



УТВЕРЖДЕНЫ
Приказом Генерального директора
АО «АльфаСтрахование»
Скворцова В.Ю.
от «09» апреля 2024 г. № 84

(подлежат применению с 09.04.2024 г.)

**ПРАВИЛА
ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ
ФИЗИЧЕСКИХ ЛИЦ**

СОДЕРЖАНИЕ

- 1. Общие положения**
- 2. Субъекты страхования**
- 3. Объект страхования**
- 4. Страховой случай. Страховые риски**
- 5. Отказ в выплате страхового возмещения. Освобождение страховщика от выплаты страхового возмещения.**
- 6. Страховая сумма. Размер и порядок уплаты страховой премии (страховых взносов). Франшиза**
- 7. Срок действия договора страхования**
- 8. Заключение договора страхования. Вступление договора в силу. Прекращение договора страхования.**
- 9. Права и обязанности сторон**
- 10. Порядок и условия осуществления страховой выплаты**
- 11. Прекращение действия договора страхования**
- 12. Порядок разрешения споров**

1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

1.1. В соответствии с действующим законодательством и настоящими Правилами АО "АльфаСтрахование" (далее - Страховщик) заключает договоры добровольного медицинского страхования, по условиям которых гарантируется организация и финансирование медицинских и иных услуг определенного перечня и качества в объеме программ добровольного медицинского страхования, разрабатываемых Страховщиком и являющихся неотъемлемой частью договора страхования.

1.2. Основные термины, используемые в настоящих Правилах.

Страхователь - лицо, заключившее со Страховщиком договор страхования.

Застрахованный - физическое лицо, в отношении которого заключен договор страхования.

Страховая сумма - определенная договором страхования денежная сумма, в пределах которой Страховщик обязуется осуществить страховую выплату и, исходя из которой, определяется размер страховой премии.

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

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 и порядок его отражения в договоре страхования устанавливаются по соглашению сторон.

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

Страховой случай - совершившееся событие, предусмотренное договором страхования (или программой добровольного медицинского страхования), с наступлением которого возникает обязанность Страховщика произвести страховую выплату.

Страховая выплата - денежная сумма, которую Страховщик в соответствии с договором страхования обязан выплатить при наступлении страхового случая.

Выжидательный период - промежуток времени, по истечении которого событие, предусмотренное договором страхования, свершившееся после истечения данного промежутка времени, может быть рассмотрено в качестве страхового случая.

Франшиза - часть убытков, которая определена федеральным законом и (или) договором страхования, не подлежит возмещению страховщиком страхователю или иному лицу, интерес которого застрахован в соответствии с условиями договора страхования, и устанавливается в виде определенного процента от страховой суммы или в фиксированном размере.

Территория страхования - это конкретная территория (государство, область, населенный пункт, маршрут и пр.), оговариваемая в договоре страхования, в пределах которой Страховщик обязан осуществить страховые выплаты при наступлении страхового случая.

1.3. Страхование осуществляется на основе договора страхования (страхового полиса), далее по тексту - «договор страхования», заключаемого между Страховщиком и Страхователем в соответствии с законодательством РФ и настоящими Правилами.

1.4. При заключении договора страхования на условиях, содержащихся в настоящих Правилах, эти условия становятся обязательными для исполнения Страхователем, Страховщиком, Застрахованным и Выгодоприобретателем.

1.5. Договор страхования на основании настоящих Правил считается заключенным в том случае, если в договоре страхования прямо указывается на их применение, сами Правила изложены в одном документе с договором или на его оборотной стороне, либо приложены к нему. Вручение Страхователю настоящих Правил при заключении договора страхования удостоверяется записью в договоре страхования. При этом Страхователь соглашается, что

заключение договора страхования не исключает и не ограничивает ответственность другой стороны за нарушение обязательств и не содержит явно обременительные для Страхователя (Застрахованного, Выгодоприобретателя) условия, которые, исходя из своих разумно понимаемых интересов, Страхователь мог бы не принять при наличии у него возможности участвовать в определении условий договора страхования.

2. СУБЪЕКТЫ СТРАХОВАНИЯ

2.1. Страхователями по договору страхования могут выступать:

2.1.1. Дееспособные физические лица, являющиеся гражданами России, иностранными гражданами или лицами без гражданства;

2.1.2. Юридические лица любой организационно-правовой формы, зарегистрированные и действующие в соответствии с законодательством Российской Федерации.

2.2. Страховщиком выступает АО «АльфаСтрахование», получившее лицензию на осуществление страховой деятельности по данному виду страхования.

2.3. Застрахованный - физическое лицо, о страховании которого заключен договор в соответствии с настоящими Правилами.

Договоры страхования могут заключаться как без предварительного медицинского освидетельствования, так и с предварительным медицинским освидетельствованием Застрахованных в целях определения их принадлежности к группам риска для применения поправочных коэффициентов при расчете размеров страховой премии (страхового взноса).

Лица, которые на момент заключения договора:

а) состоят на учете в наркологических, психоневрологических, туберкулезных, кожно-венерологических диспансерах;

б) ВИЧ - инфицированы;

в) имеют злокачественные новообразования, в том числе заболевания крови;

г) госпитализированы;

д) имеют группу инвалидности (кроме 3 группы);

ж) старше 60 лет;

з) имеют хронические гепатиты

- могут быть приняты на страхование только по обязательному согласованию со Страховщиком. Страховщик принимает решение о принятии на страхование указанных лиц только после анализа данных об их состоянии здоровья.

3. ОБЪЕКТ СТРАХОВАНИЯ

3.1. Объектами медицинского страхования являются имущественные интересы Страхователя (Застрахованного, Выгодоприобретателя), связанные с оплатой организации и оказания медицинской, лекарственной помощи, а также иных услуг, необходимость в которых возникла вследствие расстройства здоровья Застрахованного лица или состояния Застрахованного лица, требующих 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).

3.2. По договору страхования Застрахованный имеет право на получение медицинских и иных услуг, в порядке и на условиях договора страхования, в медицинских организациях и у частнопрактикующих медицинских работников, имеющих соответствующую лицензию (далее - медицинских организациях), а также сервисных организациях, перечисленных в договоре страхования (страховом Полисе) или в приложении к нему. Медицинские и иные услуги оказываются медицинскими и иными организациями в рамках заключенного договора со Страховщиком.

3.3. Страховщик несет ответственность за номенклатуру, качество, сервис и условия предоставления медицинской помощи и иных услуг, оказанных по программам добровольного

медицинского страхования (далее – Программа страхования), только в организациях, указанных в Программе страхования, и не несет ответственности при оказании помощи вне этих организаций.

4. СТРАХОВОЙ СЛУЧАЙ. СТРАХОВЫЕ РИСКИ

4.1. Договор страхования в соответствии с настоящими Правилами может быть заключен на случай одного или нескольких рисков из числа перечисленных в п.4.2. настоящих Правил.

4.2. Страховыми рисками в соответствии с настоящими Правилами являются:

4.2.1. Риск обращения застрахованного лица за медицинской помощью в экстренной ситуации при угрозе жизни после несчастного случая, в том числе дорожно-транспортного происшествия, а также других событий, указанных в Программе страхования, требующих оказания плановой, неотложной и экстренной медицинской помощи, а также при необходимости получения сервисных услуг в соответствии с условиями договора страхования;

4.2.2. Риск обращения застрахованного лица за дистанционной консультативной медицинской помощью в медицинское учреждение из числа предусмотренных договором страхования;

4.2.3. Риск обращения застрахованного лица в медицинское учреждение и/или в аптечную организацию в соответствии с условиями договора и Программы страхования за лечебно-профилактической медицинской помощью, в том числе с целью ранней диагностики заболеваний, а также проведения мер по профилактике их развития;

4.2.4. Риск смерти застрахованного лица в течение срока действия договора страхования, повлекшая необходимость в организации репатриации останков на территорию постоянного проживания, указанную в Программе страхования.

4.2.5. Другие возможные риски, описанные в Программе страхования и обладающие признаками вероятности и случайности наступления.

4.3. Страховым случаем в соответствии с настоящими Правилами могут являться следующие события, с наступлением которых возникает обязанность Страховщика произвести страховую выплату Страхователю (Застрахованному лицу, Выгодоприобретателю) или организовать и оплатить медицинские и иные услуги, предусмотренные Программой страхования, организациям, перечисленным в договоре страхования (страховом Полисе) или в приложении к нему:

4.3.1. Обращение Застрахованного лица за медицинской помощью в экстренной ситуации при угрозе жизни после несчастного случая, в том числе и (или) дорожно-транспортного происшествия, а также другого события, требующего оказания плановой, неотложной и экстренной медицинской помощи, а также при необходимости получения сервисных услуг, в строгом соответствии с Программой добровольного медицинского страхования, прописанной в договоре страхования, и в течение срока его действия;

4.3.2. Обращение Застрахованного лица за дистанционной консультативной медицинской помощью в медицинское учреждение из числа предусмотренных договором страхования и в течение его срока действия в строгом соответствии с Программой страхования;

4.3.3. Обращение Застрахованного в медицинское учреждение и/или аптечную организацию из числа предусмотренных договором страхования и в течение его срока действия в строгом соответствии с Программой страхования за лечебно-профилактической медицинской помощью, в том числе с целью ранней диагностики заболеваний, а также проведения мер по профилактике их развития;

4.3.4. Смерть Застрахованного в течение срока действия договора страхования, повлекшая необходимость в организации репатриации останков Застрахованного на территорию постоянного проживания, указанную в Программе страхования.

4.3.5. Другие страховые случаи, указанные в Программе страхования и произошедшие в течение срока действия договора страхования.

4.4. Описание Программ страхования на основании рисков, указанных в п. 4.2., содержится в Приложении 4 к настоящим Правилам.

4.5. По соглашению сторон договора страхования Программы страхования могут уточняться, с учетом пределов ответственности Страховщика, предусмотренных настоящими Правилами страхования.

4.6. В договоре страхования может быть установлен выжидательный период - промежуток времени, в течение которого обращение Застрахованного за медицинской помощью не рассматривается в качестве страхового случая. При таком условии обязательства Страховщика по договору страхования наступают по окончании выжидательного периода.

5. ОТКАЗ В ВЫПЛАТЕ СТРАХОВОГО ВОЗМЕЩЕНИЯ. ОСВОБОЖДЕНИЕ СТРАХОВЩИКА ОТ ВЫПЛАТЫ СТРАХОВОГО ВОЗМЕЩЕНИЯ

5.1. Если договором страхования не предусмотрено иное, Страховщик имеет право полностью или частично отказать Страхователю (Выгодоприобретателю, Застрахованному лицу) в выплате страхового возмещения и не оплачивать медицинские и иные услуги необходимые Застрахованному в случаях:

а) если Страховщик не был извещен в срок (п.9.4.4 настоящих Правил) о страховом случае, если не будет доказано, что Страховщик своевременно узнал о наступлении страхового случая либо, что отсутствие у Страховщика сведений об этом не могло сказаться на его обязанности произвести страховую выплату;

б) если требование о страховой выплате предъявлено по событиям, не подпадающим под определение страхового случая;

5.2. Не является страховым случаем обращение Застрахованного за получением медицинских и иных услуг, если:

а) медицинские и иные услуги не предусмотрены договором страхования (программой добровольного медицинского страхования);

б) Застрахованным получены медицинские и иные услуги в медицинских организациях, не предусмотренных в договоре страхования, и выбор которых не был согласован со Страховщиком;

в) Застрахованным получены медицинские и иные услуги, не назначенные лечащим врачом, либо не являющиеся необходимыми с медицинской точки зрения для диагностирования или лечения заболевания, а также приобретены лекарственные средства или средства ухода за больным без медицинских показаний.

г) если обращение Застрахованного за получением медицинских и иных услуг произошло за пределами срока действия договора страхования;

д) медицинская помощь Застрахованному оказана с нарушением порядка предоставления медицинской помощи, предусмотренного договором страхования.

5.3. Если Застрахованному показаны лечебно-диагностические мероприятия, выходящие за рамки программы добровольного медицинского страхования, обусловленной договором, лечащий врач должен поставить его об этом в известность. За решение вопросов их назначения и финансирования Страховщик ответственности не несет.

5.4. Договором страхования могут быть предусмотрены другие основания для отказа в страховой выплате, а также случаи освобождения Страховщика от выплаты страхового возмещения или страховой суммы, если это не противоречит законодательству РФ.

6. СТРАХОВАЯ СУММА. РАЗМЕР И ПОРЯДОК УПЛАТЫ СТРАХОВОЙ ПРЕМИИ (СТРАХОВЫХ ВЗНОСОВ). ФРАНШИЗА.

6.1. Страховой суммой является денежная сумма, которая определена в порядке, установленном договором страхования при его заключении, и исходя из которой устанавливаются размер страховой премии (страховых взносов) и размер страховой выплаты при наступлении страхового случая. Страховая сумма по договору добровольного медицинского страхования определяется по соглашению между Страхователем и Страховщиком в соответствии с выбранной Программой добровольного медицинского страхования и стоимостью медицинских услуг в медицинских организациях, привлекаемых Страховщиком для обеспечения исполнения этой Программы.

6.2. Страховая премия (страховые взносы - при уплате страховой премии в рассрочку), уплачиваемая (ые) Страхователем по договору страхования, устанавливаются в зависимости от выбранных Страхователем страховых рисков, перечня медицинских и иных услуг, условий их предоставления, размера страховой суммы, срока страхования, результатов предварительного медицинского освидетельствования (если оно предусмотрено программой) и иных условий, определенных договором страхования.

6.3. Страховщик для определения размера страховой премии применяет разработанные им страховые тарифы, приведенные в Приложении 5 к настоящим Правилам.

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.

Конкретный размер страхового тарифа определяется договором добровольного страхования по соглашению сторон.

При этом Страховщик вправе вводить повышающие или понижающие коэффициенты к страховым тарифам, экспертно определяемые по результатам предварительного медицинского освидетельствования Застрахованного, устанавливаемые на основании анализа иных сведений, полученных при заключении договора страхования, исходя из рода занятий Застрахованного, наличия привычек и других данных, влияющих на степень риска.

6.4. В случае страхования на срок менее 1 года размеры страховой премии (страховых взносов) Страховщик вправе устанавливать в следующем проценте от их годовых размеров:

- на срок до 3-х месяцев - 50%;
- на срок от 3-х до 6-ти месяцев - 65%;
- на срок от 6-ти до 9-ти месяцев - 75%;
- на срок более 9-ти месяцев - 100%.

6.5. Страховая премия по договору страхования может быть уплачена Страхователем единовременно - разовым платежом за весь срок страхования или уплачиваться периодически в течение срока страхования (страховые взносы). Порядок уплаты страховой премии (страховых взносов) определяется в договоре страхования.

6.6. Страховая премия (страховые взносы) могут быть уплачены Страхователем наличными деньгами, перечислены на расчетный счет Страховщика в безналичном порядке, почтовым переводом или иным способом по договоренности сторон.

Днем уплаты страховой премии (взноса при уплате в рассрочку) считается:

-при оплате юридическим лицом, а так же индивидуальным предпринимателем в безналичном порядке – день поступления денежных средств на счет Страховщика, если иное не указано в договоре страхования;

-при оплате физическим лицом путем перевода денежных средств в рамках применяемых форм безналичных расчетов (в безналичном порядке) - момент подтверждения исполнения перевода обслуживающей Страхователя кредитной организацией;

-при оплате физическим лицом путем перевода наличных денежных средств без открытия банковского счета - момент внесения наличных денежных средств кредитной организации либо банковскому платежному агенту (субагенту), осуществляющим

деятельность в соответствии с законодательством РФ о национальной платежной системе;

-при оплате физическим лицом наличными денежными средствами – момент внесения денежных средств Страховщику или его представителю, либо платежному агенту (субагенту), осуществляющему деятельность по приему платежей физических лиц.

Стороны установили, что неуплата страховой премии, очередного страхового взноса Страхователем (Выгодоприобретателем) в установленный договором страхования срок является для сторон договора страхования выражением воли Страхователя (Выгодоприобретателя) на отказ от договора страхования. При этом договор страхования расторгается с 00 часов 00 минут дня, следующего за днем окончания, установленного Договором страхования срока уплаты страховой премии, очередного страхового взноса, которая не была уплачена полностью или частично.

6.7. По согласованию сторон Договора страхования страховая сумма и (или) страховая премия могут устанавливаться как в целом по Договору страхования, так и индивидуально: по отдельной Программе (или группе Программ); по страховому риску (или группе рисков); по каждому Застрахованному (или группе Застрахованных).

6.8. Договором страхования может быть предусмотрена франшиза.

В соответствии с условиями страхования франшиза может быть условной (страховщик освобождается от возмещения убытка, если его размер не превышает размер франшизы, однако возмещает его полностью в случае, если размер убытка превышает размер франшизы) и безусловной (размер страховой выплаты определяется как разница между размером убытка и размером франшизы).

Договором страхования могут быть предусмотрены иные виды франшизы.

7. СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ

7.1. Срок действия договора страхования определяется соглашением сторон.

7.2. Если в договоре страхования предусмотрен выжидательный период, Страховщик несет обязательства только по страховым случаям, произошедшим после окончания выжидательного периода.

8. ЗАКЛЮЧЕНИЕ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ. ВСТУПЛЕНИЕ ДОГОВОРА В СИЛУ. ПРЕКРАЩЕНИЕ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ.

8.1. Договором страхования является соглашение между Страхователем и Страховщиком, при котором Страховщик обязуется за обусловленную договором плату (страховую премию), уплачиваемую Страхователем, выплатить единовременно или выплачивать периодически обусловленную договором сумму (страховую сумму) при наступлении страхового случая.

Страховщик и Страхователь заключают договор добровольного медицинского страхования по форме в соответствии с Приложением 3 к настоящим Правилам.

При взаимном согласии сторон форма договора страхования, предусмотренная Приложением 3 к Правилам, может быть изменена.

Для заключения договора страхования Страхователь обращается к Страховщику с устным или письменным заявлением.

8.1.1. Если Страхователем является физическое лицо, в заявлении указывается:

- а) фамилия, имя, отчество и паспортные данные Страхователя и Застрахованного;
- б) возраст Застрахованного;
- в) домашний адрес и телефон Страхователя и Застрахованного;
- г) условия и срок страхования;
- д) предполагаемый перечень медицинских услуг (программа медицинского страхования).

8.1.2. Если Страхователем выступает юридическое лицо, в заявлении указывается:

а) наименование Страхователя, его юридический адрес и банковские реквизиты;
б) условия и срок страхования;
в) предполагаемый перечень медицинских услуг (программа медицинского страхования).

К заявлению должен быть приложен список Застрахованных с указанием:

- фамилий, имен, отчеств и паспортных данных;
- домашних адресов и телефонов;
- возраста.

8.2. Страхователь обязан сообщить по требованию Страховщика сведения о состоянии здоровья Застрахованных и иную информацию, необходимую Страховщику для определения степени страхового риска условий договора страхования.

8.3. Страховщик имеет право проверить достоверность указанных Страхователем сведений. В случае установления того, что Страхователь сообщил о себе или Застрахованном заведомо ложные сведения, это является основанием для изменения предлагаемых Страхователю условий страхования.

8.4. Если недостоверность данных, сообщенных при заключении договора и влияющих на степень риска, будет обнаружена после вступления договора в силу, Страховщик имеет право потребовать признания договора недействительным и применения последствий, предусмотренных пунктом 2 статьи 179 ГК РФ.

Страховщик не может требовать признания договора страхования недействительным, если обстоятельства, о которых умолчал Страхователь уже отпали.

8.5. Договор страхования может быть оформлен путем составления одного документа либо вручения Страхователю страхового Полиса (Приложение 2 к настоящим Правилам), подписанного Страховщиком, с приложением Правил и программы добровольного медицинского страхования.

При коллективном страховании Страховщик выдает Страхователю (для передачи их Застрахованным) страховые Полисы на каждого Застрахованного, если иное не предусмотрено договором страхования.

Форма страхового Полиса может отличаться от формы, предусмотренной в Приложении 2 к настоящим Правилам.

8.6. При утрате страхового Полиса Страхователь или Застрахованный должны незамедлительно известить об этом Страховщика. Утраченные документы признаются недействительными и не могут являться основанием для получения медицинских услуг в соответствии с договором страхования, взамен Страхователю или Застрахованному лицу выдаются дубликаты полисов.

При повторной утрате страхового Полиса в течение действия договора страхования со Страхователя может дополнительно взыскиваться платеж в размере фактической стоимости его изготовления.

8.7. Договор страхования вступает в силу в сроки, установленные в договоре страхования, но, если договором не предусмотрено иное, не ранее дня уплаты страхового взноса (первого или единовременного).

8.8. Страховой Полис выдается Страхователю в течение 10 дней после уплаты страхового взноса (первого или единовременного).

8.9. Если иное не установлено Договором страхования, то устанавливаются следующие последствия неуплаты страховой премии (первого страхового взноса), очередного страхового взноса:

8.9.1. При неуплате/неполной уплате страховой премии (первого страхового взноса) в сроки, установленные договором страхования, в случае если страховая премия (первый страховой взнос) подлежит уплате до начала срока действия договора страхования, договор страхования считается не вступившим в силу и полученные страховые взносы возвращаются Страхователю.

8.9.2. При неуплате/неполной уплате страховой премии (первого страхового взноса), в

период действия договора страхования, а также очередного страхового взноса в порядке и срок, предусмотренные Договором страхования, наступают последствия, предусмотренные п.6.6 настоящих Правил.

При этом Страхователь обязан в течение срока, установленного Страховщиком, оплатить причитающуюся часть страховой премии за период, в течение которого действовал договор страхования. Страховщик не несет ответственности по страховым случаям, произошедшим с момента прекращения договора страхования вследствие неуплаты/неполной уплаты страховой премии (первого страхового взноса). В случае оплаты Страховой премии после прекращения договора страхования, денежные средства, уплаченные после даты расторжения, возвращаются Страхователю за вычетом денежных средств, подлежащих уплате за период фактического действия договора страхования.

9. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

9.1. Страхователь имеет право:

9.1.1. Проверять соблюдение Страховщиком требований условий договора страхования.

9.1.2. Требовать предоставления Застрахованному оказания медицинских услуг в медицинских организациях, определенных в договоре страхования, в соответствии с условиями страхования и программой добровольного медицинского страхования.

В случае непредоставления таких медицинских услуг, несвоевременного, неполного или некачественного их предоставления Страхователь, Застрахованный или другие уполномоченные им лица должны немедленно поставить в известность об этом Страховщика.

9.1.3. Расширить перечень медицинских и иных услуг, гарантируемых по договору страхования, или повысить уровень страхового обеспечения, заключив дополнительное соглашение к договору страхования и уплатив при этом дополнительный страховой взнос. Дополнительное соглашение к договору страхования начинает действовать со дня уплаты страховой премии (первого страхового взноса) по такому соглашению, если им не предусмотрено иное.

9.2. Застрахованный имеет право:

9.2.1. Требовать предоставления медицинских услуг в соответствии с условиями договора страхования в перечисленных в нем медицинских учреждениях.

9.2.2. Выбрать любую лечебно-профилактическую организацию из числа, указанных в договоре страхования, и лечащего врача из числа врачей, привлекаемых для осуществления программы медицинского страхования, и менять их не чаще одного раза в квартал, если договором не предусмотрено иное.

9.2.3. Обращаться к Страховщику за разъяснениями по особенностям медицинского обеспечения, для получения медико-организационной помощи, а также при возникновении спорных ситуаций в связи с оказанием медицинской помощи.

9.2.4. Принять на себя обязанности Страхователя, а также приобрести все его права в случае смерти Страхователя - физического лица, ликвидации Страхователя - юридического лица в порядке, предусмотренном законодательством.

9.2.5. Получить дубликат страхового Полиса в случае его утраты.

9.3. Страховщик имеет право:

9.3.1. Проверять сообщенную Страхователем информацию, а также выполнение Страхователем и Застрахованным требований договора страхования.

9.3.2. Отказать в выплате страхового возмещения при обстоятельствах, предусмотренных настоящими Правилами или договором страхования.

9.3.3. Отсрочить решение вопроса об оплате медицинских услуг или отказа от оплаты в случае возбуждения уголовного дела в отношении Застрахованного по факту событий, приведших к травматическому повреждению или иному расстройству здоровья Застрахованного, до момента принятия соответствующего решения компетентными органами.

Если у Страховщика имеются мотивированные сомнения в подлинности документов, подтверждающих страховой случай, страховая выплата может быть отсрочена до тех пор, пока не будет подтверждена подлинность таких документов.

9.3.4. Заключать договоры на предоставление лечебно-профилактической помощи с медицинскими организациями в соответствии с установленным образцом (Приложение 1 к Правилам страхования).

По взаимному согласию сторон договора на предоставление лечебно-профилактической помощи форма договора на предоставление лечебно-профилактической помощи может быть изменена.

9.4. Страхователь обязан:

9.4.1. Своевременно и в полном объеме уплачивать обусловленные договором страхования страховые взносы.

9.4.2. Предоставлять Страховщику необходимые для заключения договора страхования сведения, а также иную необходимую информацию, связанную с действием договора страхования.

9.4.3. Обеспечить сохранность документов по договору страхования.

9.4.4. В течение 30-ти календарных дней известить Страховщика о наступлении события, которое может быть квалифицировано в качестве страхового случая, если программой добровольного медицинского страхования предусмотрено полное или частичное возмещение дополнительных расходов Застрахованного (Страхователя) на получение медицинских или иных услуг. Эта обязанность может быть исполнена Застрахованным.

9.4.5. До момента заключения договора страхования предоставить Страховщику согласия Застрахованных на обработку их персональных данных Страховщиком и партнерами Страховщика, в объеме, необходимом для выполнения обязательств по договору страхования.

9.5. Застрахованный обязан:

9.5.1. Пройти предварительное медицинское освидетельствование, если это предусмотрено условиями договора страхования.

9.5.2. Соблюдать предписания лечащего врача, полученные в ходе предоставления медицинской помощи, соблюдать распорядок, установленный медицинским учреждением.

9.5.3. Заботиться о сохранности страховых документов и не передавать их другим лицам с целью получения ими медицинских услуг.

Если будет установлено, что Застрахованный передал другому лицу страховой Полис с целью получения им медицинских услуг по договору страхования, Страховщик вправе не производить выплаты страхового возмещения по факту обращения другого лица в медицинское учреждение.

9.6. Страховщик обязан:

9.6.1. Ознакомить Страхователя с Правилами страхования.

9.6.2. В течение 10 календарных дней после уплаты страховой премии (первого страхового взноса) выдать страховой Полис (договор) с приложением Правил и Программы страхования;

9.6.3. При наступлении страхового случая произвести в соответствии с договором на оказание услуг, заключенным между Страховщиком и медицинской организацией, оплату медицинских и иных услуг организации, оказавшей такую услугу, либо возместить Застрахованному (Страхователю) расходы, понесенные им для получения медицинских и иных услуг, предусмотренных Программой добровольного медицинского страхования.

9.6.4. Обеспечить конфиденциальность в отношениях со Страхователем (Застрахованным). Страховщик несет ответственность за разглашение сведений о договоре страхования, включая врачебную тайну, его работниками в соответствии с законодательством РФ.

9.6.5. Защищать права Застрахованных в отношениях с медицинскими организациями в рамках договора добровольного медицинского страхования.

10. ПОРЯДОК И УСЛОВИЯ ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЫ

10.1. Страховая выплата осуществляется в пределах страховой суммы в виде:

- оплаты медицинских и иных услуг, предусмотренных программой добровольного медицинского страхования, организациям, перечисленным в страховом Полисе или в приложении к нему;

- возмещения расходов Застрахованного (Страхователя), понесенных им для получения медицинских и иных услуг, предусмотренных программой добровольного медицинского страхования.

10.2. Страховщик производит оплату медицинских и иных услуг только по тем страховым случаям, которые предусмотрены договором страхования, при предоставлении соответствующих документов.

10.3. Страховщик вправе не оплачивать часть стоимости лечения, которая превышает установленную договором страховую сумму.

В случае если Страховщик произвел выплату страхового обеспечения, превышающую установленную договором страховую сумму, Страховщик извещает об этом Страхователя и выставляет ему счет на оплату такого превышения.

Страхователь обязан оплатить выставленный счет в течение 5 (пяти) дней с момента его получения. В случае просрочки в оплате счета Страхователь обязан уплатить Страховщику штрафную неустойку в размере, указанном в договоре страхования, за каждый день просрочки от суммы, следующей к оплате, на основании предъявленной письменной претензии. При отсутствии такой письменной претензии требование об уплате штрафа считается не предъявленным и оплате не подлежит.

10.4. Для получения медицинских и иных услуг Застрахованный обращается в медицинские организации, предусмотренные договором страхования, или к Страховщику в порядке, указанном в страховом Полисе (договоре страхования). Медицинские и иные услуги Застрахованному оказываются медицинскими учреждениями при условии предъявления им страхового Полиса (договора страхования) и документа, удостоверяющего его личность.

10.5. Страховые выплаты медицинским учреждениям за медицинские и иные услуги, оказанные Застрахованным, осуществляются в порядке и на условиях, установленных договором между Страховщиком и медицинской организацией.

10.6. Страховые выплаты в виде возмещения расходов Застрахованного (Страхователя):

10.6.1. Для получения страховой выплаты в форме возмещения расходов, понесенных для получения медицинских и иных услуг, предусмотренных программой добровольного медицинского страхования, Застрахованный (Страхователь) обращается к Страховщику с заявлением и предъявляет договор страхования или страховой Полис, а также документ, удостоверяющий его личность.

К заявлению должны быть приложены:

- а) копия направления лечащего врача на получение медицинских и иных услуг, предусмотренных Программой добровольного медицинского страхования, а в случае госпитализации - копии документов, послуживших основанием для госпитализации;

- б) врачебное заключение об установлении соответствующего диагноза, заверенное личной печатью врача и печатью лечебного учреждения;

- в) документы, подтверждающие оказание Застрахованному соответствующих услуг (заключение о проведенном обследовании или лечении, выписку из истории болезни, результаты обследования, амбулаторную карту и т.д.);

- г) документ, свидетельствующий об оплате Застрахованным медицинских и иных услуг, предусмотренных программой добровольного медицинского страхования.

- д) копия лицензии медицинского учреждения с переводом на русский язык (в случае необходимости).

10.6.2. Размер страховой выплаты равен стоимости медицинских и иных услуг, оплаченных в соответствии с Программой добровольного медицинского страхования, но не более страховой суммы, установленной договором страхования.

10.6.3. В течение 45-ти рабочих дней эксперты Страховщика на основании предъявленных документов дают заключение о целесообразности с медицинской точки зрения получения платных медицинских услуг для диагностирования или лечения заболевания.

10.7. Сроки и порядок страховой выплаты:

- в случае оплаты медицинских и иных услуг, предусмотренных Программой добровольного медицинского страхования, организациям, перечисленным в страховом Полисе или в приложении к нему, страховые выплаты производятся в порядке и сроки, предусмотренном договором между Страховщиком и соответствующей организацией, но не позже 90 календарных дней с момента выставления счета;

- в случае возмещения расходов Застрахованного (Страхователя), понесенных им для получения медицинских и иных услуг, предусмотренных программой добровольного медицинского страхования, возмещение расходов происходит в порядке и сроки, предусмотренном договором добровольного медицинского страхования, но не позже 45 календарных дней с момента выдачи экспертом заключения о целесообразности получения медицинских услуг.

10.8. При расчете ущерба по произошедшим страховым случаям Застрахованному лицу не возмещаются расходы и Страховщик не оплачивает медицинские и иные услуги необходимые Застрахованному в случаях:

а) получения Застрахованным травматического повреждения в результате совершения Застрахованным действий в состоянии алкогольного, наркотического или токсического опьянения, а также заболеваний, причиной которых явилось злоупотребление алкоголем, наркотическими или токсическими веществами;

б) получения Застрахованным травматического повреждения или иного расстройства здоровья, наступившего в результате совершения Застрахованным умышленного преступления, находящегося в прямой причинной связи со страховым случаем;

в) умышленного причинения Застрахованным себе телесных повреждений, а также с покушением на самоубийство, за исключением тех случаев, когда Застрахованный был доведен до такого состояния противоправными действиями третьих лиц;

г) участия Застрахованного в военных действиях любого рода, гражданских волнениях, беспорядках, несанкционированных митингах и демонстрациях, если это не сопряжено с исполнением Застрахованным его служебных обязанностей;

д) установления факта передачи Застрахованным страхового Полиса другому лицу для получения им медицинской услуги;

е) если Страхователь предоставил искаженные сведения о Застрахованном при заключении договора страхования;

з) если требование о страховой выплате предъявлено по событиям, не подпадающим под определение страхового случая;

11. ПРЕКРАЩЕНИЕ ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ

11.1. Договор страхования прекращает действие в случаях:

11.1.1. Истечения срока действия договора страхования.

11.1.2. Исполнения Страховщиком обязательств по договору страхования в полном объеме.

11.1.3. Неоплаты Страхователем очередного страхового взноса в порядке и сроки, указанные в договоре страхования.

11.1.4. Смерти или ликвидации Страхователя, за исключением принятия на себя Застрахованным обязанностей, лежащих на Страхователе.

11.1.5. Когда возможность наступления страхового случая отпала и существование страхового риска прекратилось по обстоятельствам иным, чем страховой случай. К таким обстоятельствам относится, в частности, смерть Застрахованного.

11.1.6. По требованию Страхователя в любой срок действия договора страхования, если возможность наступления страхового случая не отпала, по обстоятельствам, указанным в п. 11.1.5 настоящих Правил.

11.1.7. Ликвидации Страховщика.

11.2. В случае прекращения договора страхования:

11.2.1. По обстоятельствам, указанным в пп. 11.1.1 - 11.1.4, 11.1.6 настоящих Правил, Страховщик вправе не возвращать Страхователю оплаченную страховую премию (страховые взносы), если иное не предусмотрено договором страхования.

11.2.2. По обстоятельствам, указанным в п. 11.1.5 настоящих Правил, оплаченная страховая премия (страховые взносы) возвращается Страхователю (его наследникам) за неистекший срок действия договора страхования за вычетом понесенных Страховщиком расходов.

11.2.3. По обстоятельствам, указанным в п. 11.1.7 настоящих Правил, оплаченная страховая премия (страховые взносы) возвращается в порядке, установленном действующим законодательством РФ.

11.3. Оплаченная страховая премия (страховые взносы) возвращается в течение 10 (десяти) рабочих дней с момента прекращения договора страхования.

11.4. Во всех случаях прекращения договора страхования Страхователь обязан вернуть Страховщику страховой Полис, действие которого прекращается с момента окончания действия договора страхования.

12. ПОРЯДОК РАЗРЕШЕНИЯ СПОРОВ

12.1. Споры, возникающие при исполнении, неисполнении, либо ненадлежащем исполнении, изменении, прекращении, расторжении договора страхования, заключенного на основании настоящих Правил, по волеизъявлению сторон могут быть разрешены путем переговоров.

Положения данного пункта и иные положения данного раздела не обязывают лиц, являющихся потребителями согласно Закону РФ №2030-1 от 07.02.1992г. «О защите прав потребителей», к обязательному досудебному претензионному порядку разрешения споров со страховщиком, прямо не предусмотренному российским законодательством

12.2. В отсутствие волеизъявления сторон на переговоры или при невозможности устранения разногласий путем переговоров, споры разрешаются в установленном российским законодательством порядке, в том числе судебном.

12.3. В случае спора между Страхователем/Застрахованным/Выгодоприобретателем, являющимся юридическим лицом или индивидуальным предпринимателем, и Страховщиком сторона, право которой нарушено, до обращения в суд обязана предъявить другой стороне претензию с изложением своих требований.

12.3.1. Претензия должна быть подписана надлежащим уполномоченным лицом, и содержать требования заявителя, их обоснование, расчет суммы претензии (если речь идёт о денежных обязательствах), перечень прилагаемых к претензии документов. Указанные в качестве приложения документы должны быть переданы вместе с претензией.

12.3.2. Претензия высылается по почте отправлением, позволяющим зафиксировать её получение, или нарочным, если сторонами в договоре страхования не установлен иной порядок доставки юридически значимых сообщений.

12.3.3. Срок для ответа на претензию устанавливается не менее 10 календарных дней со дня получения ее и указанных в качестве приложений документов, если иной срок не

установлен договором страхования.

12.3.4. Ответ на претензию высылается по почте отправлением, позволяющим зафиксировать её получение, или нарочным, если Сторонами в договоре страхования не установлен иной порядок доставки юридически значимых сообщений.

12.3.5. В случае, если в указанный в претензии разумный срок претензионные требования не удовлетворены (полностью или частично), сторона, право которой нарушено, вправе обратиться с иском в суд.

**1. Базовые страховые тарифы
по добровольному медицинскому страхованию физических лиц
(в процентах от страховой суммы)**

Таблица 1

Наименование риска	Размер годовой базовой тарифной ставки (%)
4.1.1. Обращение застрахованного лица за медицинской помощью в экстренной ситуации при угрозе жизни	5.17
4.2.2. Обращение застрахованного лица за дистанционной консультативной медицинской помощью	1.32
4.2.3. Обращение застрахованного лица за лечебно-профилактической медицинской помощью, в т.ч. с целью ранней диагностики заболеваний, а также проведения мер по профилактике их развития	14.97
4.2.4. Смерть застрахованного лица в течение срока действия договора страхования, повлекшая необходимость в организации репатриации останков на территорию постоянного проживания	0.10

Страховщик вправе применять к настоящим тарифным ставкам повышающие от 1,01 до 15,00 или понижающие от 0,001 до 0,99 коэффициенты, исходя из возраста Застрахованного, состояния его здоровья, профессиональных обязанностей, анамнеза, социального положения, лимитов покрытия, устанавливаемых на отдельные элементы рисков, наличия и размера франшизы, а также других факторов, имеющих существенное значение для определения степени страхового риска в соответствии с договором страхования.