

**Открытое акционерное общество
«Страховая компания «ЕВРОПА»**

УТВЕРЖДЕНО
Приказом Генерального директора
ОАО «СК «ЕВРОПА»
№7 от 20 января 2016г.

**ПРАВИЛА ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ
ИНОСТРАННЫХ ГРАЖДАН, ВРЕМЕННО НАХОДЯЩИХСЯ
НА ТЕРРИТОРИИ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

2016 г.

СОДЕРЖАНИЕ

1. Общие положения
2. Субъекты страхования
3. Объект страхования
4. Страховой риск. Страховой случай
5. Порядок определения страховой суммы. Франшиза
6. Порядок определения страхового тарифа
7. Порядок определения страховой премии (страховых взносов)
8. Порядок заключения, исполнения и прекращения договора страхования
9. Последствия изменения степени риска
10. Права и обязанности сторон
11. Определение размера убытков. Порядок определения страховой выплаты
Срок осуществления страховой выплаты
12. Основания отказа в страховой выплате
13. Ответственность сторон
14. Порядок разрешения споров

1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

1.1. В соответствии с гражданским законодательством Российской Федерации, Законом РФ «Об организации страхового дела в Российской Федерации» от 27 ноября 1992г. №4015-1, иными законодательными и нормативными актами Российской Федерации, настоящие Правила добровольного медицинского страхования иностранных граждан, временно находящихся на территории Российской Федерации (далее по тексту Правила/Правила страхования) регулируют отношения, возникающие между ОАО СК «ЕВРОПА» (далее - Страховщик), с одной стороны, и лицами, заключившими со Страховщиком договоры (полисы) добровольного медицинского страхования иностранных граждан, временно находящихся на территории Российской Федерации (далее по тексту – договор/договор страхования).

1.2. По договору страхования, заключенному на основании настоящих Правил страхования Страховщик обязуется за обусловленную договором плату (страховую премию) при наступлении предусмотренных в договоре страхования событий (страховых случаев) осуществить страховую выплату и/или организовать и оплатить необходимую Застрахованному лицу помощь в соответствии с условиями договора страхования.

1.3. Основные понятия, применяемые в настоящих Правилах:

Страховой тариф - ставка страховой премии с единицы страховой суммы с учетом объекта страхования и характера страхового риска, а также других условий страхования, в том числе наличия франшизы и ее размера в соответствии с условиями страхования.

Страховая премия (страховой взнос) - плата за страхование, которую Страхователь обязан оплатить Страховщику в порядке и в сроки, которые установлены договором страхования.

Страховая выплата - денежная сумма, которая определена в порядке, установленном договором страхования и выплачивается при наступлении страхового случая. Страховая выплата по договорам страхования производится в валюте Российской Федерации.

Программа добровольного медицинского страхования - перечень медицинских и иных услуг в рамках договора страхования, которые будут оплачены Страховщиком при наступлении страхового случая.

Сервисная компания - специализированная организация, указанная в договоре (полисе) страхования, которая по поручению Страховщика обеспечивает Застрахованному лицу организацию услуг, предусмотренных договором страхования.

Медицинские услуги - мероприятия или комплекс мероприятий, направленных на профилактику заболеваний, их диагностику и лечение, имеющих самостоятельное законченное значение и определенную стоимость.

Медицинская помощь - комплекс мероприятий, включающих медицинские и иные услуги, организационно-технические мероприятия, лекарственное обеспечение, обеспечение изделиями медицинского назначения, направленных на удовлетворение потребностей Застрахованных лиц в поддержании и восстановлении здоровья.

Услуги по репатриации – услуги, связанные с репатриацией останков Застрахованного лица до транспортного узла, ближайшего к месту, где постоянно проживало Застрахованное лицо (место жительства).

Место жительства – место, где Застрахованное лицо постоянно или преимущественно проживает.

Хронические заболевания - любая болезнь, недомогание, существующие у Застрахованного лица и/или известные ему на момент заключения договора страхования, требовавшие лечения до начала периода страхования или по поводу которых получены врачебные рекомендации по их лечению.

2. СУБЪЕКТЫ СТРАХОВАНИЯ

2.1. Страховщик – Открытое акционерное общество «Страховая компания «ЕВРОПА» (ОАО «СК «ЕВРОПА»), созданное в соответствии с законодательством Российской Федерации для осуществления страхования и получившее лицензию в установленном законом порядке.

2.2. Страхователь - юридическое лицо или дееспособное физическое лицо, заключившее со Страховщиком договор страхования.

2.3. Застрахованное лицо - физическое лицо, в пользу которого заключен договор страхования, и имущественные интересы которого являются объектом страхования по договору, заключенному между Страхователем и Страховщиком.

2.4. Страхователь заключает договор страхования со Страховщиком в свою пользу или в пользу третьих лиц (Застрахованных лиц).

2.5. На условиях настоящих Правил, договоры страхования заключаются в пользу Застрахованных лиц - иностранных граждан, или лиц без гражданства, временно пребывающих на территории Российской Федерации.

2.6. Страховщик вправе не заключать договор страхования в отношении лиц, которые на момент заключения договора:

- младше 18 лет и старше 65 лет, если иное не предусмотрено договором страхования;
- больны синдромом приобретенного иммунодефицита или являются носителями вируса иммунодефицита человека (ВИЧ);
- состоят на учете в наркологических, психоневрологических, туберкулезных, онкологических, кожно-венерологических (по поводу венерических заболеваний) диспансерах, центрах по профилактике и лечению СПИДа и ВИЧ-инфекции;
- являются инвалидами 1 и 2 групп,
- находятся на стационарном или амбулаторном лечении.

2.7. Страховая защита действует в пределах территории, указанной в договоре страхования. Территорией страхования, если иное не предусмотрено договором страхования по настоящим Правилам является Российская Федерация.

3. ОБЪЕКТ СТРАХОВАНИЯ

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

3.2. Медицинские учреждения - имеющие лицензию лечебно-профилактические учреждения, научно - исследовательские и медицинские институты, аптечные подразделения лечебно-профилактических учреждений, компании медицинского ассистанса и иные учреждения имеющие разрешение на осуществление различных видов медицинской деятельности.

4. СТРАХОВОЙ РИСК. СТРАХОВОЙ СЛУЧАЙ

4.1. Страховым риском является предполагаемое событие, на случай наступления которого проводится страхование. Событие, рассматриваемое в качестве страхового риска, должно обладать признаками вероятности и случайности его наступления.

4.2. Страховым случаем является совершившееся событие, предусмотренное договором страхования, с наступлением которого возникает обязанность Страховщика произвести страховую выплату.

4.3. Страховым случаем по настоящим Правилам является документально подтвержденное обращение Застрахованного лица (или его представителя) установленным договором страхования способом, в соответствии с условиями договора страхования и в период его действия в медицинское учреждение, Сервисную компанию и/или иное учреждение, из числа предусмотренных договором страхования или согласованных с Сервисной компанией и/или Страховщиком, за медицинскими и/или иными услугами по поводу расстройства здоровья или ухудшения состояния Застрахованного лица в результате острого заболевания, обострения хронического заболевания, травмы, отравления и иных состояний, требующих оказания первичной медико-санитарной помощи и специализированной медицинской помощи, иной помощи, предусмотренных в договоре страхования, а также в случае смерти Застрахованного лица (репатриация).

При обострении хронического заболевания Страховщик организывает и оплачивает медицинскую помощь, связанную со снятием острой боли и угрозы жизни Застрахованного лица (реанимационные действия). Посткризисные расходы на долечивание, обследование, транспортировку, репатриацию не покрываются, если иное не предусмотрено договором страхования.

4.3.1. Страховщик в зависимости от программы добровольного медицинского страхования, указанной в договоре страхования оплачивает:

4.3.1.1. обращение Застрахованного лица в период действия договора страхования (Полиса) установленным договором страхования (Полисом) способом в Сервисную компанию, в медицинское или иное учреждение из числа предусмотренных договором страхования (Полисом) или согласованных с Сервисной компанией за первичной медико-санитарной помощью и (или) специализированной медицинской помощью, а именно:

- амбулаторно-поликлинической помощью в экстренной и/или неотложной форме;
- стационарной помощью в экстренной и/или неотложной форме;
- скорой, в том числе специализированной медицинской помощью в экстренной и/или неотложной форме;
- визитом врача к Застрахованному лицу на дом по медицинским показаниям;
- экстренной стоматологической помощью при травме зубов в результате несчастного случая, а также при остром воспалении зуба и окружающих зуб тканей.

4.3.1.2. возникновение расходов Застрахованного лица, связанных с получением первичной медико-санитарной помощи и специализированной медицинской помощи в период действия договора страхования (Полиса), а именно:

- амбулаторно-поликлинической помощи в экстренной и/или неотложной форме;
- стационарной помощи в экстренной и/или неотложной форме;
- скорой, в том числе специализированной медицинской помощи в экстренной и/или неотложной форме;
- визита врача к Застрахованному лицу на дом по медицинским показаниям;
- экстренной стоматологической помощи при травме зубов в результате несчастного случая, а также при остром воспалении зуба и окружающих зуб тканей.

4.3.2. медико-транспортные расходы, возникшие вследствие несчастного случая, заболевания или смерти Застрахованного лица, включая расходы:

- на авиабилеты или железнодорожные билеты экономического класса одного близкого родственника Застрахованного лица, если это необходимо в связи с состоянием здоровья Застрахованного лица (по решению медицинской организации) и срок стационарного лечения

Застрахованного лица превысил 10 дней (если данный риск предусмотрен договором страхования);

- по посмертной репатриации останков Застрахованного лица;

4.3.3. Конкретный перечень медицинских и иных услуг устанавливается соглашением Страхователя и Страховщика и указывается в договоре страхования.

4.4. Страховщик отказывает в страховой выплате за обращение Застрахованного лица за получением медицинских и иных услуг в связи с:

4.4.1. получением травматического повреждения или иного расстройства здоровья в состоянии алкогольного, наркотического или токсического опьянения, в том числе при управлении Застрахованным лицом транспортным средством в состоянии алкогольного, токсического или наркотического опьянения или передачи Застрахованным лицом управления лицу, находящемуся в состоянии алкогольного, токсического или наркотического опьянения, или лицу, не имеющему права на вождение данного средства транспорта;

4.4.2. получением травматического повреждения или иного расстройства здоровья, наступившего в результате совершения Застрахованным лицом противоправных действий, что должно быть подтверждено решениями соответствующих органов;

4.4.3. умышленным причинением Застрахованным лицом себе телесных повреждений, суицидальными попытками, за исключением тех случаев, когда Застрахованное лицо было доведено до такого состояния противоправными действиями третьих лиц, что должно быть подтверждено решениями соответствующих органов;

4.4.4. несоблюдением Застрахованным лицом назначений лечащего врача, а также больничного режима.

4.4.5. воздействием ядерного взрыва, радиации, радиоактивного заражения, химической или биологической атак и их последствиями;

4.4.6. военными действиями, а также маневрами или иными военными мероприятиями, гражданской войной, террористическими актами, народными волнениями всякого рода или забастовками, стихийными бедствиями, чрезвычайными ситуациями природного или техногенного характера, экологическими катастрофами;

4.4.7. в связи с любыми осложнениями, связанными с беременностью сроком более 8-ми недель, родами, а также абортами (за исключением вынужденного прерывания беременности, явившегося следствием несчастного случая или внезапного заболевания);

4.4.8. в связи с проявлением или обострением психического заболевания (депрессия и т.п.). Следствия врожденных аномалий (эпилепсия, судорогоподобные припадки) и психическая заторможенность;

4.4.9. в связи с телесными повреждениями, полученными в результате участия Застрахованного лица в скачках, автогонках, управления им летательными аппаратами;

4.5. Страховщик отказывает в страховой выплате за обращение Застрахованного лица за получением расходов:

4.5.1. связанных с онкологическими заболеваниями, сахарным диабетом, любыми нарушениями менструального цикла, аденомой простаты, хроническими урологическими и гинекологическими заболеваниями, гепатитом, энцефалитом, менингитом, полиневритом, циррозом, туберкулезом, саркоидозом, муковисцидозом независимо от клинической формы и стадии процесса;

4.5.2. связанных с любым протезированием, включая глазное и зубное; приобретение протезов и ортопедических аппаратов;

4.5.3. связанных с искусственным осеменением, лечением бесплодия и расходы по предупреждению зачатия;

4.5.4. вызванных несчастными случаями, произошедшими в результате занятий физкультурой и спортом, активного отдыха (волейбол, футбол и т.п.), если иное не предусмотрено договором страхования. Страховщик отказывает в страховой выплате за расходы, связанные с оказанием медицинской помощи Застрахованному лицу из числа спортсменов, если такая помощь была оказана или могла быть оказана врачом команды, или обеспечена организаторами соревнований или сборов.

4.6. Страховщик отказывает в страховой выплате за расходы на медицинские и иные услуги, оказываемые по поводу следующих заболеваний (состояний) и \ или их осложнений:

4.6.1. наследственных и врожденных заболеваний, аномалий и пороков развития органов и их осложнений;

4.6.2. демиелинизирующих заболеваний нервной системы, нарушений речи;

4.6.3. системных заболеваний соединительной ткани, болезни Бехтерева;

4.6.4. псориаза;

4.6.5. глубоких микозов;

4.6.6. хронической почечной и печеночной недостаточности;

4.6.7. заболеваний сердечно-сосудистой системы, нервной системы, опорно-двигательного аппарата, органов зрения и чувств, требующих сложного и / или реконструктивного оперативного лечения (кардиохирургического, нейрохирургического и т.п.);

4.6.8. особо опасных и тропических заболеваний (чума, холера, оспа, желтая лихорадка, вирусные геморроидальные лихорадки).

4.7. Страховщик отказывает в страховой выплате за расходы на оказание медицинских и иных услуг:

4.7.1. не предписанных врачом, проводимых по желанию Застрахованного лица, без медицинских показаний и связанных с предоставлением услуг, не являющихся необходимыми с медицинской точки зрения;

4.7.2. возникших в результате отказа Застрахованного лица от выполнения предписаний врача, полученных им в связи с обращением по поводу страхового случая;

4.7.3. связанных с лечением заболеваний, известных до момента заключения договора страхования, независимо от того, осуществлялось ли по ним лечение или нет, кроме случаев, когда медицинская помощь была связана с острой болью или спасением жизни Застрахованного лица, если иное не предусмотрено договором страхования;

4.7.4. связанных с оказанием услуг медицинским учреждением, не имеющим соответствующей лицензии;

4.7.5. связанных с предоставлением дополнительного комфорта, а именно: одноместных палат и палат типа «люкс», телевизора, телефона, кондиционера, увлажнителя, услуг парикмахера, массажиста, косметолога и т.д.;

4.7.6. на экстракорпоральные методы лечения (гемодиализ, плазмаферез и т.п.), УФО крови;

4.7.7. на компьютерную томографию, ядерно-магнитно-резонансную томографию, не согласованные с Сервисной компанией или Страховщиком;

4.7.8. на устранение косметических дефектов лица (в том числе стоматологии), тела независимо от времени их возникновения;

4.7.9. на косметическую, пластическую и восстановительную хирургию, ортопедию;

4.7.10. на иммунокоррекцию, расширенное иммунологическое исследование;

4.7.11. на стоматологические услуги (кроме расходов на осмотр, лечение и медикаменты при острой зубной боли, а также при травме зуба в результате несчастного случая), лечение заболеваний пародонта, замену старых пломб, зубопротезирование, включая подготовку к нему, восстановление (реконструкцию) коронковой части зуба, имплантацию зубов, ортодонтию;

4.7.12. на нетрадиционные методы лечения;

4.7.13. по лечению Застрахованного лица и уходу за ним, осуществляемым его родственниками (а также последствия самолечения), независимо от того, являются ли они профессиональными медицинскими работниками или нет;

4.7.14. на пребывание в медицинском учреждении для получения терапевтического или попечительского ухода;

4.7.15. на оздоровительное и реабилитационное лечение в условиях стационаров, диспансеров, санаториев, пансионатов, домов отдыха, восстановительных центров и других специализированных медицинских учреждений;

4.7.16. на физиотерапию, массаж, тренажеры, ЛФК, бассейн, солярий, лазеротерапию, акупунктуру, если иное не предусмотрено договором страхования;

4.7.17. на общие медицинские осмотры, обследования с профилактическими целями, не связанные с необходимостью диагностики заболевания или травмы в результате несчастного случая, на проведении вакцинации, дезинфекции, если иное не предусмотрено договором страхования;

4.7.18. услуги врача и лабораторные исследования, не связанные со страховым случаем;

4.7.19. произведенные Застрахованным лицом на приобретение медицинского оборудования, очков, контактных линз, слуховых аппаратов, а также других корректирующих медицинских устройств и приспособлений, и расходы на их подгонку;

4.7.20. на приобретение препаратов, которые не причисляются к лекарственным препаратам, если таковые предписываются: несертифицированные лекарства, лекарства, состав которых скрывается составителем, а также пищевые продукты, укрепляющие средства, средства для похудения, выдаваемые по рецепту, косметические средства, минеральная вода и добавки к воде, ванны;

4.7.21. на ритуальные услуги (погребение) на территории страны постоянного проживания Застрахованного лица;

4.7.22. возникших после окончания срока действия договора страхования, кроме расходов по стационарному лечению Застрахованного лица, госпитализированного в течение срока действия договора страхования. В этом случае Страховщик несет ответственность до момента выписки Застрахованного лица из стационара в пределах страховой суммы, но не более чем 10 дней после окончания срока действия договора страхования;

4.7.23. по стационарному лечению, на которое не было получено согласия Сервисной компании или Страховщика перед тем, как было начато лечение (кроме случаев экстренной госпитализации при угрозе жизни Застрахованного лица), если иное не предусмотрено договором страхования, транспортные расходы (в том числе расходы по посмертной репатриации), не санкционированные Сервисной компанией или Страховщиком;

4.7.24. имевшие место после возвращения в страну постоянного места проживания;

4.7.25. на лечение от алкоголизма, наркомании и токсикомании.

4.8. Страховщик отказывает в страховой выплате за медицинские расходы на лечение заболеваний или последствий несчастного случая, вызванные любой транспортировкой, кроме экстренных случаев необходимости транспортировки в лечебное учреждение на скорой помощи, а также посмертной репатриации, не организованной Сервисной компанией или Страховщиком, если иное не предусмотрено договором страхования.

4.9. Страховщик не оплачивает лечение Застрахованного лица, если:

- медицинская помощь Застрахованному лицу оказывалась в связи с заболеваниями, не входящими в перечень страховых случаев, указанных в договоре страхования;

- Застрахованным лицом получены медицинские и иные услуги, которые не предусмотрены договором страхования;

- услуги, оказанные лечебными учреждениями, не указанными в договоре страхования.

5. ПОРЯДОК ОПРЕДЕЛЕНИЯ СТРАХОВОЙ СУММЫ. ФРАНШИЗА

5.1. Страховая сумма - денежная сумма, которая определена в порядке, установленном договором страхования при его заключении, и исходя из которой устанавливаются размер страховой премии (страховых взносов) и размер страховой выплаты при наступлении страхового случая.

5.2. Страховая сумма или способ ее определения устанавливается Страховщиком по соглашению со Страхователем в договоре страхования.

5.3. Страховая сумма устанавливается в российских рублях.

5.4. Страховщик вправе разрабатывать программы страхования, исходя из набора страховых рисков, оказываемых услуг, размера страховой суммы, срока действия договора страхования, территории страхования и иных критериев.

5.5. Размер страховой суммы по договору страхования определяется Страхователем и Страховщиком, исходя из условий страхования, возраста, состояния здоровья Застрахованных лиц, срока действия договора и других факторов.

5.6. Страхователь вправе в период действия договора страхования по согласованию со Страховщиком увеличить страховую сумму или расширить перечень предоставляемых программой добровольного медицинского страхования услуг путем оформления на условиях настоящих Правил дополнительного соглашения, с уплатой соответствующей части страховой премии.

5.7. Страховая сумма по договору страхования уменьшается с момента страхового случая на величину произведённой страховой выплаты.

5.8. Если затраты на лечение или другие медицинские расходы превышают в целом лимит ответственности по договору, то доля затрат, превышающая страховую сумму, остается на собственном удержании Страхователя как безусловная (вычитаемая) франшиза.

5.9. В пределах страховой суммы, предусмотренной договором страхования по соглашению сторон, могут устанавливаться лимиты ответственности по каждому страховому риску (страховому событию).

5.10. В договоре страхования стороны могут установить франшизу.

Франшиза - часть убытков, которая определена договором страхования, не подлежит возмещению Страховщиком Страхователю или иному лицу, интерес которого застрахован в соответствии с условиями договора страхования, 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 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 страхования может быть предусмотрена франшиза, выраженная в периоде времени (в днях) между вступлением договора страхования в силу и началом ответственности Страховщика по организации и оплате услуг.

6. ПОРЯДОК ОПРЕДЕЛЕНИЯ СТРАХОВОГО ТАРИФА

6.1. При заключении договора страхования Страховщик применяет рассчитанные ими базовые годовые тарифные ставки, в соответствии с которыми определяется страховая премия, взимаемая с единицы страховой суммы, с учетом объекта страхования, характера страхового риска, а также других условий страхования, в том числе наличия франшизы и ее размера или периода времени, в течение которого Страховщик не несет обязательств по страховой выплате в соответствии с условиями страхования.

6.2. При заключении договора страхования и определении размера страховой премии, подлежащей оплате по договору, Страховщик вправе применять к разработанным базовым страховым тарифам поправочные коэффициенты (повышающие от 1,01 до 7,0 и понижающие от 0,01 до 0,99), определяемые Страховщиком экспертным путем в зависимости от пола и возраста Застрахованного лица, состояния здоровья Застрахованного лица, перечня включенных в программу добровольного медицинского страхования медицинских и иных услуг, характера производственной деятельности Застрахованного лица, технического оснащения медицинского учреждения, профессионального уровня и практического опыта медицинского персонала, стоимости медицинских и иных услуг в конкретном медицинском учреждении, Сервисной компании и иных учреждениях, транспортной доступности Застрахованного лица от медицинских учреждений, территории страхования, региона пребывания, численности Застрахованных лиц, размера страховой суммы и/или лимита ответственности в договоре страхования, кратности предоставления услуг, наличия франшизы, ее вида и размера, периода времени, в течение которого Страховщик не несет обязательств по страховой выплате при временной франшизе в соответствии с условиями договора страхования.

6.3. При заключении договора страхования с целью определения размера подлежащей уплате страховой премии (страхового взноса) Страховщик может предложить Застрахованному лицу (Страхователю) заполнить анкету. Страховщик имеет право направить Застрахованное лицо на прохождение предварительного медицинского освидетельствования в объеме, необходимом

для определения условий договора страхования. Если иное не оговорено сторонами, оплата предварительного медицинского освидетельствования производится за счет Страхователя. Предварительное медицинское освидетельствование проводится в медицинском учреждении, имеющем соответствующую лицензию, по выбору Страховщика.

6.4. При отказе Застрахованного лица от заполнения анкеты и/или прохождения предварительного медицинского освидетельствования Страховщик вправе отказать в заключении договора страхования в отношении данного Застрахованного лица.

6.5. Размер страхового тарифа в каждом конкретном случае определяется договором страхования по соглашению сторон.

6.6. Размер годовой страховой премии определяется умножением годового страхового тарифа на страховую сумму.

7. ПОРЯДОК ОПРЕДЕЛЕНИЯ СТРАХОВОЙ ПРЕМИИ (СТРАХОВЫХ ВЗНОСОВ)

7.1. Страховая премия (страховые взносы) оплачивается Страхователем в валюте Российской Федерации.

7.2. При страховании на срок более одного года страховая премия по договору страхования устанавливается как сумма страховых взносов за каждый год страхования.

7.3. По договорам страхования, заключаемым на срок более 1 года, но не кратный 1 году величина страхового тарифа рассчитывается по формуле: $СТ/365 \times N$, где

СТ - величина годового страхового тарифа (в %)

N - срок действия договора страхования в днях.

7.4. По договорам страхования, заключаемым на срок менее одного года, если договором страхования не предусмотрено иное, страховая премия оплачивается в процентах от годовой страховой премии:

Срок действия договора страхования в месяцах	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Процент от общего годового размера страховой премии (%)	20	30	40	50	60	70	75	80	85	90	95

Неполный месяц считается как полный.

7.5. Страховая премия по договору страхования оплачивается в порядке и сроки, предусмотренные договором страхования.

7.6. Днем оплаты страховой премии (страхового взноса) считается:

7.6.1. при оплате наличными денежными средствами - день оплаты страховой премии (страхового взноса) в кассу Страховщика или его представителю в момент заключения договора (Полиса) страхования.

7.6.2. при оплате по безналичному расчету, путем перечисления денежных средств на расчетный счет Страховщика - дата зачисления страховой премии (страхового взноса) на расчетный счет Страховщика.

7.7. В случае неоплаты Страхователем страховой премии (первой ее части) в порядке и сроки, установленные договором, если иное не предусмотрено договором страхования, договор считается не вступившим в силу.

7.8. В случае неоплаты Страхователем очередного страхового взноса в срок, указанный в договоре страхования, договор страхования приостанавливается с 00 часов 00 минут дня, следующего за днем, указанным в договоре страхования как дата оплаты очередного страхового взноса, до момента оплаты Страхователем просроченного взноса и Страховщик не несет ответственности за события, произошедшие во время приостановления договора страхования.

Договором страхования могут быть предусмотрены иные последствия неуплаты в установленные сроки очередных страховых взносов.

7.9. В случае неисполнения Страхователем обязательств по договору страхования, Страховщик вправе расторгнуть договор страхования в одностороннем порядке, если иное не предусмотрено договором страхования, уведомив при этом Страхователя письменно. Оплаченные страховые взносы Страхователю не возвращаются.

7.10.Страхователь обязан сохранять документы, подтверждающие оплату им страховой премии, и предъявлять их по требованию Страховщика.

8.ПОРЯДОК ЗАКЛЮЧЕНИЯ, ИСПОЛНЕНИЯ И ПРЕКРАЩЕНИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ

8.1.Договором страхования является письменное соглашение между Страхователем и Страховщиком, на основании которого Страховщик обязуется за обусловленную договором страхования плату (страховую премию) при наступлении события (страхового случая), предусмотренного в договоре страхования, осуществить страховую выплату в пределах страховой суммы (лимита страхового возмещения), установленной в договоре страхования.

8.2.Договор страхования, вступает в силу, если договором страхования не предусмотрено иное:

- с 00 часов дня, следующего за днем оплаты страховой премии (первой ее части при оплате в рассрочку) наличными денежными средствами в кассу Страховщика или его представителю в момент заключения договора страхования;

- при оплате по безналичному расчету с 00 часов дня, следующего за днем поступления страховой премии (первой ее части) на расчетный счет Страховщика, и прекращается по истечении 24 часов дня, который указан в договоре страхования (полисе), как день окончания срока его действия;

- с даты, согласованной сторонами, при условии оплаты Страхователем страховой премии (первой ее части при оплате в рассрочку).

Страхование распространяется на страховые случаи, произошедшие после вступления договора страхования в силу.

8.3.Условия, содержащиеся в настоящих Правилах, и не включенные в текст договора страхования (страхового полиса), обязательны для Страхователя, если в договоре (страховом полисе) прямо указывается на применение таких Правил и сами Правила изложены в одном документе с договором (страховым полисом) или на его оборотной стороне либо приложены к нему. В договоре страхования (полисе) должна содержаться запись о том, что настоящие Правила Страхователю вручены.

8.4.При заключении Договора страхования Страхователь и Страховщик могут договориться об изменении или исключении отдельных положений настоящих Правил в соответствии с законодательством Российской Федерации.

8.5. Для заключения договора страхования Страхователь может обратиться к Страховщику либо с письменным заявлением по форме, установленной Страховщиком, в котором сообщаются данные, необходимые для заключения договора страхования, либо иным доступным способом заявить о намерении заключить договор страхования (устное заявление, факс и т.д.).

8.6.Для заключения договора страхования Страхователь должен сообщить или указать в Заявлении:

- наименование, адрес и банковские реквизиты Страхователя – юридического лица;
- фамилию, имя, отчество Страхователя – физического лица;
- фамилию, имя, отчество, дату рождения и паспортные данные Застрахованного лица;
- выбранную программу добровольного медицинского страхования;
- желаемую страховую сумму;
- лимит ответственности;
- срок страхования;
- вид и размер франшизы;
- порядок оплаты страховой премии.
- наличие или отсутствие у Застрахованного лица синдрома приобретенного иммунодефицита или является ли он носителем вируса иммунодефицита человека (ВИЧ);
- состоит ли Застрахованное лицо или нет на учете в наркологических, психоневрологических, туберкулезных, онкологических, кожно-венерологических (по поводу венерических заболеваний) диспансерах, центрах по профилактике и лечению СПИДа и ВИЧ-инфекции.

- наличие или отсутствие у Застрахованного лица инвалидности;
- регион пребывания в Российской Федерации.

8.7. Для подтверждения достоверности информации, сообщенной Страхователем, а также в целях идентификации Страхователя - юридического лица и потенциальных Застрахованных лиц Страховщиком могут быть запрошены следующие документы:

а) Для физических лиц:

- паспорт;
- миграционная карта;
- документ, подтверждающий право иностранного гражданина или лица без гражданства на пребывание в РФ;

б) для юридических лиц:

- свидетельства о регистрации;
- свидетельство о постановке на налоговый учет.
- выписка из единого государственного реестра юридических лиц;

в) для индивидуальных предпринимателей:

- паспорт;
- миграционная карта;
- документ, подтверждающий право иностранного гражданина или лица без гражданства на пребывание в РФ;

- свидетельство о постановке на учёт физического лица в территориальном органе ФНС России.

-свидетельство о регистрации физического лица в качестве индивидуального предпринимателя.

8.8. Все предоставляемые Страховщику документы должны быть актуальными и действующими на момент заключения договора страхования, либо принятия на страхование Застрахованного лица.

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

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

8.11. Факт заключения договора страхования удостоверяется путем подписания одного документа - договора страхования и/или путем выдачи Страховщиком Страхователю страхового полиса установленной формы, подписанного Страховщиком, с приложением программы страхования.

8.12. Условия, содержащиеся в настоящих Правилах и не включенные в текст договора страхования (страхового полиса), обязательны для Страхователя, если в договоре страхования (страховом полисе) прямо указывается на применение настоящих Правил и сами Правила изложены в одном документе с договором страхования (страховым полисом) либо на его оборотной стороне, либо приложены к нему. В последнем случае вручение Страхователю настоящих Правил при заключении договора страхования должно быть удостоверено записью в договоре страхования.

8.13. Договор страхования формируется по выбору Страхователя, согласованному со Страховщиком. Перечень, медицинских и иных услуг по договору страхования в рамках конкретной программы добровольного медицинского страхования, а также любое сочетание программ добровольного медицинского страхования может иметь оригинальное название.

8.14. Договор страхования должен содержать:

8.14.1. для Страхователей - юридических лиц:

- наименование, адрес местонахождения и банковские реквизиты Страховщика и

Страхователя, список Застрахованных лиц с указанием ФИО, даты рождения, паспортных данных;

8.14.2. для Страхователя - физического лица:

- ФИО, паспортные данные Страхователя, список Застрахованных лиц с указанием ФИО, даты рождения, паспортных данных;

8.14.3. для всех договоров страхования - срок действия договора страхования, страховой случай, программы страхования, размер страховой суммы, сроки и порядок внесения страховой премии и иные, не противоречащие законодательству Российской Федерации, условия.

8.15. Страхователю (Застрахованному лицу) запрещается передавать страховой полис другому лицу с целью получения им услуг по договору страхования. Страховщик не возмещает расходы на оказание услуг лицам, не указанным в договоре страхования в качестве Застрахованных лиц.

8.16. В случае утраты Страхователем (Застрахованным лицом) страхового полиса Страховщик по письменному заявлению произвольной формы Страхователя (Застрахованного лица) выдает его дубликат. На дубликате делается соответствующая надпись. Утраченный страховой полис считается недействующим со дня подачи заявления об утрате и не может являться основанием для получения услуг, предусмотренных договором страхования.

8.17. В случае досрочного прекращения действия договора страхования страховые полисы возвращаются Страховщику.

8.18. Договор страхования прекращается, и Страховщик прекращает предоставление услуг по договору страхования:

8.18.1. при истечении срока действия договора страхования;

8.18.2. в случае смерти Застрахованного лица (за исключением оплаты услуг, предоставляемых в связи со смертью Застрахованного лица) – в отношении умершего Застрахованного лица, если договор заключен в отношении более чем одного Застрахованного лица;

8.18.3. в случае исполнения Страховщиком обязательств перед Страхователем (Застрахованным лицом) по договору страхования в полном объеме – в отношении соответствующего Застрахованного лица, если договор заключен в отношении более чем одного Застрахованного;

8.18.4. при ликвидации Страхователя, являющегося юридическим лицом, с момента вступления в силу соответствующего решения;

8.18.5. по требованию Страхователя в любое время;

8.18.6. по соглашению сторон;

8.18.7. в других случаях, предусмотренных законодательством Российской Федерации.

8.19. Если возможность наступления страхового случая отпала и существование страхового риска прекратилось по обстоятельствам иным, чем страховой случай, то договор страхования досрочно прекращает свое действие, при этом Страховщик имеет право на часть страховой премии пропорционально времени, в течение которого действовало страхование.

8.20. Страхователь вправе отказаться от договора страхования в любое время, если к моменту отказа возможность наступления страхового случая не отпала по обстоятельствам, иным, чем страховой случай. Досрочное расторжение договора осуществляется на основании устного или письменного (в произвольной форме) заявления Страхователя на имя Страховщика. В этом случае, уплаченная Страховщику страховая премия не подлежит возврату.

Договором страхования может быть предусмотрен возврат части уплаченной Страхователем премии за вычетом расходов Страховщика на ведение дела согласно структуре тарифной ставки.

8.21. Страховщик, уведомленный об обстоятельствах, влекущих увеличение страхового риска, вправе потребовать изменения условий договора страхования или уплаты дополнительной страховой премии соразмерно увеличению риска, что оформляется дополнительным соглашением к договору страхования. Если Страхователь возражает против изменения условий договора страхования или доплаты страховой премии, Страховщик вправе потребовать расторжения договора страхования.

Страховщик не вправе требовать расторжения договора страхования, если обстоятельства,

влекущие увеличение страхового риска, уже отпали.

8.22. Изменение условий договора страхования производится по обоюдному согласию Страхователя и Страховщика на основании заявления одной из сторон и оформляется дополнительным соглашением, которое становится неотъемлемой частью договора страхования.

8.23. Договор страхования может быть досрочно прекращен по инициативе Страховщика при условии письменного уведомления Страхователя не менее чем за 15 (Пятнадцать) дней до даты прекращения договора страхования. В этом случае Страхователю возвращается часть уплаченной страховой премии пропорционально не истекшему сроку действия договора страхования.

8.24. Возврат части оплаченной Страхователем премии осуществляется на основании его заявления о досрочном прекращении договора страхования за вычетом расходов Страховщика на ведение дела согласно структуре тарифной ставки, в течение десяти рабочих дней с момента прекращения договора страхования путем перечисления денежных средств на расчетный счет Страхователя или выплаты наличными через кассу Страховщика, если иное не предусмотрено договором страхования.

8.25. При досрочном прекращении договора страхования по инициативе Страховщика, в связи с невыполнением Страхователем условий договора страхования и/или настоящих Правил страхования, оплаченная им страховая премия за не истекший период действия договора страхования, возврату не подлежит, если иное не предусмотрено договором страхования.

8.26. В случае возврата страховой премии по условиям договора страхования за не истекший срок страхования, при расторжении договора страхования, размер части страховой премии, подлежащей возврату Страхователю, рассчитывается исходя из фактически внесенной суммы страховой премии, отраженной в платежных документах.

8.27. Ответственность Страховщика по досрочно прекращенному договору заканчивается в 00 часов 00 минут дня, указанного в заявлении как дата расторжения договора. Страховой полис аннулируется. Выплаты по расторгнутому договору страхования не производятся ни при каких обстоятельствах.

8.28. Договор страхования признается недействительным с момента его заключения в случаях, предусмотренных действующим законодательством РФ.

8.29. Страхователь (Застрахованное лицо), заключая договор страхования на основании настоящих Правил страхования, в соответствии с Федеральным законом РФ «О персональных данных» выражает Страховщику согласие на обработку своих персональных данных, содержащихся в документах, передаваемых Страховщику, в целях продвижения товаров, работ, услуг на рынке путем осуществления Страховщиком прямых контактов со Страхователем (Застрахованным лицом) с помощью средств связи в целях обеспечения исполнения заключенного договора страхования, а также выражает Страховщику согласие на предоставление (в т.ч. Сервисным компаниям) информации об исполнении Страховщиком и/или Страхователем (Застрахованным лицом) обязательств по договору страхования, в том числе информацию об уплате и размере страховой премии (страховых взносов), размере страховой суммы, о наступлении страховых случаев, выплате страхового возмещения и другую имеющую отношение к заключенному договору страхования информацию.

Обработка персональных данных осуществляется посредством сбора, систематизации, накопления, хранения, уточнения (обновления, изменения), использования, распространения (в том числе передачи), обезличивания, блокирования, уничтожения персональных данных как на бумажных, так и на электронных носителях. Указанное согласие Страхователя (Застрахованного лица), действительно в течение срока действия договора страхования и в течение 5 (пяти) лет после окончания срока действия договора страхования. Указанное согласие может быть отозвано Страхователем (Застрахованным лицом) посредством направления Страховщику соответствующего письменного заявления.

9. ПОСЛЕДСТВИЯ ИЗМЕНЕНИЯ СТЕПЕНИ РИСКА

9.1. В период действия договора страхования Страхователь обязан незамедлительно сообщать Страховщику о ставших ему известными значительных изменениях в обстоятельствах,

сообщенных Страховщику при заключении договора страхования, если эти изменения могут существенно повлиять на увеличение страхового риска.

Существенными признаются обстоятельства, оговоренные Страховщиком в договоре страхования (страховом полисе) или в его письменном заявлении.

К таким обстоятельствам, в том числе относится: изменение состояния здоровья Застрахованного лица (постановка Застрахованного лица на учет в наркологические, психоневрологические, туберкулезные, онкологические диспансеры, центры по профилактике и лечению СПИДа и ВИЧ-инфекции, получение инвалидности), изменение региона пребывания, характера производственной деятельности Застрахованного лица.

9.2.Страховщик, уведомленный об обстоятельствах, влекущих увеличение степени страхового риска, вправе потребовать изменения условий договора страхования или уплаты дополнительной страховой премии соразмерно увеличению степени риска.

9.3.Если Страхователь возражает против изменения условий договора страхования или доплаты страховой премии, то в соответствии с Гражданским Кодексом Российской Федерации Страховщик вправе потребовать расторжения договора страхования и возмещения убытков, причиненных расторжением договора страхования. Соглашение о расторжении договора страхования совершается в той же форме, что и договор. Обязательства сторон прекращаются с момента заключения соглашения о расторжении договора страхования, а при его расторжении в судебном порядке - с момента вступления в законную силу решения суда о расторжении договора страхования.

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

10.ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

10.1.Страховщик обязан:

10.1.1. ознакомить Страхователя с Правилами;

10.1.2.по требованию Страхователя, Застрахованного лица, а также лиц, имеющих намерение заключить договор страхования – разъяснить положения, содержащиеся в Правилах и договоре страхования;

10.1.3.выдать страховые полисы Застрахованным лицам (непосредственно или через Страхователя) при заключении договора страхования;

10.1.4.организовать предоставление медицинских и иных услуг Застрахованным лицам в соответствии с договором страхования;

10.1.5.произвести в установленном порядке оплату услуг, оказанных в соответствии с условиями заключенного договора страхования при наступлении страхового случая или осуществить страховую выплату Застрахованному лицу, если по условиям договора страхования оно самостоятельно оплатило оказанные ему услуги;

10.1.6.не разглашать сведения о Страхователе, Застрахованном лице и его имущественном положении, если это не вступит в противоречие с законодательными актами Российской Федерации.

10.2.Страховщик имеет право:

10.2.1.требовать от Страхователя (Застрахованного лица) выполнения обязанностей по договору страхования при предъявлении требований о страховой выплате;

10.2.2.проверять сообщенную Страхователем информацию, касающуюся объекта страхования;

10.2.3.требовать признания договора страхования недействительным, если после заключения договора страхования будет установлено, что Страхователь (Застрахованное лицо) сообщил Страховщику заведомо ложные сведения об известных ему обстоятельствах, имеющих существенное значение для определения вероятности наступления страхового случая и размера возможных убытков от его наступления.

Существенными признаются обстоятельства, оговоренные Страховщиком в договоре страхования (страховом полисе) или в его письменном заявлении. К таким обстоятельствам, в том числе относится: изменение состояния здоровья Застрахованного лица (постановка

Застрахованного лица на учет в наркологические, психоневрологические, туберкулезные, онкологические диспансеры, центры по профилактике и лечению СПИДа и ВИЧ-инфекции, получение инвалидности), изменение региона пребывания, характера производственной деятельности Застрахованного лица;

10.2.4. потребовать изменения условий договора страхования или уплаты дополнительной страховой премии соразмерно увеличению риска при уведомлении об обстоятельствах, влекущих увеличение страхового риска или потребовать расторжение договора страхования в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации, в случае отказа Страхователя от внесения изменений в условия договора страхования и доплаты страховой премии;

10.2.5. при заключении договора страхования потребовать заполнения Страхователем (Застрахованным лицом) анкет и/или проведения предварительного медицинского освидетельствования;

10.2.6. передавать полученную от Страхователя и/или Застрахованного лица информацию о персональных данных Застрахованного лица и состоянии его здоровья в медицинские и/или иные учреждения с целью исполнения своих обязательств по договору страхования;

10.2.7. требовать от Страхователя (Застрахованного лица) выполнения иных условий, предусмотренных договором страхования и не противоречащих действующему законодательству Российской Федерации.

10.3. Страхователь обязан:

10.3.1. при заключении договора страхования сообщить Страховщику известные ему обстоятельства, имеющие существенное значение для определения вероятности наступления страхового случая. Сведения о таких обстоятельствах указываются в заявлении на страхование и договоре (полисе) страхования;

10.3.2. своевременно уплачивать страховую премию (страховые взносы) в порядке и сроки, предусмотренные договором страхования;

10.3.3. незамедлительно сообщать Страховщику о ставших ему известными значительных изменениях в обстоятельствах, сообщенных Страховщику при заключении договора страхования, если эти изменения могут существенно повлиять на увеличение страхового риска. Значительными признаются изменения, оговоренные в заявлении на страхование, договоре страхования (страховом полисе) и в переданных Страхователю Правилах;

10.3.4. доводить до сведения Застрахованных лиц информацию об условиях договора страхования, Правилах и программах добровольного медицинского страхования, порядке предоставления медицинских и иных услуг;

10.3.5. обеспечить сохранность документов по договору страхования;

10.3.6. обеспечить конфиденциальность в отношениях со Страховщиком;

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

10.4. Страхователь имеет право:

10.4.1. ознакомиться с настоящими Правилами;

10.4.2. на изменение условий договора страхования по согласованию со Страховщиком;

10.4.3. досрочно расторгнуть договор страхования в соответствии с настоящими Правилами и действующим законодательством Российской Федерации;

10.4.4. отказаться от договора страхования в любое время, если к моменту отказа возможность наступления страхового случая не отпала по обстоятельствам иным, чем наступление страхового случая;

10.4.5. получить информацию о Страховщике в соответствии с законодательством Российской Федерации;

10.4.6. вносить изменения в список Застрахованных лиц путем подписания дополнительного соглашения к договору страхования с предоставлением Страховщику необходимых сведений;

10.4.7. получить дубликат страхового полиса в случае его утраты;

10.4.8. требовать выполнения Страховщиком иных условий, предусмотренных договором страхования и не противоречащих действующему законодательству Российской Федерации.

10.5. Застрахованное лицо обязано:

10.5.1. заботиться о сохранении своего здоровья, выполнять предписания лечащего врача, полученные в ходе предоставления услуг по договору страхования, соблюдать распорядок, установленный медицинскими и иными учреждениями;

10.5.2. заботиться о сохранности страховых документов и не передавать их другим лицам с целью получения ими медицинских и иных услуг;

10.5.3. своевременно сообщать Страховщику об изменении своей фамилии, иных паспортных данных;

10.5.4. предоставлять Страховщику и/или его представителю право на ознакомление с медицинской документацией из любых медицинских и иных учреждений для решения вопросов, связанных с исполнением договора страхования;

10.5.5. обеспечить конфиденциальность в отношении со Страховщиком;

10.5.6. при наступлении страхового случая Застрахованное лицо (или его представитель) должно незамедлительно по телефонам, указанным в страховом полисе, сообщить в Сервисную компанию (если договором страхования оказание медицинских и иных услуг предусмотрено через Сервисную компанию) или Страховщику (если это предусмотрено договором страхования), следующую информацию:

- фамилию, имя, отчество Застрахованного лица;
- номер страхового полиса;
- подробное описание обстоятельства страхового случая;
- местонахождение Застрахованного лица;
- контактный телефон.

10.5.7. выполнять рекомендации Сервисной компании и/или Страховщика;

10.6. Застрахованное лицо имеет право:

10.6.1. получать услуги в соответствии с программой добровольного медицинского страхования;

10.6.2. получать разъяснения по настоящим Правилам и условиям договора страхования, о порядке предоставления медицинских и иных услуг;

10.6.3. сообщать Страховщику о случаях непредоставления, неполного или некачественного предоставления услуг по договору страхования;

10.6.4. получить дубликат страхового полиса в случае его утраты.

10.7. В договор страхования могут быть включены и иные права и обязанности Сторон, не противоречащие законодательству РФ.

11. ОПРЕДЕЛЕНИЕ РАЗМЕРА УБЫТКОВ. ПОРЯДОК ОПРЕДЕЛЕНИЯ СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЫ. СРОК ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЫ.

11.1. Для получения услуг по договору страхования, Застрахованное лицо должно обратиться в Сервисную компанию (если оказание услуг предусмотрено договором страхования через Сервисную компанию) по указанным в полисе телефонам для организации и предоставления медицинской помощи (медицинских и иных услуг, предусмотренных программой добровольного медицинского страхования).

11.1.1. В случаях, когда Застрахованное лицо по объективным причинам не могло связаться с Сервисной компанией до оказания медицинской или иной помощи (экстренная госпитализация в связи с угрозой жизни, потеря Застрахованным лицом сознания, травма, требующая незамедлительного оказания медицинской помощи и т.п.) Застрахованное лицо (или его представитель) должны при первой возможности уведомить Сервисную компанию о произошедшем событии.

11.2. Оказание услуг Застрахованному лицу осуществляется при предъявлении им страхового полиса и документа, подтверждающего личность Застрахованного лица.

11.3. Медицинские учреждения, Сервисные компании и иные учреждения, в соответствии с договором, заключенным со Страховщиком, оказывают услуги Застрахованным лицом, предусмотренные договором страхования и выбранными программами добровольного медицинского страхования.

11.4. Выплата по договору страхования осуществляется Страховщиком путем оплаты стоимости оказанной Застрахованному лицу медицинской помощи (медицинских и иных услуг, а также лекарственных средств или изделий медицинского назначения) непосредственно (или через Сервисную компанию) в медицинское учреждение и в аптечную (или иную) организацию по их счетам.

Сроки и порядок принятия решения о страховой выплате и сроки осуществления страховой выплаты по договору страхования за оказанную медицинскую помощь или иные услуги Застрахованным лицам, а также оплате лекарственных средств или изделий медицинского назначения определяются условиями договоров с медицинским и/или иными учреждениями, аптечными (или иными) организациями, Сервисными компаниями.

11.5. Договором страхования может быть предусмотрена обязанность Застрахованного лица самостоятельно обратиться за медицинской помощью и оплатить самостоятельно за счёт собственных средств медицинские и иные, связанные с оказанием медицинской помощи, услуги, предусмотренные программой страхования без согласования с Сервисной компанией или Страховщиком.

11.6. Если Застрахованное лицо самостоятельно оплатило расходы за оказанную медицинскую и иную помощь, то оно должно обратиться к Страховщику с заявлением на выплату страхового возмещения не позднее 30 дней с момента страхового случая и приложить к заявлению:

- договор страхования (страховой полис);
- документ, подтверждающий факт оплаты страховой премии/страхового взноса;
- доверенность на представление интересов Застрахованного лица в случае подачи заявления представителем Застрахованного лица;
- документ, удостоверяющий личность Застрахованного лица;
- оригиналы всех документов, подтверждающих факт наступления страхового случая и размер ущерба (медицинские отчеты, справки, оригиналы рецептов, выписанных врачом в связи с данным заболеванием, со штампом аптеки и указанием стоимости каждого приобретенного медикамента, оплаченные счета лечебных учреждений, аптек, все документы, подтверждающие факт оплаты за лечение, медикаменты и прочие услуги (штамп об оплате, расписка в получении денег или подтверждение банка о перечислении суммы), с разбивкой по дате и оплаченной сумме, и т.д.).

В случае непредставления Застрахованным лицом указанных выше документов, Страховщик имеет право признать требование о компенсации понесенных расходов необоснованным. Документы должны быть предоставлены Страховщику в оригинале. Для возмещения расходов Страховщик принимает только оплаченные счета.

В случае отказа Страхователя (Застрахованного лица) от предоставления запрашиваемых документов, Страховщик имеет право произвести страховую выплату в неоспариваемой части, подтвержденной предоставленными на момент выплаты документами, либо отказать в страховой выплате.

11.7. Медико-транспортные расходы, предусмотренные договором страхования организовываются Сервисной компанией, если иное не предусмотрено договором страхования.

Если договором страхования предусмотрена обязанность Застрахованного лица (в случае смерти Застрахованного лица – лицом, имеющим право в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации получения возмещения по посмертной репатриации) самостоятельно оплатить за счёт собственных средств медико-транспортные расходы предусмотренные договором страхования без согласования с Сервисной компанией или Страховщиком, то для решения о выплате страхового возмещения Страховщику предоставляются следующие документы:

- договор страхования (страховой полис);

- документ, подтверждающий факт уплаты страховой премии/страхового взноса;
- доверенность на представление интересов Застрахованного лица в случае подачи заявления представителем Застрахованного лица;
- документ, удостоверяющий личность Застрахованного лица;
- документ, подтверждающий близкое родство Застрахованного лица;
- свидетельство о смерти Застрахованного лица;
- документ, подтверждающий право на получение страхового возмещения по посмертной репатриации;
- решение медицинской организации о необходимости приезда одного близкого родственника Застрахованного лица;
- оригиналы всех документов, подтверждающих размер ущерба (документы, подтверждающие оплату медико-транспортных расходов (билеты за проезд, документы, подтверждающие посмертную репатриацию).

11.8. Страховая выплата Застрахованному лицу производится на основании страхового акта, при необходимости технической и/или медицинской экспертизы страхового случая утвержденных Страховщиком.

11.9. Страховщик составляет и утверждает страховой акт в течение 15-ти рабочих дней после получения Страховщиком всех документов, необходимых и достаточных для установления факта, причин, обстоятельств страхового случая и размера убытка, если иной срок не установлен договором страхования.

Страховая выплата производится Застрахованному лицу в течение 15 рабочих дней после утверждения страхового акта Страховщиком, если иной срок не установлен договором страхования.

11.10. Страховщик проверяет соответствие оказываемых Застрахованному лицу услуг оговоренному в договоре страхования объему, сроки предоставления услуг и выполнение других положений договора страхования, а также проводит экспертизу качества оказанных услуг по своему усмотрению или по письменному заявлению Страхователя (Застрахованного лица).

11.11. При установлении в договоре страхования франшизы, часть стоимости оказанных Застрахованному лицу услуг в сумме, равной размеру установленной в договоре страхования франшизы, оплачивается Страхователем (Застрахованным лицом) при получении (оказании) услуг непосредственно учреждению, которое оказывает эти услуги, либо Страховщику в срок до 30 (тридцати) дней после признания произошедшего события страховым случаем и получения от Страховщика уведомления об оплате последним оказанных услуг.

11.12. Страховой акт не составляется, если при проверке заявления Страхователя (Застрахованного лица) установлено, что заявленный убыток наступил не в результате страхового случая. В этом случае Страховщиком и Страхователем в течение 10-ти рабочих дней с момента принятия такого решения (решение принимается в пределах срока, предусмотренного настоящими Правилами или договором страхования для составления страхового акта) составляется документ произвольной формы, в котором указываются причины, по которым страховой акт не был составлен, или Страховщик направляет Страхователю (Застрахованному лицу) в тот же срок письменное уведомление с указанием причин непризнания наступившего события страховым случаем и принятом решении об отказе в выплате страхового возмещения.

12. ОСНОВАНИЯ ОТКАЗА В СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЕ

12.1. Страховщик отказывает в страховой выплате в случаях, указанных в п.4.4.- 4.9. Правил, а также:

- если лицо, предъявившее требование о страховой выплате, не является Страхователем/Застрахованным лицом или представителем кого-либо из этих лиц, лицом, имеющим право в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации получения возмещения по посмертной репатриации;
- если договор страхования является недействительным в соответствии с законодательством Российской Федерации;
- если заявленное событие (убыток) в действительности не имело места или не

подтверждено соответствующими документами;

- если наступившее событие не отвечает признакам страхового случая, предусмотренного договором страхования;

- если имеются основания для освобождения Страховщика от страховой выплаты, предусмотренные законодательством Российской Федерации;

- если убыток возмещен третьими лицами;

- в случае непредставления Страхователем/Застрахованным лицом, лицом, имеющим право в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации получения возмещения по посмертной репатриации документов по факту заявленного события, в той части страховой выплаты, которая не подтверждена документально.

12.2. Во всех случаях Страховщик не оплачивает медицинские и/или иные услуги, которые являются по характеру экспериментальными или исследовательскими или были оказаны по желанию Застрахованного лица, но вопреки рекомендациям врача или иного специалиста в рамках их компетенции.

12.3. Отказ Страховщика произвести страховую выплату может быть обжалован Страхователем в судебном порядке.

13. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН

13.1. Ответственность Страховщика.

13.1.1. В случае необоснованного отказа Сервисной компании, указанной в договоре страхования в предоставлении Застрахованному лицу услуг, предусмотренных договором страхования, неполного или некачественного их выполнения, Страховщик, на основании письменного заявления Страхователя (Застрахованного лица), принимает меры для организации предоставления необходимых услуг в объеме, предусмотренном договором страхования.

13.1.2. Обоснованность претензий Застрахованного лица определяется экспертной комиссией, состоящей из представителей Страховщика, Страхователя (Застрахованного лица) и Сервисной компании, а в случае необходимости - независимой экспертной комиссией.

13.2. Ответственность Страхователя/Застрахованного лица.

13.2.1. За необоснованный вызов Застрахованным лицом врача, бригады скорой и неотложной медицинской помощи, использование санитарных транспортных средств не по медицинским показаниям, нарушение лечебного режима, неявку без предварительного уведомления на заранее согласованные с медицинским или иным учреждением процедуры, приемы врачей и другие услуги Застрахованное лицо обязано возместить Страховщику связанные с этим расходы, в том числе на оплату соответствующих штрафных санкций медицинскому или иному учреждению.

13.2.2. Вызов на дом врача, бригады скорой и неотложной медицинской помощи и использование санитарного транспорта считается необоснованным, если:

13.2.2.1. вызов осуществлен Страхователем для медицинского обслуживания незастрахованного лица;

13.2.2.2. при вызове, осуществленном Застрахованным лицом или иным лицом, действующим в его интересах, преднамеренно представлена искаженная информация, касающаяся необходимости медицинского обслуживания, экстренности оказания медицинской помощи (с целью получения плановых медицинских услуг и пр.) и/или места пребывания Застрахованного лица;

13.2.2.3. вызов осуществлен не в медицинских целях.

13.3. В случае невозмещения Страхователем (Застрахованным лицом) Страховщику расходов, понесенных им в результате действий Страхователя (Застрахованного лица) в случаях, предусмотренных настоящими Правилами, в течение 30 дней с момента выставления Страховщиком соответствующего счета, страхование, обусловленное договором страхования, заключенным на условиях настоящих Правил, не распространяется на страховые случаи, произошедшие по истечении указанного срока; кроме того, Страховщик вправе в одностороннем порядке отказаться от исполнения обязательств по договору страхования, уведомив Страхователя о данном решении. В последнем случае возврат части страховой премии пропорционально

времени, в течение которого действовало страхование, не производится.

13.4. Стороны освобождаются от ответственности за частичное или полное неисполнение обязательств по договору страхования, если причиной такого неисполнения является действие непреодолимой силы, в результате наступления которой выполнение обязательств по этому договору страхования становится невозможным.

14. ПОРЯДОК РАЗРЕШЕНИЯ СПОРОВ

14.1. Споры и разногласия, которые могут возникнуть из договора страхования или в связи с ним, стороны будут разрешать по обоюдному согласию. При этом предусматривается следующий порядок урегулирования спорных ситуаций или возникающих разногласий:

14.1.1. При наличии оснований сторона, чьи интересы, по ее мнению, нарушены или требуют дополнительного урегулирования в течение трех рабочих дней после обнаружения недостатка направляет другой стороне заказным письмом претензию с указанием недостатка (нарушения), подтверждающих доказательств и собственных предложений по урегулированию спора;

14.1.2. Сторона, получившая претензию, обязана в течение трех рабочих дней со дня получения рассмотреть ее и принять соответствующее решение об удовлетворении или неудовлетворении предложений другой стороны;

14.1.3. Если удовлетворение в полном объеме предложений направившей их стороны невозможно, сторона, получившая претензию или письмо, назначает двухсторонние переговоры, проводимые во взаимно согласованные сроки, по результатам которых в обязательном порядке обеими сторонами подписывается протокол. Согласование сроков и места проведения переговоров проводится по телефону, факсу, телетайпу или иным путем по формуле «оферта – акцепт» с подтверждением полученных сообщений;

14.1.4. Решения, принятые на переговорах и запротоколированные сторонами, если они основаны на взаимном согласии, являются окончательными и подлежат исполнению сторонами так же, как и сам договор страхования;

14.1.5. Если в принятом на переговорах решении какое-либо из договорных условий подлежит изменению или исключению, такое исполняется в новой редакции или не исполняется вообще со дня подписания протокола переговоров.

14.2. Сторона, не получившая в течение четырнадцати рабочих дней после отправления претензии предложения другой стороны о переговорах, в том же порядке должна сама назначить переговоры с другой стороной, а когда и на это предложение не поступит ответа от другой стороны, а также в случае взаимной несогласованности в сроках, месте проведения и предмете переговоров в течение четырнадцати рабочих дней после последнего обращения (оферты) вправе заявить иск в суд в соответствии с действующим законодательством, если иное не оговорено в договоре страхования.

14.3. Иск по требованиям, вытекающим из договора страхования, может быть предъявлен в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

ТАРИФНЫЕ СТАВКИ
по добровольному медицинскому страхованию иностранных граждан,
временно находящихся на территории Российской Федерации

(в процентах к страховой сумме на срок страхования - один год)

Страховой случай	Базовый страховой тариф, %
Амбулаторно-поликлиническая помощь в экстренной и/или неотложной форме	3,0
Стационарная помощь в экстренной и/или неотложной форме	2,0
Скорая, в том числе специализированная медицинская помощь в экстренной и/или неотложной форме	1,0
Визит врача к Застрахованному лицу на дом по медицинским показаниям	1,0
Экстренная стоматологическая помощь при травме зубов в результате несчастного случая, а также при остром воспалении зуба и окружающих зуб тканей.	2,50
Медико-транспортные расходы	2,30

Поправочные коэффициенты

С учетом конкретных обстоятельств, влияющих на степень риска по договору страхования, Страховщик имеет право применять к базовым страховым тарифам поправочные коэффициенты, определяемые экспертным путем:

- пол и возраст Застрахованного лица (понижающие коэффициенты от 0,6 до 0,9, повышающие коэффициенты от 1,1 до 5,0);
- состояние здоровья Застрахованного лица по результатам предварительного медицинского освидетельствования (понижающие коэффициенты от 0,6 до 0,9, повышающие коэффициенты от 1,1 до 7,0);
- перечень включенных в программу добровольного медицинского страхования медицинских и иных услуг;
- характер производственной деятельности Застрахованного лица (повышающие коэффициенты от 1,1 до 5,0);
- техническое оснащение медицинского учреждения, профессиональный уровень и практический опыт медицинского персонала, стоимость медицинских и иных услуг в конкретном медицинском учреждении, Сервисной компании и иных учреждениях (повышающие коэффициенты от 1,1 до 4,0);
- транспортная доступность Застрахованного лица от медицинских учреждений (повышающие коэффициенты от 1,1 до 3,0);
- территория страхования (понижающие коэффициенты от 0,7 до 0,9, повышающие коэффициенты от 1,1 до 3,0);
- регион пребывания (понижающие коэффициенты от 0,6 до 0,9, повышающие коэффициенты от 1,1 до 4,0);
- численность Застрахованных лиц (при коллективном страховании) (понижающие коэффициенты от 0,6 до 0,9);

- размера страховой суммы и/или лимита ответственности в договоре страхования (понижающие коэффициенты от 0,7 до 0,9, повышающие коэффициенты от 1,1 до 3,0);
- кратность предоставления услуг (понижающие коэффициенты от 0,6 до 0,9).

При страховании с установлением франшизы к базовому страховому тарифу применяется понижающий коэффициент, зависящий от ее вида (условная, безусловная), размера, периода времени, в течение которого Страховщик не несет обязательств по страховой выплате при временной франшизе, в размере 0,6 до 0,95.