

ОБЩЕСТВО С ОГРАНИЧЕННОЙ ОТВЕТСТВЕННОСТЬЮ
СТРАХОВАЯ КОМПАНИЯ «ГЕЛИОС»
(ООО Страховая Компания «Гелиос»)

УТВЕРЖДЕНО



Приказом Генерального директора
ООО Страховая Компания «Гелиос»
№ 190 от « 01 » 11 2016г.

А.С. Глухов

ПРАВИЛА № 2

ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ. СУБЪЕКТЫ СТРАХОВАНИЯ
2. ОБЪЕКТ СТРАХОВАНИЯ
3. СТРАХОВОЙ РИСК. СТРАХОВОЙ СЛУЧАЙ
4. ИСКЛЮЧЕНИЯ ИЗ СТРАХОВАНИЯ
5. СТРАХОВАЯ СУММА
6. СТРАХОВОЙ ТАРИФ. СТРАХОВАЯ ПРЕМИЯ
7. ДОГОВОР СТРАХОВАНИЯ. ПОРЯДОК ЗАКЛЮЧЕНИЯ И ИСПОЛНЕНИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ
8. СРОК ДЕЙСТВИЯ И ПОРЯДОК ПРЕКРАЩЕНИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ
9. ИЗМЕНЕНИЕ УСЛОВИЙ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ
10. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН.
11. СТРАХОВЫЕ ВЫПЛАТЫ. ПОРЯДОК И СРОКИ ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЫ. ПЕРЕЧЕНЬ ОСНОВАНИЙ ДЛЯ ОТКАЗА В СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЕ
12. ПОРЯДОК РАЗРЕШЕНИЯ СПОРОВ

1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ. ОБЪЕКТ СТРАХОВАНИЯ

1.1. На основании настоящих Правил № 2 добровольного медицинского страхования (далее Правила) и действующего законодательства Российской Федерации Общество с ограниченной ответственностью Страховая Компания «Гелиос» (ООО Страховая Компания «Гелиос»), именуемое в дальнейшем Страховщик, осуществляет страхование, в том числе заключает, исполняет и прекращает Договоры страхования с юридическими и дееспособными физическими лицами, именуемыми в дальнейшем Страхователи.

1.2. Договором добровольного медицинского страхования является соглашение между Страхователем и Страховщиком, в соответствии с которым Страховщик обязуется за обусловленную Договором страхования плату (страховую премию) при наступлении предусмотренного Договором страхования события (страхового случая), совершившегося в период действия Договора страхования осуществить страховую выплату в счет оплаты организации и оказания необходимой Застрахованному лицу 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, определенного объема и качества, предусмотренных указанными в Договоре страхования программами добровольного медицинского страхования (Программа страхования).

1.3. Определения, наименования и понятия, используемые в Правилах, в ряде случаев специально поясняются. Если значение какого-либо понятия или наименования не оговорено в Правилах и не может быть определено, исходя из нормативных и законодательных актов, то применяется его обычное лексическое значение. Основные термины, используемые в настоящих Правилах.

1.4. **Субъекты страхования** – Страховщик и Страхователь – стороны Договора страхования, а также Застрахованное лицо.

1.5. **Страховщик** - страховая организация, созданная в соответствии с законодательством Российской Федерации для осуществления деятельности по страхованию и получившая лицензию на осуществление соответствующего вида страховой деятельности в установленном Законом порядке. Страховщиком по Договору страхования является ООО Страховая Компания «Гелиос», зарегистрированное в г. Москве, осуществляющее страховую деятельность в соответствии с действующим законодательством и Лицензией, выданной органом страхового надзора. Договоры страхования от имени Страховщика могут заключать его филиалы, представительства, а также уполномоченные страховые агенты (юридические и физические лица), брокеры в пределах их полномочий и на основании соответствующих Договоров или доверенностей.

1.6. **Страхователь** - российское или иностранное юридическое или дееспособное физическое лицо, заключившее со Страховщиком Договор страхования.

1.7. **Застрахованное лицо (Застрахованный)** - названное в Договоре страхования физическое лицо, в пользу которого заключен Договор страхования, и имущественные интересы которого являются объектом страхования по Договору страхования, заключенному между Страхователем и Страховщиком.

Если по Договору страхования объектом страхования являются имущественные интересы самого Страхователя - физического лица, то он одновременно является Застрахованным лицом. Страхователи могут заключать Договоры о страховании имущественных интересов третьих лиц (своих работников или иных Застрахованных лиц, согласованных со Страховщиком), указанных в Договоре страхования.

Застрахованное лицо, названное в Договоре страхования, может быть заменено Страхователем другим лицом лишь с согласия самого Застрахованного лица и Страховщика.

1.8. Страховщик имеет право отказать в заключение Договора страхования в отношении лица, попадающего в одну из следующих категорий на момент заключения Договора страхования:

- лица в возрасте старше 65 лет;
- лица, состоящего на учете в центре по профилактике и борьбе со СПИД;
- лица, которому присвоена 1 или 2 группа инвалидности, ребенку - инвалиду;
- лица, больного онкологическим заболеванием, туберкулезом;
- лица, состоящего на учете в кожно-венерологическом диспансере;
- лица, находящегося на момент заключения Договора страхования на стационарном лечении;
- лица, состоящего на учете в наркологическом диспансере;
- лица, состоящего на учете в психоневрологическом диспансере.

Страховщик имеет право исключить из страхования, существующие ранее хронические заболевания, явные симптомы которых проявлялись у Застрахованного лица в течение предшествующих 5 лет или по поводу которых осуществлялось лечение в течение того же срока.

1.9. Участниками добровольного медицинского страхования могут выступать медицинские, фармацевтические, ассистанские, экспертные и иные организации, с которыми Страховщик вступает в договорные отношения с целью выполнения обязательств по Договору страхования.

Для целей настоящих Правил:

– к **медицинским организациям** относятся российские и зарубежные организации всех форм собственности, а также частные лица, имеющие право на осуществление медицинской деятельности;

– к **фармацевтическим организациям** относятся имеющие право на осуществление фармацевтической деятельности юридические лица и индивидуальные предприниматели;

– к **ассистанским организациям** относятся юридические лица, осуществляющие сервисную поддержку программ добровольного медицинского страхования по поручению Страховщика;

– к **экспертным организациям** относятся юридические лица и индивидуальные предприниматели, предоставляющие Страховщику услуги экспертного или консультативного характера;

– к **иным организациям** относятся юридические лица и индивидуальные предприниматели, производящие и осуществляющие продажу изделий и средств медицинского назначения, лечебного питания и т.д.

1.10. **Страховой случай** - совершившееся событие, предусмотренное Договором страхования, с наступлением которого возникает обязанность Страховщика произвести страховую выплату Страхователю, Застрахованному лицу или иным третьим лицам.

1.11. **Страховой риск** - предполагаемое событие, на случай наступления которого проводится страхование.

Событие, рассматриваемое в качестве страхового риска, должно обладать признаками вероятности и случайности его наступления.

1.12. **Страховая сумма** - определенная Договором страхования денежная сумма, исходя из которой, устанавливаются размер страховой премии (страховых взносов) и размер страховой выплаты при наступлении страхового случая.

1.13. **Страховая выплата** - денежная сумма, которая определена Договором страхования, и выплачивается Страховщиком Страхователю, Застрахованному лицу, Выгодоприобретателю при наступлении страхового случая.

1.14. **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. Страховой тариф по конкретному Договору страхования определяется по соглашению сторон.

1.15. **Страховая премия** - плата за страхование, которую Страхователь обязан уплатить Страховщику в порядке и в сроки, установленные Договором страхования.

1.16. **Страховой взнос** - часть страховой премии или периодические платежи страховой премии, осуществляемые Страхователем при уплате ее в рассрочку.

1.17. **Франшиза** - часть убытков, которая определена Договором страхования, не подлежащая 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).

В Договоре страхования также может быть установлена временная франшиза (период ожидания) – период времени с момента вступления Договора страхования в силу, в течение которого страхование не действует, произошедшие в это период события не являются страховыми случаями.

Договором страхования могут быть предусмотрены иные виды франшизы и даны их понятия (например – по виду услуг или их комбинации, по каждому страховому случаю и т.д.).

1.18. **Территория страхования** - территория, в пределах которой может произойти событие, предусмотренное Договором страхования, и которое будет рассматриваться Страховщиком в качестве страхового случая. Договор страхования, если в нем прямо не предусмотрено иное, действует на территории Российской Федерации (территория страхования). Стороны могут предусмотреть расширение перечня стран, на территории которых действует Договор страхования и закрепить его в Договоре и / или в отдельных Программах страхования.

1.19. **Дата начала действия страхования, дата вступления Договора в силу** - дата возникновения обязательств Страховщика по заключенному Договору страхования.

1.20. **Период страхования (срок страхования)** - установленный в Договоре страхования период времени, в течение которого действует страхование, обусловленное Договором, и соответственно, наступление страхового случая влечет за собой обязательства Страховщика по страховой выплате. Срок страхования может не совпадать со сроком действия Договора страхования.

1.21. **Лимит выплат** - максимально возможная сумма страховой выплаты по отдельным рискам и /или по одному или нескольким страховым случаям, установленная Договором страхования.

1.22. **Программа добровольного медицинского страхования** (далее - Программа страхования) - перечень и объем медицинских и иных услуг, а также порядок их оказания. Программа страхования может также содержать конкретный перечень медицинских учреждений, сервисных компаний и иных учреждений, в которых Застрахованное лицо, в соответствии с условиями Договора страхования, может получить медицинские и/или иные услуги, а также конкретный перечень исключений из Программы страхования (в том числе индивидуальные исключения), франшизы и предусматривать определенный порядок оказания медицинских и иных услуг.

Утвержденные Страховщиком в рамках настоящих Правил страхования Программы страхования являются приложением к соответствующим Договорам страхования. Страховщик вправе разрабатывать дополнительные Программы страхования, уточняющие и конкретизирующие объем медицинской помощи и иных услуг в рамках указанных Программ страхования. Перечень медицинских и иных услуг по Договору страхования в рамках конкретной Программы страхования, а также любое сочетание Программ страхования может иметь оригинальное название.

1.23. **Лекарственные средства** - включенные в Программу и выписанные лечащим врачом амбулаторно-поликлинического медицинского учреждения (при необходимости включая их доставку) либо назначенные лечащим врачом стационарного медицинского учреждения лекарственные средства.

1.24. **Изделия медицинского назначения** - протезно-ортопедические изделия, очки, слуховые аппараты, контактные линзы, имплантаты и др. (включая, при необходимости, расходы на их доставку), включенные в Программу страхования и выписанные (назначенные) лечащим врачом амбулаторно-поликлинического медицинского учреждения либо выписанные (назначенные) лечащим врачом стационарного медицинского учреждения.

1.25. **Медицинские услуги (медицинская помощь)** - мероприятия или комплекс мероприятий, направленных на профилактику заболеваний, их диагностику и лечение, имеющих самостоятельное законченное значение и определенную стоимость. Медицинская помощь может быть лечебной, диагностической, консультативной, реабилитационно-восстановительной, оздоровительной, профилактической, в том числе иммунопрофилактической, фармацевтической и др.

1.26. **Медико-транспортные услуги** - услуги, связанные с транспортировкой Застрахованного лица по медицинским показаниям в соответствии с условиями Договора страхования и Программой страхования.

1.27. **Услуги по репатриации** - услуги, связанные с транспортировкой Застрахованного лица или его останков адекватным состоянию здоровья транспортным средством в соответствии с условиями Договора страхования и Программой страхования.

1.28. **Иные услуги** - услуги, связанные с оказанием или организацией оказания медицинской помощи и включенные в Программу страхования, в том числе: нахождение сопровождающего лица в этом же лечебном учреждении (включая питание и иные сервисные услуги), сервисные услуги (палаты улучшенной комфортности, включающие дополнительное питание, связь, телевизор, компьютер, холодильник, кондиционер, душ, туалет и др.); питание и проживание (нахождение) при стационарном, реабилитационно-восстановительном, санаторно-курортном лечении, если оно не входит в стоимость медицинской услуги (стоимости койко-дня); оформление медицинским учреждением различной медицинской документации; услуги по организации медицинской помощи в других медицинских учреждениях; информационные услуги, связанные с оказанием или организацией оказания медицинской помощи.

1.29. **Страховой полис (сертификат, страховое свидетельство)** - документ, выдаваемый Страховщиком Страхователю и удостоверяющий факт заключения Договора страхования.

1.30. По соглашению между Страховщиком и Страхователем при заключении Договора страхования или в период действия Договора страхования отдельные положения настоящих Правил и (или) Договора страхования могут быть изменены (исключены или дополнены) в той мере, в какой это не противоречит действующему законодательству Российской Федерации. При наличии противоречий между положениями Договора страхования и настоящих Правил преимущественную силу имеют нормы, содержащиеся в Договоре страхования.

1.31. При заключении Договора страхования на условиях, содержащихся в настоящих Правилах страхования, эти условия становятся неотъемлемой частью Договора страхования и обязательными для Страхователя и Страховщика. Условия, содержащиеся в Правилах страхования и не включенные в текст Договора страхования (страхового полиса), обязательны для Страхователя (Застрахованного лица), если в Договоре страхования (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 последнем случае вручение Страхователю Правил страхования при заключении Договора удостоверяется записью в Договоре страхования.

1.32. Страховщик вправе на основе настоящих Правил страхования формировать Полисные условия страхования или Выдержки из Правил страхования к отдельному Договору или отдельной группе Договоров страхования, заключаемых на основе настоящих Правил страхования. Полисные условия или Выдержки из Правил страхования прилагаются к Договору страхования и являются его неотъемлемой частью.

1.33. Страховщик вправе присваивать маркетинговые названия отдельным группам единообразных Договоров страхования, заключаемым на основе настоящих Правил страхования, в той мере, в какой это не противоречит действующему законодательству Российской Федерации и в том порядке, как это предусмотрено действующим законодательством Российской Федерации.

2. ОБЪЕКТ СТРАХОВАНИЯ

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

3. СТРАХОВОЙ РИСК. СТРАХОВОЙ СЛУЧАЙ

3.1. Страховой риск – возникновение острого/обострение хронического заболевания, травма, отравление и другие состояния Застрахованного лица, повлекшие расходы Застрахованного лица по оплате организации и оказания ему медицинской, лекарственной помощи и иных услуг.

3.2. Страховым случаем является обращение Застрахованного лица в течение срока действия Договора страхования в медицинское учреждение, из числа предусмотренных Договором страхования, в связи с возникновением острого заболевания и/или обострением хронического заболевания, травмой, отравлением и другими состояниями за получением медицинской (диагностической, консультативной, лечебной, восстановительной, фармакологической, оздоровительной, профилактической, в том числе иммунопрофилактической и др.) и иной (в том числе медико-социальной, медико-транспортной, транспортной, сервисной и др.) помощи в соответствии с условиями Договора и Программы страхования, а также обращение Застрахованного в иные медицинские учреждения, помимо предусмотренных Договором страхования, если это обращение согласовано и/или организовано Страховщиком¹, повлекшее возникновение обязательств Страховщика произвести оплату медицинских и иных услуг.

3.3. Объем оказанных медицинских и иных услуг и оплачиваемый Страховщиком определяется выбранной Программой страхования, которая является неотъемлемой частью Договора страхования.

3.4. Договор страхования может быть заключен на случай наступления всех событий, указанных в Правилах страхования, или отдельных из них в любом сочетании, согласованном сторонами Договора страхования.

4. ИСКЛЮЧЕНИЯ ИЗ СТРАХОВАНИЯ

4.1. В любом случае к страховым рискам не относятся, не являются страховыми случаями и Страховщик не производит выплаты по событиям:

- не предусмотренным Договором страхования;
- произошедшим в период временной франшизы, если она предусмотрена Договором страхования;
- произошедшим вне срока действия Договора страхования.

¹ Договором страхования может быть предусмотрено обращение в иное ЛПУ без согласования со Страховщиком в соответствии с Программой страхования и на условиях, указанных в Договоре страхования

4.2. К страховым рискам не относится, не является страховым случаем обращение Застрахованного лица за получением медицинских и иных услуг:

- в связи с 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 подтверждено соответствующими судебными решениями;

- в связи с патологическими состояниями и травмами, возникшими или полученными в состоянии алкогольного/наркотического или иного токсического опьянения или остаточных явлений такого опьянения, а также в период нахождения под воздействием иных психоактивных веществ;

- в связи с получением травматического повреждения или иного расстройства здоровья, наступившего в результате совершения Застрахованным лицом противоправных действий;

- не назначенных врачом, выполняемых по желанию Застрахованного лица, или без медицинских показаний.

4.3. Если иное не оговорено в Договоре страхования к страховым рискам не относится, не является страховым случаем и Страховщик не оплачивает:

- лечение и лекарственное обеспечение, которое не является обоснованным и необходимыми с медицинской точки зрения, а также услуги, не имеющие лечебных целей;

- любые повторные медицинские услуги, аналогичные проведенным ранее в другом лечебном учреждении в отношении одних и тех же жалоб, симптомов, синдромов или состояний, кроме случаев, согласованных со Страховщиком;

- услуги, препараты, лечение, включая любой период пребывания в стационаре или амбулаторного лечения, которые не были рекомендованы, письменно засвидетельствованы уполномоченным представителем Страховщика или лечащим врачом Застрахованного лица как необходимые и разумные меры;

- любые услуги, если они оказаны в связи заболеванием (осложнением, состоянием), возникшим в результате того, что Застрахованный (Страхователь) не следовал предписанным лечебным назначениям или не явился на назначенный прием к врачу;

- любые медицинские услуги, процедуры, консультации и т.д., которые носят научно-исследовательский или экспериментальный характер;

- операции сугубо в эстетических или косметических целях, кроме реконструктивной хирургии, когда такая операция оказалась частью или следовала за начальной операцией, которая была произведена в связи со страховым случаем;

- любое лечение или процедуры, которые способствуют или предотвращают половое зачатие, включая но, не ограничиваясь: искусственное оплодотворение, лечение бесплодия или импотенции, стерилизация или де-стерилизация, кроме случаев, когда лечение бесплодия стало следствием заболевания или травмы, входящих в Программу страхования и наступивших в период действия Договора страхования;

- аборт или преждевременное родоразрешение, за исключением случаев, когда здоровью матери или плода угрожает опасность;

- расходы на очки, контактные линзы, слуховые аппараты, слуховые имплантанты, визуальную терапию, или на любой осмотр или подбор подобных устройств, кроме случаев нарушения зрения и/или слуха в результате несчастного случая или других случаях, определенных прямыми медицинскими показаниями;

- лечение венерических заболеваний и заболеваний, передающихся половым путем;

- получение медицинских услуг в связи с алкоголизмом, токсикоманией или наркоманией;

- пересадку органов, а также сами органы, кроме случаев лечения травм или последствий травм, а также иных случаев, предусмотренных Договором страхования;

- пересадку тканей, а также сами ткани, за исключением лечения ожогов и травм, а также иных случаев, предусмотренных Договором страхования;

- уход и лечение при выпадении волос, включая парики, пересадку волос или любые препараты, которые способствуют росту волос, вне зависимости от того, предписаны они врачом или нет;

- лечение, связанное с инфицированием вирусом иммунодефицита человека.

4.4. Не является страховым риском и страховым случаем, не подлежит возмещению стоимость медицинских услуг, оказанных Застрахованному лицу в связи со стихийными бедствиями и экологическими катастрофами.

Стихийное бедствие - экстремальное явление природы катастрофического характера, приводящее к внезапному нарушению нормальной деятельности людей и признанное таковым документами соответствующих органов исполнительной власти Российской Федерации. К стихийным бедствиям по данным Правилам относятся: извержения вулканов, землетрясения, цунами, оползни,

обвалы, сели, лавины, наводнения, ураганы, тайфуны, смерчи, лесные пожары, циклоны, засуха, опустынивание и др.

Экологическая катастрофа - необратимое изменение природных комплексов, связанное с массовой гибелью живых организмов.

4.5. Не является страховым случаем событие, произошедшее после увеличения степени страхового риска, если о таком увеличении Страхователь (Застрахованный) не сообщил Страховщику в порядке, установленном настоящими Правилами и/или условиями действующего Договора страхования.

4.6. Во всех случаях не является страховым риском, страховым случаем и не возмещается Страхователю (Застрахованному) любого рода косвенные убытки, включая неустойки, штрафы, пени, упущенная выгода, лишение его возможных доходов, причинение морального вреда и вреда деловой репутации,

4.7. Договором страхования может быть особо предусмотрено неприменение Страховщиком исключений, указанных в п.п. 4.3., 4.4. настоящих Правил, а также оснований для освобождения от страховой выплаты в случаях, указанных в Правилах.

Страховщик вправе согласовать со Страхователем дополнительный объем исключений из страхования в конкретном Договоре страхования.

При этом изменение объема исключений из страхования может повлечь за собой применение поправочных коэффициентов к базовым страховым тарифам. Любое согласование дополнительного объема исключений из страхования допускаются по соглашению сторон в случае, если такие изменения не противоречат законодательству Российской Федерации.

5. СТРАХОВАЯ СУММА

5.1. Страховая сумма по Договору страхования определяется Страховщиком и Страхователем по соглашению сторон исходя из предполагаемого объема медицинской помощи (перечня и стоимости медицинских и иных услуг, а также стоимости лекарственных средств и изделий медицинского назначения), предусмотренного Программой страхования, возраста Застрахованного лица, срока страхования и иных факторов, влияющих на степень страхового риска.

5.2. Страховая сумма может определяться по всей Программе в целом или совокупности Программ, либо по Договору страхования могут быть установлены лимиты выплат по отдельным заболеваниям, отдельным видам медицинской помощи в т.ч. медицинским услугам, обеспечению лекарственными средствами или изделиями медицинского назначения или их различной совокупности, по каждому страховому случаю или по всем страховым случаям суммарно (лимиты выплат).

5.3. В период действия Договора страхования Страхователь по соглашению со Страховщиком может изменить размер страховой суммы по Договору в целом или отдельных лимитов выплат. При изменении страховой суммы (лимитов выплат) оформляется дополнительное соглашение к Договору страхования и Страхователь уплачивает дополнительную страховую премию, рассчитанную Страховщиком.

5.4. В Договоре страхования может быть предусмотрена франшиза.

5.5. Страховая сумма по Договору страхования может устанавливаться как в российских рублях, так и в любой иностранной валюте (валютном эквиваленте), в случаях, предусмотренных действующим законодательством Российской Федерации. По соглашению сторон в Договоре страхования может быть указана страховая сумма в рублевом эквиваленте определенной суммы в иностранной валюте (в дальнейшем – страхование в эквиваленте).

В случае если страховая сумма установлена в валюте и Договором страхования прямо не предусмотрено иное, применяется курс, установленный Центральным Банком Российской Федерации на дату уплаты страховой премии наличными денежными средствами или на дату перечисления страховой премии по безналичному расчету.

6. СТРАХОВОЙ ТАРИФ. СТРАХОВАЯ ПРЕМИЯ

6.1. При заключении Договоров страхования Страховщик применяет рассчитанные им базовые страховые тарифы с учетом объекта страхования и характера страхового риска.

6.2. Размер страховой премии исчисляется, исходя из размера страховой суммы по Договору страхования, базовых страховых тарифов, срока страхования, франшизы и особенностей застрахованного имущественного интереса. Страховщик имеет право применять к базовым тарифам поправочные (понижающие и повышающие) коэффициенты, в зависимости от обстоятельств, имеющих существенное значение для определения степени страхового риска – возраста

Застрахованного лица, состояния здоровья Застрахованного лица (в том числе на основании медицинского освидетельствования), профессии, рода деятельности Застрахованного лица, общего количества Застрахованных лиц по Договору страхования, времени действия страхования, установленной в Договоре страхования франшизы и других обстоятельств, имеющих существенное значение для определения степени риска.

6.3. Страховая премия может быть уплачена единовременно или в рассрочку (ежемесячно, ежеквартально и др.) в порядке и сроки, определенные Договором страхования, наличными денежными средствами или путем безналичных расчетов.

6.4. Днем уплаты страховой премии считается:

- при уплате наличным расчетом – день получения страховой премии Страховщиком;
- при уплате безналичным расчетом – день поступления страховой премии на расчетный счет Страховщика, если иное не оговорено Договором страхования (полисом).

6.5. Под уплатой страховой премии (страховых взносов) Страховщику понимается ее уплата непосредственно Страховщику или его представителю. В последнем случае уплата страховой премии (страховых взносов) представителю Страховщика равносильна уплате Страховщику.

6.6. Конкретные порядок, сроки и форма уплаты страховой премии устанавливаются в Договоре страхования.

6.7. При наличии в Договоре страхования условий об оплате страховой премии в рассрочку:

6.7.1. Договором страхования может предусматриваться предоставление Страхователю льготного периода для уплаты очередного взноса, который в зависимости от порядка и периодичности уплаты страховых взносов может продолжаться до 3 (трех) месяцев.

Льготный период начинается с даты, установленной в Договоре страхования в качестве даты оплаты очередного страхового взноса. Продолжительность льготного периода устанавливается в Договоре страхования.

С даты начала льготного периода страхование по Договору не действует и события, произошедшие во время льготного периода, не являются страховыми случаями, за исключением случаев уплаты Страхователем очередного страхового взноса в течение срока льготного периода – в таком случае страхование по Договору возобновляется с даты начала льготного периода.

Договоры страхования, заключенные на основании настоящих Правил, условиями которых предусмотрен льготный период, совершены под отменительным условием, а именно, если в течение льготного периода очередной страховой взнос не был уплачен и Страхователь не информировал в письменной форме Страховщика о желании досрочно расторгнуть Договор, то Договор считается прекращенным, а права и обязанности по нему прекращены с даты, предшествующей дате оплаты очередного страхового взноса, оплата которого просрочена.

6.7.2. В случае уплаты Страхователем очередного страхового взноса в меньшей, чем это предусмотрено Договором страхования, сумме, Страховщик вправе потребовать от Страхователя уплаты суммы задолженности страхового взноса, а в случае отказа Страхователя оплатить указанную сумму задолженности Договор страхования считается досрочно прекращенным, при этом Страховщик уведомляет Страхователя о своем намерении досрочно прекратить Договор страхования с указанием даты и основания его прекращения.

6.7.3. В случае неуплаты в установленные сроки очередного страхового взноса по Договору страхования, не предусматривающему льготный период, Страховщик вправе в одностороннем внесудебном порядке отказаться от исполнения Договора страхования с даты, указанной в качестве срока оплаты очередной части страховой премии, письменно уведомив об этом Страхователя. При этом уплаченная страховая премия считается полностью заработанной Страховщиком и не подлежит возврату, Договор страхования прекращается с 00 часов 00 минут дня, следующего за днем, когда очередной страховой взнос должен был быть уплачен полностью.

6.8. В случае заключения Договора страхования на срок до одного года, страховая премия рассчитывается с учетом **коэффициента краткосрочности**:

Срок действия Договора страхования в месяцах										
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Коэффициент краткосрочности										
0.20	0.30	0.40	0.50	0.60	0.70	0.75	0.80	0.85	0.90	0.95

При этом неполный месяц принимается за полный.

6.9. Страховая премия уплачивается Страхователем в валюте Российской Федерации, за исключением случаев, предусмотренных законодательством Российской Федерации о валютном регулировании и валютном контроле.

6.10. При страховании в валютном эквиваленте страховая премия уплачивается в рублях по курсу Центрального Банка Российской Федерации, установленному для соответствующей иностранной валюты на дату уплаты страховой премии (очередного страхового взноса) наличными денежными средствами или на дату перечисления страховой премии по безналичному расчету, если Договором страхования не предусмотрено иное.

При уплате страховой премии в рассрочку очередная часть страховой премии уплачивается в рублях по курсу Центрального Банка Российской Федерации, установленному для иностранной валюты на дату уплаты (перечисления) очередного страхового взноса.

6.11. В случае установления отдельных периодов страхования (периодов ответственности Страховщика) в Договоре страхования при его заключении, расчет страховой премии производится отдельно для каждого страхового периода.

6.12. В случае замены Застрахованного лица в течение срока действия Договора страхования Страховщик, если иное не предусмотрено Договором страхования, имеет право произвести перерасчет страховой премии для нового Застрахованного лица, с учетом:

- остатка страховой премии, уплаченной за заменяемое Застрахованное лицо;
- понесенных Страховщиком расходов при выполнении обязательств в отношении прежнего Застрахованного лица;
- других обстоятельств, влияющих на степень страхового риска (в том числе, возраста, пола и состояния здоровья нового Застрахованного лица).

По результатам перерасчета в случае необходимости Страховщик имеет право потребовать от Страхователя доплаты страховой премии.

7. ДОГОВОР СТРАХОВАНИЯ. ПОРЯДОК ЗАКЛЮЧЕНИЯ И ИСПОЛНЕНИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ

7.1. Договор страхования может быть заключен на основании устного или письменного заявления Страхователя.

7.2. Для заключения Договора страхования Страховщик вправе потребовать от Страхователя предоставить:

7.2.1. Заявление на страхование установленной формы. Необходимость заполнения заявления на страхование определяется по усмотрению Страховщика исходя из его андеррайтерских процедур, степени и факторов риска. Заявление на страхование может быть предоставлено путем оформления электронной заявки, в том числе на сайте Страховщика в личном кабинете или в специальном поле соответствующего раздела, предусмотренного для направления заявления на страхования и/или анкеты. Заполненное таким образом заявление на страхование приравниваются к письменному заявлению на страхование.

7.2.2. Документ, удостоверяющий личность Страхователя – физического лица (его представителя), учредительные документы Страхователя – юридического лица, документы подтверждающие полномочия представителя юридического лица.

7.2.3. Документы, подтверждающие состояние здоровья Застрахованного лица, медицинское заключение по результатам медицинского осмотра (обследования) с целью оценки фактического состояния его здоровья, предоставления сведений (в том числе в письменной форме в виде заполнения анкеты, заявления), о состоянии здоровья Застрахованного лица, в том числе о нахождении его на диспансерном учете в связи с каким-либо заболеванием (состоянием). Анкета о состоянии здоровья Застрахованного лица может быть предоставлена путем направления электронного письма, в том числе на сайте Страховщика в личном кабинете или в специальном поле соответствующего раздела, предусмотренного для направления анкеты. Заполненная в электронной форме анкета приравниваются к собственноручно заполненной анкете, предоставленной Страхователем в письменной форме.

7.3. При заключении Договора страхования Страховщик вправе провести обследование страхуемого лица для оценки фактического состояния его здоровья.

7.4. В случае если в представленных Страхователем вышеуказанных документах отсутствуют необходимые сведения об обстоятельствах, имеющих существенное значение для определения вероятности наступления страхового случая и размера возможных убытков от его наступления, Страховщик в целях осуществления оценки страхового риска вправе предложить Страхователю предоставить иные конкретные документы (справки, выписки, постановления, приказы), в которых содержатся соответствующие сведения об обстоятельствах, необходимых для оценки страхового риска.

7.5. Страхователь также обязан сообщить Страховщику сведения, необходимые в соответствии с требованиями действующего законодательства Российской Федерации для идентификации лиц, указываемых в Договоре страхования, по требованию Страховщика заполнить анкету.

7.6. Страхователь несет ответственность за достоверность и полноту сообщаемых им сведений об объекте страхования и иной информации.

Заявление и приложения к нему, Анкета о состоянии здоровья Застрахованного лица, предоставленные в письменной форме (в том числе с использованием электронных средств связи), являются неотъемлемой частью Договора страхования.

7.7. Договор страхования может быть заключен путем составления одного документа - Договора страхования, либо вручения Страховщиком Страхователю на основании его письменного либо устного заявления страхового полиса, подписанного Страховщиком. В последнем случае согласие Страхователя заключить Договор страхования на предложенных Страховщиком условиях подтверждается принятием от Страховщика страхового полиса (свидетельства, сертификата). Одновременно с Договором страхования Страхователю (Застрахованным) может вручаться индивидуальная пластиковая карточка, являющаяся именованным документом, удостоверяющим право Застрахованного лица на получение медицинских услуг по Договору страхования.

Направление Договора страхования по адресу электронной почты, указанному в письменном либо устном заявлении на страхование является надлежащим вручением Договора страхования Страхователю.

7.8. Договором страхования может быть предусмотрено условие о том, что оплата Страхователем страховой премии в соответствии с условиями заключенного Договора страхования является подтверждением получения Страхователем Договора страхования, Правил страхования и согласием с условиями страхования.

7.9. В соответствии с действующим законодательством Страховщик вправе обмениваться со Страхователем информацией в электронной форме, принять созданную и отправленную Страхователем (Застрахованным лицом) Страховщику информацию в электронной форме (заявления о заключении Договора страхования, уведомления о наступлении страхового случая, заявления об осуществлении страховой выплаты и (или) иных документов) для заключения Договора страхования, для получения страховой выплаты.

7.10. Договор страхования может быть составлен в виде электронного документа. При этом в случае направления Страховщиком Страхователю – физическому лицу на основании его заявления в письменной или устной форме страхового полиса (свидетельства, сертификата, квитанции), подписанного усиленной квалифицированной электронной подписью Страховщика с соблюдением требований Федерального закона от 6 апреля 2011 года N 63-ФЗ «Об электронной подписи», Договор страхования, составленный в виде электронного документа, считается заключенным Страхователем на предложенных Страховщиком условиях с момента уплаты Страхователем страховой премии (страхового взноса).

7.11. В Договоре страхования (страховом полисе) подпись Страховщика может быть выполнена путем факсимильного воспроизведения с помощью средств механического или иного копирования, электронной подписи, либо иного аналога собственноручной подписи, предусмотренного законодательством Российской Федерации.

7.12. Все уведомления, извещения и сообщения, направляемые Страховщиком в адрес Страхователя (Выгодоприобретателя) в соответствии с настоящими Правилами, считаются направленными надлежащим образом при их направлении одним из следующих способов:

– в виде СМС-сообщения по телефону, указанному в Договоре страхования или заявлении о страховом случае;

– почтовым отправлением по адресу, указанному в Договоре страхования или заявлении о страховом случае;

– по электронной почте по электронному адресу, указанному в Договоре страхования или заявлении о страховом случае.

При наличии нескольких отличающихся контактных данных Страхователя (Застрахованного) выбор конкретного номера телефона, почтового адреса или адреса электронной почты для отправки уведомления осуществляет Страховщик.

Гражданско-правовые последствия, связанные с направлением Страховщиком в адрес Страхователя уведомлений, извещений и сообщений, считаются наступившими для Страхователя с момента, указанного в тексте уведомления, извещения или сообщения, а если данный момент не указан – с момента направления Страховщиком уведомления, извещения или сообщения в адрес Страхователя.

7.13. В случае изменения адресов, реквизитов, телефонов и иных данных Страхователь (Застрахованный) обязуется в течение 7 рабочих дней письменно известить Страховщика об этом.

Если Страховщик не был извещен об изменении этих данных заблаговременно, то риск неполучения, направленной Страховщиком корреспонденции (сообщений, извещений), несет Страхователь (Выгодоприобретатель).

7.14. Договор страхования, заключенный со Страхователем - юридическим лицом, может оформляться в виде единого документа для всех Застрахованных с приложением списка таких лиц. При этом, по желанию Страхователя Страховщик выдает страховые полисы на каждого Застрахованного.

7.15. При заключении Договора страхования Страхователь обязан сообщить Страховщику обо всех известных ему обстоятельствах, имеющих существенное значение для определения вероятности наступления страхового случая и размера возможного ущерба от его наступления, если эти обстоятельства не известны и не должны быть известны Страховщику. При этом существенными признаются, во всяком случае, обстоятельства, определенно оговоренные Страховщиком в Договоре страхования, заявлении на страхование, анкете о состоянии здоровья Застрахованного лица, или в письменном запросе Страховщика.

7.16. Сообщение Страховщику заведомо ложных или недостоверных сведений, указанных в заявлении (анкете), о фактах, влияющих на установление степени риска наступления страхового случая, предусмотренного в Договоре страхования, а также предоставление фиктивных документов, является основанием для реализации требования Страховщика о признании Договора страхования недействительным с применением правовых последствий, предусмотренных действующим законодательством Российской Федерации либо, если установление факта предоставления Страховщику заведомо ложных или недостоверных сведений произошло до заключения Договора страхования, Страховщик вправе отказать в заключении Договора страхования.

7.17. Информация, которая поступила к Страховщику при принятии решения о заключении Договора, является строго конфиденциальной. Однако Страховщик имеет право передавать перестраховщику или состраховщику в необходимых объемах данные по лицу, заявленному на страхование, для оценки степени страхового риска и для заключения Договора перестрахования или сострахования.

7.18. Программы страхования, включенные в Договор страхования, формируются по выбору Страхователя, согласованному со Страховщиком. Договор страхования может содержать различные Программы страхования как из числа Программ страхования, являющихся приложением к Правилам страхования, так и содержать Программу, составленную из комбинации Программ страхования, являющихся приложением к Правилам страхования, а также дополнительного перечня медицинских и иных услуг. При этом объем медицинских и иных услуг может быть расширен (сокращен) по соглашению Сторон в каждом конкретном Договоре страхования.

7.19. Перечень медицинских и иных услуг по Договору страхования в рамках конкретной Программы страхования, а также любое сочетание Программ страхования может иметь оригинальное название. Программа страхования, являющаяся приложением к Договору страхования может иметь текстовое изложение, отличное от текстового изложения Программ, являющихся приложением к Правилам страхования.

7.20. В случае необходимости увеличения числа Застрахованных лиц Страхователь представляет Страховщику сведения необходимые для оценки страхового риска, в объеме, предусмотренном настоящими Правилами о каждом Застрахованном лице, включаемом в список Застрахованных лиц, и дополнительно уплачивает соответствующую страховую премию за период: с момента включения указанных лиц в список Застрахованных лиц до окончания срока действия Договора страхования.

7.21. Если иное не предусмотрено Договором страхования, при коллективном страховании открепление/прикрепление Застрахованных лиц производится в течение 10 (десяти) рабочих дней со дня получения Страховщиком письменного уведомления от Страхователя. При сохранении общей численности при единовременном откреплении/прикреплении Застрахованных лиц Страховщик вправе не изменять страховую премию и страховую сумму по Договору страхования. Однако если в отношении открепленных Застрахованных лиц производились страховые выплаты, то Договор в отношении них расторгается, а в отношении вновь принятых Застрахованных лиц уплачивается дополнительная страховая премия.

8. СРОК ДЕЙСТВИЯ И ПОРЯДОК ПРЕКРАЩЕНИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ

8.1. Срок действия Договора страхования устанавливается по соглашению сторон и указывается в Договоре страхования.

8.2. При заключении долгосрочного (более 1 года) Договора страхования в нем могут быть предусмотрены периоды страхования, в течение которых может действовать страхование, с указанием для каждого из периодов размеров страховой суммы и страховой премии.

При этом Стороны могут Договориться о том, что срок действия Договора страхования и срок действия страхования могут не совпадать и установить периоды, в течение которых может действовать страхование.

Если Договором страхования не предусмотрено иное, первый период начинается с даты вступления Договора страхования в силу. В течение первого периода страхование, обусловленное Договором страхования, действует и события, предусмотренные Договором в качестве страховых, произошедшие в течение первого периода являются страховыми случаями.

Страхование действует только в течение тех периодов, за который страховая премия была уплачена до начала такого периода.

Страхователь вправе по своему усмотрению выбирать периоды, в течение которых будет действовать страхование по Договору страхования посредством осуществления уплаты страхового взноса за такой период до начала такого периода и указания периода страхования в назначении платежа.

В случае отсутствия оплаты страхового взноса за соответствующий период до начала его действия, страхование в течение данного периода не действует и события, произошедшие в течение такого периода, не являются страховыми случаями.

8.3. Договор страхования, если в Договоре не предусмотрено иное, вступает в силу с 00 часов 00 минут дня, следующего за днем оплаты страховой премии (первого страхового взноса) на расчетный счет Страховщика или оплаты страховой премии (первого страхового взноса) наличными деньгами, но не ранее 00 часов 00 минут дня, указанного в Договоре страхования как дата начала действия Договора страхования.

8.4. Действие Договора страхования заканчивается в 24 часа 00 минут дня, указанного в нем как дата его окончания, если Договором не предусмотрено иное.

8.5. Договором страхования может быть предусмотрено вступление его в силу с определенной календарной даты или с момента уплаты страховой премии (первого страхового взноса при оплате страховой премии в рассрочку).

8.6. Страхование, обусловленное Договором страхования, распространяется на страховые случаи, происшедшие после вступления Договора страхования в силу, если в Договоре не предусмотрен иной срок начала действия страхования.

8.7. Договор страхования прекращает действие досрочно:

8.7.1. По требованию Страховщика в случае неуплаты Страхователем страховой премии (очередного страхового взноса при оплате страховой премии в рассрочку) в установленные Договором страхования сроки и размере.

8.7.2. Если после его вступления в силу возможность наступления страхового случая отпала и существование страхового риска прекратилось по обстоятельствам иным, чем страховой случай – с даты прекращения существования страхового риска.

В этом случае Страховщик имеет право на часть страховой премии пропорционально времени, в течение которого действовало страхование.

8.7.3. В случае выполнения Страховщиком своих обязательств в полном объеме (в отношении Застрахованного, чья страховая сумма исчерпана).

8.7.4. В случае ликвидации Страхователя, являющегося юридическим лицом, или смерти Страхователя, являющегося физическим лицом, при условии невыполнения Страхователем обязанности по уплате страховых взносов, и если Застрахованный не принял на себя обязанности Страхователя по уплате страховых взносов.

8.7.5. В случае отзыва Застрахованным лицом согласия на обработку Страховщиком и партнерами Страховщика персональных данных Застрахованного лица – с даты отзыва согласия на обработку персональных данных.

8.7.6. По соглашению сторон – с даты подписания такого соглашения или с даты, указанной в данном соглашении.

8.7.7. По требованию Страховщика в случае отказа Страхователя от внесения изменений в Договор в связи с появлением фактора существенного увеличения степени страхового риска, если согласно условиям Договора Страхователь обязан был сообщить о появлении таких факторов.

8.7.8. В других случаях, предусмотренных Законодательством Российской Федерации.

8.7.9. В случае отказа Страхователя – физического лица от Договора страхования в течение 5 рабочих дней со дня его заключения при отсутствии в данном периоде событий, имеющих признаки страхового случая – с даты получения Страховщиком письменного заявления Страхователя об отказе от Договора страхования, или иной даты, установленной по соглашению сторон.

Подтверждением направления письменного заявления в срок является дата регистрации Страховщиком заявления Страхователя об отказе от Договора страхования (при обращении

Страхователя в офис Страховщика) либо дата почтового штемпеля отправителя (при направлении Страхователем документов на адрес Страховщика средствами почтовой связи).

8.8. В случае ликвидации Страхователя - юридического лица или смерти Страхователя - физического лица до окончания срока страхования Страховщик не освобождается от исполнения своих обязанностей по Договору, если обязанности Страхователя по уплате страховых взносов выполнены в полном объеме или если Застрахованный или другое лицо, с согласия Страховщика, принимает на себя обязанности Страхователя по Договору.

8.9. При досрочном прекращении Договора по инициативе Страхователя в целом или в отношении какого-либо Застрахованного возврат части страховой премии не производится, если это не предусмотрено условиями Договора страхования.

8.10. Если возврат части страховой премии за не истекший срок действия предусмотрен условиями Договора страхования, а также в случае отказа Страхователя от Договора страхования в соответствии с п. 8.7.2. Страховщик в течение 20 (двадцати) рабочих дней со дня получения письменного заявления Страхователя об отказе от Договора страхования возвращает Страхователю часть страховой премии за неистекший срок действия Договора страхования за вычетом понесенных Страховщиком расходов и произведенных страховых выплат, если Договором не предусмотрено иное.

Размер части страховой премии, подлежащей возврату, определяется по формуле:

$$\text{Пвоз} = \text{Попл} * \% \text{нетто} - \text{П} * \% \text{нетто} * \text{п} / \text{N}$$

Где:

Пвоз – размер части страховой премии, подлежащей возврату;

П – общая страховая премия по Договору страхования;

Попл – уплаченная страховая премия по Договору страхования;

N – срок действия Договора страхования в днях;

п – количество дней с момента вступления Договора страхования в силу до даты его досрочного прекращения;

%нетто – % нетто-ставки по Договору страхования в соответствии со структурой тарифной ставки по настоящим Правилам.

В случае превышения суммы выплаченного страхового возмещения над суммой фактически оплаченных страховых взносов возврат неиспользованной страховой премии не производится. Договором может быть предусмотрен иной порядок расчета суммы, подлежащей возврату.

8.11. Срок страхования может быть продлен при условии дополнительного соглашения сторон.

9. ИЗМЕНЕНИЕ УСЛОВИЙ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ

9.1. В период действия Договора страхования Страхователь (Застрахованное лицо) обязан незамедлительно сообщить 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 (изменение обстоятельств признается существенным, когда они изменились настолько, что, если бы стороны могли это разумно предвидеть, Договор вообще не был бы ими заключен или был бы заключен на значительно отличающихся условиях).

9.2. Значительными, во всяком случае, но не исключительно, признаются изменения, оговоренные в Договоре страхования и Правилах страхования, в частности:

9.2.1. Смена профессиональной деятельности Застрахованного лица, связанная с повышенным риском возникновения профессиональных заболеваний.

9.2.2. Смена пола Застрахованного лица.

9.2.3. Инфицирование Застрахованного лица ВИЧ (вирусом иммунодефицита человека) или заболевание Застрахованного лица СПИДом (синдромом приобретенного иммунодефицита) или другим аналогичным синдромом.

9.2.4. Установление Застрахованному лицу группы инвалидности по причинам иным, чем страховой случай.

9.2.5. Постановка Застрахованного лица на диспансерный учёт по причинам алкогольной или наркологической зависимости, психического заболевания.

9.2.6. Лишение свободы по приговору суда.

9.2.7. Другие события, существенно увеличивающие вероятность наступления страхового случая, оговоренные в Договоре страхования, в письменном запросе Страховщика (заявлении на страхование, анкете).

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

Если Страхователь возражает против изменения условий Договора страхования или доплаты страховой премии, Страховщик вправе потребовать расторжения Договора в соответствии с правилами, предусмотренными главой 29 ГК РФ.

9.4. В случае если Страхователь не сообщит Страховщику о значительных изменениях в обстоятельствах, сообщенных при заключении Договора страхования, последний вправе потребовать расторжения Договора страхования и возмещения убытков, причиненных расторжением Договора страхования согласно действующему законодательству Российской Федерации (п.5 ст. 453 ГК РФ).

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

10. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

10.1. Застрахованное лицо имеет право:

10.1.1. Получить медицинские услуги в соответствии с условиями, указанными в Договоре страхования, в медицинских учреждениях, перечень которых определен в Договоре (Программе) страхования или обращение в которые согласовано и/или организовано Страховщиком.

10.1.2. Получить дубликат страхового полиса, страховой карточки, пропуска в медицинскую организацию и другой страховой документации в случае ее утраты.

10.1.3. Получить разъяснения о Правилах страхования и условиях Договора страхования, порядке предоставления услуг.

10.2. Застрахованное лицо обязано:

10.2.1. Представлять Страховщику необходимые для заключения Договора страхования достоверные сведения, а также иную необходимую информацию, связанную с исполнением Договора страхования.

10.2.2. Соблюдать предписания лечащего врача, соблюдать распорядок, установленный медицинской или иной организацией.

10.2.3. Заботиться о сохранности страхового полиса, страховой карточки, пропуска в медицинскую организацию и других страховых документов и не передавать их другим лицам с целью получения ими медицинских и иных услуг.

10.2.4. При обращении в медицинскую или иную организацию, предъявить документ удостоверяющий личность, страховой полис (индивидуальный страховой полис), страховую карточку и/или пропуск в медицинскую или иную организацию.

10.2.5. Соблюдать требования Правил страхования, условий Договора страхования.

10.2.6. При утрате страховой документации незамедлительно извещать об этом Страховщика.

10.2.7. Своевременно сообщать Страховщику о смене места нахождения, фактического места жительства, телефонов, а также персональных данных в случае их изменения, если Договором страхования не предусмотрено иное.

10.2.8. Компенсировать расходы Страховщика, возникшие в связи с неявкой Застрахованного лица на заранее согласованные с медицинским учреждением процедуры, приемы и исследования, а также в связи с необоснованным или ложным вызовом скорой медицинской помощи (СМП).

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

– вызов осуществлен Застрахованным для медицинского обслуживания незастрахованного лица;

– при вызове, осуществленном Застрахованным или лицом, действующим в его интересах, преднамеренно представлена искаженная информация, касающаяся необходимости медицинского обслуживания и/или места пребывания Застрахованного;

– вызов осуществлен не в медицинских целях;

– вызов осуществлен к Застрахованному лицу, находящемуся в состоянии алкогольного, наркотического или иного токсического опьянения или остаточных явлений такого опьянения;

– при вызове Застрахованный отсутствует по указанному адресу или отказывается от осмотра;

– вызов осуществлен к Застрахованному, не нуждающемуся в оказании экстренной или неотложной медицинской помощи (с целью получения плановых медицинских манипуляций и пр.).

10.2.9. Предоставлять Страховщику право на ознакомление с медицинской документацией из любых медицинских и иных организаций для решения вопросов, связанных с реализацией Договора страхования и оплатой оказанных Застрахованному услуг.

10.3. Страхователь обязан:

10.3.1. Уплачивать страховую премию в размере и в сроки, определенные Договором страхования.

10.3.2. Сообщить при заключении Договора страхования Страховщику известные Страхователю обстоятельства, имеющие существенное значение для определения вероятности наступления страхового случая и размера возможных убытков от его наступления (страхового риска), если эти обстоятельства не известны и не должны быть известны Страховщику. При этом существенными могут быть признаны обстоятельства, определенно оговоренные Страховщиком в заявлении (анкете), в Договоре страхования или в письменном запросе. Если после заключения Договора страхования будет установлено, что Страхователь (Застрахованное лицо) сообщил заведомо ложные сведения об обстоятельствах, имеющих существенное значение для определения вероятности наступления страхового случая и размера возможных убытков от его наступления, Страховщик вправе потребовать признания Договора недействительным и применения последствий в соответствии с законодательством Российской Федерации, за исключением случая, когда обстоятельства, о которых умолчал Страхователь, уже отпали.

10.3.3. Представлять Страховщику необходимые для заключения Договора страхования достоверные сведения, а также иную необходимую информацию, связанную с исполнением Договора страхования, подтвержденную в порядке, определяемом законодательством Российской Федерации.

10.3.4. Доводить до сведения Застрахованных информацию об условиях Договора страхования, Правилах добровольного медицинского страхования, Программах страхования и порядке предоставления услуг. Получение Застрахованными данной информации должно быть подтверждено подписью.

10.3.5. В письменном виде сообщать Страховщику об изменениях, дополнениях или уточнениях, которые влияют на степень риска, в том числе произошедших во время действия Договора страхования (изменениях в данных, указанных в заявлении на страхование и Договоре страхования, а также указанных в разделе 9 Правил).

10.3.6. При увеличении степени риска по требованию Страховщика уплатить дополнительную страховую премию и/или подписать дополнительное соглашение об изменении условий Договора страхования, либо направить Страховщику письменный отказ от уплаты дополнительной премии и/или изменения условий Договора.

10.3.7. Получать согласие Застрахованных лиц при их исключении из числа Застрахованных по Договору страхования.

10.3.8. Компенсировать расходы Страховщика, возникшие в связи с неявкой Застрахованного на заранее согласованные с медицинской организацией процедуры, приемы и исследования, а также уплатить штраф в связи с необоснованным вызовом скорой медицинской помощи при условии выставления соответствующего счета Страховщиком в течение 5 (пяти) рабочих дней с даты получения соответствующего счета от Страховщика.

10.3.9. Соблюдать предписания лечащего врача; соблюдать порядок, установленный в медицинском учреждении.

10.3.10. Получить от Застрахованных лиц, а в случае, если Страхователем заключается Договор в отношении себя, предоставить самостоятельно письменное согласие на обработку Страховщиком его (их - Застрахованных лиц) персональных данных, в соответствии с требованиями действующего законодательства Российской Федерации.

10.3.11. Уплатить Страховщику штраф в размере трехкратной стоимости услуг, оказанных лицу, необоснованно воспользовавшемуся страховым полисом и/или страховой карточкой Застрахованного, при условии выставления соответствующего счета Страховщиком.

10.3.12. Своевременно сообщать Страховщику о смене своих банковских реквизитов, места нахождения, фактического места жительства, телефонов, а также персональных данных в случае их изменения, адресов электронной почты, а также об изменении фамилии, имени, отчества Застрахованного лица и его фактического места жительства, если Договором страхования не предусмотрено иное.

10.3.13. Расширить перечень медицинских услуг, предусмотренных Программой страхования, подписав дополнительное соглашение со Страховщиком, и уплатив дополнительную страховую премию.

10.3.14. Исполнять иные положения настоящих Правил, Договора страхования и иных документов, закрепляющих договорные правоотношения между Страхователем и Страховщиком, связанные с заключением, исполнением или прекращением этих правоотношений.

10.4. Страхователь имеет право:

10.4.1. Получить информацию о Страховщике в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

10.4.2. Получить Правила и/или Условия страхования, разработанные на основе настоящих Правил, на основании которых заключен Договор страхования.

10.4.3. Получать разъяснения по заключенному Договору страхования.

10.4.4. Выбрать по своему усмотрению страховые риски, выбирать страховые Программы в любом их сочетании и наполнении медицинскими и иными услугами, медицинские и иные учреждения, оказывающие услуги по Договору страхования, из числа предложенных Страховщиком и по согласованию с ним.

10.4.5. Назначить страховую сумму по Договору и увеличить ее по согласованию со Страховщиком в период действия Договора страхования.

10.4.6. Изменить численность Застрахованных лиц по Договору страхования путем подписания дополнительного соглашения к Договору страхования с предоставлением Страховщику необходимых сведений.

10.4.7. В течение срока действия Договора страхования обратиться к Страховщику с предложением изменить объем медицинских и иных услуг, предусмотренный Программой добровольного медицинского страхования, перечень медицинских и иных организаций, размер страховой суммы, срок действия Договора страхования. Все изменения, а также порядок взаиморасчетов сторон при изменении условий страхования вносятся в Договор страхования в письменной форме.

10.4.8. Досрочно прекратить Договор страхования в отношении конкретного Застрахованного лица после предварительного письменного уведомления Страховщика.

10.4.9. Требовать организации предоставления Застрахованным лицам в медицинских и иных организациях, предусмотренных Договором страхования, медицинских и иных услуг, определенных Программой добровольного медицинского страхования, при наступлении страхового случая.

10.4.10. Досрочно расторгнуть Договор страхования (прекратить действие страхования) в порядке, предусмотренном гражданским законодательством Российской Федерации и настоящими Правилами страхования.

10.4.11. *Для Страхователя – физического лица:* Отказаться от Договора страхования в течение 5 рабочих дней со дня его заключения при отсутствии в данном периоде событий, имеющих признаки страхового случая.

10.5. Страховщик обязан:

10.5.1. По требованиям Страхователя, а также лиц, имеющих намерение заключить Договор страхования, разъяснять положения, содержащиеся в настоящих Правилах и Договоре страхования.

10.5.2. Выдать Страхователю Правила страхования и/или Условия страхования, разработанные на основании настоящих Правил, при заключении Договора страхования.

10.5.3. Давать разъяснения по вопросам, касающимся Договора страхования.

10.5.4. Обеспечить конфиденциальность в отношениях со Страхователем, не разглашать полученные им в результате своей профессиональной деятельности сведения о Страхователе, Застрахованном лице и Выгодоприобретателе, а также об имущественном положении этих лиц за исключением случаев, предусмотренных действующим законодательством Российской Федерации.

10.5.5. При наступлении страхового случая произвести страховую выплату в срок, предусмотренный Правилами и Договором страхования.

10.5.6. Контролировать объем, сроки и качество медицинской помощи, оказанной Застрахованному лицу в медицинских организациях, в которых медицинская помощь была организована Страховщиком.

10.5.7. Выдать дубликат Договора страхования в случае его утери Страхователем.

10.5.8. В случае отказа Страхователя – физического лица от Договора страхования в течение 5 (пяти) рабочих дней со дня его заключения при отсутствии в данном периоде событий, имеющих признаки страхового случая Страховщик обязан вернуть страховую премию Страхователю в полном размере, если Страхователь отказался от настоящего Договора до даты возникновения обязательств Страховщика по настоящему Договору (даты начала действия страхования).

Страховая премия возвращается Страхователю в течение 10 (десяти) рабочих дней со дня получения письменного заявления Страхователя об отказе от настоящего Договора. Страховая премия перечисляется Страхователю или выплачивается в кассе Страховщика на основании заявления Страхователя.

Договор страхования считается прекратившим свое действие с даты получения Страховщиком письменного заявления Страхователя об отказе от Договора страхования. Подтверждением направления письменного заявления в срок является дата регистрации Страховщиком заявления Страхователя об отказе от Договора страхования (при обращении Страхователя в офис Страховщика) либо дата почтового штампа отправителя (при направлении Страхователем документов на адрес Страховщика средствами почтовой связи).

10.5.9. Обеспечить обработку персональных данных Застрахованных лиц в соответствии с требованиями Федерального закона от 27.07.2006 №152-ФЗ «О персональных данных», в том числе распространение и передачу персональных данных Страхователя, Застрахованного лица, в целях заключения и исполнения Договора страхования.

10.6. Страховщик имеет право:

10.6.1. Требовать от Страхователя предоставления достоверной информации, необходимой для заключения Договора страхования.

10.6.2. Проверять достоверность данных и информации, сообщаемой Страхователем, Застрахованным лицом (включая сведения, указанные в заявлении/анкете на страхование), любыми доступными способами, не противоречащими законодательству Российской Федерации.

10.6.3. Потребовать признания Договора страхования недействительным, если после заключения Договора страхования будет установлено, что Страхователь сообщил Страховщику заведомо ложные или недостоверные сведения.

10.6.4. Проверять выполнение Страхователем, Застрахованным лицом положений настоящих Правил, Договора страхования и других документов, закрепляющих договорные отношения между Страхователем и Страховщиком, связанных с заключением, исполнением или прекращением этих отношений.

10.6.5. В случае выявления обстоятельств, влекущих увеличение страхового риска, требовать от Страхователя уплаты дополнительной страховой премии соразмерно увеличению страхового риска или изменения условий (в т.ч. сокращения срока действия) Договора страхования.

10.6.6. При расчете страховой премии применять понижающие и повышающие коэффициенты, устанавливать ограничения на размеры страховых сумм и сочетания страховых рисков в Договоре страхования, вводить дополнительные исключения (например, в отношении причин страховых случаев).

10.6.7. Расторгать Договор страхования при не оплате очередного страхового взноса в соответствии с условиями Договора страхования, уведомив об этом Страхователя в письменном виде.

10.6.8. Расторгать досрочно Договор страхования в отношении Застрахованного в случаях его систематической (более 2-х раз подряд) неявки на заранее согласованные с медицинской организацией процедуры, приемы и исследования, необоснованных вызовах скорой медицинской помощи (СМП), нарушениях лечебного режима, невыполнении медицинских предписаний и рекомендаций врачебного персонала.

10.6.9. Организовывать экстренную медицинскую помощь Застрахованным по жизненным показаниям с привлечением муниципальной медицины (скорая медицинская помощь «03»; госпитализация в ближайший стационар и пр.) с дальнейшей организацией перевода по желанию Страхователя (Застрахованного) и при отсутствии медицинских противопоказаний в одно из медицинских учреждений, предусмотренных Договором страхования.

10.6.10. Досрочно расторгать Договор страхования в отношении Застрахованного в случае, если будет установлено, что Застрахованный передал другому лицу страховой полис и/или страховую карточку с целью получения последним услуг по Договору страхования.

10.6.11. По согласованию со Страхователем изменять Программу страхования в случае прекращения взаимоотношений с медицинским учреждением, предусмотренным Договором страхования.

10.6.12. Ознакомиться с медицинской документацией из любых медицинских и иных учреждений для решения вопросов, связанных с реализацией Договора страхования и оплатой расходов за оказанные Застрахованному медицинские услуги.

10.6.13. В случае отказа Страхователя от Договора страхования в течение 5 (пяти) рабочих дней со дня его заключения при отсутствии в данном периоде событий, имеющих признаки страхового случая после даты начала действия страхования Страховщик, при возврате уплаченной страховой премии Страхователю, вправе удержать ее часть пропорционально сроку действия Договора страхования, прошедшему с даты начала действия страхования до даты его прекращения.

10.6.14. Прекратить Договор страхования в случае получения письменного заявления Страхователя об отзыве им своего согласия на обработку Страховщиком и партнерами Страховщика его персональных данных и об отказе продолжать страховые правоотношения со Страховщиком.

10.6.15. Пользоваться иными правами, предоставленными Страховщику законодательством, настоящими Правилами и Договором страхования.

10.7. Права и обязанности сторон по использованию персональных данных:

В отношении Договоров страхования (страховых полисов), заключенных на основании настоящих Правил страхования, обработка Страховщиком персональных данных Страхователей (Застрахованных лиц) осуществляется на основании Федерального закона от 27.07.2006 №152-ФЗ «О персональных данных».

Страхователь, заключивший Договор страхования со Страховщиком на условиях настоящих Правил страхования, подписывая Договор страхования и/или принимая от Страховщика страховой полис, тем самым выражает свое добровольное согласие с тем, что Страховщик в течение срока действия Договора страхования и после его прекращения в течение 25 лет может осуществлять обработку указанных в нем персональных данных физических лиц в целях исполнения Договора страхования, урегулирования убытков по Договору, администрирования Договора, защиты интересов Застрахованных лиц, в статистических и аналитических целях и в целях исполнения требований, установленных нормативными актами Российской Федерации, а также в целях информирования Страхователя и Застрахованных лиц о других страховых продуктах и страховых услугах Страховщика (в целях продвижения Страховщиком своих страховых услуг) в том числе посредством направления уведомлений с применением смс-сообщений, посредством электронной почты и иных средств связи.

Персональные данные Страхователя и Застрахованных лиц включают в себя в том числе: фамилия, имя, отчество, дата рождения, место рождения, адрес места жительства (места пребывания), контактный телефон, паспортные данные, а также данные, содержащиеся в документах, предоставляемых Страхователем в связи с наступлением страховых случаев, другие данные, указанные в заключенном со Страховщиком Договоре страхования (включая неотъемлемые его части – заявление на страхование, приложения и др.), которые могут быть отнесены в соответствии с законодательством Российской Федерации к персональным данным.

Страхователь дает согласие на обработку Страховщиком и представителями Страховщика своих персональных данных, в том числе право осуществлять все действия (операции) с персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, передачу третьим лицам, с которыми у Страховщика имеются Договорные отношения, обезличивание, блокирование, уничтожение, внесение в информационную систему, обработку с использованием средств автоматизации или без использования таких средств. Страховщик вправе обрабатывать персональные данные посредством включения их в электронные базы данных Страховщика. Страховщик может осуществлять обработку персональных данных в течение действия Договора страхования и в течение 25 (двадцати пяти) лет с даты его заключения.

Страховщик и представители Страховщика имеют право во исполнение своих обязательств по Договору страхования передавать персональные данные Страхователя 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.

Согласие Страхователя на обработку персональных данных Страхователя действует в течение 25 лет, если иное не установлено Договором страхования.

В установленных законом случаях, Страхователь (Застрахованное лицо) вправе отозвать свое 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, либо направлен Страховщику в ином порядке, предусмотренном действующим законодательством Российской Федерации, позволяющим достоверно установить дату получения данного заявления Страховщиком. Согласие на обработку персональных данных может быть отозвано субъектом персональных данных полностью или в части информирования о других страховых продуктах и услугах.

В случае полного отзыва субъектом (Страхователем) персональных данных своего согласия на обработку персональных данных действие Договора страхования прекращается. При этом действие Договора страхования прекращается досрочно с даты получения Страховщиком соответствующего заявления об отзыве согласия на обработку персональных данных.

В соответствии с достигнутым соглашением между Страхователем и Страховщиком, порядок отзыва согласия на обработку персональных данных Страхователя (Застрахованного лица) предусматривает, что после получения заявления в порядке, предусмотренном действующим законодательством Российской Федерации об отзыве вышеуказанного согласия на обработку персональных данных, Страховщик обязан прекратить их обработку в течение 6 месяцев с момента получения вышеуказанного заявления об отзыве, но в любом случае не ранее истечения 25 лет с даты окончания срока действия Договора страхования. При этом, в случае рассмотрения в суде или арбитражном суде спора, связанного с исполнением обязательств по Договору страхования, после получения письменного заявления об отзыве вышеуказанного согласия на обработку персональных данных Страховщик обязан прекратить обработку вышеуказанных персональных данных не ранее чем по истечении 25 лет с даты вступления в законную силу соответствующего решения суда (арбитражного суда) по данному делу.

Страхователь несет персональную ответственность за предоставление согласия физических лиц (Застрахованных лиц) на обработку их персональных данных.

Страховщик обязуется обеспечивать сохранность и неразглашение персональных данных Страхователя (Застрахованного лица) в иных целях, чем те, которые предусмотрены настоящим пунктом.

11. СТРАХОВЫЕ ВЫПЛАТЫ. ПОРЯДОК И СРОКИ ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЫ. ПЕРЕЧЕНЬ ОСНОВАНИЙ ДЛЯ ОТКАЗА В СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЕ

11.1. Страховой выплатой по настоящим Правилам является плата за медицинские и иные услуги, оказанные по наступившим страховым случаям Застрахованному лицу, в соответствии с Программой страхования. Страховая выплата определяется стоимостью медицинских и иных услуг, оказываемых Застрахованному лицу в соответствии с условиями Договора страхования, не может превышать установленной для данного Застрахованного лица страховой суммы или лимита выплат, указанных в Договоре страхования.

Для получения медицинских услуг Застрахованное лицо обращается в медицинские учреждения, предусмотренные Договором страхования или непосредственно к Страховщику по телефонам, указанным в страховом полисе и/или сертификате (индивидуальной пластиковой карточке), для получения информации о порядке предоставления медицинской помощи.

11.2. Страховая выплата за оказанные Застрахованному лицу медицинские и иные услуги производится в следующем порядке:

11.2.1. Страховая выплата по Договору страхования осуществляется Страховщиком в виде оплаты стоимости медицинской и иной помощи непосредственно (или через поверенного, агента, комиссионера) в медицинскую организацию (или другому участнику страхования) по их счетам в течение 60 (шестидесяти) календарных дней после получения счета при условии подписания акта выполненных работ, если иное не установлено Договором с медицинской организацией (или другим участником страхования). 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 страхования.

11.2.2. В форме возмещения Страховщиком расходов Страхователя (Застрахованного лица) на оплату медицинских и иных услуг, если такая форма возмещения прямо предусмотрена Договором страхования, либо согласована Страховщиком по конкретному страховому случаю.

В этом случае страховая выплата осуществляется Страховщиком в виде возмещения Застрахованному лицу его личных средств, израсходованных на получение медицинской помощи наличными или перечислением на его расчетный счет.

11.3. Для получения страховой выплаты в соответствии с п. 11.2.2. настоящих Правил Страхователь (Застрахованное лицо) должен в срок не позднее трех месяцев со дня оказания медицинских и иных услуг, (если иной срок не предусмотрен Договором страхования), предоставить Страховщику (перечень предоставляемых документов может быть сокращен Страховщиком в зависимости от конкретного страхового случая):

11.3.1. Оригинал документа, оформленного в соответствии с законодательством страны оказания медицинских услуг (или его копию), подтверждающего 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.

11.3.2. 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.

11.3.3. Для возмещения стоимости оплаченных лекарственных средств - оригиналы или копии рецептов из медицинской организации, в которую Застрахованное лицо обращалось за получением медицинских услуг и врачом которой были назначены лекарственные средства.

11.3.4. Для возмещения стоимости изделий медицинского назначения:

11.3.4.1. При оперативном лечении - оригиналы или копии документов 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.

10.3.4.2. При амбулаторном лечении - оригиналы или копии документов 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.

11.3.4.3. Для возмещения стоимости оплаченных иных услуг - оригиналы или копии документов, подтверждающих 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.

11.3.4.4. Оригиналы документов, подтверждающих 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).

11.3.4.5. Копию паспорта Застрахованного лица, если Застрахованным лицом является несовершеннолетнее лицо дополнительно предоставляется копия паспорта законного представителя Застрахованного лица, подавшего заявление от его имени, и копия свидетельства о рождении Застрахованного лица или копии документов, подтверждающих право действовать в интересах Застрахованного лица.

11.3.4.6. В случае если Застрахованное лицо обращалось за медицинской помощью в зарубежное медицинское учреждение - перевод на русский язык документов, составленных на иностранном языке, выполненный специализированной организацией, осуществляющей деятельность по переводу документов.

11.4. Если имеются основания полагать, что обращение Застрахованного лица за медицинскими и иными услугами вызвано расстройством здоровья Застрахованного лица или состоянием Застрахованного лица, обращение в связи с которыми не является страховым случаем, а документы, предоставленные в соответствии с п. 11.3. настоящих Правил, не содержат информацию, позволяющую однозначно определить, является ли обращение Застрахованного лица за медицинскими и иными услугами страховым случаем согласно Договору страхования, Страховщик вправе с учетом конкретных обстоятельств события для подтверждения факта и причин наступления страхового случая, размера страховой выплаты, в письменной форме запросить следующие документы:

- 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 медицинского учреждения) Застрахованного лица, действительные на момент обращения Застрахованного лица за оказанием медицинских и/или иных услуг, а также за 5 лет, предшествующих страховому случаю или вступлению Договора страхования в силу, из всех медицинских организаций, в которые обращалось Застрахованное лицо;

- документы, подтверждающие получение Застрахованным лицом медицинских и иных услуг;

- документы, подтверждающие диагноз заболевания Застрахованного лица;

- 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 расследования профессионального заболевания по форме 362/У-86;

- 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, акт медико-социальной экспертизы;

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

- акт судебно-медицинского или патологоанатомического исследования;

- акт судебно-химического, химико-токсикологического исследования;

- акт медицинского освидетельствования на состояние опьянения;

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

- постановление об административном правонарушении;

- 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);

- акт о несчастном случае на производстве по форме Н-1;
- справку о дорожно-транспортном происшествии;
- выписку из журнала учета больных и отказов в госпитализации;
- извещение о больном с впервые в жизни установленным диагнозом;
- протокол военно-врачебной комиссии;
- оригиналы и/или копии инструментальных, лабораторных методов исследований (снимки, анализы, гистология);
- результаты профилактических, предварительных, периодических, предменструальных, предрейсовых (послесменных, послерейсовых) и иных медицинских осмотров, результаты диспансеризации;
- справки о нахождении Застрахованного лица на диспансерном учете (с указанием времени, с которого взят на учет и диагноза);
- медицинское свидетельство о смерти (форма 1 06/у-08);
- в Территориальном Фонде обязательного медицинского страхования и/или страховых компаниях, работающих в системе обязательного медицинского страхования - информацию о медицинских услугах, оказанных Застрахованному лицу в системе обязательного медицинского страхования.

11.5. Страховщик вправе принять решение о признании события страховым случаем и о производстве страховой выплаты на основании копий документов, перечисленных в п.п. 11.3., 11.4. настоящих Правил.

11.6. После получения всех необходимых надлежащим образом оформленных документов и сведений (п.п. 11.3. - 11.4. настоящих Правил) Страховщик:

11.6.1. По п. 11.2.1. настоящих Правил осуществляет страховую выплату в медицинскую и/или иную организацию в порядке и в сроки в соответствии с условиями Договора между Страховщиком и медицинской или иной организацией.

11.6.2. По п. 11.2.2. настоящих Правил - рассматривает их в течение 30 (тридцати) рабочих дней с даты получения последнего из документов (если иной срок не предусмотрен Договором страхования). В течение указанного срока Страховщик:

- если случай признан страховым - составляет страховой акт и в течение 15 (пятнадцати) рабочих дней производит страховую выплату Страхователю (Застрахованному лицу) способом, согласованным при подаче заявления на страховую выплату. Конкретный порядок осуществления страховой выплаты указывается в страховом акте.

Стороны могут договориться, что сумма выплаты может быть определена исходя из расчета средней стоимости аналогичных услуг в медицинских организациях, указанных в Программе страхования. Предъявленные к возмещению расходы, не превышающие средней стоимости аналогичных услуг в медицинских организациях, определенных Договором страхования, возмещаются полностью.

Днем выплаты считается дата списания средств со счета Страховщика, (если выплата производится путем перечисления сумм на банковский счет), выдачи наличных денег из кассы Страховщика (если выплата производится наличными денежными средствами) либо дата передачи (перечисления) Страховщиком денежных средств соответствующей организации (службе) для перевода (перечисления) получателю (если выплата производится иным способом по соглашению сторон).

Расходы по зачислению на счет и получению (списанию) со счета получателя подлежащих выплате сумм осуществляется за счет средств получателя.

Перевод подлежащих выплате сумм получателю иным способом, чем перевод на счет получателя в банке, осуществляется за счет средств получателя.

- если случай не признан страховым, принято решение об отказе в осуществлении страховой выплаты или выявлены предусмотренные законом основания для освобождения Страховщика от страховой выплаты - направляет письмом в адрес Страхователя (Застрахованного лица) обоснование принятого решения.

Решение об отказе в страховой выплате принимается Страховщиком и сообщается Страхователю в письменной или устной форме в течение 15 (пятнадцати) рабочих дней с даты получения документов на выплату с мотивированным обоснованием причин отказа.

11.7. Страховщик освобождается от страховой выплаты, если страховой случай наступил вследствие умысла Страхователя, Застрахованного лица.

При этом к умышленным действиям приравниваются совершенные действия (бездействие), при которых возможное наступление убытка ожидается с достаточно большой вероятностью и сознательно допускается лицом, ответственным за такие действия.

11.8. Если Договором страхования не предусмотрено иное, Страховщик освобождается от страховой выплаты, если страховой случай наступил вследствие:

- военных действий, а также маневров или иных военных мероприятий;
- гражданской войны, народных волнений всякого рода или забастовок;
- воздействия ядерного взрыва, радиации или радиоактивного заражения, либо сочетания радиационного воздействия с токсическими, взрывными или иными опасными воздействиями.

11.9. Страховщик освобождается от возмещения убытков, возникших вследствие того, что Страхователь умышленно не принял разумных и доступных ему мер, чтобы уменьшить возможные убытки.

11.10. Страховщик имеет право отказать в страховой выплате:

11.10.1. В случае если расходы, возникли по окончании срока действия Договора страхования, за исключением расходов, связанных с экстренной госпитализацией Застрахованного, начавшейся в течение срока действия Договора страхования, но не более чем за 14 календарных дней после его окончания.

11.10.2. Если расходы связаны с повторным выполнением исследований для плановой госпитализации, не состоявшейся по инициативе Застрахованного лица.

11.10.3. В случае нарушения Застрахованным лицом сроков, предусмотренных Договором страхования, для предоставления Страховщику заявления на страховое возмещение его личных средств, затраченных на приобретение медицинской помощи, предусмотренной Программой страхования, если не будет доказано, что Страховщик своевременно узнал о наступлении страхового случая, либо, что отсутствие у Страховщика сведений об этом не могло сказаться на его обязанности выплатить страховое возмещение.

11.10.4. В случае если обращение в медицинскую организацию, не предусмотренную Программой страхования, не было согласовано со Страховщиком, или информирование Страховщика о таком обращении было осуществлено в процессе получения медицинской помощи, если Договором страхования не предусмотрено иное.

11.10.5. В других случаях, предусмотренных Гражданским кодексом Российской Федерации, Договором (Программой) страхования.

11.11. Во всех случаях Страховщик не несет ответственности при изменении по желанию Застрахованного (вопреки рекомендациям врача) медицинских технологий, используемых при лечении, как основного заболевания, так и его осложнений.

11.12. Страховщик не оплачивает расходы на медицинские и иные услуги, оказанные Застрахованному лицу если:

- Застрахованным лицом не выполнялись предписания лечащего врача или нарушался определенный лечащим врачом больничный режим;
- медицинские услуги оказаны Застрахованному лицу в медицинских учреждениях, не предусмотренных Договором страхования и не согласованных со Страховщиком;
- медицинские услуги, не предусмотрены Договором страхования;
- данные расходы возникли по окончании срока действия Договора страхования, за исключением расходов, связанных с экстренной госпитализацией Застрахованного, начавшейся в течение срока действия Договора страхования;
- данные расходы связаны с повторным выполнением исследований для плановой госпитализации, не состоявшейся по инициативе Застрахованного;
- это расходы по плановой госпитализации Застрахованного лица, начиная с 1-го дня после даты окончания действия Договора страхования.

11.13. Если это предусмотрено Договором (Программой) добровольного медицинского страхования, Страховщик вправе производить страховые выплаты за следующие виды услуг:

11.13.1. За простые, сложные, комплексные медицинские услуги.

11.13.2. За сервисные услуги, связанные с организацией медицинской помощи, транспортировкой, эвакуацией, репатриацией, а так же с предоставлением самих медицинских услуг.

11.13.3. За лекарственные средства и расходные материалы, приобретаемые в фармацевтических организациях по назначению врача, а также полученные в лечебном учреждении, стоимость которых является отдельной медицинской услугой.

11.13.4. За койко-день при стационарном, стационарозамещающем, реабилитационно-восстановительном лечении, в стоимость которого могут входить отдельные медицинские услуги и иные услуги.

11.13.5. За услуги по профилактическому/диспансерному наблюдению Застрахованных в течение срока действия Договора страхования с целью своевременного выявления и профилактики различных заболеваний, в том числе профессиональных заболеваний.

11.13.6. По подушевому нормативу за комплексное непрерывное и продолжительное медицинское обслуживание, предоставляемое медицинским учреждением Застрахованному в течение определенного периода времени.

11.14. Страховая выплата по Договорам страхования производится в валюте Российской Федерации. Если страховая сумма в Договоре страхования установлена в валютном эквиваленте, то при определении размера страховой выплаты применяется курс Центрального Банка Российской Федерации на день выплаты страхового возмещения, но не более курса Центрального Банка Российской Федерации на дату заключения Договора страхования.

12. ПОРЯДОК РАЗРЕШЕНИЯ СПОРОВ

12.1. Споры, вытекающие из Договора страхования, рассматриваются в порядке, предусмотренном действующим законодательством Российской Федерации, если иное не предусмотрено Договором.

**БАЗОВЫЕ ТАРИФЫ
ПО ДОБРОВОЛЬНОМУ МЕДИЦИНСКОМУ СТРАХОВАНИЮ**

(в % к страховой сумме, срок страхования – один год)

	Программа страхования	Тариф
1.	Амбулаторно-поликлиническая помощь	2,15
2.	Скорая и неотложная медицинская помощь	0,82
3.	Стационарная помощь	2,77
4.	Стоматология	6,87
5.	Лекарственное обеспечение	16,64
6.	Ведение беременности и родовспоможение	28,66
7.	Предоставление медицинских услуг при клещевом энцефалите	1,49
8.	Предоставление медицинских услуг по поводу инфекционных заболеваний:	
	амбулаторная помощь	20,23
	стационарное лечение	23,14
9.	Профилактика и/или лечение заболеваний	
	- амбулаторно-поликлиническая помощь	18,08
	- стационарная помощь	22,14
	- лекарственное обеспечение	16,83
10.	Репатриация	0,76

Базовые тарифы указаны при условии установления отдельных страховых сумм по каждой Программе. В случае установления единой (общей) страховой суммы по всем Программам тарифы складываются. В случае установления страховой суммы по части Программы, тарифы по соответствующим Программам умножаются на поправочный коэффициент 0.25 – 1.0.

Страховщик имеет право применять к базовым тарифным ставкам повышающий или понижающий коэффициенты исходя из обстоятельств, влияющих на степень страхового риска, указанные ниже. При наличии нескольких факторов риска страховой тариф последовательно умножается на все повышающие коэффициенты.

Страховщик применяет следующие поправочные коэффициенты, связанные со степенью страхового риска:

В зависимости от пола и возраста Застрахованного лица Страховщик может применять к базовой тарифной ставке повышающие и понижающие коэффициенты от 0.5 до 5.0.

В зависимости от объема предоставляемого покрытия Страховщик может применять к базовой тарифной ставке повышающие и понижающие коэффициенты от 0.01 до 28.0.

В зависимости от размера страховой суммы Страховщик может применять к базовой тарифной ставке повышающие и понижающие коэффициенты от 0.1 до 5.0.

В зависимости от общего количества лиц, принимаемых на страхование, Страховщик может применять к базовой тарифной ставке повышающие коэффициенты от 0.45 до 1.0.

В зависимости от ценовой категории медицинского учреждения Страховщик может применять к базовой тарифной ставке повышающие и понижающие коэффициенты от 0.2 до 4.0.

В зависимости от общего состояния здоровья Застрахованного лица Страховщик может применять к базовой тарифной ставке повышающие и понижающие коэффициенты от 0.1 до 99.

В зависимости от количества хронических заболеваний (при их наличии у Застрахованного лица) Страховщик может применять к базовой тарифной ставке повышающие коэффициенты от 1.0 до 5.0.

В зависимости от тяжести хронических заболеваний (при их наличии у Застрахованного лица) Страховщик может применять к базовой тарифной ставке повышающие коэффициенты от 1.0 до 3.0.

В зависимости от сложившейся убыточности по портфелю за предыдущий период страхования Страховщик может применять к базовой тарифной ставке повышающие и понижающие коэффициенты от 0.1 до 2.0.

В зависимости от набора рисков и выбранного типа и размера франшизы Страховщик может применять к базовой тарифной ставке понижающие коэффициенты от 0.05 до 1.0.

В зависимости от рода занятий и увлечений Застрахованного лица Страховщик может применять к базовой тарифной ставке повышающие и понижающие коэффициенты от 0.75 до 1.5.

В зависимости от общей численности коллектива, принимаемого на страхование Страховщик, может применять к базовой тарифной ставке повышающие и понижающие коэффициенты от 0.45 до 1.0.

В зависимости от субъективных факторов риска и, исходя из экспертно определенной величины страхового риска, определенной на основании совокупности данных, представленных в заявлении на страхование, а также результатов предварительного медицинского обследования, Страховщик может применять к базовой тарифной ставке повышающие и понижающие коэффициенты от 0.5 до 3.5.

В зависимости от списка исключений из программы страхования Страховщик может применять к базовой тарифной ставке понижающие коэффициенты от 0.3 до 1.0.

При уплате страховой премии в рассрочку, в зависимости от количества и сроков уплаты ее частей (базовые тарифные ставки рассчитаны при условии единовременной уплаты страховой премии), Страховщик может применять к базовой тарифной ставке повышающие коэффициенты от 1.0 до 1.2.

При включении в число страховых рисков и страховых случаев по Договору страхования событий, перечисленных в п. 2.5., 2.6. Правил страхования Страховщик может применять к базовой тарифной ставке повышающие коэффициенты от 1.0 до 5.0.

При заключении Договора страхования в отношении лица, имеющего заболевания, перечисленные в п. 1.10. Правил страхования Страховщик может применять к базовой тарифной ставке повышающие коэффициенты от 1.1 до 5.0.

При установлении кратности предоставления услуг по Договору страхования Страховщик может применять к базовой тарифной ставке повышающие и понижающие коэффициенты от 0.6 до 2.5.

При установлении лимитов страховой ответственности (страховых выплат) по Договору страхования Страховщик может применять к базовой тарифной ставке понижающие коэффициенты от 0.02 до 1.0.

В случае если результирующая тарифная ставка превышает 100%, то считается, что страховой риск не обладает признаками случайности его наступления и договор страхования в отношении данного риска не заключается.

Страховщик вправе использовать иные поправочные коэффициенты страхового риска в зависимости от индивидуального риска, иных обстоятельств, имеющих существенное значение для определения вероятности наступления страхового случая и размера возможных убытков от его наступления (страхового риска) в размере от 0.01 до 9.0.

ПРОГРАММА СТРАХОВАНИЯ № 1
ПО ДОБРОВОЛЬНОМУ МЕДИЦИНСКОМУ СТРАХОВАНИЮ
«Амбулаторно – поликлиническая помощь»

Медицинская Программа включает:

– консультации, назначение обследования и лечения врачей-специалистов в поликлинике: терапевт, хирург, невролог, кардиолог, пульмонолог, ревматолог, уролог, маммолог, геронтолог, гинеколог (только в отношении заболеваний, не связанных с беременностью и её осложнениями, при установлении беременности – до 8-ми недель), гастроэнтеролог, отоларинголог, офтальмолог, психиатр, инфекционист, врач мануальной терапии, травматолог-ортопед, дерматовенеролог, врач ЛФК и спортивной медицины, физиотерапевт, онколог, трансфузиолог, колопроктолог, эндокринолог, флеболог, врач функциональной диагностики, врач УЗИ – диагностики, стоматолог-хирург, стоматолог-терапевт, рефлексотерапевт, иммунолог-аллерголог, онколог (до постановки диагноза) и др. специалистов.

– Хирургические и инвазивные процедуры, выполняемые в амбулаторных условиях (по медицинским показаниям), в том числе ПХО ран, удаление вросшего ногтя, удаление кожных образований, вскрытие и дренирование абсцессов, внутрисуставные инъекции, биопсия под УЗ контролем.

- Общие манипуляции и процедуры.
- Эндоскопические исследования.
- Общие клинические лабораторные исследования.
- Биохимические лабораторные исследования.
- Микробиологические (бактериологические) лабораторные исследования.
- Иммунологические лабораторные исследования, в том числе АТ к ТГ и ТПО.
- Гистологические исследования.
- Цитологические исследования.
- Гормональные исследования.
- Вирусологические исследования.
- Рентгенологические исследования.
- Ультразвуковые диагностические исследования.
- УЗДГ и дуплексное сканирование сосудов головы и шеи.
- Электронейромиография.
- Функциональная диагностика (функция внешнего дыхания, ЭКГ, Эхо-КГ, Холтеровское мониторирование ЭКГ, суточное мониторирование артериального давления, электроэнцефалография и др.).

– Компьютерная томография и магнитно-резонансная томография (включая МР-ангиографию).

– Сложные хирургические вмешательства, лазерные операции.

– Восстановительное лечение и реабилитация в условиях поликлиники по медицинским показаниям.

- Физиотерапия, в том числе с применением медицинского лазера.
- ЛФК, массаж.
- Классическая рефлексотерапия.
- Мануальная терапия.
- Вызов врача - терапевта на дом из поликлиники, в которой Застрахованный получает медицинское обслуживание по Программе «Амбулаторно – поликлиническая помощь» в случае, если Застрахованный по состоянию здоровья не может лично обратиться в поликлинику.
- Организация и контроль медицинской помощи, предоставляемой в медицинском учреждении.
- Предгоспитализационное обследование.
- Консультации и/или лечение в период развития острых и обострения хронических заболеваний на дому, на работе, или в медицинском учреждении.
- Ведение медицинской документации, выдачу листов нетрудоспособности и медицинских справок, а также выписывание рецептов на приобретение лекарственных препаратов, за исключением льготных.
- Направление на консультации специалистов и диагностические исследования.
- Предоставление консультаций врачом по телефону.

– Дистанционные консультации с использованием онлайн-сервиса, проводимые врачами – консультантами медицинских организаций, осуществляющих медицинскую деятельность в соответствии с законодательством Российской Федерации (перечень которых опубликован на сайте Страховщика или указан в Договоре страхования), а именно:

- а) срочные консультации дежурного врача терапевта/педиатра/врача общей практики, находящегося в данный момент в системе онлайн после поступления соответствующего запроса;
- б) плановые онлайн консультации врача терапевта/педиатра/врача общей практики по предварительной записи;
- в) плановые онлайн консультации врачей профильных специальностей по рекомендации врача терапевта/педиатра/врача общей практики и предварительной записи;
- г) онлайн консультации с врачами консультантами профильных специальностей по ранее поставленному диагнозу (услуга «Второе мнение»);
- е) предоставление письменного заключения с рекомендациями по результатам онлайн консультации.

Телемедицина – комплекс организационных и технологических мероприятий, обеспечивающих функционирование системы предоставления дистанционной консультативно-диагностической медицинской услуги, при которой пациент получает дистанционную консультацию врача-специалиста, используя современные информационно-коммуникационные технологии. Консультация может проходить в видео и аудио формате с дополнительным текстовым функционалом.

– Сервисные услуги по организации медицинской помощи:

- а) услуги сервиса «Личный кабинет» Застрахованного, где сохраняется история обращений по Застрахованному лицу и письменные рекомендации врачей по результатам проведенных онлайн консультаций в рамках Программы.

Порядок предоставления дистанционных консультаций с использованием онлайн сервиса:

– Услуга состоит в предоставлении Застрахованному лицу врачом устных или письменных медицинских консультаций, носящих рекомендательный характер (без постановки диагноза), дистанционно с использованием сервиса в режиме реального времени (онлайн).

– Услуги оказываются в форме срочной консультации дежурного врача (терапевта/педиатра/врача общей практики) и консультации по предварительной записи врача-консультанта (терапевта/педиатра/врача общей практики или врачей профильных специальностей). Услуги оказываются врачами добросовестно с соблюдением норм действующего законодательства и с учетом специфики оказания услуг дистанционным способом.

– Услуги в форме срочной консультации оказываются Застрахованному лицу дежурным врачом. Услуги в форме консультации по записи – врачом-консультантом - в заранее указанное при записи время.

– Застрахованному предоставляются медицинские консультации по всем вопросам, за исключением:

- а) вопросов, по которым врач не может сформировать свое профессиональное мнение ввиду технической невозможности произвести осмотр и иные манипуляции дистанционным способом;
- б) вопросов, для которых необходимо получение дополнительной информации (результатов осмотров, анализов и пр.) при ее отсутствии.

– Застрахованное лицо (либо его представитель) до оказания услуги или во время ее оказания, предоставляет врачу информацию об установленных диагнозах, перенесенных заболеваниях, известных ему аллергических реакциях, противопоказаниях, пересылает врачу скан-копии необходимых документов через «Личный кабинет».

– При оказании услуг, в том числе при установлении необходимости проведения очных консультаций, диагностических обследований, врач информирует Застрахованного (либо его представителя) о специалистах, к которым следует обратиться для постановки /подтверждения /уточнения диагноза, о рекомендуемых методах диагностики, лечения, связанных с ними рисках, их последствиях и ожидаемых результатах и предоставляет иную подобную информацию.

– Связь Застрахованного лица (либо его представителя) с дежурным врачом при срочной консультации осуществляется следующим образом:

- а) Застрахованное лицо (либо его представитель) отправляет запрос на оказание услуги с использованием сервиса через «Личный кабинет» либо путем набора многоканального номера;
- б) свободный дежурный врач, находящийся в данный момент в системе (онлайн), связывается с Застрахованным лицом (либо его представителем) с использованием сервиса либо путем совершения звонка на номер мобильного телефона Застрахованного лица (либо его представителя), указанного при регистрации на сайте;

с) происходит соединение дежурного врача с Застрахованным лицом (либо его представителем), и начинается оказание услуг;

д) в случае если в момент, когда дежурный врач пытается связаться с Застрахованным лицом (либо его представителем), а Застрахованного лица (либо его представителя) уже нет в системе (онлайн), и дежурный врач-консультант не смог дозвониться по телефону, указанному при регистрации на сайте, дежурный врач-консультант пытается связаться с Застрахованным лицом (либо его представителем) посредством возможностей сервиса, в том числе путем отслеживания присутствия Застрахованного лица (либо его представителя) в системе сервиса. Система сервиса отслеживает момент входа Застрахованного лица (либо его представителя) в систему и оповещает дежурных врачей, которые хотят связаться с Застрахованным лицом (либо его представителем), о возможности проведения консультации. При получении оповещения свободный дежурный Врач незамедлительно связывается с Застрахованным лицом (либо его представителем).

- связь Застрахованного лица (либо его представителя) с врачом-консультантом (специалистом) при консультации по записи осуществляется следующим образом:

а) Застрахованное лицо (либо его представитель) отправляет запрос на оказание услуг с использованием сервиса через «Личный кабинет» либо отправляет запрос путем набора многоканального номера и ожидает ответа дежурного консультанта. Застрахованное лицо (либо его представитель) может самостоятельно выбрать врача-консультанта (специалиста) из списка и зарезервировать время в графике, если это предусмотрено Программой добровольного медицинского страхования;

б) дежурный консультант, находящийся в данный момент в системе (онлайн), связывается с Застрахованным лицом (либо его представителем) с использованием сервиса либо путем совершения звонка на номер мобильного телефона, указанного при регистрации на сайте, выбирает врача из списка, в том числе по указанию Застрахованного лица (либо его представителя), резервирует время врача-консультанта (специалиста);

с) врач-консультант связывается с Застрахованным лицом (либо его представителем) с использованием сервиса либо путем совершения звонка на номер мобильного телефона, указанного при регистрации на сайте, в зарезервированное время;

д) происходит соединение врача-консультанта с Застрахованным лицом (либо его представителем), и начинается оказание услуг;

е) В случае если в указанное Застрахованным лицом (либо его представителем) время консультации врач пытается связаться с Застрахованным лицом (либо его представителем) и Застрахованного лица (либо его представителя) нет в системе (онлайн), и врач-консультант не смог дозвониться по телефону, указанному при регистрации на сайте, врач-консультант и сервис пытаются связаться с Застрахованным лицом (либо его представителем) в течение зарезервированного времени консультации посредством возможностей сервиса, в том числе путем отслеживания присутствия Застрахованного лица (либо его представителя) в системе сервиса. Система сервиса отслеживает момент входа Застрахованного лица (либо его представителя) в систему и оповещает врачей-консультантов, которые имеют возможность связаться с Застрахованным лицом (либо его представителем) для проведения консультации. При получении оповещения врач-консультант (специалист) незамедлительно связывается с Застрахованным лицом (либо его представителем).

- По итогам оказания услуги врачом составляется письменная рекомендация (заключение) для Застрахованного лица, которая размещается и хранится в «Личном кабинете».

ПРОГРАММА СТРАХОВАНИЯ № 2
ПО ДОБРОВОЛЬНОМУ МЕДИЦИНСКОМУ СТРАХОВАНИЮ
«Стоматологическая помощь»

Медицинская Программа включает:

- Приемы, консультации стоматолога-терапевта, стоматолога-хирурга, пародонтолога.
- Местная анестезия (инфильтрационная, аппликационная, проводниковая).
- Радиовизиография, дентальные рентгеновские снимки.
- Лечение кариеса с наложением изолирующей прокладки и пломбы из композитов светового отверждения не более 24 зубов за период страхования.
- Лечение пульпита с наложением девитализирующих паст, механической, медикаментозной обработкой и пломбированием каналов.
- Лечение периодонтита с распломбировкой, механической и медикаментозной обработкой каналов, пломбировкой с применением антисептиков и остеотропных препаратов.
- Лечение некариозных поражений твердых тканей зуба (клиновидные дефекты, флюороз, гипоплазия эмали) с пломбированием композитами светового отверждения не более 24 зубов за период страхования.
- Восстановление коронковой части зуба, при разрушении ее менее 1/2 с использованием анкерных штифтов и гуттаперчевых штифтов.
- Экстракция зубов, включая сложные удаления.
- Терапевтические методы лечения тканей пародонта I-II ст.
- Вскрытие поднадкостничных абсцессов.
- Лечение воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области.
- Лечение доброкачественных новообразований челюстно-лицевой области, включая резекцию верхушки, цистэктомию с гистологическим исследованием и ретроградной пломбировкой.
- Снятие зубных отложений (1раз за период страхования).
- Снятие зубных камней (1раз за период страхования).
- Покрытие зубов фторсодержащими лаками(1раз за период страхования).
- Лечебные манипуляции на зубах, покрытых ортопедическими и ортодонтическими конструкциями.
- Физиотерапия – 10 процедур за период страхования.

ПРОГРАММА СТРАХОВАНИЯ № 3
ПО ДОБРОВОЛЬНОМУ МЕДИЦИНСКОМУ СТРАХОВАНИЮ
«Стационарная помощь»

Медицинская Программа включает стационарную помощь по экстренным и/или плановым показаниям в том числе, включая медикаментозное лечение (без ограничения количества госпитализаций и срока пребывания в стационаре):

- Консультации и/или лечение в медицинском учреждении специалистами всех профилей (терапевт, хирург, невропатолог, отоларинголог, офтальмолог, дерматолог, окулист, эндокринолог, травматолог, гинеколог, стоматолог, уролог, кардиолог, инфекционист и др. согласно штатного расписания).

- Диагностические лабораторные исследования, (общеклинические методы исследования, биохимические исследования, вирусологические исследования, цитологические исследования и др.).

- Инструментальные исследования (лучевая диагностика, включая компьютерную томографию; ультразвуковая диагностика; функциональная диагностика; эндоскопическая диагностика).

- Хирургическое и/или консервативное лечение, проводимое в соответствии с принятыми медицинскими стандартами, включая использование операционной и послеоперационных палат, перевязки, туалет ран, инъекции и лечебные манипуляции т.д.

- Восстановительное лечение, реабилитация в условиях медицинского учреждения по медицинским показаниям, в том числе: физиотерапевтические процедуры по назначению врача, ЛФК, массаж, мануальная терапия, иглорефлексотерапия, ГБО, лазеротерапия, бальнеотерапия, гирудотерапия, фитотерапия и др.

- Пребывание в 2-х, 3-х местных палатах, палатах повышенной комфортности (1 местные, полулюкс, люкс) питание, уход медицинского персонала.

- Оформление листков временной нетрудоспособности, рецептов (кроме льготных), справок.

- Оказание реабилитационно-восстановительного лечения в условиях стационара, санатория, загородного стационара и лечебно-профилактических учреждениях санаторно-курортного типа, включающее приемы и консультации специалистов, диагностические и лечебные манипуляции и процедуры, лабораторные и инструментальные исследования, медикаментозную терапию, бальнеотерапию, водолечение, грязелечение, климатотерапию, озонотерапию, гирудотерапию, физиотерапию и т.д., лечебную физкультуру и двигательные режимы.

Услуги по Программе оказываются в связи с направлением Застрахованного лица врачом на санаторно-курортное лечение по медицинским показаниям.

ПРОГРАММА СТРАХОВАНИЯ № 4
ПО ДОБРОВОЛЬНОМУ МЕДИЦИНСКОМУ СТРАХОВАНИЮ
«Скорая и неотложная медицинская помощь»

Медицинская Программа включает:

- Выезд бригады «Скорой помощи» или «Неотложной помощи».
- Купирование неотложного состояния.
- Лечебные и диагностические процедуры, определяемые оснащением автомобиля «Скорой помощи» или автомобилем «Неотложной помощи».
- Транспортировку медицинским транспортом с места заболевания в медицинское учреждение и/или медицинское сопровождение при транспортировке в состояниях, угрожающих жизни и здоровью Застрахованного лица.

ПРОГРАММА СТРАХОВАНИЯ № 5
ПО ДОБРОВОЛЬНОМУ МЕДИЦИНСКОМУ СТРАХОВАНИЮ
«Лекарственное обеспечение»

Медицинская Программа включает предоставление Застрахованному лекарственных средств и изделий медицинского назначения в фармацевтических (и иных) организациях, с которыми Страховщик имеет соответствующие Договорные отношения и/или (если это предусмотрено Договором страхования) возмещает Застрахованному полностью или частично его личные средства, затраченные на самостоятельное приобретение лекарственных средств и изделий медицинского назначения, предписанных врачом медицинского учреждения, предусмотренного Договором страхования и/или иного лечебного учреждения, если это согласовано со Страховщиком.

Страховым случаем является обращение Застрахованного в течение срока действия Договора страхования за лекарственным обеспечением (лекарственными препаратами и (или) изделиями медицинского назначения), рекомендованными к применению лечащим врачом медицинского учреждения, предусмотренного Договором страхования и/или согласованного Страховщиком.

Программа «Лекарственное обеспечение» предусматривает предоставление Застрахованным лекарственных препаратов следующих клинико-фармацевтических групп, необходимых для проведения амбулаторно-поликлинического лечения:

- Сердечно-сосудистые средства.
- Диуретики и препараты с диуретическим эффектом.
- Средства, применяемые в неврологии.
- Анальгетики.
- Противовоспалительные средства.
- Антибиотики.
- Противомикробные средства.
- Противовирусные средства.
- Противопротозойные средства.
- Противопаразитарные средства.
- Противогрибковые средства.
- Средства, применяемые в гастроэнтерологии и гепатологии.
- Противоаллергические средства.
- Бронхо-легочные средства.
- Препараты половых гормонов и препараты - антагонисты половых гормонов.
- Анаболические стероиды. Гормоны гипофиза и их аналоги.
- Кортикотропины, гонадотропины и препараты, влияющие на продукцию гормонов.
- Средства, влияющие на различные виды обмена.
- Средства для лечения заболеваний щитовидной железы.
- Средства, влияющие на гемопоэз, гемостаз, гомеостаз.
- Витамины и их аналоги, поливитамины, микроэлементы для системного применения.
- Средства, влияющие на иммунитет.
- Препараты иммуноглобулинов.
- Средства, влияющие на тонус и сократительную активность миометрия.
- Средства, применяемые в гинекологии.
- Средства, применяемые в оториноларингологии.
- Средства, применяемые в стоматологии.
- Средства, применяемые в офтальмологии.
- Средства, применяемые в проктологии.
- Средства, применяемые в урологии.
- Средства для наружного применения.
- Средства, применяемые в дерматологии.
- Средства с дезинфицирующим и антисептическим действием.

В Программу ДМС №5 «Лекарственное обеспечение» не входит:

– Медикаментозное лечение, связанное с беременностью, родами, послеродовыми заболеваниями и осложнениями (при отсутствии у Застрахованного Программы страхования №6 «Ведение беременности и родовспоможение»).

- Медикаментозное лечение с применением:
 - а) гомеопатических средств;

b) вакцин у детей (вне национального календарного плана прививок) и взрослых с целью профилактических прививок (за исключением предусмотренных Программой страхования);

c) питательных смесей и корректирующих (биологических активных) добавок к питанию;

d) средств контрацепции всех видов;

e) средств для коррекции половой функции у мужчин;

f) средств диагностики, включая аппараты для измерения артериального давления;

g) медицинских изделий и предметов по уходу за больными (кроме шприцов и перевязочного материала);

h) косметических и гигиенических средств, в т.ч. зубных паст;

i) средств медицинской реабилитации.

- Медикаментозное лечение, которое будет использоваться при лечении Застрахованного в стационаре.

- Медикаментозное лечение, необходимость которого не подтверждена рецептом врача учреждения здравоохранения, предусмотренного Договором страхования и/или согласованного Страховщиком.

ПРОГРАММА СТРАХОВАНИЯ № 6
ПО ДОБРОВОЛЬНОМУ МЕДИЦИНСКОМУ СТРАХОВАНИЮ
«Ведение беременности и родовспоможение»

Данная Программа предоставляется при страховании женщин фертильного возраста. Страховым случаем является обращение застрахованной женщины за медицинской помощью в период и по поводу беременности или осложнений беременности, а также начавшейся родовой деятельности.

Медицинская Программа включает:

- Амбулаторно-поликлиническую специализированную помощь в медицинском учреждении, определенном Договором страхования, включая стоматологию, вызов врача на дом при наличии Программы поликлинического обслуживания в полном объеме.

- Наблюдение и лечение акушером – гинекологом.

- Консультации врачей-специалистов: терапевта, отоларинголога, офтальмолога, нефролога, психоневролога, врача ЛФК.

- Ультразвуковые исследования в течение беременности.

- Лабораторную диагностику.

- Инструментальную диагностику.

- Госпитализацию и лечение в акушерско-гинекологическом отделении стационара при возникновении осложнений беременности.

- Пребывание на койке в родильном доме (включая питание и лекарственное обеспечение).

- Экстренную госпитализацию при начале родовой деятельности или преждевременном отхождении околоплодных вод.

- Ведение родов специализированной бригадой (акушер-гинеколог, анестезиолог, при необходимости проведения анестезии, неонатолог, акушерка).

- Обезболивание.

- Хирургические и акушерско-гинекологические операции по медицинским показаниям.

- Послеродовое наблюдение матери и ребенка в течение срока, определенного медицинскими показаниями.

- Послеродовое наблюдение матери и ребенка в течение срока, определенного медицинскими показаниями.

- Пребывание на койке в родильном доме (включая питание и лекарственное обеспечение) более 5 суток в связи с возникшими осложнениями родов.

- Хирургические и акушерско-гинекологические операции по поводу осложнений беременности и родов.

Медицинская помощь оказывается в условиях амбулаторно-поликлинических и, по показаниям, стационарных акушерско-гинекологических учреждений.

ПРОГРАММА СТРАХОВАНИЯ № 7
ПО ДОБРОВОЛЬНОМУ МЕДИЦИНСКОМУ СТРАХОВАНИЮ
«Предоставление медицинских услуг при клещевом энцефалите»

Страховым случаем по настоящей Медицинской Программе является обращение Застрахованного в течение срока страхования в медицинское учреждение из числа предусмотренных Договором страхования, а так же в медицинское учреждение, не предусмотренное Договором страхования, обращение в которое согласовано и /или организовано Страховщиком за получением специализированной медицинской помощи:

- При укусе клеща - не позже, чем в течение 48 часов после укуса.
- При подозрении на заболевание клещевым энцефалитом и клещевым системным боррелиозом после введения противоклещевого иммуноглобулина и антибиотиков по определенной схеме в течение 48 часов после укуса.

Услуги по Программе включают специализированную медицинскую помощь при укусе клеща, альтернативную консультативную; стационарную помощь при заболевании.

В Программу входит следующий комплекс медицинских услуг:

- Первичный медицинский осмотр и удаление присосавшегося клеща в пункте серопрфилактики; исследование клеща на наличие в нем вируса клещевого энцефалита и возбудителя клещевого системного боррелиоза. В течение первых двух суток присасывания клеща профилактическое одноразовое введение:

- a) иммуноглобулина;
- b) антибиотика по определенной схеме.

- Диагностическое исследование на вирусемию крови человека:
 - a) 1-ая проба крови в день обращения за медицинской помощью (исследование крови в двух фракциях – ИФА, РНГА);
 - b) 2-ая проба крови через 15 дней после присасывания клеща (наличие антител к боррелиям).
- При необходимости - консультация квалифицированного специалиста в период от укуса клеща до возможного заболевания.

- Стационарное лечение в случае заболевания:

- a) срочная госпитализация в специализированное отделение по направлению врача консультанта;
- b) проведение лабораторных диагностических тестов в динамики развития заболеваний (клещевой энцефалит, клещевой системный боррелиоз, микстинфекции: клещевой энцефалит – болезнь Лайма);
- c) при необходимости дополнительная консультативная помощь ведущих специалистов;
- d) гарантированное оказание медицинской и медикаментозной помощи в пункте серопрфилактики и при лечении в клинике.

Медицинская помощь оказывается в условиях амбулаторно-поликлинических, в пункте серопрфилактики и, по показаниям, в профильных отделениях стационара.

**ПРОГРАММА СТРАХОВАНИЯ № 8
ПО ДОБРОВОЛЬНОМУ МЕДИЦИНСКОМУ СТРАХОВАНИЮ
«Предоставление медицинских услуг по поводу инфекционных заболеваний»**

Страховыми случаями являются обращение Застрахованного лица в медицинское учреждение предусмотренное Договором страхования, а так же в медицинское учреждение, не предусмотренное Договором страхования, обращение в которое согласовано и /или организовано Страховщиком за получением специализированной медицинской помощи при возникновении у него признаков инфекционного заболевания или последствий этого инфекционного заболевания.

Настоящая Программа включает следующие виды медицинской помощи:

- Амбулаторная помощь (гарантированное оказание медицинской и медикаментозной помощи в пункте серопрфилактики и в медицинских учреждениях - консультации, лабораторные исследования, медицинские и профилактические процедуры, инъекции по медицинским показаниям).

- Стационарное лечение в случае заболевания:

а) срочная госпитализация в специализированное отделение по направлению врача консультанта;

б) оказание медицинской помощи при госпитализации в стационаре с обеспечением необходимыми для лечения лекарственными препаратами;

с) проведение лабораторных диагностических тестов;

д) при необходимости дополнительная консультативная помощь ведущих специалистов.

Медицинская помощь оказывается в условиях амбулаторно-поликлинических медицинских учреждениях, в пункте серопрфилактики и, по показаниям, в профильных отделениях стационара.

Застрахованный, при возникновении у него признаков инфекционного заболевания (его последствий), указанного в Договоре страхования (страховом полисе), вправе обратиться за медицинской помощью в любое медицинское учреждение, имеющее лицензию на оказание медицинской помощи инфекционным больным. Застрахованный обязан до начала обращения сообщить Страховщику название медицинского учреждения и получить согласование выбора ЛПУ у Страховщика. Страховщик, при предъявлении ему документов, подтверждающих установление Застрахованному диагноза инфекционного заболевания (его последствий) с перечнем полученных Застрахованным медицинских услуг и документов возмещает медицинские расходы, входящие в настоящую Программу.

Страховщику предоставляются следующие документы:

- Заявление в установленной Страховщиком форме.

- Договор страхования.

- Документ, удостоверяющий личность.

- Выписка из амбулаторной карты и истории болезни.

- Счет, счет-фактура и акт выполненных работ ЛПУ или кассовые чеки с Договором на оказание медицинских услуг и рецепты за подписью лечащего врача в случае необходимости.

При необходимости Страховщик вправе запрашивать сведения, связанные со страховым случаем, у организаций (медицинских учреждений, экспертных медицинских комиссий и т.д.), располагающих информацией о страховом случае, а также самостоятельно выяснять причины и обстоятельства страхового случая.

По всем вопросам, не предусмотренным данной Программой, действуют Правила добровольного медицинского страхования.

ПРОГРАММА СТРАХОВАНИЯ № 9
ПО ДОБРОВОЛЬНОМУ МЕДИЦИНСКОМУ СТРАХОВАНИЮ
«Профилактика и/или лечение заболеваний»

Страховым случаем является обращение Застрахованного лица в медицинское учреждение, согласованное со Страховщиком, для получения медицинских услуг по поводу профилактики и/или лечения заболеваний и (или) их осложнений.

Настоящая Программа включает в себя оказание медицинских услуг, в том числе фармацевтическое, лекарственное, медикаментозное обеспечение Застрахованному в следующих лечебно-профилактических учреждениях: поликлиники, амбулатории, фельдшерско-акушерские пункты, травматологические пункты, пункты серопрфилактики, приемные и инфекционные отделения лечебно-профилактических учреждений, специализированные инфекционные медицинские учреждения и другие медицинские учреждения, имеющие лицензию на оказание медицинских услуг и Договор со страховой компанией ООО Страховая Компания «Гелиос».

Виды помощи:

– Амбулаторно-поликлиническая помощь:

- a) Первичный осмотр врача, составление плана обследования и (или) лечения.
- b) Повторные осмотры врача, лечение пациента.
- c) Консультации узких специалистов.
- d) Оказание медицинских процедур и услуг, включая лечебные и (или) профилактические инъекции сывороток, вакцин и прочих лекарственных препаратов.
- e) Исследования по медицинским показаниям: лабораторные, инструментальные и другие (по согласованию со Страховщиком).
- f) Выдача листка нетрудоспособности, справок, выписка рецептов (кроме льготных).

– Стационарная помощь:

- a) Экстренная госпитализация по медицинским показаниям.
- b) Медикаментозное лечение, манипуляции и другие медицинские вмешательства.
- c) Проведение лабораторных и инструментальных исследований по заболеванию, послужившему причиной госпитализации.
- d) Консультации узких специалистов по данному заболеванию по назначению лечащего врача или заведующего отделением.

– Лекарственное обеспечение:

- a) Обеспечение медицинскими препаратами, включая сыворотки, вакцины и прочие расходные медицинские материалы, на основании назначения врача при наличии рецепта от лечебно-профилактического учреждения и/или согласования со Страховщиком.

ПРОГРАММА СТРАХОВАНИЯ № 10
ПО ДОБРОВОЛЬНОМУ МЕДИЦИНСКОМУ СТРАХОВАНИЮ
«Репатриация»

1. Страховщик гарантирует Застрахованному лицу при наступлении страхового случая организацию и оплату репатриации в объеме, предусмотренном Программой добровольного медицинского страхования, прилагаемой к договору страхования, в которую могут быть включены медицинские и иные услуги из числа предусмотренных п. 2. настоящей Программы, при соблюдении всех положений, определений, исключений и ограничений, предусмотренных Правилами страхования и Договором страхования.

2. Объем услуг, предоставляемый в рамках Программы:

2.1. Репатриация тела Застрахованного лица в случае его смерти.

Под репатриацией тела понимается перевозка останков Застрахованного лица до ближайшего к его месту жительства международного аэропорта страны постоянного проживания, если Застрахованное лицо не является гражданином той страны, в которой произошла смерть, либо до ближайшего административного центра постоянного места жительства, если смерть Застрахованного лица произошла в стране, гражданином которой он является.

Данная услуга включает в себя организацию репатриации тела, подготовку тела, покупку необходимого для перевозки гроба, перевозку останков.

Репатриация тела осуществляется в соответствии с международными стандартами. Услуги по организации похорон и погребению не входят в настоящую Программу.