Застрахованных лиц) – договоры коллективного страхования. Страхователи - физические лица заключают со Страховщиком Договоры в свою пользу (в этом случае они считаются Застрахованными) или о страховании третьих лиц в пользу последних (Застрахованных лиц).

1.6.3. Застрахованный (Застрахованное лицо) – физическое лицо, в отношении которого заключен Договор, на основании которого Застрахованный получает медицинские и иные услуги, предусмотренные настоящими Правилами, Договором и Программой добровольного медицинского страхования.

1.6.4. Страховой риск – предполагаемое событие, на случай наступления которого, в соответствии с настоящими Правилами, проводится страхование, обладающее признаками вероятности и случайности его наступления.

1.6.5. Страховой случай – предусмотренное настоящими Правилами и Договором (или Программой добровольного медицинского страхования) событие, совершившееся на территории страхования в период страхования, с наступлением которого возникает обязанность Страховщика осуществить страховую выплату - оплату за медицинские и иные услуги, которые были или будут оказаны Застрахованному лицу в Медицинских и иных организациях в соответствии с Программой добровольного медицинского страхования, предусмотренной Договором. Признание события страховым случаем фиксируется решением Страховщика, отраженным в Страховом акте. До момента составления (подписания) Страховщиком Страхового акта, признающего событие страховым случаем, событие считается имеющим признаки страхового случая.

1.6.6. Страховая сумма – денежная сумма, которая определена в порядке, установленном настоящими Правилами и Договором при его заключении, исходя из которой устанавливаются размер страховой премии и размер страховой выплаты при наступлении страхового случая и в пределах которой Страховщик обязуется осуществить страховую выплату по Договору. Если иное не определено Договором, сумма всех страховых выплат по всем страховым случаям по Договору не может превышать страховую сумму, указанную в Договоре.

1.6.7. Страховая выплата – денежная сумма, которая определяется в порядке, установленном настоящими Правилами и Договором, и выплачивается Страховщиком Застрахованному лицу (в порядке компенсации затрат на оплату медицинских и иных услуг, если это предусмотрено Договором) либо Медицинской или иной организации при наступлении страхового случая (признании Страховщиком наступившего события страховым случаем). Страховая выплата осуществляется в пределах определенной Договором страховой суммы. Получателем страховой выплаты, если иное не предусмотрено Договором, признается Медицинская или иная организация, оказавшая медицинские и (или) иные услуги Застрахованному лицу, в соответствии с Правилами, Договором, Программой добровольного медицинского страхования.

1.6.8. Страховой тариф – ставка страховой премии с единицы страховой суммы.

1.6.9. Страховая премия (страховой взнос) – денежная сумма, уплачиваемая Страхователем по Договору Страховщику в качестве платы за страхование. Страховая премия уплачивается Страхователем в валюте Российской Федерации, за исключением случаев, предусмотренных валютным законодательством Российской Федерации и принятыми в соответствии с ним нормативными правовыми актами органов валютного регулирования.

1.6.10. Франшиза – часть убытков, которая определена Договором и не подлежит возмещению Страховщиком Страхователю или иному лицу, интерес которого застрахован в соответствии с условиями Договора, и устанавливается в виде определенного процента от страховой суммы или в фиксированном размере. В соответствии с условиями страхования франшиза может быть условной (Страховщик освобождается от возмещения убытка, если его размер не превышает (меньше или равен) размер франшизы, однако возмещает его полностью в случае, если размер убытка превышает размер франшизы) и безусловной (размер страховой выплаты определяется как разница между размером убытка и размером франшизы). Договором могут быть предусмотрены иные виды франшизы.

Условия применения и размер франшизы устанавливаются Договором. Если Договором предусмотрена франшиза, но не указаны условия ее применения (условная или безусловная), то считается, что франшиза является безусловной.

1.6.11. Период страхования (страхового покрытия) – период времени между датами, указанными в Договоре, в течение которого могут произойти события, имеющие признаки страхового случая в соответствии с условиями Договора и настоящих Правил.

1.6.12. Программа добровольного медицинского страхования (далее – Программа страхования) – перечень медицинских и иных услуг, страховых рисков и возможных расходов, которые возмещаются по Договору, а также список Медицинских и иных организаций, в которые имеет право обращаться Застрахованный. Программа страхования признается неотъемлемой частью Договора.

1.6.13. По настоящим Правилам под Медицинскими и (или) иными организациями понимаются:

1.6.13.1. имеющие право на законных основаниях осуществлять медицинскую деятельность медицинские организации, научно-исследовательские и медицинские институты, санаторно-курортные организации, другие организации, оказывающие медицинские и иные услуги, а также лица, осуществляющие медицинскую деятельность как индивидуально, так и коллективно;

1.6.13.2. организации, осуществляющие фармацевтическую деятельность, предоставляющие лекарственную помощь, реализующие изделия медицинского назначения;

1.6.13.3. специализированные организации, которые по поручению Страховщика обеспечивают организацию предоставления Застрахованным лицам медицинских и иных услуг, предусмотренных Договором.

1.6.14. Медицинские услуги по настоящим Правилам включают в себя медицинскую помощь, лекарственную помощь, в т.ч. в рамках профилактических мероприятий.

1.6.15. Под медицинской помощью по настоящим Правилам понимаются: первичная медико-санитарная помощь; специализированная, в том числе высокотехнологичная, медицинская помощь; скорая, в том числе скорая специализированная, медицинская помощь; паллиативная медицинская помощь; медицинская реабилитация; санаторно-курортное лечение; проведение медицинских экспертиз, медицинских осмотров, медицинских освидетельствований; санитарно-противоэпидемические мероприятия; профилактические мероприятия; трансплантация (пересадка) органов и (или) тканей; обращение донорской крови и (или) ее компонентов.

1.6.16. Под лекарственной помощью по настоящим Правилам понимается обеспечение Застрахованного лица лекарственными средствами и/или изделиями медицинского назначения, необходимыми Застрахованному лицу и назначенными врачом Медицинской организации в соответствии с условиями Программы страхования.

- 1.6.17. Под иными услугами по настоящим Правилам понимаются:
- 1.6.17.1. услуги по транспортировке (медицинской эвакуации), в том числе по организации проезда Застрахованного лица в Медицинскую организацию и обратно, либо из одной организации в другую, включая необходимое медицинское сопровождение, если это требуется по состоянию его здоровья;
  - 1.6.17.2. сопровождение Застрахованного лица при проведении обследований и консультаций в Медицинской организации персоналом Медицинской организации;
  - 1.6.17.3. сопровождение несовершеннолетнего Застрахованного лица, Застрахованного лица, неспособного к самостоятельному передвижению и/или нуждающегося в посторонней помощи, родителем, опекуном, законным представителем или иным лицом при оказании Застрахованному лицу медицинской помощи;
  - 1.6.17.4. совместное нахождение родителя, опекуна, законного представителя или иного лица с несовершеннолетним Застрахованным лицом (ребенком) в стационарных условиях;
  - 1.6.17.5. услуги по доставке медикаментов;
  - 1.6.17.6. услуги сиделки;
  - 1.6.17.7. оформление и выдача медицинской документации;
  - 1.6.17.8. создание условий повышенной комфортности при оказании медицинских и иных услуг;
  - 1.6.17.9. не входящие в состав медицинской услуги, но требующиеся при оказании Застрахованному лицу медицинских услуг, услуги по организации и предоставлению проживания и питания Застрахованного лица;
  - 1.6.17.10. переводческие услуги в период получения медицинских услуг;
  - 1.6.17.11. информационные и консультационные услуги, связанные с оказанием или организацией медицинской помощи.

## **2. ОБЪЕКТ СТРАХОВАНИЯ**

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

## **3. СТРАХОВЫЕ РИСКИ. СТРАХОВЫЕ СЛУЧАИ**

3.1. Страховыми рисками в соответствии с настоящими Правилами признаются следующие события:

3.1.1. обращение Застрахованного лица в течение периода страхования в Медицинскую или иную организацию, указанную в Программе страхования (Приложении к Договору), а также в другую Медицинскую или иную организацию, помимо предусмотренных Договором, если это обращение согласовано и/или организовано Страховщиком, для организации и оказания ему медицинских услуг, предусмотренных Договором и Программой страхования, а также для проведения профилактических мероприятий, предусмотренных Договором и Программой страхования, снижающих степень опасных для жизни или здоровья физического лица (Застрахованного) угроз и (или) устраняющих их;

3.1.2. возникновение в течение периода страхования необходимости организации и оказания иных услуг, предусмотренных Программой страхования, в связи с расстройством здоровья или состоянием Застрахованного лица, требующих оказания таких услуг.

3.2. Перечень конкретных страховых рисков согласовывается между Страховщиком и Страхователем и указывается в Договоре.

3.3. Страховым случаем, с наступлением которого возникает обязанность Страховщика произвести страховую выплату (при условии соблюдения Страхователем (Застрахованным) условий Договора и настоящих Правил), является совершившееся на территории страхования в период страхования событие из числа указанных в п. 3.1. настоящих Правил, предусмотренное Договором и Программой страхования, не являющееся исключением (т.е. событием, указанным в п. 3.7., п. 3.8., п. 3.9. настоящих Правил), с учетом п. 9.4. настоящих Правил, Раздела 10 настоящих Правил и иных положений настоящих Правил, повлекшее необходимость оплаты за оказанные медицинские и иные услуги.

3.4. Датой наступления страхового случая, предусмотренного п. 3.3. настоящих Правил, признается:

3.4.1. дата обращения Застрахованного лица в Медицинскую или иную организацию – при обращении за организацией и/или оказанием медицинской помощи;

3.4.2. дата обращения Застрахованного лица в организацию, осуществляющую фармацевтическую деятельность, за получением лекарственной помощи, назначенной врачом Медицинской организации в течение периода страхования;

3.4.3. дата обращения Застрахованного лица в организацию, реализующую изделия медицинского назначения, за получением изделий медицинского назначения, выписанных врачом Медицинской организации в течение периода страхования;

3.4.4. дата обращения Застрахованного лица или иного лица в интересах Застрахованного лица в Медицинскую или иную организацию при возникновении необходимости организации и оказания иных услуг в связи с расстройством здоровья или состоянием Застрахованного лица, требующих оказания таких услуг.

3.5. Страховщик при наступлении страхового случая организует предоставление медицинских и иных услуг Застрахованному лицу, а также их оплату:

3.5.1. при обращении в Медицинскую или иную организацию за получением медицинских или иных услуг, за исключением услуг, указанных в п. 3.5.2. настоящих Правил – до окончания периода страхования;

3.5.2. при обращении за получением медицинских и иных услуг в условиях стационара – до момента выписки из стационара или, если смерть Застрахованного лица произошла в стационаре, до момента смерти Застрахованного лица.

3.6. Положения п. 3.5.2. настоящих Правил применяются также в случае, если обращение Застрахованного лица за получением медицинских и иных услуг в условиях стационара произошло в течение периода страхования (то есть, дата госпитализации должна быть не позднее даты окончания периода страхования), но на дату окончания периода страхования состояние здоровья Застрахованного лица требует продолжения оказания ему медицинских и иных услуг в условиях стационара. При этом сумма страховых выплат не может превысить страховую сумму, указанную в Договоре.

3.7. Во всех случаях, если иное не предусмотрено Договором, не является страховым случаем и не влечет обязанности Страховщика по осуществлению страховой выплаты обращение Застрахованного лица в Медицинскую или иную организацию с целью получения медицинских и/или иных услуг по поводу расстройства здоровья или состояния, которое является следствием:

3.7.1. событий, произошедших вне периода страхования;

3.7.2. участия Застрахованного в военных действиях, а также маневрах или иных военных мероприятиях, вторжениях, боевых действиях (независимо от того, была объявлена война или нет), действиях вооруженных формирований, бунтах, мятежах, восстаниях, революциях, гражданских волнениях, несанкционированных митингах, гражданских войнах, террористических актах (согласно ст. 205 УК РФ), забастовках;

3.7.3. обстоятельств непреодолимой силы (форс-мажор);

3.7.4. воздействия ядерной энергии в любой форме, химического заражения, бактериологического заражения;

3.7.5. умышленного противоправного действия (бездействия) Страхователя (Застрахованного);

3.7.6. покушения на самоубийство, а также членовредительства или иных умышленных действий Застрахованного, повлекших вред его здоровью;

3.7.7. травматического повреждения или иного расстройства здоровья, полученного Застрахованным в связи с употреблением алкогольных, токсических, наркотических средств, галлюциногенов, а также заболеваний и расстройств здоровья, вызванных употреблением перечисленных веществ;

3.7.8. применения лекарственных и иных препаратов (изделий) медицинского назначения без назначения врача, терапевтических или оперативных методов лечения, которые Застрахованное лицо применяет сам по отношению к себе или поручает другому лицу;

3.7.9. заболевания и расстройства здоровья, возникших или обострившихся в результате нарушения Застрахованным предписаний лечащего врача и/или отказа Застрахованного от рекомендованной медицинской помощи;

3.7.10. особо опасных инфекционных болезней (натуральная оспа, чума, сибирская язва, холера, геморрагические лихорадки, полиомиелит, TORCH, сыпной тиф и др.);

3.7.11. ВИЧ-инфекции, СПИД (в соответствии с Федеральным законом от 30.03.1995 N 38-ФЗ «О предупреждении распространения в Российской Федерации заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции)»);

3.7.12. туберкулеза независимо от клинической формы и стадии процесса (в соответствии с Федеральным законом от 18.06.2001 N 77-ФЗ «О предупреждении распространения туберкулеза в Российской Федерации»).

3.8. При страховании в соответствии с настоящими Правилами не признаются страховыми случаями и не влекут обязанности Страховщика по осуществлению страховой выплаты убытки Страхователя (Застрахованного):

3.8.1. размер которых не превышает (меньше или равен) размера франшизы – при установлении последней в Договоре;

3.8.2. произошедшие вне пределов территории страхования;

3.8.3. произошедшие с 00 часов 00 минут даты, следующей за датой, указанной в Договоре как дата уплаты страховой премии (очередного платежа по страховой премии), в случае неуплаты

Страхователем страховой премии (очередного платежа по страховой премии) в размере и сроки, предусмотренные Договором.

3.9. Страховщик не осуществляет страховые выплаты за медицинские и иные услуги:

3.9.1. если они не были письменно назначены лечащим врачом Застрахованного (врачом Медицинской организации, предусмотренной Договором и/или Программой страхования);

3.9.2. если такие медицинские и иные услуги не предусмотрены Договором и/или Программой страхования или услуги получены в объемах, превышающих предусмотренные Договором и/или Программой страхования;

3.9.3. предоставленные лицу, не являющемуся Застрахованным по Договору;

3.9.4. полученные в медицинских и иных организациях, не предусмотренных Договором и/или Программой страхования, без согласования со Страховщиком.

3.10. В Договоре, Программе страхования по соглашению сторон могут быть предусмотрены и иные исключения из страхования в зависимости от оцениваемой Страховщиком при заключении Договора степени риска в отношении объекта страхования, вероятности наступления страхового случая и размера возможных убытков от его наступления.

3.11. Для получения медицинских и иных услуг Застрахованный обращается за организацией оказания медицинской помощи к Страховщику или (по согласованию со Страховщиком) непосредственно в Медицинские и иные организации, предусмотренные Договором (или Программой страхования).

3.12. При обращении в Медицинскую или иную организацию Застрахованный предъявляет паспорт, или иной документ, удостоверяющий его личность, а также Договор (Страховой полис).

3.13. Медицинская или иная организация, с которой Страховщик заключил соответствующий договор на оказание медицинских и иных услуг, в случае отсутствия у него по преискуранту и/или роду деятельности (специализации) соответствующих услуг, может организовать оказание таких медицинских и иных услуг в других Медицинских и иных организациях, при обязательном письменном согласовании со Страховщиком, если иное не предусмотрено договором между Страховщиком и Медицинской или иной организацией.

3.14. Территория страхования: действие Договора распространяется на события, произошедшие на территории Российской Федерации, если иное не предусмотрено Договором.

#### **4. СТРАХОВАЯ СУММА**

4.1. Страховая сумма – денежная сумма, которая определена в порядке, установленном настоящими Правилами и Договором при его заключении, исходя из которой устанавливаются размер страховой премии и размер страховой выплаты при наступлении страхового случая, в пределах которой Страховщик обязуется осуществить страховую выплату по Договору.

4.2. Страховая сумма устанавливается по согласованию между Страхователем и Страховщиком на всех Застрахованных или на каждого Застрахованного и определяется исходя из Программы страхования, выбранной Страхователем, возраста Застрахованного, периода страхования и иных условий.

4.3. Страховая сумма устанавливается в российских рублях, если иное не предусмотрено Договором.

4.4. Договором устанавливается страховая сумма (в т.ч. отдельные (частные) страховые суммы по отдельным Застрахованным и/или группам Застрахованных, видам медицинских и иных услуг, по отдельным заболеваниям (состояниям) или их различным комбинациям, Программам страхования), в пределах которой Страховщик осуществляет страховую выплату по Договору. Страховая сумма является максимальным размером страховой выплаты, в пределах которой Страховщик осуществляет выплату по всем страховым случаям, произошедшим в период страхования. Размер суммы, в пределах которой Страховщик осуществляет последующие страховые выплаты по страховым случаям, произошедшим в период страхования, уменьшается на размер произведенных Страховщиком страховых выплат. Страховая сумма считается уменьшенной с даты признания Страховщиком события страховым случаем.

4.5. В Договоре по соглашению Страхователя и Страховщика может быть согласован размер франшизы (условной или безусловной). Понятие и формы франшизы приведены в Разделе 1 настоящих Правил и уточняются в Договоре.

4.6. Договором (Программой страхования) могут быть установлены ограничения количества оплачиваемых Страховщиком по Договору медицинских и иных услуг в натуральном выражении (то есть по количественным показателям медицинских и иных услуг: процедур, койко-дней и т.п.).

#### **5. СТРАХОВЫЕ ТАРИФЫ И СТРАХОВАЯ ПРЕМИЯ**

5.1. Под страховой премией понимается плата за страхование, которую Страхователь обязан уплатить Страховщику в порядке и в сроки, установленные Договором. Страховая премия рассчитывается как произведение страховой суммы на страховой тариф.

5.2. Страховой тариф представляет собой ставку страховой премии с единицы страховой суммы. Размеры страховых тарифов по конкретному Договору устанавливаются по соглашению сторон при его заключении. Страховой тариф отражается в Договоре через указание страховой премии.

- 5.3. Порядок и сроки уплаты страховой премии определяется в Договоре по соглашению Сторон.
- 5.4. Оплата страховой премии производится Страхователем в соответствии с условиями Договора: безналичным путем или наличными денежными средствами в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации. Если страховую премию вместо Страхователя уплачивает какое-либо иное лицо, то оно никаких прав по Договору в связи с этим не приобретает.
- 5.5. Датой оплаты страховой премии считается день поступления страховой премии на расчетный счет Страховщика (при оплате путем безналичного расчета) или дата, указанная в квитанции установленной формы на получение страховой премии (взноса) (при оплате наличными денежными средствами).
- 5.6. Договор считается не вступившим в силу в случае неоплаты Страхователем страховой премии (первого платежа по страховой премии) в размере и в сроки, оговоренные в Договоре, стороны не несут по нему обязательств, события, произошедшие в течение периода страхования, указанного в таком Договоре, не являются страховыми случаями и не влекут обязанности Страховщика по осуществлению страховой выплаты.
- 5.7. Если очередной платеж по страховой премии не был оплачен Страхователем в полном размере и в срок, указанный в Договоре как дата оплаты очередного платежа по страховой премии, то Договор может быть расторгнут по инициативе Страховщика с 00 часов 00 минут даты, следующей за датой, указанной в Договоре как дата оплаты очередного платежа по страховой премии, при условии письменного уведомления Страхователя. В этом случае Страховщик не возвращает Страхователю ранее оплаченную страховую премию.
- 5.8. Страховая премия по Договору оплачивается в российских рублях.

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

- 6.1. Договор должен быть заключен в письменной форме. Договор может быть заключен путем составления одного документа, подписанного Страхователем и Страховщиком.
- 6.2. Договор заключается на основании заявления Страхователя. Заявление является неотъемлемой частью Договора. Заявление представляется Страхователем Страховщику по установленной Страховщиком форме. В заявлении Страхователя указываются все сведения, необходимые для заключения Договора и оценки страхового риска, указанные в п. 6.3., п. 6.4., п. 6.5. Правил.
- 6.3. Страхователь – юридическое лицо представляет Страховщику:
- 6.3.1. Реквизиты Страхователя;
  - 6.3.2. копию свидетельства о государственной регистрации юридического лица;
  - 6.3.3. копию выписки из единого государственного реестра юридических лиц, актуальной на дату заключения Договора;
  - 6.3.4. копию устава;
  - 6.3.5. копию свидетельства о постановке на учет в налоговом органе (о присвоении ИНН);
  - 6.3.6. копию документа, подтверждающего полномочия представителя Страхователя (лица (включая единоличный исполнительный орган юридического лица), подписывающего Договор и при его заключении действующего от имени и в интересах или за счет Страхователя, полномочия которого основаны на доверенности, договоре, уставе, акте уполномоченного государственного органа или органа местного самоуправления, законе, на личном законе иностранной структуры без образования юридического лица);
  - 6.3.7. копию документа, удостоверяющего личность представителя Страхователя;
  - 6.3.8. номер телефона (факса), адрес сайта и (или) электронной почты Страхователя (при наличии);
  - 6.3.9. иные запрашиваемые документы и сведения, необходимые для исполнения требований законодательных актов Российской Федерации, нормативных актов Банка России и нормативных правовых актов Российской Федерации в области противодействия легализации (отмыванию) доходов, полученных преступным путем, и финансированию терроризма (далее - ПОД/ФТ), включая информацию о своих выгодоприобретателях и бенефициарных владельцах;
  - 6.3.10. список Застрахованных лиц с указанием следующих сведений: ФИО, пол, дата рождения, реквизиты паспорта (паспортные данные или данные свидетельства о рождении); данные миграционной карты, данные документа, подтверждающего право иностранного гражданина или лица без гражданства на пребывание (проживание) в Российской Федерации, данные документа, подтверждающего право иностранного гражданина или лица без гражданства на трудовую деятельность в Российской Федерации (разрешение на работу, патент), если необходимость наличия этих документов предусмотрена законодательством Российской Федерации; адрес места жительства (регистрации) или адрес места пребывания на территории Российской Федерации; гражданство (при наличии), номер телефона, адрес электронной почты (при наличии), период страхования, Программа



страхования, категория Медицинских и иных организаций, страховая сумма на каждого Застрахованного (при наличии таковой);

6.3.11. Дополнительные данные (по запросу Страховщика):

- 6.3.11.1. Данные о возрасте и состоянии здоровья Застрахованного;
- 6.3.11.2. Данные о перенесенных заболеваниях/болезнях Застрахованного;
- 6.3.11.3. Установление Застрахованному инвалидности I, II, III группы, присвоение категории «ребенок-инвалид»;
- 6.3.11.4. Информация об отсутствии постановки Застрахованного на учет в специальные Медицинские и иные организации (наркологический, психоневрологический, туберкулезный или кожно-венерологический диспансер и т.д.);
- 6.3.11.5. Информация о наличии у Застрахованного хронических заболеваний;
- 6.3.11.6. Данные о виде профессиональной деятельности Застрахованного;
- 6.3.11.7. Информация о специфических рисках, которым подвержен Застрахованный;
- 6.3.11.8. Информация об образе жизни и наличии хобби (увлечений), способных повлиять на степень риска в отношении объекта страхования, вероятность наступления страхового случая и размер возможных убытков от его наступления;
- 6.3.11.9. Иные сведения (по запросу Страховщика)

6.4. Страхователь – физическое лицо представляет Страховщику:

- 6.4.1. копия паспорта Страхователя;
- 6.4.2. копия паспорта лица, подлежащего страхованию (Застрахованного), если Договор заключается в отношении Застрахованного, являющегося несовершеннолетним (для лиц старше 14 лет) или копию свидетельства о рождении (для лиц младше 14 лет);
- 6.4.3. копию миграционной карты Страхователя (Застрахованного), копию документа, подтверждающего право Страхователя (Застрахованного) на пребывание (проживание) в Российской Федерации, копию документа, подтверждающего право Страхователя (Застрахованного) на трудовую деятельность в Российской Федерации (разрешение на работу, патент), если необходимость наличия этих документов предусмотрена законодательством Российской Федерации;
- 6.4.4. копию свидетельства о постановке на учет в налоговом органе (о присвоении ИНН) (при наличии);
- 6.4.5. копию страхового свидетельства государственного пенсионного страхования (СНИЛС) (при наличии);
- 6.4.6. номер телефона, адрес электронной почты (при наличии)
- 6.4.7. индивидуальный предприниматель – дату государственной регистрации физического лица в качестве индивидуального предпринимателя и данные документа, подтверждающего факт внесения в единый государственный реестр индивидуальных предпринимателей записи об указанной государственной регистрации; основной государственный регистрационный номер записи о государственной регистрации индивидуального предпринимателя согласно свидетельству о государственной регистрации физического лица в качестве индивидуального предпринимателя (свидетельству о внесении записи в Единый государственный реестр индивидуальных предпринимателей записи об индивидуальном предпринимателе, зарегистрированном до 01.01.2004), в т.ч. копию данного свидетельства, место регистрации;
- 6.4.8. иные запрашиваемые документы и сведения, необходимые для исполнения требований законодательных актов Российской Федерации, нормативных актов Банка России и нормативных правовых актов Российской Федерации в области ПОД/ФТ;
- 6.4.9. список Застрахованных лиц с указанием сведений, предусмотренных п. 6.3.10. настоящих Правил;
- 6.4.10. Дополнительные данные (по запросу Страховщика) согласно п. 6.1.11. настоящих Правил.

6.5. Страхователь обязан:

6.5.1. сообщить Страховщику в заявлении достоверные и полные сведения об обстоятельствах, имеющих существенное значение для определения степени риска в отношении объекта страхования, вероятности наступления страхового случая и размера возможных убытков от его наступления, обеспечить осуществление прав Страховщика, предусмотренных п. 6.6. Правил. Существенными признаются во всяком случае обстоятельства, определенно оговоренные Страховщиком в настоящих Правилах, Договоре, заявлении на страхование или в ином письменном запросе Страховщика;

6.5.2. дать достоверные и полные ответы на все поставленные ему Страховщиком вопросы для определения степени риска в отношении объекта страхования, вероятности наступления страхового случая и размера возможных убытков от его наступления.

Страхователь несет ответственность за полноту и достоверность сведений, указанных в заявлении и в прилагаемых к заявлению документах.

6.6. Страховщик имеет право:

- 6.6.1. провести анкетирование Страхователя и лиц, подлежащих страхованию (Застрахованных);

- 6.6.2. перед заключением Договора потребовать проведения предварительного освидетельствования (осмотра) лиц, подлежащих страхованию (Застрахованных), за счет Страхователя;
- 6.6.3. проверять достоверность сведений, указанных в анкете.
- 6.7. В случае невозможности осуществления Страховщиком прав согласно п. 6.6.1., п. 6.6.2. Правил, а также в случае предоставления недостоверных сведений Страхователем (Застрахованным) Страховщику, Страховщик имеет право отказать в заключении Договора.
- 6.8. Страховой полис выдается Страхователю (Застрахованному) в течение 5 (пяти) рабочих дней с начала периода страхования, если иное не предусмотрено Договором.
- 6.9. Застрахованному лицу запрещается передавать свой Страховой полис другим лицам, с целью получения медицинских и иных услуг по Договору. Если данный факт будет установлен и подтвержден, то Страховщик имеет право досрочно прекратить действие Договора в отношении такого Застрахованного. Возврат страховой премии в этом случае не производится;
- 6.10. К Договору прилагаются и являются его неотъемлемой частью Программа (программы) страхования, Список Медицинских и иных организаций, в которые Застрахованный (Застрахованные) имеет (имеют) право обратиться за получением медицинских и иных услуг.
- 6.11. При заключении Договора между Страховщиком и Страхователем должно быть достигнуто соглашение:
- 6.11.1. о Застрахованных лицах;
- 6.11.2. о характере события, на случай наступления которого осуществляется страхование (страховом риске);
- 6.11.3. о размере страховой суммы;
- 6.11.4. о периоде страхования (страхового покрытия);
- 6.11.5. о территории страхования;
- 6.11.6. о размере и порядке оплаты страховой премии;
- 6.11.7. о франшизе (вид франшизы, размер);
- 6.11.8. о Программе страхования.
- 6.12. Договор может быть заключен по соглашению сторон на срок (период) 1 год, если иное не предусмотрено Договором.
- 6.13. Договор считается заключенным с момента подписания. Дата начала и окончания периода страхования (страхового покрытия) (п. 1.6.11. настоящих Правил) указываются в Договоре.
- Страхование, обусловленное Договором, если в Договоре не предусмотрен иной срок начала действия периода страхования, распространяется на события, произошедшие с 00 час. 00 мин. с даты, указанной в Договоре в качестве начала периода страхования, и действует до 23 час. 59 мин. 59 с. дня, указанного в Договоре как день окончания периода страхования. Ответственность Страховщика начинается с даты, указанной в Договоре в качестве начала периода страхования. Дата окончания периода страхования (ответственности Страховщика) указывается в Договоре.
- Настоящий пункт не умаляет действие п. 3.4., 3.5., 3.6. Правил.
- 6.14. Договор прекращает свое действие в случаях:
- 6.14.1. истечения периода страхования (до 24 час. 00 мин. дня, указанного в Договоре, как день окончания периода страхования);
- 6.14.2. при исполнении Страховщиком обязательств перед Страхователем по Договору в полном объеме (после того, как будет исчерпан размер страховой суммы в результате осуществления страховых выплат по Договору);
- 6.14.3. в 24 час. 00 мин. дня наступления события, повлекшего страховую выплату в полном размере страховой суммы по Договору;
- 6.14.4. в случае ликвидации Страховщика или Страхователя в порядке, установленном законодательными актами Российской Федерации;
- 6.14.5. полного отзыва субъектом персональных данных, являющимся Страхователем, согласия на обработку персональных данных в соответствии с п. 7.8. Правил. При этом полный отзыв такого согласия считается отказом от Договора и оплаченная по Договору премия возврату не подлежит. В случае полного отзыва субъектом персональных данных, являющимся Застрахованным, согласия на обработку персональных данных в соответствии с п. 7.8. Правил, Договор прекращает свое действие в отношении данного Застрахованного. При этом оплаченная по Договору премия в отношении данного Застрахованного возврату не подлежит;
- 6.14.6. расторжения Договора по инициативе Страхователя;
- 6.14.7. расторжения Договора по соглашению между Страхователем и Страховщиком;
- 6.14.8. расторжения Договора по инициативе Страховщика в соответствии с настоящими Правилами и (или) Договором;
- 6.14.9. при принятии судом решения о признании Договора недействительным;
- 6.14.10. смерти Застрахованного (в отношении данного Застрахованного);
- 6.14.11. исключения Застрахованного лица из Перечня застрахованных лиц (в отношении данного Застрахованного).

6.15. В случае расторжения Договора по основаниям, предусмотренным п. 6.14.5., 6.14.6. Правил, Договор считается расторгнутым с даты, указанной в письменном заявлении от Страхователя, но не ранее получения его Страховщиком.

6.16. В случае расторжения Договора по основаниям, предусмотренным п. 6.14.7. Правил, Договор считается прекращенным с даты, указанной в письменном соглашении Страхователя и Страховщика.

6.17. Договор прекращается до окончания 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. Страховщик возвращает Страхователю часть страховой премии за не истекший период страхования, которая определяется по формуле, указанной в п. 6.20. Правил.

6.18. Страхователь вправе отказаться от Договора в любое время, если к моменту отказа возможность наступления страхового случая не отпала по обстоятельствам иным, чем страховой случай. При досрочном отказе Страхователя от Договора, оплаченная Страховщику страховая премия не подлежит возврату, кроме случаев, предусмотренных п. 6.17. и 6.19. Правил.

6.19. В соответствии с Указанием Банка России от 20.11.2015 N 3854-У «О минимальных (стандартных) требованиях к условиям и порядку осуществления отдельных видов добровольного страхования», если заявление от Страхователя – физического лица об отказе от Договора поступило Страховщику в течение 5 (пяти) рабочих дней со дня его заключения независимо от момента уплаты страховой премии, и в данный период отсутствовали события, имеющие признаки страхового случая по Договору, то:

6.19.1. если вышеуказанное заявление было получено Страховщиком до начала периода страхования, то уплаченная страховая премия подлежит возврату Страховщиком Страхователю в полном объеме;

6.19.2. если вышеуказанное заявление было получено Страховщиком после начала периода страхования, Страховщик возвращает Страхователю уплаченную страховую премию за вычетом ее части пропорционально периоду страхования, прошедшему с даты начала его начала до даты получения Страховщиком вышеуказанного заявления;

6.19.3. при осуществлении возврата Страхователю страховой премии по основаниям, указанным в настоящем пункте, возврат осуществляется по выбору Страхователя наличными деньгами или в безналичном порядке в течение 10 (десяти) рабочих дней со дня получения письменного заявления Страхователя об отказе от Договора. Днем осуществления возврата считается дата списания денежных средств со счета Страховщика, дата выплаты денежных средств из кассы Страховщика.

6.20. В случае досрочного прекращения Договора по обстоятельствам, изложенным в п. 6.17. Правил, Страховщик возвращает Страхователю часть страховой премии за не истекший период страхования, которая определяется по формуле:

$$P_r = \frac{P_w}{N} (N * \frac{P_i}{P_w} - d)(1 - q) - V$$

где:

$P_r$  - возвращаемая часть страховой премии;

$P_w$  – общая начисленная страховая премия;

$P_i$  - уплаченная страховая премия;

$d$  - количество дней от момента начала периода страхования до момента досрочного прекращения Договора (т.е. количество дней, в течение которых действовало страховое покрытие);

$N$  - период страхования в днях, оговоренный при его заключении;

$q$  - доля расходов на ведение дела в размере 30% (если иное не определено Договором);

$V$  - сумма осуществленной или подлежащей осуществлению страховой выплаты.

При наличии убытков, не урегулированных на дату получения Страховщиком заявления Страхователя о досрочном прекращении Договора, расчет возвращаемой части страховой премии производится только после составления Страховщиком Страхового акта по этим убыткам.

6.21. В случае смерти Застрахованного либо в случае исключения Застрахованного из Перечня застрахованных лиц при одновременном уменьшении числа Застрахованных лиц Страховщик возвращает Страхователю часть страховой премии в отношении данного Застрахованного за не истекший период страхования, которая определяется по формуле, указанной в п. 6.20. Правил.

## 7. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

7.1. В период страхования **Страхователь имеет право:**

7.1.1. досрочно расторгнуть Договор в порядке, предусмотренном гражданским законодательством Российской Федерации и Правилами, с обязательным письменным уведомлением Страховщика до момента расторжения Договора;

7.1.2. по согласованию сторон внести изменения в условия Договора (изменить перечень медицинских и иных услуг и список Медицинских и иных организаций, предусмотренных Договором, увеличить размер страховой суммы, количество Застрахованных лиц) с заключением дополнительного соглашения о внесении соответствующих изменений в Договор и уплатой дополнительной страховой премии;

7.1.3. получить дубликат Договора (Страхового полиса) в случае его утраты;

7.1.4. осуществлять иные права, предусмотренные действующим законодательством РФ, Правилами и Договором.

**7.2. Страхователь обязан:**

7.2.1. своевременно и в полном объеме уплатить страховую премию в порядке и сроки, предусмотренные Договором;

7.2.2. представить возможность Страховщику осуществить освидетельствование (осмотр) и/или анкетирование Застрахованных в порядке и сроки, указанные Страховщиком;

7.2.3. соблюдать настоящие Правила; не предпринимать и не допускать какие-либо действия, ведущие к увеличению степени риска в отношении объекта страхования, вероятности наступления страхового случая и размера возможных убытков от его наступления; сообщать Страховщику обо всех известных ему обстоятельствах, имеющих существенное значение для определения степени риска, вероятности наступления страхового случая и размера возможных убытков от его наступления при заключении Договора и всех изменениях степени риска вероятности наступления страхового случая и размера возможных убытков от его наступления в период страхования;

7.2.4. незамедлительно (но в любом случае не позднее 3-х рабочих дней с момента, как Страхователю (Застрахованному) стало известно о возникновении данных обстоятельств) сообщить в письменной форме Страховщику о ставших ему известными изменениях в существенных обстоятельствах, сообщенных Страховщику при заключении Договора, если эти изменения могут повлиять на увеличение степени риска в отношении объекта страхования, вероятности наступления страхового случая и размера возможных убытков от его наступления (в т.ч. в случае выявления у Застрахованного хронического заболевания или установления группы инвалидности), с приложением документов, подтверждающих эти изменения. Существенными признаются во всяком случае обстоятельства, определенно оговоренные Страховщиком в настоящих Правилах, Договоре, Программе страхования, заявлении на страхование или в ином письменном запросе Страховщика;

7.2.5. выполнять условия настоящих Правил, довести до сведения Застрахованных лиц требования настоящих Правил, Договора, Программы страхования (нарушение Правил Застрахованным лицом расценивается как нарушение Правил самим Страхователем);

7.2.6. в пределах своей компетенции принимать меры по устранению неблагоприятных факторов воздействия на здоровье Застрахованных;

7.2.7. незамедлительно (но в любом случае не позднее 3-х рабочих дней с момента, как Страхователю (Застрахованному лицу) стало известно о возникновении данных обстоятельств) сообщить в письменной форме Страховщику о ставших ему известными изменениях в документах и сведениях, предоставленных Страховщику для исполнения требований законодательных актов Российской Федерации, нормативных актов Банка России и нормативных правовых актов Российской Федерации в области ПОД/ФТ, включая информацию о своих выгодоприобретателях и бенефициарных владельцах, с приложением документов, подтверждающих эти изменения;

7.2.8. во всех случаях прекращения действия Договора или прекращения действия Договора в отношении отдельных лиц Страхователь по требованию Страховщика обязан вернуть Страховщику индивидуальные Страховые полисы, страховые карточки, пропуска в Медицинские и иные организации, выданные лицам, в отношении которых действие Договора прекращено;

7.2.9. передать Застрахованному лицу в соответствии с Договором необходимые документы (индивидуальный Страховой полис, страховую карточку, пропуск(а) в Медицинские и иные организации), а при их утрате – дубликаты.

**7.3. Застрахованный обязан:**

7.3.1. соблюдать предписания лечащего врача, полученные при оказании медицинской помощи, соблюдать порядок, установленный Медицинской организацией;

7.3.2. соблюдать порядок пользования Страховым полисом, не передавать его другим лицам, при утрате немедленно сообщать Страховщику;

7.3.3. своевременно сообщать Страховщику об изменении своей фамилии, имени, отчества (при наличии), вида и данных удостоверяющего его личность документа, адреса места жительства (регистрации) или адреса места пребывания на территории Российской Федерации, гражданства (при наличии), номера телефона, адреса электронной почты (при наличии).

**7.4. Застрахованный имеет право:**

7.4.1. получать медицинские и иные услуги в соответствии с условиями Договора, в Медицинских и иных организациях, список которых определен в Договоре и (или) Программе страхования;

7.4.2. требовать от Страховщика соблюдения условий Договора;

7.4.3. на получение дубликата Страхового полиса в случае утраты.

#### 7.5. Страховщик имеет право:

7.5.1. требовать от Страхователя (Застрахованного) предоставления информации, имеющей существенное значение для определения степени риска в отношении объекта страхования, вероятности наступления страхового случая и размера возможных убытков от его наступления при заключении Договора и в течение периода страхования, проверять сообщенную Страхователем информацию (в частности, при заключении Договора и в течение периода страхования осуществлять освидетельствование (осмотр) и/или анкетирование Застрахованных, а также проверять достоверность сообщенных Страхователем сведений), а также выполнение Страхователем (Застрахованным) положений Правил и условий Договора. Страхователь обязан обеспечить Страховщику (его представителю) возможность проведения такой проверки. В случае создания Страхователем (Застрахованным) препятствий в осуществлении Страховщиком своего права проверки и (или) непредоставлении Страховщику затребованной им информации, последний вправе расторгнуть Договор в одностороннем порядке, уведомив об этом Страхователя в письменной форме. Страховщик возвращает Страхователю часть страховой премии за не истекший период страхования, за вычетом расходов на ведение дела в структуре тарифной ставки в размере 30% от страховой премии по Договору, если по Договору не осуществлялись страховые выплаты. При расторжении Договора по указанному в настоящем пункте основанию все обязательства сторон прекращаются, в том числе и те, которые существовали на дату расторжения.

7.5.2. не принимать на страхование лиц, которые на момент заключения Договора имеют злокачественные новообразования, в том числе заболевания крови, страдающие хроническим алкоголизмом, наркоманией и токсикоманией, психическими заболеваниями, больные СПИДом на любой стадии, состоят на учете в туберкулёзных, кожно-венерических диспансерах, инвалидов, находящихся на стационарном лечении, лиц, имеющих особо опасные инфекционные болезни (чума, холера, оспа, желтая и другие высококонтагиозные вирусные лихорадки), хронические гепатиты и т.п., а также лиц старше 70 лет.

7.5.3. после получения письменного заявления от Страхователя (Застрахованного) об увеличении степени риска в отношении объекта страхования, вероятности наступления страхового случая и размера возможных убытков от его наступления, изменении перечня Застрахованных Страховщик вправе получать от Страхователя сведения о дополнительно страхуемых лицах согласно п. 6.3., п. 6.4. Правил и потребовать изменения условий Договора или уплаты дополнительной страховой премии соразмерно увеличению степени риска в отношении объекта страхования, вероятности наступления страхового случая и размера возможных убытков от его наступления;

Дополнительная страховая премия ( $P_n$ ) рассчитывается по формуле:

$$P_n = (P - Pr) \cdot k,$$

где:

$P_n$  – дополнительная страховая премия;

$Pr$  – оплаченная страховая премия по Договору, соответствующая условиям Договора на момент его заключения;

$P$  – страховая премия по Договору, соответствующая новым условиям Договора;

$k$  – коэффициент, учитывающий срок (период) страхования.

Если Страхователь возражает против изменения условий Договора или не оплатил дополнительную страховую премию в размере и сроки, указанные в соответствующем уведомлении Страховщика, Договор считается расторгнутым с 00 час. 00 мин. даты, указанной в уведомлении Страховщика. При этом ранее уплаченная страховая премия возврату не подлежит.

7.5.4. произвести перерасчет и потребовать уплаты дополнительной страховой премии, если при заключении Договора у сторон отсутствовала информация о количестве и характере страховых событий, имевших место в период страхования предыдущего Договора, и отсутствие такой информации повлияло на порядок расчета страховой премии по Договору;

7.5.5. если Страхователь не сообщит Страховщику об изменениях степени риска в отношении объекта страхования, вероятности наступления страхового случая и размера возможных убытков от его наступления, которые стали известны Страховщику при уведомлении его о событии, имеющем признаки страхового случая, если эти изменения возникли до момента наступления этого события, Страховщик вправе расторгнуть Договор с даты, когда ему стало известно об этих изменениях, и потребовать возмещения убытков, причиненных расторжением Договора, включая, но не ограничиваясь дополнительной страховой премией, которую Страхователь был бы обязан уплатить в случае исполнения им обязанностей, предусмотренных п. 7.2.4. и п. 7.5.3. Правил, и расходами на ведение дела в структуре тарифной ставки в размере 30% (если иное не предусмотрено Договором) от страховой премии по Договору. В этом случае Страховщик не возвращает Страхователю ранее оплаченную страховую премию.

Страховщик не вправе требовать расторжения Договора, если обстоятельства, влекущие увеличение степени риска в отношении объекта страхования, вероятности наступления страхового случая и размера возможных убытков от его наступления, уже отпали.

7.5.6. потребовать признания Договора недействительным и применения последствий, предусмотренных п. 2 ст. 179 Гражданского Кодекса Российской Федерации если после заключения Договора будет установлено, что Страхователь (Застрахованный) сообщил Страховщику заведомо ложные

сведения (либо полностью или частично не соответствующие действительности), предусмотренные п. 6.2., 6.3., 6.4., 6.5., 6.6. настоящих Правил,

7.5.7. направлять запросы в организации и компетентные органы о предоставлении соответствующих документов и информации, подтверждающих факт и причину наступления события, имеющего признаки страхового; самостоятельно выяснять причины и обстоятельства возникновения убытка, назначить независимую экспертизу. Если для получения информации из указанных органов (организаций) Страховщику требуется разрешение (доверенность) Страхователя (Застрахованного), данное лицо обязано предоставить такое разрешение (доверенность);

7.5.8. отсрочить принятие решения о признании события страховым случаем и осуществлении страховой выплаты (или отказе в признании события страховым случаем либо отказе в осуществлении страховой выплаты) в случаях, предусмотренных п. 8.8. настоящих Правил;

7.5.9. требовать предоставления всех необходимых документов для установления факта, причин, обстоятельств и последствий возникновения события, имеющего признаки страхового случая, согласно п. 8.4. настоящих Правил, включая сведения, составляющие коммерческую тайну;

7.5.10. отказать в признании события страховым случаем (отказать в осуществлении страховой выплаты) по основаниям, предусмотренным п. 3.7, п. 3.8, п. 3.9., п. 10.2. настоящих Правил.

#### **7.6. Страховщик обязан:**

7.6.1. ознакомить Страхователя с Правилами, Договором, Программой страхования;

7.6.2. организовать предоставление Застрахованным лицам медицинских и иных услуг в соответствии с условиями Правил, Договора, Программы страхования;

7.6.3. контролировать объем, сроки и качество услуг, предоставленных Застрахованному в соответствии с условиями Правил, Договора, Программы страхования;

7.6.4. обеспечить своевременную выдачу Застрахованным лицам индивидуальных Страховых полисов (если это предусмотрено Договором);

7.6.5. в случае принятия решения о намерении досрочного прекращения Договора, направить Страхователю уведомление об этом решении с использованием любых средств связи, обеспечивающих фиксирование его отправления;

7.6.6. хранить коммерческую тайну Страхователя (Застрахованных лиц), ставшую ему известной в связи с заключением Договора, не разглашать сведения об его имущественном положении, состоянии здоровья, за исключением случаев, предусмотренных действующим законодательством;

7.6.7. рассмотреть заявление Страхователя об изменении степени страхового риска и сообщить Страхователю о принятии решения по изменению, дополнению или прекращению Договора;

7.6.8. если получателем страховой выплаты является Медицинская или иная организация – принять решение о признании события страховым случаем и осуществлении страховой выплаты и осуществить страховую выплату или принять решение об отказе в признании события страховым случаем либо отказе в осуществлении страховой выплаты в порядке и сроки, предусмотренные договором между Страховщиком и Медицинской или иной организацией, и в соответствии с общими положениями настоящих Правил;

7.6.9. если получателем страховой выплаты является Застрахованный – принять решение о признании события страховым случаем и осуществлении страховой выплаты и осуществить страховую выплату или принять решение об отказе в признании события страховым случаем либо отказе в осуществлении страховой выплаты в порядке и сроки, предусмотренные Разделами 8, 9 и 10 настоящих Правил;

7.6.10. выполнять иные обязанности, предусмотренные Правилами и/или Договором;

7.7. Договором могут быть предусмотрены иные права и обязанности Сторон.

#### **7.8. Обработка Страховщиком персональных данных.**

Страхователь, если он является физическим лицом, а также Застрахованный в интересах которых заключается Договор, (если они являются физическими лицами), заключивший Договор со Страховщиком на условиях настоящих Правил, подтверждает свое согласие на обработку Страховщиком перечисленных ниже персональных данных Страхователя (Застрахованного) для осуществления страхования по Договору, в том числе в целях проверки качества оказания страховых услуг и урегулирования убытков по Договору, администрирования Договора, а также в целях информирования Страхователя о других продуктах и услугах Страховщика.

Персональные данные Страхователя (Застрахованного), включают в себя: фамилия, имя, отчество, год, месяц, дата и место рождения, паспортные данные, адрес проживания, другие данные, указанные в заключенном со Страховщиком Договоре (включая неотъемлемые его части – заявление на страхование, приложения и др.), которые могут быть отнесены в соответствии с законодательством РФ к персональным данным.

Страхователь (Застрахованный) предоставляет Страховщику право осуществлять все действия (операции) с персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, обезличивание, блокирование, уничтожение. Страховщик вправе обрабатывать персональные данные посредством включения их в электронные базы данных Страховщика.

Страховщик имеет право во исполнение своих обязательств по Договору передавать персональные данные Страхователя (Застрахованного) третьим лицам, при условии, что у Страховщика есть соглашение с указанными третьими лицами, обеспечивающее безопасность персональных данных при их обработке и предотвращение разглашения персональных данных.

Заключая Договор, Страхователь (если он является физическим лицом), а также Застрахованный, в чьих интересах заключается Договор, дают свое согласие на обработку персональных данных Страхователя (Застрахованного) с момента заключения Договора. Согласие Страхователя на обработку персональных данных Страхователя (Застрахованного) действует в течение 100 (сто) лет (если иное не установлено Договором).

Страхователь (Застрахованный) вправе отозвать своё согласие посредством составления соответствующего письменного документа, который должен быть направлен в адрес Страховщика заказным письмом с уведомлением о вручении либо вручен лично под расписку уполномоченному представителю Страховщика. В случае поступления Страховщику от Страхователя (Застрахованного) письменного заявления об отзыве согласия на обработку персональных данных, согласие считается отозванным с даты поступления указанного заявления Страховщику. После окончания периода страхования (в том числе при его расторжении) или отзыва согласия на обработку персональных данных Страховщик обязуется прекратить обработку персональных данных и уничтожить персональные данные Страхователя (Застрахованного) в срок, не превышающий 100 (сто) лет с даты окончания срока периода страхования или отзыва согласия на обработку персональных данных.

Указанные выше положения настоящего пункта Правил относятся и к Застрахованному в случае, когда Страхователь заключает Договор в интересах Застрахованного.

Заключение Договора на основании настоящих Правил освобождает любого врача, Медицинскую или иную организацию и ее персонал от обязательства соблюдать врачебную тайну в связи с запросом любых документов и любой информации Страховщиком относительно состояния здоровья Застрахованных, организации и оказания медицинских и иных услуг вследствие расстройства здоровья физического лица (Застрахованного) или состояния физического лица (Застрахованного), требующих организации и оказания таких услуг, а также проведения профилактических мероприятий, снижающих степень опасных для жизни или здоровья физического лица (Застрахованного) угроз и (или) устраняющих их.

7.9. Заключая Договор на условиях настоящих Правил, Страхователь подтверждает, что Страхователь (представитель Страхователя, Застрахованное лицо) не является публичным должностным лицом (его представителем, доверенным лицом), указанным в ст. 7.3 Федерального закона от 07.08.2001 N 115-ФЗ «О противодействии легализации (отмыванию) доходов, полученных преступным путем, и финансированию терроризма», что такое лицо не является его выгодоприобретателем, бенефициарным владельцем, супругом (супругой), близким родственником согласно вышеуказанному Федеральному закону. Страхователь подтверждает, что целью установления деловых отношений со Страховщиком является страхование, их предполагаемый характер определяется условиями настоящих Правил. Страхователь подтверждает, что имеет удовлетворительное финансовое положение и деловую репутацию. Страхователь – физическое лицо подтверждает, что целью его деятельности является получение трудового дохода, который является источником происхождения его денежных средств. Страхователь – индивидуальный предприниматель подтверждает, что целью его финансово-хозяйственной деятельности является предпринимательская деятельность, которая является источником происхождения его денежных средств. Страхователь – юридическое лицо подтверждает, что целью его финансово-хозяйственной деятельности является осуществление уставных видов деятельности, которые являются источником происхождения его денежных средств. Страхователь подтверждает, что Страхователь, его учредитель или выгодоприобретатель не является участником федеральных, региональных либо муниципальных целевых программ или национальных проектов. Страхователь подтверждает, что Страхователь, его учредитель, бенефициарный владелец или выгодоприобретатель не является получателем субсидий, грантов или иных видов государственной поддержки за счет средств федерального бюджета, бюджета субъекта Российской Федерации или муниципального бюджета. Страхователь подтверждает, что регистрация Страхователя (выгодоприобретателя) (его представителя, участника, бенефициарного владельца, контрагента), регистрация обслуживающего Страхователя банка не осуществлена в иностранном государстве (на территории), в отношении которого (которой) применяются международные санкции, одобренные Российской Федерацией (например, применение Российской Федерацией мер в соответствии с резолюциями Совета Безопасности ООН); в отношении которого (которой) применяются специальные экономические меры в соответствии с Федеральным законом от 30 декабря 2006 года N 281-ФЗ «О специальных экономических мерах», которое (которая) включено (включена) в перечень государств (территорий), которые не выполняют рекомендаций Группы разработки финансовых мер борьбы с отмыванием денег (ФАТФ), который определяется и публикуется уполномоченным органом в соответствии с постановлением Правительства Российской Федерации от 26 марта 2003 года N 173 «О порядке определения и опубликования перечня государств (территорий), которые не выполняют рекомендации Группы разработки финансовых мер борьбы с отмыванием денег (ФАТФ)»; которое (которая) включена в перечень офшорных зон согласно Указанию Банка России от 07.08.2003 N 1317-У «О порядке установления уполномоченными банками корреспондентских отношений с банками-нерезидентами, зарегистрированными

в государствах и на территориях, предоставляющих льготный налоговый режим и (или) не предусматривающих раскрытие и предоставление информации при проведении финансовых операций (офшорных зонах)»; которое (которая) отнесено (отнесена) международными организациями, в том числе международными неправительственными организациями, к государствам (территориям), финансирующим или поддерживающим террористическую деятельность; которое (которая) отнесено (отнесена) международными организациями, в том числе международными неправительственными организациями, к государствам (территориям) с повышенным уровнем коррупции и (или) другой преступной деятельности; которое (которая) является государством (территорией), о которых из международных источников известно, что в (на) них незаконно производятся или ими (через них) переправляются наркотические вещества, а также государства или территории, разрешающие свободный оборот наркотических веществ (кроме государств или территорий, использующих наркотические вещества исключительно в медицинских целях). В ином случае Страхователь обязуется предоставить Страховщику подтверждающие это сведения и документы, предусмотренные действующим законодательством Российской Федерации.

## **8. ОБЯЗАТЕЛЬСТВА СТОРОН ПРИ НАСТУПЛЕНИИ СОБЫТИЯ, ИМЕЮЩЕГО ПРИЗНАКИ СТРАХОВОГО СЛУЧАЯ**

8.1. Для получения медицинских и иных услуг Застрахованный обращается за организацией оказания медицинских и иных к Страховщику или (по согласованию со Страховщиком) непосредственно в Медицинские и иные организации, предусмотренные Договором (или Программой страхования).

8.2. Застрахованное лицо обязано:

8.2.1. сообщать Страховщику всю необходимую информацию (если требуется - в письменном виде), а также предоставить ему все документы, необходимые для выяснения обстоятельств наступления события, имеющего признаки страхового;

8.2.2. выполнять другие обязанности при наступлении события, имеющего признаки страхового случая, если они предусмотрены Договором.

8.3. Если получателем страховой выплаты является Медицинская или иная организация, то случай признается страховым и страховая выплата осуществляется в порядке, в сроки, и по расценкам, предусмотренным договором, заключенным между Страховщиком и Медицинской или иной организацией, за фактически оказанные медицинские услуги на основании документов, указанных в договоре между Страховщиком и Медицинской или иной организацией, и в соответствии с положениями настоящих Правил.

Оплата медицинских и иных услуг производится на основании счета (счета-фактуры) и акта выполненных работ, выставленного Страховщику Медицинской или иной организацией. К счету прилагаются документы с указанием перечня оказанных услуг, их стоимости, дат оказания услуг, Застрахованных лиц, общей суммы расходов по всем услугам, оказанным Застрахованным лицам.

Страховщик вправе проверить соответствие оказанных Застрахованному лицу услуг условиям Договора (Программы страхования).

8.4. Если получателем страховой выплаты может являться (является) Застрахованный, то в течение срока исковой давности согласно действующему законодательству Российской Федерации (3 года с момента наступления события, имеющего признаки страхового) Застрахованный обязан предоставить все предусмотренные законом, настоящими Правилами, Договором, обычаями места возникновения события, имеющего признаки страхового, документы, удостоверяющие лицо (личность) Страхователя (Застрахованного), факт наступления события, его причины, дату, размер расходов на оплату медицинских и иных услуг, включая сведения, составляющие коммерческую тайну. К таким документам относятся:

8.4.1. Договор (Страховой полис);

8.4.2. документ, подтверждающий факт уплаты страховой премии;

8.4.3. Заявление по установленной Страховщиком форме;

8.4.4. от Страхователя - физического лица (Застрахованного), в т.ч. зарегистрированного в качестве индивидуального предпринимателя: паспорт или иной документ, удостоверяющий личность; миграционная карта; документ, подтверждающий право иностранного гражданина или лица без гражданства на пребывание (проживание) в Российской Федерации, документ, подтверждающий право иностранного гражданина или лица без гражданства на трудовую деятельность в Российской Федерации (разрешение на работу, патент), если необходимость наличия этих документов предусмотрена законодательством Российской Федерации; свидетельство о постановке на учет в налоговом органе (о присвоении ИНН) (при наличии); страховое свидетельство государственного пенсионного страхования (СНИЛС) (при наличии); свидетельство о государственной регистрации физического лица в качестве индивидуального предпринимателя; от Страхователя (получателя страховой выплаты) - юридического лица: копию свидетельства о государственной регистрации юридического лица; копию выписки из единого государственного реестра юридических лиц, актуальной на дату события, имеющего признаки страхового случая; копию устава; копию свидетельства о постановке на учет в налоговом органе (о присвоении ИНН); доверенность на право представления интересов; копию документа, удостоверяющего личность представителя Страхователя; иные запрашиваемые документы и сведения, необходимые для исполнения требований законодательных актов Российской Федерации, нормативных актов Банка России и



нормативных правовых актов Российской Федерации в области ПОД/ФТ, включая информацию о своих выгодоприобретателях и бенефициарных владельцах;

8.4.5. документ, подтверждающий полномочия представителя Страхователя (Застрахованного, получателя страховой выплаты);

8.4.6. документ, удостоверяющий личность представителя Страхователя (Застрахованного, получателя страховой выплаты);

8.4.7. документ, оформленный в соответствии с законодательством страны оказания медицинских услуг, подтверждающий факт обращения данного Застрахованного лица за оказанием медицинских услуг, с указанием даты обращения за медицинской помощью, жалоб, данных объективного статуса, данных исследований, диагноза, срока лечения, назначений;

8.4.8. для возмещения стоимости оплаченных медицинских услуг – реестр оказанных медицинских услуг с указанием их наименования, количества, дат оказания и стоимости, оформленный в соответствии с законодательством страны оказания медицинских услуг;

8.4.9. для возмещения стоимости оплаченных лекарственных средств – рецепты из Медицинской организации, куда Застрахованное лицо обращалось за получением медицинских услуг и врачом которой были назначены лекарственные средства;

8.4.10. для возмещения стоимости изделий медицинского назначения:

8.4.10.1. при оперативном лечении – документы из Медицинской организации, куда Застрахованное лицо обращалось за получением медицинских услуг, с обоснованием лечащего врача о наличии медицинских показаний для использования данных изделий, а также документов, подтверждающих их использование (указание использованных расходных материалов в выписном эпикризе), оформленных в соответствии с законодательством страны оказания медицинских услуг;

8.4.10.2. при амбулаторном лечении – документы из Медицинской организации, куда Застрахованное лицо обращалось за получением медицинских услуг, с обоснованием лечащего врача о наличии медицинских показаний для использования данных изделий, оформленных в соответствии с законодательством страны оказания медицинских услуг;

8.4.11. для возмещения стоимости оплаченных иных услуг – документы, подтверждающие факт обращения данного Застрахованного лица за оказанием ему иных услуг с указанием даты обращения, реестра оказанных услуг с указанием их наименования, количества, дат оказания и стоимости, оформленного в соответствии с законодательством страны оказания медицинских услуг;

8.4.12. документы, подтверждающие оплату медицинских и иных услуг или приобретение лекарственных средств и/или изделий медицинского назначения (кассовые, товарные чеки, товарные накладные с указанием их наименования, количества и стоимости, даты оформления).

8.5. Страховщик принимает только оригиналы документов либо копии, заверенные нотариально, либо копии, заверенные компетентным органом (организацией), выдавшим данные документы. Копии документов, предоставленных Страхователем (Застрахованным), должны быть заверены подписью уполномоченного лица и печатью организации, выдавшей оригинал документа (подписью и печатью нотариуса). Документы, оформленные с нарушением существующих норм (как то: отсутствие номера, печати, даты, незаверенные исправления, незаверенные копии, не расшифрованные подписи без указания фамилии и должности) не принимаются Страховщиком к рассмотрению. В том случае, если оригинальный текст документа выполнен на иностранном языке, необходимо предоставить Страховщику нотариально заверенный перевод на русский язык. Расходы на перевод Страховщиком не возмещаются. При этом Страховщику предоставляется безусловное право сличения оригиналов с копиями. Кроме этого, Страховщик вправе самостоятельно заверить копии представленных ему оригиналов документов.

8.6. Предоставление документов, предусмотренных Договором, а также доказывание факта наступления страхового случая и стоимости оказанных Застрахованному медицинских и иных услуг является обязанностью Страхователя (Застрахованного). Страхователь (Застрахованный) несет ответственность за полноту и достоверность сведений, содержащихся в представляемых Страховщику документах.

8.7. **Страховщик обязан** (если иное не предусмотрено договором между Страховщиком и Медицинской или иной организацией, в которой оказываются медицинские и иные услуги Застрахованному по направлению Страховщика):

8.7.1. принять решение о признании события страховым случаем и осуществлении страховой выплаты (или отказе в признании события страховым случаем либо отказе в осуществлении страховой выплаты) в течение 30-ти рабочих дней с момента представления Страхователем (Застрахованным, Медицинской или иной организацией) Заявления о страховой выплате, и всех документов, необходимых для принятия решения о признании события страховым случаем и осуществлении страховой выплаты (или отказе в признании события страховым случаем либо отказе в осуществлении страховой выплаты), согласно п. 8.4. настоящих Правил. Решение о признании события страховым случаем и осуществлении страховой выплаты отражается в Страховом акте, составляемом по форме и в порядке, установленном Страховщиком;

8.7.2. осуществить страховую выплату в течение 15-ти рабочих дней с момента принятия решения о признании события, имеющего признаки страхового, страховым случаем (составления Страхового Акта);

8.7.3. в случае принятия решения о непризнании события страховым случаем или отказе в страховой выплате (при наличии оснований для принятия такого решения), Страховщик извещает об этом решении Страхователя (Застрахованного, Медицинскую или иную организацию). Отказ в признании события страховым случаем или Отказ в осуществлении страховой выплаты сообщается Страхователю (Застрахованному, Медицинской или иной организации) в письменной форме с обоснованием причин отказа в течение 15-ти рабочих дней с момента принятия такого решения. Отказ направляется по почте либо иным согласованным сторонами способом.

8.8. **Страховщик имеет право** перенести срок принятия решения о признании события страховым случаем и осуществлении страховой выплаты (или отказе в признании события страховым случаем, либо отказе в осуществлении страховой выплаты). Основаниями этого могут являться:

8.8.1. отсутствие возможности на основании представленных Страхователем (Застрахованным, Медицинской или иной организацией) документов установить правомочность Страхователя (Застрахованного, Медицинской или иной организации) на получение страховой выплаты – до тех пор, пока не будут представлены необходимые доказательства;

8.8.2. проведение Страховщиком дополнительного расследования причин и обстоятельств наступления события, имеющего признаки страхового, невозможность на основании предоставленных Страхователем (Застрахованным, Медицинской или иной организацией) документов определить состав оказанных медицинских или иных услуг, дату их оказания и их стоимость – до момента окончания такого расследования, о чем Страховщик обязан письменно уведомить Страхователя (Застрахованного, Медицинскую или иную организацию);

8.8.3. проведение Страховщиком проверки подлинности документов, подтверждающих факт наступления события, имеющего признаки страхового, и стоимость оказанных Застрахованному медицинских и иных услуг (в частности, но не ограничиваясь, при предоставлении Страхователем (Застрахованным, Медицинской или иной организацией) незаверенных копий документов, документов, подписанных лицом, не имеющим на это полномочий, и т.п.) – до тех пор, пока не будет подтверждена подлинность таких документов, либо в документах имеются исправления, подчистки, ошибки – до момента их исправления и заверения надлежащим образом;

8.8.4. направление Страховщиком запроса в компетентные органы (организации), назначение независимой экспертизы согласно п. 7.5.7. настоящих Правил - до получения Страховщиком ответа на запрос в компетентные органы (организации) или результатов независимой экспертизы соответственно. Страховщик при этом имеет право передавать документы, полученные от Страхователя (Застрахованного, Медицинской или иной организации) и/или компетентных органов (организаций), для проведения независимой экспертизы и/или направления иных запросов в компетентные органы (организации), включая сведения, составляющие коммерческую (медицинскую) тайну Страхователя (Застрахованного, Медицинской или иной организации). Страховщик вправе запросить в частности следующие документы:

8.8.4.1. медицинские карты (первичную медицинскую документацию) амбулаторного или стационарного больного и/или выписки из медицинских карт (оригиналы или копии, заверенные главным врачом или заместителем главного врача и печатью Медицинской организации) Застрахованного лица, действительные на момент обращения Застрахованного лица за оказанием медицинских и/или иных услуг, а также за 5 лет, предшествующих событию, имеющему признаки страхового случая, или заключению Договора, из всех Медицинских организаций, в которые обращалось Застрахованное лицо;

8.8.4.2. документы, подтверждающие получение Застрахованным лицом медицинских и иных услуг;

8.8.4.3. документы Управления Роспотребнадзора по субъекту Российской Федерации или его структурных подразделений, подтверждающие диагноз заболевания Застрахованного лица;

8.8.4.4. справку из специализированных лечебно-профилактических медицинских организаций и их подразделений (Центра профпатологии, клиник и отделов профзаболеваний, выполняющих их функции), имеющих соответствующую лицензию и сертификат о праве устанавливать диагноз профессионального заболевания; акт о случае профессионального заболевания по форме, утвержденной уполномоченным органом государственной власти;

8.8.4.5. справку учреждения медико-социальной экспертизы об установлении группы инвалидности, направление на медико-социальную экспертизу, протокол проведения медико-социальной экспертизы в федеральном государственном учреждении медико-социальной экспертизы по форме, утвержденной уполномоченным органом государственной власти, акт медико-социальной экспертизы по форме, утвержденной уполномоченным органом государственной власти;

8.8.4.6. справки из наркологических, туберкулезных, психиатрических, кожно-венерологических диспансеров;

8.8.4.7. акт судебно-медицинского или патологоанатомического исследования;

8.8.4.8. акт судебно-химического, химико-токсикологического исследования;

8.8.4.9. акт медицинского освидетельствования на состояние опьянения;

8.8.4.10. постановление о возбуждении / отказе в возбуждении уголовного дела, решение, принятое (в том числе в судебном порядке) по уголовному делу;

8.8.4.11. постановление об административном правонарушении;

8.8.4.12. справку медицинской организации с указанием наличия или отсутствия у Застрахованного лица алкогольного, наркотического, токсического опьянения при наступлении патологического состояния и/или получения травмы (зафиксированные на момент поступления в медицинскую организацию признаки опьянения, или результаты исследования биологических материалов на содержание этилового спирта, наркотических или токсических веществ, галлюциногенов);

8.8.4.13. акт о несчастном случае на производстве (форма Н-1);

8.8.4.14. справку о дорожно-транспортном происшествии;

8.8.4.15. выписку из журнала учета больных и отказов в госпитализации;

8.8.4.16. извещение о больном с впервые в жизни установленным диагнозом;

8.8.4.17. протокол военно-врачебной комиссии;

8.8.4.18. результаты инструментальных, лабораторных методов исследований (снимки, анализы, гистология);

8.8.4.19. результаты профилактических, предварительных, периодических, предсменных, предрейсовых (послесменных, послерейсовых) и иных медицинских осмотров, результаты диспансеризации;

8.8.4.20. справки о нахождении Застрахованного лица на диспансерном учете (с указанием времени, с которого взят на учет, и диагноза);

8.8.4.21. медицинское свидетельство о смерти (форма 106/У-08);

8.8.4.22. в Территориальном Фонде обязательного медицинского страхования и/или страховщиках, работающих в системе обязательного медицинского страхования – информацию о медицинских услугах, оказанных Застрахованному лицу в системе обязательного медицинского страхования.

8.8.5. если для получения информации из указанных органов (организаций) Страховщику требуется разрешение (доверенность) Страхователя (Застрахованного, Медицинской или иной организации), то Страховщик имеет право продлить срок принятия решения о признании события страховым случаем и осуществлении страховой выплаты (или отказе в признании события страховым случаем либо отказе в осуществлении страховой выплаты) также на период времени, необходимый для получения такого разрешения;

8.8.6. возбуждение связанного с событием, имеющим признаки страхового, уголовного дела, в т.ч. против Страхователя (Застрахованного, Медицинской или иной организации), проведение расследования обстоятельств, приведших к событию, имеющему признаки страхового, - до окончания расследования или до получения Страховщиком приговора (решения) суда либо Постановления о приостановлении производства по уголовному делу или Постановления о прекращении уголовного дела. В том случае, если предварительное следствие продлевается на срок более двух месяцев, Страховщик может принять решение об осуществлении страховой выплаты на основании постановления о возбуждении уголовного дела и утвержденного соответствующим должностным лицом постановления о возбуждении ходатайства о продлении срока предварительного следствия;

8.8.7. в случае обжалования (опротестования) судебного решения в установленном порядке – до момента получения Страховщиком окончательного судебного решения;

8.8.8. если Страхователь (Застрахованный, Медицинская или иная организация) не предоставил документы и информацию, подтверждающие факт наступления события, имеющего признаки страхового, и стоимость оказанных Застрахованному медицинских и иных услуг, указанные в настоящих Правилах и (или) препятствовал Страховщику в выяснении обстоятельств произошедшего события, в результате чего Страховщик был лишен возможности принять решение о признании события страховым случаем (или отказе в признании события страховым случаем либо отказе в осуществлении страховой выплаты) – до предоставления таких документов и сведений;

8.8.9. в случае возникновения оснований для замораживания (блокирования) денежных средств или иного имущества, приостановления операций с денежными средствами или иным имуществом Страхователя (Застрахованного) в соответствии с законодательными актами Российской Федерации, нормативными актами Банка России и нормативными правовыми актами Российской Федерации в области ПОД/ФТ – до момента получения Страховщиком документов, подтверждающих, что такие основания отпали.

8.9. Срок принятия решения о признании события страховым случаем и осуществлении страховой выплаты (или отказе в признании события страховым случаем либо отказе в осуществлении страховой выплаты) исчисляется со дня, следующего за днем предоставления Страховщику последнего запрашиваемого Страховщиком документа, в т.ч. ответа на запрос в компетентные органы (организации) или результатов независимой экспертизы.

8.10. В случае возникновения разногласий между Страховщиком и Страхователем (Застрахованным, Медицинской или иной организацией) по поводу обстоятельств возникновения и стоимости оказанных Застрахованному медицинских и иных услуг, вопрос может решаться с привлечением независимых экспертов и оплатой их услуг несогласной стороной, если иное не предусмотрено Договором.

8.11. Любые действия, предпринятые Страховщиком в процессе урегулирования убытка, не могут быть истолкованы как его отказ от своих прав, а также как признание своих обязательств.

8.12. Страховщик вправе проверить соответствие оказанных Застрахованному лицу услуг их перечню по Договору и Программе страхования.

## **9. СТРАХОВАЯ ВЫПЛАТА**

9.1. Размер страховой выплаты определяется стоимостью медицинских и иных услуг, оказанных Застрахованному лицу в соответствии с условиями Правил, Договора и Программы страхования, и не может превышать соответствующей страховой суммы, указанной в Договоре.

9.2. Если получателем страховой выплаты является Медицинская или иная организация, то случай признается страховым и страховая выплата осуществляется в порядке, в сроки, и по расценкам, предусмотренным договором, заключенным между Страховщиком и Медицинской или иной организацией, за фактически оказанные медицинские услуги на основании документов, указанных в договоре между Страховщиком и Медицинской или иной организацией.

9.3. Если иное не предусмотрено договором между Страховщиком и Медицинской или иной организацией, в которой оказываются медицинские и иные услуги Застрахованному по направлению Страховщика, то решение о размере страховой выплаты принимается Страховщиком на основании данных Заявления по форме, установленной Страховщиком, установленных Страховщиком и представленных Страхователем (Застрахованным, Медицинской или иной организацией) документов (данных), документов (сведений) от компетентных органов, требований соответствующих нормативных документов, условий Договора (а также результатов независимой экспертизы, если она проводилась). Решение о признании события страховым случаем, размере страховой выплаты и ее осуществлении отражается в Страховом акте.

9.4. Обязательными условиями страховой выплаты являются:

9.4.1. обращение Застрахованного в Медицинскую или иную организацию за получением медицинских и иных услуг в соответствии с условиями Договора и Программы страхования и/или возникновение у Страхователя расходов на оплату медицинских и иных услуг;

9.4.2. выполнение Страхователем (Застрахованным) условий Договора, необходимых для осуществления страховой выплаты.

9.5. Общая сумма страховых выплат не может превышать частной страховой суммы по отдельным Застрахованным и/или группам Застрахованных, видам медицинских и иных услуг, Программам страхования, при наличии таковой в Договоре.

9.6. Если иное не предусмотрено Договором, днем осуществления страховой выплаты считается дата списания денежных средств со счета Страховщика, дата выплаты денежных средств из кассы Страховщика.

9.7. В случаях возмещения расходов, понесенных за пределами территории Российской Федерации, страховая выплата производится в рублях по курсу Центрального Банка Российской Федерации, установленному для соответствующей иностранной валюты на дату страхового случая (для валют из Перечня иностранных валют, официальные курсы которых по отношению к рублю устанавливаются Банком России). Для иностранных валют, не включенных в указанный Перечень, страховые выплаты производятся по курсу, представленному в информационных системах Reuters ([www.reuters.com](http://www.reuters.com)) или Bloomberg ([www.bloomberg.com](http://www.bloomberg.com)), на дату составления Страхового акта.

## **10. ОСНОВАНИЯ ОТКАЗА В ПРИЗНАНИИ СОБЫТИЯ СТРАХОВЫМ СЛУЧАЕМ (В ОСУЩЕСТВЛЕНИИ СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЫ)**

10.1. Не является страховым случаем и не подлежит возмещению (страховой выплате) по Договору возникновение убытков Страхователя (Застрахованного) вследствие событий, которые не являются страховыми рисками по Договору; событий, указанных в п. 3.7, п. 3.8. и п. 3.9. настоящих Правил.

10.2. Страховщик вправе отказать в признании события страховым случаем либо в осуществлении страховой выплаты полностью или частично (в той мере, в какой Страхователь (Застрахованный) способствовал увеличению убытков Страховщика), если Страхователь (Застрахованный):

10.2.1. сообщил полностью или частично не соответствующие действительности или заведомо ложные сведения об обстоятельствах, имеющих значение для суждения о степени риска в отношении объекта страхования, вероятности наступления страхового случая и размера возможных убытков от его наступления;

10.2.2. не сообщил о возникших существенных изменениях в степени риска в отношении объекта страхования, вероятности наступления страхового случая и размера возможных убытков от его наступления;

10.2.3. в порядке и в сроки, предусмотренные настоящими Правилами, не уведомил Страховщика о наступлении события, имеющего признаки страхового (если не будет доказано, что Страховщик своевременно узнал о наступлении такого события либо что отсутствие у Страховщика сведений об этом не могло сказаться на его обязанности осуществить страховую выплату);

10.2.4. не представил документы, указанные в п. 8.4. Правил, в порядке и в сроки, предусмотренные настоящими Правилами (т.е. когда Страхователь (Застрахованный) не исполнил своих

обязанностей, предусмотренных Правилами, что привело к невозможности определить причины и обстоятельства события, имеющего признаки страхового);

10.2.5. препятствовал Страховщику в установлении факта наступления, причин, даты, размера убытка, наличия виновных лиц, последствий, иных обстоятельств события, имеющего признаки страхового случая;

10.2.6. сообщил Страховщику заведомо ложные сведения об обстоятельствах и причинах наступления события, имеющего признаки страхового, в том числе путем представления Страховщику недействительных или фальсифицированных (подложных) документов;

10.2.7. каким-либо иным образом преднамеренно содействовал необоснованному получению страховой выплаты;

10.2.8. в случае возникновения оснований для отказа в совершении операций с денежными средствами или иным имуществом Страхователя (Застрахованного) в соответствии с законодательными актами Российской Федерации, нормативными актами Банка России и нормативными правовыми актами Российской Федерации в области ПОД/ФТ;

10.2.9. не выполнил иные обязанности, предусмотренные настоящими Правилами или Договором.

10.3. Решение об отказе в признании события страховым случаем (об отказе в осуществлении страховой выплаты) с мотивированным обоснованием причин отказа Страховщик должен направить Страхователю (Застрахованному, Медицинской или иной организации) в течение 15-ти рабочих дней с момента его принятия.

## **11. ФОРС-МАЖОР**

11.1. Стороны освобождаются от ответственности за частичное или полное неисполнение, а также ненадлежащее исполнение обязательств по Договору, если это неисполнение или ненадлежащее исполнение обязательств явилось следствием обстоятельств чрезвычайного характера, возникших после его заключения, которые стороны не могли ни предвидеть, ни предотвратить.

11.2. К обстоятельствам чрезвычайного характера относятся: война и военные действия, бунт, мятеж, восстание, революция, государственный переворот, введение военного положения или узурпация власти, гражданские волнения, гражданская война, действия вооруженных формирований, террористический акт (согласно ст. 205 УК РФ), забастовка в отрасли или регионе.

11.3. Возможное неисполнение обязательств по Договору должно находиться в непосредственной причинной связи с указанными в настоящем подпункте обстоятельствами.

11.4. Сторона, для которой создалась невозможность исполнения обязательств, обязана в разумные сроки с момента наступления вышеуказанных обстоятельств в письменной форме уведомить другую сторону о наступлении и предполагаемом сроке их действия.

11.5. Не уведомление или несвоевременное уведомление лишает неуведомившую сторону права ссылаться на любое вышеуказанное обстоятельство как на основание, освобождающее от ответственности за неисполнение или ненадлежащее исполнение обязательств.

## **12. ПОРЯДОК РАЗРЕШЕНИЯ СПОРОВ**

12.1. Все споры по Договору между Страхователем и Страховщиком разрешаются путем направления письменной претензии. Претензия должна быть рассмотрена получившей ее стороной в течение тридцати рабочих дней, начиная со дня, следующего за датой получения. В случае недостижения согласия споры рассматриваются в установленном действующим законодательством Российской Федерации порядке, в т.ч. в органах суда в соответствии с их компетенцией.

12.2. Право на предъявление претензий к Страховщику по Договору сохраняется в течение срока исковой давности, установленного действующим законодательством Российской Федерации.