

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

**УТВЕРЖДЕНЫ
приказом ООО Страховой
Компании «Гелиос»
от 15.08.2025 № 227**

**Временно исполняющий обязанности
генерального директора**



Н.В. Нечаев

Правила страхования подлежат применению с 29.08.2025

Предыдущая редакция была утверждена
приказом от 30.04.2019 № 128

**П Р А В И Л А
ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ**

СОДЕРЖАНИЕ

1.	ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ.....	4
2.	СУБЪЕКТЫ СТРАХОВАНИЯ	8
3.	ОБЪЕКТ СТРАХОВАНИЯ.....	10
4.	СТРАХОВОЙ РИСК. СТРАХОВОЙ СЛУЧАЙ. ИСКЛЮЧЕНИЯ ИЗ СТРАХОВОГО ПОКРЫТИЯ. ОСНОВАНИЯ, ОСВОБОЖДАЮЩИЕ СТРАХОВЩИКА ОТ СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЫ.....	11
5.	СТРАХОВАЯ СУММА. ЛИМИТ ВОЗМЕЩЕНИЯ СТРАХОВЩИКА. ЛИМИТ ОТВЕТСТВЕННОСТИ СТРАХОВЩИКА.....	14
6.	ФРАНШИЗА.....	16
7.	СТРАХОВАЯ ПРЕМИЯ (СТРАХОВОЙ ВЗНОС). СТРАХОВОЙ ТАРИФ.....	16
8.	ПОРЯДОК ЗАКЛЮЧЕНИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ	21
9.	СРОК СТРАХОВАНИЯ. ПРЕКРАЩЕНИЕ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ.....	33
10.	ИЗМЕНЕНИЕ СТРАХОВОГО РИСКА	38
11.	ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН	38
12.	ПОРЯДОК ОРГАНИЗАЦИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ. ОПЛАТА СТОИМОСТИ МЕДИЦИНСКИХ И ИНЫХ УСЛУГ. СТРАХОВАЯ ВЫПЛАТА.....	43
13.	ПОРЯДОК ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ (ИНФОРМИРОВАНИЯ) СТОРОН.....	45
14.	ПОРЯДОК РАЗРЕШЕНИЯ СПОРОВ. ИСКОВАЯ ДАВНОСТЬ.....	45
	ПРОГРАММЫ ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ.....	47
	№ 1. ПРОГРАММА СТРАХОВАНИЯ «АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ»	48
	№ 2. ПРОГРАММА СТРАХОВАНИЯ «СКОРАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ»	49
	№ 3. ПРОГРАММА СТРАХОВАНИЯ «СТОМАТОЛОГИЯ»	51
	№ 4. ПРОГРАММА СТРАХОВАНИЯ «СТАЦИОНАРНАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ»	52
	№ 5. ПРОГРАММА СТРАХОВАНИЯ «ЛЕКАРСТВЕННЫЕ СРЕДСТВА».....	54
	№ 6. ПРОГРАММА СТРАХОВАНИЯ «ВАКЦИНАЦИЯ»	55

№ 7.	ПРОГРАММА СТРАХОВАНИЯ «ДОРОДОВОЕ НАБЛЮДЕНИЕ БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН, ВКЛЮЧАЯ НАБЛЮДЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ С ПАТОЛОГИЕЙ СО СТАЦИОНАРНЫМ ЛЕЧЕНИЕМ»	55
№ 8.	ПРОГРАММА СТРАХОВАНИЯ «РОДОВСПОМОЖЕНИЕ» (ВКЛЮЧАЯ ОСЛОЖНЕННЫЕ РОДЫ С КЕСАРЕВЫМ СЕЧЕНИЕМ)	56
№ 9.	ПРОГРАММА СТРАХОВАНИЯ «РЕАБИЛИТАЦИОННО-ВОССТАНОВИТЕЛЬНОЕ ЛЕЧЕНИЕ (ВКЛЮЧАЯ САНАТОРНО-КУРОРТНОЕ ЛЕЧЕНИЕ)»	58
№ 10.	ПРОГРАММА СТРАХОВАНИЯ «ЛИЧНЫЙ ВРАЧ»	60
№ 11.	ПРОГРАММА СТРАХОВАНИЯ «ВРАЧ ОФИСА»	60
№ 12.	ПРОГРАММА СТРАХОВАНИЯ «ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ОНКО- И КРИТИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЙ / ЗАБОЛЕВАНИЙ»	61
№ 13.	ПРОГРАММА СТРАХОВАНИЯ «ПРОФИЛАКТИКА ЗАБОЛЕВАНИЙ»	66
№ 14.	ПРОГРАММА СТРАХОВАНИЯ «ДЕТИ»	67
№ 15.	ПРОГРАММА СТРАХОВАНИЯ «КОМПЛЕКСНАЯ ПРОГРАММА ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ»	71
№ 16.	ПРОГРАММА СТРАХОВАНИЯ «АНТИКЛЕЩ»	72
№ 17.	ПРОГРАММА СТРАХОВАНИЯ «МЕДИКО-ТРАНСПОРТНЫЕ УСЛУГИ И РЕПАТРИАЦИЯ»	75
№ 18.	ПРОГРАММА СТРАХОВАНИЯ «ТРУДОВОЙ МИГРАНТ»	77
№ 19.	ПРОГРАММА СТРАХОВАНИЯ «ТЕЛЕМЕДИЦИНА»	83
№ 20.	ПРОГРАММА СТРАХОВАНИЯ «ЭКСТРЕННАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ ЗА РУБЕЖОМ»	87

1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

1.1. Настоящие Правила добровольного медицинского страхования (далее – Правила) разработаны в соответствии с Гражданским кодексом Российской Федерации, Законом Российской Федерации от 27.11.1992 № 4015-1 «Об организации страхового дела в Российской Федерации», Федеральным законом от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», иными нормативными документами в области страхования, и содержат общие условия страхования, на основании которых Страховщик заключает со Страхователями договоры добровольного медицинского страхования (далее – договоры страхования), и определяют порядок осуществления добровольного медицинского страхования.

1.2. Организация взаимодействия и регулирование отношений между участниками договора страхования, заключенного на условиях настоящих Правил, осуществляется в соответствии с Базовым стандартом защиты прав и интересов физических и юридических лиц – получателей финансовых услуг, оказываемых членами саморегулируемых организаций, объединяющих страховые организации и иностранные страховые организации (утв. Банком России, протокол от 01.10.2024 № КФНП-29), Базовым стандартом совершения страховыми организациями и иностранными страховыми организациями операций на финансовом рынке (утв. Банком России, протокол от 27.10.2022 № КФНП-39), Федеральным законом от 04.06.2018 № 123-ФЗ «Об уполномоченном по правам потребителей финансовых услуг».

1.3. В случае изменения действующего законодательства Российской Федерации, нормативных документов органа страхового надзора и (или) саморегулируемой организации, объединяющей страховые организации и иностранные страховые организации, регулирующих настоящие Правила, Страховщик руководствуется в своей деятельности указанными изменениями в законодательстве Российской Федерации и нормативных документах органа страхового надзора, саморегулируемой организации, объединяющей страховые организации и иностранные страховые организации, до внесения изменений в настоящие Правила или издания их в новой редакции. Настоящий документ действует в части, не противоречащей действующему законодательству Российской Федерации, нормативным документам органа страхового надзора, саморегулируемой организации, объединяющей страховые организации и иностранные страховые организации.

1.4. В рамках настоящих Правил Страховщик осуществляет добровольное страхование, относящееся согласно принятой в законодательстве Российской Федерации классификации к виду: медицинское страхование.

1.5. Добровольное медицинское страхование осуществляется на основе программ добровольного медицинского страхования и обеспечивает Застрахованным лицам в соответствии с настоящими Правилами и договором добровольного медицинского страхования получение медицинских и иных услуг.

Полный перечень медицинских и иных услуг определяется конкретной Программой страхования.

1.6. В рамках добровольного медицинского страхования медицинская организация или сервисное учреждение (ассистанс) оказывает Застрахованному лицу медицинские и иные услуги, а Страховщик оплачивает оказанные Застрахованному лицу медицинские и иные услуги, которые включены в программу добровольного медицинского страхования (далее – Программа страхования).

1.7. Применяемые в настоящих Правилах наименования и понятия в ряде случаев специально поясняются соответствующими определениями.

Термины, наименования и понятия, указанные в настоящем пункте Правил, несут одинаковое смысловое значение по всему тексту настоящих Правил и приложений к ним, и понимаются следующим образом:

1.7.1. **Договор страхования** – письменное соглашение между Страхователем и Страховщиком, в силу которого за обусловленную договором страхования плату (страховую премию), уплачиваемую Страхователем в порядке и размере, установленные договором страхования, при наступлении предусмотренного в договоре страхования события (страхового случая), совершившегося в течение срока действия договора страхования (срока страхования), Страховщик обязуется оплатить организацию и оказание Застрахованному лицу медицинских и иных услуг, в пределах определенной договором страхования суммы

(страховой суммы, лимита ответственности) и в порядке, определенном настоящими Правилами и (или) договором страхования.

1.7.2. **Договор индивидуального страхования** – договор страхования, заключенный в отношении единственного Застрахованного лица или нескольких Застрахованных лиц, являющихся членами одной семьи.

1.7.3. **Договор коллективного страхования** – договор страхования, заключенный в отношении нескольких Застрахованных лиц, при условии, что Застрахованные лица имеют общего работодателя или объединены другим общим интересом, помимо заинтересованности в заключении договора страхования.

1.7.4. **Ключевой информационный документ** (далее также – **КИД**) – документ, предоставляемый Страховщиком Страхователю – физическому лицу об условиях договора страхования в форме, установленной Банком России, по договорам страхования, заключаемым с 01.04.2023 и не связанным с осуществлением предпринимательской деятельности. Это краткая информация об условиях договора страхования – страховом покрытии и исключениях из него, сроках и сумме возврата страховой премии при досрочном расторжении договора страхования, досудебном урегулировании споров и иная информация.

1.7.5. **Иные услуги** – услуги, связанные с оказанием или организацией оказания Застрахованному лицу медицинской помощи Страховщиком и/или сервисной организацией при наступлении страхового случая и включенные в Программу страхования, в том числе: сервисные услуги (дополнительное питание, связь и др.), телемедицина, услуги психолога, услуги логопеда и др.; питание и проживание (нахождение) при стационарном, санаторно-курортном лечении, если оно не входит в стоимость медицинской услуги (стоимости койко-дня); оформление медицинским и иным учреждением различной медицинской документации; услуги по организации медицинской помощи в других медицинских организациях и иных учреждениях; информационные услуги, связанные с оказанием или организацией оказания медицинской помощи; медико-транспортные услуги, в том числе услуги эвакуации и репатриации, услуги по сопровождению Застрахованного лица и его несовершеннолетних детей.

1.7.6. **Маркетинговые наименования** – наименование страховых продуктов (Программ страхования) или отдельных групп единообразных договоров страхования, заключаемых на основе настоящих Правил.

1.7.7. **Медицинская организация** – юридическое лицо независимо от его организационно-правовой формы или индивидуальный предприниматель, осуществляющее(-щий) в качестве основного (уставного) или дополнительного вида деятельности медицинскую деятельность на основании лицензии, предоставленной в порядке, установленном законодательством Российской Федерации о лицензировании отдельных видов деятельности.

1.7.8. **Медицинская помощь** – комплекс мероприятий, направленных на поддержание и/или восстановление здоровья и включающих в себя предоставление медицинских услуг. В целях настоящих Правил к медицинской помощи относятся медицинские услуги в очном и/или дистанционном формате (телемедицина) и иные услуги, оказываемые Застрахованному лицу в рамках договора страхования, устанавливаемые в соответствии с Программой страхования.

1.7.9. **Медицинские услуги** – медицинское вмешательство или комплекс медицинских вмешательств, направленных на профилактику, диагностику и лечение заболеваний, медицинскую реабилитацию и имеющих самостоятельное законченное значение. В целях настоящих Правил медицинские услуги в том числе включают:

- медицинскую реабилитацию и санаторно-курортное лечение;
- обеспечение лекарственными средствами и/или изделиями медицинского назначения;
- медицинские осмотры и диспансеризацию.

1.7.10. **Период действия договора страхования** – в рамках срока действия договора страхования отрезок времени от момента вступления в силу договора страхования до момента окончания данного договора страхования (окончания срока страхования).

1.7.11. **Период страхования** (далее по тексту также – **период действия страхования, период действия ответственности Страховщика, период действия страховой защиты, период действия страхового покрытия**) – период времени, в течение

которого наступившие события из числа указанных в договоре страхования в качестве страховых рисков являются событиями, имеющими признаки страхового случая.

1.7.12. **Период ожидания** (далее также – **временная франшиза**) – период времени, предусмотренный договором страхования, в течение которого документально подтвержденное обращение Застрахованного лица за медицинскими и иными услугами не является страховым случаем.

Период ожидания может быть установлен как по договору страхования в целом, так и по отдельным рискам, Программам страхования, услугам, включенным в Программу страхования.

Договором страхования могут быть предусмотрены следующие периоды ожидания:

1.7.12.1. **Отсроченный период** – период времени от момента начала срока страхования до момента вступления договора страхования в силу.

1.7.12.2. **Выжидательный период** – период времени от момента вступления договора страхования в силу до момента начала периода ответственности Страховщика.

1.7.12.3. **Отлагательный период** – период времени, в течение которого обращение Застрахованного лица за медицинской помощью не рассматривается в качестве страхового случая. При таком условии обязательства Страховщика по договору страхования наступают по окончании отлагательного периода.

Договором страхования могут быть предусмотрены иные периоды ожидания.

1.7.13. **Период охлаждения** – период времени, начинающийся со дня заключения договора страхования, в течение которого Страхователь – физическое лицо вправе отказаться от договора страхования на условиях, изложенных в пунктах 9.13, 9.14.1, 9.14.3 настоящих Правил.

Для договоров страхования, заключенных с применением настоящих Правил, период охлаждения установлен продолжительностью:

а) 14 (четырнадцать) календарных дней – для всех договоров страхования, указанных в пункте 9.13 настоящих Правил, кроме договоров страхования, указанных в подпункте «б» настоящего пункта Правил;

б) 30 (тридцать) календарных дней – для следующих договоров страхования:
– для договора страхования, заключенного в целях обеспечения исполнения обязательств заемщика по договору потребительского кредита (займа)¹ (см. пункт 9.14.1 настоящих Правил);

– для договора страхования, заключенного на основании заявления о предоставлении потребительского кредита (займа), заявления о предоставлении дополнительных услуг при предоставлении потребительского кредита (займа), а также в случаях, когда при предоставлении потребительского кредита (займа) обусловленный им договор страхования был заключен без вышеуказанных заявлений (см. пункт 9.14.3 настоящих Правил).

1.7.14. **Полномочный представитель** (далее также – **уполномоченный представитель**) – лицо, которое в силу полномочия, основанного на доверенности, указании закона либо акте уполномоченного на то государственного органа или органа местного самоуправления, действует от имени и в интересах представляемого лица.

1.7.15. **Получатель страховых услуг** – физическое лицо, в том числе зарегистрированное в качестве индивидуального предпринимателя, или юридическое лицо, обратившееся в страховую организацию с намерением заключить договор страхования (потенциальный получатель), а также Страхователь, Застрахованное лицо и/или Выгодоприобретатель по заключенному договору страхования.

¹ Договор страхования считается заключенным в целях обеспечения исполнения обязательств заемщика по договору потребительского кредита (займа), если в зависимости от заключения Страхователем-заемщиком такого договора страхования кредитором предлагаются разные условия договора потребительского кредита (займа), в том числе в части срока возврата потребительского кредита (займа) и (или) полной стоимости потребительского кредита (займа), в части процентной ставки и иных платежей, включаемых в расчет полной стоимости потребительского кредита (займа), либо если Выгодоприобретателем по договору страхования является кредитор, получающий страховую выплату в случае невозможности исполнения заемщиком обязательств по договору потребительского кредита (займа), и страховая сумма по договору страхования подлежит пересчету соразмерно задолженности по договору потребительского кредита (займа).

1.7.16. **Программа страхования** (Программа добровольного медицинского страхования) – перечень и порядок оказания Застрахованному лицу медицинских и иных услуг в рамках договора страхования.

1.7.17. **Сайт Страховщика** – официальный сайт ООО Страховой Компании «Гелиос» (далее по тексту – Страховщик) в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет» www.skgelios.ru, принадлежащий Страховщику и содержащий информацию о деятельности Страховщика, созданный в соответствии с пунктом 6 статьи 6 Закона Российской Федерации от 27.11.1992 № 4015-1 «Об организации страхового дела в Российской Федерации».

Официальный сайт Страховщика также может использоваться (при наличии технической возможности) в качестве информационной системы, обеспечивающей обмен информацией в электронной форме между Страхователем и Страховщиком, являющимся оператором этой информационной системы, в том числе для направления информации о стадии и результатах рассмотрения заявления о страховой выплате, включая сведения об осуществлении страховой выплаты.

1.7.18. **Срок действия договора страхования** – период времени между установленными по соглашению Страховщика и Страхователя и указанными в договоре страхования двумя датами: датой начала и датой окончания действия договора страхования.

1.7.19. **Срок страхования** (в целях настоящих Правил):

а) по договору индивидуального страхования – срок действия договора страхования;
б) по договору коллективного страхования – срок (период времени), в течение которого действует страхование в отношении конкретного Застрахованного лица в соответствии с условиями договора страхования. Срок страхования в отношении Застрахованного лица не может выходить за границы начала и окончания срока действия договора страхования в соответствии с настоящими Правилами.

1.7.20. **Страховая выплата** – денежная сумма, которая определена в порядке, установленном договором страхования, и выплачивается Страховщиком при наступлении страхового случая.

1.7.21. **Страховая защита** (далее по тексту также – **страхование**) – обязательство Страховщика произвести надлежащему лицу страховую выплату по страховым событиям (страховым случаям), произошедшим в течение установленного договором страхования периода ответственности Страховщика.

Страховая защита действует в течение периода ответственности Страховщика в том объеме, который обозначен в договоре страхования и оплачен страховой премией.

1.7.22. **Страховая премия** – плата за страхование, которую Страхователь обязан уплатить Страховщику в порядке и в сроки, установленные договором страхования.

1.7.23. **Страховая сумма** – денежная сумма, которая определена договором страхования при его заключении, и исходя из которой устанавливаются размер страховой премии (страховых взносов) и размер страховой выплаты при наступлении страхового случая.

1.7.24. **Страховое покрытие** (далее по тексту также – **объем страховой защиты**) – объем обязательств Страховщика по страховой выплате, который обозначен в договоре страхования и оплачен страховой премией, по страховым событиям (страховым случаям), произошедшим в период ответственности Страховщика.

1.7.25. **Страховой взнос** – часть страховой премии Страхователя при уплате страховой премии в рассрочку.

1.7.26. **Страховой продукт** – типовые условия страхования, разработанные Страховщиком на основании настоящих Правил и предназначенные для заключения типовых договоров страхования (с ограниченным количеством изменяемых условий договора страхования) с определенной категорией Страхователей (Застрахованных лиц), объединенных по страховым интересам, видам рисков, степени рисков и иным тарификационным факторам.

1.7.27. **Страховой сертификат** – документ, выдаваемый Страховщиком Застрахованному лицу в подтверждение факта действия коллективного договора страхования в отношении данного Застрахованного лица.

1.7.28. **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.

1.7.29. **Телемедицина** – комплекс организационных, технологических мероприятий, обеспечивающих функционирование системы предоставления дистанционной консультационно-диагностической медицинской услуги, при которой Застрахованное лицо получает дистанционную консультацию врача-специалиста, используя современные информационно-коммуникационные технологии.

1.8. Определения терминов, наименований и понятий, изложенные в настоящих Правилах, распространяются и на соответствующие термины, наименования и понятия, используемые в договоре страхования, заключаемом на основании настоящих Правил.

1.9. В конкретном договоре страхования или для группы договоров страхования Страховщик вправе разрабатывать и использовать определения отдельных страховых понятий, а также вносить дополнения, уточнения, изменения в определения, перечисленные в пункте 1.7 настоящих Правил, а также в те определения, содержание которых раскрывается в различных разделах текста настоящих Правил, – в той мере, в какой это не противоречит действующему законодательству Российской Федерации.

1.10. Если значение какого-либо термина или понятия не оговорено настоящими Правилами или договором страхования, то его толкование осуществляется в соответствии с нормами действующего законодательства Российской Федерации. Если значение какого-либо термина или понятия не может быть определено, исходя из действующего законодательства Российской Федерации и нормативных актов, то значение такого термина или понятия определяется в соответствии с его общепринятым лексическим значением.

1.11. Страховщик вправе присваивать маркетинговые наименования страховым продуктам или отдельным группам единообразных договоров страхования, заключаемым с применением настоящих Правил, в той мере, в какой это не противоречит действующему законодательству Российской Федерации и в том порядке, как это предусмотрено действующим законодательством Российской Федерации.

1.12. В соответствии с настоящими Правилами не допускается страхование противоправных интересов, а также интересов, которые не являются противоправными, но страхование которых запрещено законом.

1.13. Страхование осуществляется в индивидуальной и коллективной форме. Договор коллективного страхования заключается в пользу работников юридического лица или индивидуального предпринимателя, членов семей таких работников и иных лиц.

1.14. Страховщик не вправе разглашать полученные им в результате своей профессиональной деятельности сведения о Страхователе, Застрахованном лице и Выгодоприобретателе, состоянии их здоровья и имущественном положении.

За нарушение тайны страхования Страховщик в зависимости от рода нарушенных прав и характера нарушения несет ответственность в порядке, предусмотренном гражданским законодательством Российской Федерации.

2. СУБЪЕКТЫ СТРАХОВАНИЯ

2.1. Субъектами страхования в соответствии с настоящими Правилами являются Страховщик, Страхователь, Застрахованное лицо, Выгодоприобретатель.

2.2. Сторонами договора страхования являются Страхователь и Страховщик.

2.3. Участниками добровольного медицинского страхования в соответствии с настоящими Правилами являются медицинские организации, сервисные учреждения (ассистанс) или иные аналогичные учреждения.

2.4. **Страховщик** – Общество с ограниченной ответственностью Страховая Компания «Гелиос» (ООО Страховая Компания «Гелиос»), созданное в соответствии с законодательством Российской Федерации для осуществления деятельности по страхованию (номер в Едином реестре субъектов страхового дела 0397), зарегистрированное в г. Краснодаре и получившее лицензию на осуществление соответствующего вида страховой деятельности (лицензию на осуществление добровольного личного страхования, за исключением добровольного страхования жизни) в установленном законодательством Российской Федерации порядке.

Договоры страхования от имени Страховщика могут заключать уполномоченные штатные работники Страховщика, в том числе директора и работники его филиалов и иных обособленных подразделений, а также уполномоченные страховые агенты (юридические лица и физические лица, а также физические лица, зарегистрированные в качестве

индивидуальных предпринимателей) и страховые брокеры (юридические лица – коммерческие организации, индивидуальные предприниматели), действующие в пределах их полномочий на основании соответствующих договоров или доверенностей, выданных Страховщиком.

2.5. **Страхователь** – юридическое лицо любой организационно-правовой формы, дееспособное физическое лицо или дееспособное физическое лицо, зарегистрированное в качестве индивидуального предпринимателя, заключившее со Страховщиком договор страхования с применением настоящих Правил.

2.6. **Застрахованные лица** – физические лица, в отношении которых заключаются договоры страхования с применением настоящих Правил.

При этом Страхователи – физические лица, заключившие договоры страхования в свою пользу, являются одновременно Застрахованными лицами.

2.7. Застрахованным лицом, если иное не установлено договором страхования, может быть лицо в любом возрасте.

2.8. Лицо, имеющее на момент заключения договора страхования какое-либо (какие-либо) из следующих заболеваний (состояний):

2.8.1. Психические расстройства и расстройства поведения;

2.8.2. Злокачественные новообразования, гемобластозы;

2.8.3. Туберкулез;

2.8.4. Заболевания, относящиеся к классу врожденные аномалии, деформации и хромосомные нарушения и/или связанные с ними осложнения;

2.8.5. Системные поражения соединительной ткани, в т.ч. все недифференцированные коллагенозы;

2.8.6. Заболевания, сопровождающиеся хронической почечной или печеночной недостаточностью и требующие проведения хронического гемодиализа;

2.8.7. Хронические гепатиты С, Е, F, G;

2.8.8. Инвалидность (кроме III группы),

может быть застраховано с согласия Страховщика, при условии, что до заключения договора страхования Страховщик был письменно уведомлен Страхователем о диагнозах и состоянии здоровья лица, заявленного на страхование. Условие о страховании таких лиц может указываться в договоре страхования соответствующей оговоркой или ссылкой на пункт настоящих Правил.

2.9. При страховании лиц, указанных в пункте 2.8 настоящих Правил, не является страховым случаем обращение Застрахованного лица в медицинскую организацию или иное учреждение в связи с оказанием ему медицинской помощи по заболеваниям, перечисленным в пункте 2.8 настоящих Правил, и связанным с ними осложнениям.

2.10. Застрахованным не может быть лицо, имеющее на момент заключения договора страхования следующее заболевание и/или связанные с ним осложнения:

2.10.1. Особо опасные инфекционные заболевания², в том числе: оспа, полиомиелит, вызванный диким полиовирусом; человеческий грипп, вызванный новым подтипом вируса; тяжелый острый респираторный синдром (ТОРС), холера, чума, желтая лихорадка, лихорадка Ласса; болезнь, вызванная вирусом Марбург; болезнь, вызванная вирусом Эбола; малярия, лихорадка Западного Нила, Крымская геморрагическая лихорадка, лихорадка Денге, менингококковая инфекция, лихорадка Рифт-Валл;

2.10.2. ВИЧ-инфекция, СПИД;

2.10.3. Наркологические заболевания.

2.11. В договоре страхования должен быть четко определен идентифицирующий признак, позволяющий однозначно установить Застрахованное лицо (участник определенного мероприятия, работник предприятия согласно штатному расписанию и т.п.).

2.12. **Выгодоприобретатели** – физические лица, в пользу которых заключен договор страхования.

² В соответствии с Методическими указаниями «МУ 3.4.2552-09. 3.4. Санитарная охрана территории. Организация и проведение первичных противоэпидемических мероприятий в случаях выявления больного (трупа), подозрительного на заболевания инфекционными болезнями, вызывающими чрезвычайные ситуации в области санитарно-эпидемиологического благополучия населения» (утв. Главным государственным санитарным врачом РФ 17 сентября 2009 г.).

По решению уполномоченных органов перечень особо опасных инфекционных заболеваний может быть расширен.

2.12.1. Выгодоприобретателем по рискам, указанным в пунктах 4.3.1, 4.3.2 настоящих Правил, является Застрахованное лицо.

2.12.2. Выгодоприобретателем по риску, указанному в пункте 4.3.3 настоящих Правил, является Страхователь (Застрахованное лицо).

2.13. Взаимоотношения между Страховщиком и медицинской организацией, сервисным учреждением (ассистанс) или иным аналогичным учреждением определяются договором на предоставление медицинской и лекарственной помощи (медицинских услуг) по добровольному медицинскому страхованию, и иных услуг, включая организацию и осуществление посмертной репатриации тела, по которому медицинская организация, сервисное учреждение (ассистанс) или иное аналогичное учреждение обязуется предоставлять Застрахованным лицам медицинские и иные услуги определенного объема и качества в конкретные сроки в рамках Программ страхования. При этом указанный договор может содержать: наименование сторон; численность Застрахованных лиц; виды лечебно-профилактической помощи (медицинских услуг); перечень иных услуг, в том числе связанных с осуществлением посмертной репатриации тела; стоимость работ, услуг и порядок расчетов; порядок контроля качества медицинских и иных услуг, и использования страховых средств; ответственность сторон и иные не противоречащие законодательству Российской Федерации условия.

3. ОБЪЕКТ СТРАХОВАНИЯ

3.1. Объектом страхования по настоящим Правилам являются имущественные интересы Страхователя (Застрахованного лица, Выгодоприобретателя), связанные с оплатой организации и оказания медицинской и лекарственной помощи (медицинских услуг) и иных услуг 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.

3.2. По договору страхования Застрахованное лицо имеет право на получение медицинских и иных услуг, в порядке и на условиях договора страхования, в медицинских организациях, в том числе у частнопрактикующих медицинских работников, имеющих соответствующую лицензию, сервисных организациях, перечисленных в договоре страхования (страховом полисе) или в приложении к нему, либо в медицинских и (или) сервисных организациях, обращения в которые согласованы Страховщиком. В том числе Застрахованное лицо имеет право на использование информационных сервисов, предоставляемых Страховщиком (при наличии технической возможности), для оценки состояния здоровья и индивидуальной предрасположенности к развитию заболеваний. Наименование данных сервисов, а также порядок их использования определяются Сторонами в договоре страхования / памятках по использованию сервиса, высылаемых Застрахованным лицам.

Медицинские и иные услуги оказываются медицинскими организациями в рамках заключенного договора со Страховщиком.

Страховщик несет ответственность за номенклатуру, качество, сервис и условия предоставления медицинской помощи, оказанной по программам добровольного медицинского страхования, в соответствии с положениями договоров на оказание медицинских услуг, заключенных между Страховщиком и отдельными медицинскими организациями, только в этих медицинских организациях, и не несет ответственности при оказании медицинской помощи вне этих организаций.

Также допускается оказание медицинских и иных услуг в организациях, обращение в которые согласовано Страховщиком вне зависимости от наличия договора с последним на оказание медицинских услуг, в случае объективной невозможности получения медицинских и иных услуг в организациях, предусмотренных договором страхования (страховым полисом).

4. СТРАХОВОЙ РИСК. СТРАХОВОЙ СЛУЧАЙ. ИСКЛЮЧЕНИЯ ИЗ СТРАХОВОГО ПОКРЫТИЯ. ОСНОВАНИЯ, ОСВОБОЖДАЮЩИЕ СТРАХОВЩИКА ОТ СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЫ

4.1. Страховым риском является предполагаемое событие, на случай наступления которого проводится страхование.

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

4.2. В соответствии с настоящими Правилами страховым риском является риск возникновения обстоятельств, предусмотренных договором страхования, требующих оказания Застрахованному лицу медицинских и иных услуг.

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

4.3.1. Страховым случаем в соответствии с настоящими Правилами является документально подтвержденное обращение Застрахованного лица в соответствии с условиями договора страхования и в течение срока его действия в медицинскую организацию, сервисную организацию или иное учреждение из числа предусмотренных договором страхования или согласованных со Страховщиком для получения различных видов платной медицинской помощи, включенных в Программу страхования, по поводу ухудшения состояния здоровья и/или состояния, а также обстоятельств, требующих оказания медицинской помощи (в том числе беременность и услуги по родовспоможению), и повлекших возникновение расходов на оплату медицинской помощи, оказанной Застрахованному лицу, а также обязанность Страховщика произвести страховую выплату.

Услуги предоставляются Застрахованному лицу в соответствии с предусмотренной договором страхования Программой страхования, кроме событий, указанных в пунктах 2.9, 4.7 – 4.17 настоящих Правил, а также с учетом исключений, предусмотренных Программой страхования.

4.3.2. В случае если это прямо предусмотрено договором страхования, страховым случаем является документально подтвержденное обращение Застрахованного лица в соответствии с условиями договора страхования и в течение срока его действия в медицинскую организацию, сервисную организацию или иное учреждение из числа предусмотренных договором страхования или согласованных со Страховщиком для проведения профилактических мероприятий, снижающих степень опасных для жизни или здоровья физического лица угроз и/или устраняющих их, и повлекших возникновение расходов на оплату медицинской помощи, оказанной Застрахованному лицу, а также обязанность Страховщика произвести страховую выплату.

Услуги предоставляются Застрахованному лицу в соответствии с предусмотренной договором страхования Программой страхования, кроме событий, указанных в пунктах 2.9, 4.7 – 4.17 настоящих Правил, а также с учетом исключений, предусмотренных Программой страхования.

4.3.3. В случае, когда это предусмотрено договором страхования, страховым случаем также является возникновение у Застрахованного лица обстоятельств, предусмотренных Программой страхования и повлекших документально подтвержденную организацию медико-транспортных услуг Застрахованному лицу и/или организацию репатриации его останков, а также обязанность Страховщика произвести страховую выплату.

Объем медицинско-транспортных услуг (в том числе услуг по репатриации), оказываемых Застрахованному лицу медицинской организацией и иным учреждением, и оплачиваемых Страховщиком по договору страхования, определяется выбранной Программой страхования, с учетом ограничений, указанных в пунктах 2.9, 4.7 – 4.17 настоящих Правил, а также с учетом исключений, предусмотренных Программой страхования.

4.4. Договор страхования может быть заключен на условиях предоставления Застрахованному лицу страховой защиты в объеме следующих Программ страхования:

- № 1. «Амбулаторно-поликлиническая помощь»;
- № 2. «Скорая медицинская помощь»;
- № 3. «Стоматология»;
- № 4. «Стационарная медицинская помощь»;

- № 5. «Лекарственные средства»;
- № 6. «Вакцинация»;
- № 7. «Дородовое наблюдение беременных женщин, включая наблюдение беременности с патологией со стационарным лечением»;
- № 8. «Родовспоможение» (включая осложненные роды с кесаревым сечением);
- № 9. «Реабилитационно-восстановительное лечение (включая санаторно-курортное лечение)»;
- № 10. «Личный врач»;
- № 11. «Врач офиса»;
- № 12. «Диагностика и лечение онко- и критических состояний / заболеваний»;
- № 13. «Профилактика заболеваний»;
- № 14. «Дети»;
- № 15. «Комплексная программа добровольного медицинского страхования»;
- № 16. «Антиклевц»;
- № 17. «Медико-транспортные услуги и репатриация»;
- № 18. «Трудовой мигрант»;
- № 19. «Телемедицина»;
- № 20. «Экстренная медицинская помощь за рубежом».

4.5. При заключении договора страхования на основании настоящих Правил Страховщик и Страхователь при условии применения к базовому страховому тарифу соответствующих поправочных коэффициентов вправе договориться об объеме медицинской помощи или иных услуг в рамках Программы страхования путем дополнения или изменения перечня организуемой и оплачиваемой Страховщиком медицинской помощи и иных услуг, включаемых в конкретную Программу страхования, и о наименовании конкретной Программы страхования, в которой отражены вид, объем и порядок предоставляемой Застрахованному лицу медицинской помощи и иных услуг.

4.6. Если в течение срока действия договора страхования Страховщику станет известно о том, что Застрахованное лицо (Страхователь), при заключении договора страхования представил Страховщику ложные сведения и скрыл имеющиеся болезни, предусмотренные пунктах 2.8, 2.10 настоящих Правил, Страховщик вправе в одностороннем порядке прекратить действие договора страхования в отношении этого Застрахованного лица, согласно пункту 1 статьи 450.1 Гражданского кодекса Российской Федерации и/или обратиться в суд с требованием о признании договора страхования недействительным и применении последствий, предусмотренных пунктом 2 статьи 179 Гражданского кодекса Российской Федерации.

4.7. Не является страховым случаем документально подтвержденное обращение Застрахованного лица в течение срока страхования в медицинскую организацию, сервисную организацию или иное учреждение из числа предусмотренных договором страхования или согласованных со Страховщиком за получением медицинской помощи и/или иных услуг:

4.7.1. В связи с покушением на самоубийство или самоубийством, за исключением случаев, когда Застрахованное лицо было доведено до такого состояния противоправными действиями третьих лиц.

4.7.2. В связи с умышленным причинением себе телесных повреждений.

4.7.3. В состоянии алкогольного, наркотического или токсического опьянения (если такое состояние непосредственно связано с характером и объемом оказанной медицинской помощи).

4.7.4. В связи с получением травматического повреждения или иного расстройства здоровья, наступившего в результате совершения Застрахованным лицом умышленного преступления, находящегося в прямой причинной связи со страховым случаем.

4.8. Не является страховым случаем документально подтвержденное обращение Застрахованного лица в течение срока страхования в медицинскую организацию, сервисную организацию или иное учреждение из числа предусмотренных договором страхования или согласованных со Страховщиком за получением медицинской помощи и/или иных услуг по поводу лечения впервые в течение срока страхования диагностированного заболевания (состояния) из числа указанных в пунктах 2.8, 2.10 настоящих Правил, или его осложнений. После постановки (подтверждения) диагноза, указанного в пунктах 2.8, 2.10 настоящих Правил, Страховщик вправе в одностороннем порядке прекратить действие договора

страхования в отношении этого Застрахованного лица, согласно пункту 1 статьи 450.1 Гражданского кодекса Российской Федерации.

4.8.1. Для целей реализации процедуры прекращения действия договора страхования в соответствии с условиями настоящего пункта Правил Страховщик имеет право в договорах с лечебными учреждениями предусматривать условия об информировании Страховщика о факте постановки (подтверждения) диагноза, указанного в пунктах 2.8, 2.10 настоящих Правил.

4.8.2. После получения информации о факте постановки (подтверждения) диагноза, указанного в пунктах 2.8, 2.10 настоящих Правил, Страховщик направляет Страхователю письменное уведомление о прекращении действия договора страхования в отношении соответствующего Застрахованного лица, содержащее ссылку на пункте 4.8 настоящих Правил и указание на сумму страховой премии, подлежащей возврату (либо не подлежащей уплате) в соответствии с условиями пунктах 4.8.3 – 4.8.5 настоящих Правил.

4.8.3. Договор страхования считается прекращенным в отношении Застрахованного лица, указанного в пункте 4.8 настоящих Правил, с даты, указанной в соответствующем уведомлении Страховщика. Уведомление направляется Страхователю не менее чем за 3 (три) рабочих дня до даты прекращения действия договора страхования в отношении данного Застрахованного лица. Страхователь обязан уведомить Застрахованное лицо о факте прекращения договора страхования в отношении последнего.

4.8.4. В том случае, если на момент прекращения договора страхования страховая премия была уплачена Страхователем полностью, Страховщик обязан в течение 30 (тридцати) рабочих дней с момента получения Страхователем уведомления о прекращении договора страхования в отношении определенного Застрахованного лица, вернуть Страхователю часть страховой премии, уплаченной за страхование данного Застрахованного лица, пропорциональную части общего срока действия договора страхования, в течение которого договор страхования не будет действовать в отношении такого Застрахованного лица.

4.8.5. В том случае, если после момента прекращения договора страхования, как это определено в настоящем пункте Правил, у Страхователя в соответствии с условиями договора страхования возникнет обязанность уплатить очередной страховой взнос, Страхователь освобождается от обязанности уплачивать часть страховой премии, приходящуюся в уплату за страхование соответствующего Застрахованного лица в течение периода действия договора страхования после момента прекращения договора страхования в соответствии с изложенным в пунктах 4.8.2 – 4.8.3 настоящих Правил.

4.9. Не является страховым случаем лечение венерических заболеваний, наркологическая помощь, лечение заболеваний, связанных с последствиями радиоактивного облучения; кроме того, в отношении инвалидов – лечение заболеваний, связанных с причиной инвалидности.

4.10. Если иное прямо не предусмотрено договором страхования и/или Программой страхования, Страховщик не оплачивает лечение заболеваний (состояний), явившихся следствием сахарного диабета (ангиопатии, нефропатии, ретинопатии и проч.), беременности и патологии беременности, а также лечение обострившихся в результате беременности хронических заболеваний; косметологическое лечение, все виды протезирования.

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

4.11.1. Воздействия ядерного взрыва, радиации или радиоактивного заражения.

4.11.2. Военных действий, а также маневров или иных военных мероприятий.

4.11.3. Гражданской войны, народных волнений всякого рода или забастовок.

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

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

4.14. Если договором страхования и/или Программой страхования не предусмотрено иное, Страховщик не оплачивает лечение заболеваний (состояний), возникших в результате

сочетания радиационного воздействия с токсическими, взрывными или иными опасными воздействиями.

4.15. Страховщик не оплачивает медицинские услуги, полученные по инициативе Застрахованного лица в медицинских организациях, не указанных в договоре страхования (страховом полисе), за исключением случаев, когда медицинские услуги получены в медицинской организации, не предусмотренной в договоре страхования, но обращение в которую согласовано (в письменном виде) и/или организовано Страховщиком.

4.16. Страховщик также не производит страховую выплату, если Застрахованное лицо получило медицинские услуги, включая любой период пребывания в стационаре, которые не были рекомендованы и письменно засвидетельствованы медицинской организацией (лечащим врачом), как необходимые и целесообразные меры.

4.17. Не является страховым случаем обращение Застрахованного лица в медицинскую организацию или иное учреждение по событиям, указанным в Программе страхования как исключения.

4.18. Перечень исключений из страхового покрытия может быть дополнен в договоре страхования и/или Программе страхования.

4.19. Договором страхования может быть особо предусмотрено неприменение Страховщиком исключений, указанных в настоящих Правилах, а также оснований для освобождения от страховой выплаты.

4.20. В связи с тем, что конкурсная документация и иные документы, представляемые Страховщику для заключения договора страхования, могут содержать различные формулировки страховых рисков (страховых случаев), соответствующие по своему существу, но не являющиеся буквальным повторением формулировки страховых рисков (страховых случаев), покрываемых в рамках настоящих Правил, Страховщик при принятии риска на страхование осуществляет оценку заявленных в документации страховых рисков. Если заявленные Страхователем страховые риски (страховые случаи) не расширяют страхового покрытия и соответствуют по существу, определенным в настоящих Правилах страховым рискам (страховым случаям), то Страховщик оставляет за собой право указывать в договоре страхования страховые риски (страховые случаи) в соответствии с заявленными Страхователем требованиями.

5. СТРАХОВАЯ СУММА. ЛИМИТ ВОЗМЕЩЕНИЯ СТРАХОВЩИКА. ЛИМИТ ОТВЕТСТВЕННОСТИ СТРАХОВЩИКА

5.1. Страховая сумма по договору страхования определяется Страховщиком и Страхователем по их усмотрению исходя из определенных договором страхования условий страхования (предполагаемого объема медицинской помощи, предусмотренной Программой страхования), действующих на момент заключения договора страхования цен в медицинских учреждениях на медицинские услуги.

5.2. Страховая сумма устанавливается по соглашению сторон для каждого Застрахованного лица.

5.3. В медицинской организации могут быть предусмотрены сервисные услуги, их перечень устанавливается индивидуально в каждой медицинской организации. Это может быть: одно-/двухместная палата, телевизор, телефон, дополнительное питание, индивидуальный сестринский пост и другие, в зависимости от возможностей медицинской организации. Поэтому договором страхования может быть предусмотрено предоставление Застрахованному лицу таких сервисных услуг, что соответственно влечет за собой увеличение стоимости медицинских услуг и возрастание страховой суммы.

При включении в договор страхования (конкретную Программу страхования) условия о предоставлении Застрахованному лицу конкретных сервисных услуг, Страховщик применяет к базовым страховым тарифам поправочные коэффициенты. Страховая сумма по соглашению сторон соответственно увеличивается на стоимость сервисных услуг, включаемых в Программу страхования, в соответствии с действующим в медицинской организации прейскурантом цен на данные сервисные услуги.

5.4. В период действия договора страхования Страхователь по согласованию со Страховщиком вправе изменить (увеличить) страховую сумму, перечень медицинских услуг (Программы страхования), а также поменять медицинские организации, предоставляющие медицинскую помощь по договору страхования.

Указанные изменения оформляются в письменном виде в форме дополнительного соглашения к договору страхования, которое подписывается Страховщиком и Страхователем с уплатой дополнительной страховой премии. В этом случае расчет дополнительной страховой премии производится в порядке, предусмотренном подпунктами «а» – «в» пункта 7.14 настоящих Правил.

5.5. При заключении договора страхования по нескольким Программам страхования страховая сумма устанавливается отдельно по каждой Программе страхования, Страховщик несет обязательства по оплате медицинских и иных услуг в пределах страховой суммы по каждой Программе страхования.

5.6. Договором страхования может быть предусмотрено установление различных **лимитов ответственности Страховщика** (сублимитов страховой суммы) – максимального размера страховой выплаты, которая может быть выплачена в пределах страховой суммы.

5.7. Лимит ответственности Страховщика (сублимит страховой суммы) может быть установлен:

- в отношении отдельных рисков или их совокупностей;
- в отношении отдельных заболеваний (состояний);
- по отдельным видам медицинской помощи и иных услуг (в т.ч. обеспечению лекарственными средствами или изделиями медицинского назначения) или их различной совокупности.

Договором страхования могут установлены иные лимиты ответственности (сублимиты страховой суммы).

5.8. При осуществлении страховой выплаты в размере такого отдельного лимита ответственности действие договора страхования прекращается в отношении такого страхового риска (заболевания / состояния, вида / видов медицинской помощи или иных услуг, и т.д.), если действие договора страхования не прекратилось ранее по иным обстоятельствам, предусмотренным законодательством Российской Федерации, настоящими Правилами и (или) договором страхования.

5.9. При установлении лимита ответственности по одному страховому событию / риску данная сумма является предельной суммой страховой выплаты, которая может быть осуществлена при признании факта наступления страхового случая по одному событию / риску.

5.10. Лимит ответственности Страховщика может устанавливаться в абсолютной величине, либо в процентах от страховой суммы.

5.11. Любые лимиты ответственности по договору страхования устанавливаются сверх сумм франшизы, которые не входят в сумму лимита возмещения Страховщика.

5.12. Страховщик выполняет обязательства по страховой выплате при наступлении страхового случая в пределах страховой суммы, установленной при заключении договора страхования. При этом если в договоре страхования установлены лимиты ответственности, то Страховщик выполняет обязательства по страховой выплате в пределах установленных лимитов ответственности.

5.13. В течение срока действия договора страхования страховая сумма и лимиты ответственности могут быть изменены по письменному соглашению между Страховщиком и Страхователем.

5.14. **Лимитом возмещения Страховщика** является установленный в договоре страхования предельный размер страховой выплаты, при достижении которого договор страхования (полностью либо в соответствующей части) прекращает свое действие, если действие договора страхования не прекратилось ранее по иным обстоятельствам, предусмотренным законодательством Российской Федерации, настоящими Правилами и/или договором страхования.

5.15. Договоры страхования с применением настоящих Правил заключаются с условием **агрегатного лимита возмещения Страховщика**.

Агрегатный лимит возмещения – условие страхования, при котором страховая сумма является совокупным лимитом возмещения Страховщика по всем страховым случаям, произошедшим в период действия страховой защиты.

Договор страхования с агрегатным лимитом возмещения Страховщика считается исполненным полностью либо в соответствующей части и, соответственно, полностью либо в соответствующей части прекращает свое действие с момента выплаты суммарного страхового возмещения в размере, эквивалентном размеру страховой суммы.

5.16. Только если это прямо предусмотрено договором страхования, в отношении отдельных рисков, Программ страхования или отдельных услуг, включенных в Программу страхования (при условии установления в их отношении в договоре страхования отдельных страховых сумм или лимитов ответственности / сублимитов страховых сумм) может быть применен **лимит возмещения Страховщика «по первому (иное количество) страховому случаю»** – условие договора страхования, при котором страховая сумма является лимитом возмещения Страховщика по одному (иному оговоренному количеству) страховому случаю (страховым случаям) за весь срок действия договора страхования (срок страхования).

Действие договора страхования с лимитом возмещения Страховщика «по первому (иное количество) страховому случаю» прекращается после наступления первого (последнего – при оговоренном количестве случаев) страхового случая³.

5.17. Страховая сумма устанавливается в валюте Российской Федерации.

6. ФРАНШИЗА

6.1. Договором страхования может быть установлена франшиза.

6.2. **Франшиза** – предусмотренная договором страхования часть убытков, не подлежащая возмещению Страховщиком Застрахованному лицу (Выгодоприобретателю), устанавливаемая в виде определенного процента от страховой суммы или в фиксированном размере.

6.3. 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.

6.4. В договоре страхования также может быть установлена временная франшиза (период ожидания). Особенности временной франшизы и варианты ее применения изложены в пункте 1.7.12 настоящих Правил).

6.5. Заключая договор страхования на основании настоящих Правил, Страхователь и Страховщик соглашаются и признают, что если в договоре страхования установлена франшиза и указан ее размер, но не указан ее вид, то считается, что установлена безусловная франшиза.

6.6. Франшиза может быть установлена как отдельно по каждому страховому риску, включенному в договор страхования, так и по нескольким страховым рискам в совокупности. Франшизы также могут устанавливаться договором страхования в отношении отдельных Программ страхования или их совокупности, и/или в отношении отдельных видов услуг или совокупности услуг, включенных в Программу страхования.

6.7. Франшиза действует по каждому страховому случаю. Если происходит несколько страховых случаев, франшиза учитывается при расчете страховой выплаты по каждому страховому случаю.

6.8. Договором страхования может быть предусмотрен иной порядок применения франшизы.

7. СТРАХОВАЯ ПРЕМИЯ (СТРАХОВОЙ ВЗНОС). СТРАХОВОЙ ТАРИФ

7.1. Страховая премия (пункт 1.7.22 настоящих Правил) определяется путем умножения страховой суммы на страховой тариф.

7.2. Страховая премия (страховые взносы) уплачивается Страхователем в валюте Российской Федерации.

³ Действие договора страхования прекращается со следующей минуты, наступившей после застрахованного события (например, если страховое событие имело место в 15 часов 43 минуты, то действие договора страхования заканчивается в 15 часов 44 минуты). При этом Страховщик продолжает нести обязательство по страховой выплате в отношении случая, наступившего в период его действия (в 15 часов 43 минуты), а страховая премия считается полностью заработанной Страховщиком и не подлежит возврату.

7.3. Страховой тариф (пункт 1.7.28 настоящих Правил) по конкретному договору страхования определяется по соглашению сторон.

7.4. При заключении конкретного договора страхования Страховщик применяет рассчитанные им по каждой Программе страхования базовые страховые тарифы, определяющие величину страхового взноса, взимаемую с единицы страховой суммы, исходя из оценки Страховщиком страхового риска с учетом объекта страхования, условий страхования, выбранной Страхователем Программы страхования, категории медицинского учреждения, срока действия договора страхования и иных условий договора страхования.

7.5. При заключении договоров страхования, Страховщик для определения страхового тарифа, учитывающего факторы страхового риска, результатов медицинского обследования (если оно производилось), пола, возраста и состояния здоровья Застрахованного лица, профессии (рода деятельности) Застрахованного лица, а также рода его увлечений и способов проведения досуга, общего количества лиц, принимаемых на страхование по договору страхования (при коллективном страховании), перечня медицинских услуг, включаемых в Программу страхования, ценовой категории медицинской организации или иного учреждения, оснащения медицинской организации высокотехнологичным медицинским оборудованием, иных факторов и конкретных условий страхования, вправе применять к базовым страховым тарифам поправочные коэффициенты.

7.6. При заключении договора страхования по нескольким Программам страхования страховая премия определяется по каждой из включенных в договор страхования Программ страхования с учётом положений пункта 7.1 настоящих Правил.

Размер страховой премии по договору страхования, включающему несколько Программ страхования, определяется путем суммирования страховых премий по этим Программам страхования.

7.7. По договору страхования, заключенному на срок менее 1 (одного) года (краткосрочный договор страхования), страховая премия рассчитывается в соответствии с коэффициентами краткосрочности, указанными в таблице 1, если иной порядок расчета не указан в договоре страхования.

Таблица 1

Срок действия договора страхования не более										
1 мес.	2 мес.	3 мес.	4 мес.	5 мес.	6 мес.	7 мес.	8 мес.	9 мес.	10 мес.	11 мес.
Коэффициент краткосрочности										
0,30	0,40	0,50	0,60	0,65	0,70	0,75	0,80	0,85	0,90	0,95

7.8. По договору страхования, заключенному на срок более 1 (одного) года (долгосрочный договор страхования), если иной порядок расчета не указан в договоре страхования, к страховым тарифам применяется коэффициент долгосрочности, который определяется путем деления продолжительности срока страхования, исчисленной в месяцах, на 12. При этом неполный месяц страхования считается за полный.

7.9. Страховая премия по договору страхования может быть уплачена Страхователем единовременно или уплачиваться в рассрочку – страховыми взносами (пункт 1.7.25 настоящих Правил). Конкретные сроки уплаты определяются сторонами в договоре страхования.

Страховая премия уплачивается наличными деньгами в кассу Страховщика или путем передачи представителю (страховому агенту) Страховщика либо путем безналичных расчетов.

7.10. Страхователь обязан уплатить Страховщику страховую премию (или первый взнос при уплате страховой премии в рассрочку) в течение 5 (пяти) рабочих дней после подписания договора страхования, или в иной срок, согласованный сторонами.

Днем (моментом) уплаты страховой премии (взноса) считается:

– при безналичной оплате – день поступления денежных средств на расчетный счет Страховщика;

– при уплате наличными средствами – день уплаты страховой премии (взноса) в кассу Страховщика или их передачи представителю (страховому агенту) Страховщика.

7.11. Если договором страхования не предусмотрено иное, то при неуплате или уплате не в полном объеме суммы страховой премии (при единовременной уплате страховой

премии) или первого страхового взноса (при уплате страховой премии в рассрочку) в установленный договором страхования срок, договор страхования считается не вступившим в силу и страховые выплаты по нему не производятся, а полученные в счет страховой премии денежные средства возвращаются Страхователю в течение срока, указанного в пункте 7.17 настоящих Правил, считая со дня, следующего за днем получения от Страхователя заявления / уведомления о перечислении денежных средств, в котором указаны реквизиты для перечисления.

7.12. В случае неуплаты очередного страхового взноса в срок, установленный в договоре страхования, Страховщик в одностороннем внесудебном порядке расторгает указанный договор страхования (отказывается от исполнения договора страхования в одностороннем порядке согласно ст. 450.1 Гражданского кодекса Российской Федерации). В этом случае договор страхования считается расторгнутым с 00 часов 00 минут дня, следующего за днем, когда очередной страховой взнос должен быть уплачен.

Уплата части страхового взноса (уплата очередного страхового взноса в меньшем размере, чем предусмотрено договором страхования) не принимается Страховщиком как уплата страхового взноса согласно статье 311 Гражданского кодекса Российской Федерации.

О расторжении договора страхования из-за неуплаты очередного страхового взноса Страховщик письменно уведомляет Страхователя с соблюдением положений раздела 13 настоящих Правил.

При этом стороны не вправе требовать возвращения того, что было исполнено ими по обязательству до момента расторжения договора страхования.

В случае уплаты страховой премии (страхового взноса) после досрочного прекращения договора страхования, денежные средства, уплаченные после даты прекращения договора страхования, возвращаются Страхователю за вычетом задолженности Страхователя по уплате страховой премии, образовавшейся на дату прекращения договора страхования, в течение срока, указанного в пункте 7.17 настоящих Правил, считая со дня, следующего за днем получения от Страхователя заявления / уведомления о перечислении денежных средств, в котором указаны реквизиты для перечисления.

7.13. По соглашению сторон договором страхования могут быть предусмотрены иные последствия неуплаты Страхователем в установленные сроки очередных страховых взносов или их уплаты не в полном объеме:

— зачет суммы просроченного страхового взноса при определении размера страховой выплаты;

— изменение условий страхования соразмерно фактически уплаченным в установленный срок страховым взносам, в том числе пропорциональное сокращение срока страхования, пропорциональное снижение страховой суммы, введение или изменение размера франшизы;

— расторжение договора страхования и взыскание со Страхователя неуплаченной части страховой премии за период действия договора страхования до даты его расторжения в судебном порядке;

— иные последствия, предусмотренные законодательством Российской Федерации.

Если в качестве последствий договором страхования предусмотрено изменение условий страхования, то порядок такого изменения указывается в договоре страхования.

Страховщик обязан проинформировать Страхователя о факте просрочки уплаты очередного страхового взноса или факте его уплаты не в полном объеме, а также о последствиях таких нарушений способом, согласованным со Страхователем при заключении договора страхования.

7.14. Расчет страховой премии по дополнительному соглашению в связи с увеличением страховой суммы при изменении стоимости или расширении перечня медицинских услуг, а также увеличении страхового риска производится в следующем порядке:

а) страховая премия по дополнительному соглашению делится на 12 месяцев и умножается на количество месяцев, оставшихся до конца действия основного договора страхования (неполный месяц считается за полный) – результатом является величина страховой премии по дополнительному соглашению, полученная исходя из увеличенного размера страховой суммы на оставшийся период срока действия основного договора страхования;

б) страховая премия по договору страхования делится на 12 месяцев и умножается на количество месяцев (неполный месяц считается за полный), оставшихся до конца срока действия договора страхования – результатом является величина страховой премии по основному договору страхования на оставшийся период срока его действия;

в) величина страховой премии, подлежащая уплате Страхователем по дополнительному соглашению к основному договору страхования, определяется путем вычитания из полученной величины страховой премии по дополнительному соглашению (подпункт «а» настоящего пункта Правил) величины страховой премии за оставшийся период срока действия по основному договору страхования (подпункт «б» настоящего пункта Правил).

7.15. При увеличении страховой суммы соответствующие изменения в договор страхования, согласованные сторонами, оформляются путем составления и подписания дополнительного соглашения. При этом, если повышается страховой риск, Страховщик, по согласованию со Страхователем, применяет к базовым страховым тарифам повышающие коэффициенты. Расчет дополнительной страховой премии производится в соответствии с пунктом 7.14 настоящих Правил.

Аналогичный порядок действует и при увеличении страхового риска в период действия договора страхования.

7.16. Если иное не предусмотрено договором страхования, в случае изменения по согласованию со Страховщиком условий договора страхования, связанных с сокращением Застрахованному лицу перечня Программ страхования, Страховщик вправе, по согласованию с Застрахованным лицом, возратить Страхователю часть страховой премии пропорционально времени, в течение которого прекращается пользование Застрахованным лицом медицинскими услугами в рамках исключаемой Программы (Программ) страхования, или зачесть данную сумму в счет оплаты страховой премии при заключении (продлонгации) договора страхования на новый срок. Указанные изменения условий договора страхования оформляются сторонами в письменном виде.

7.17. Возврат страховой премии по договору страхования или ее части осуществляется в следующем порядке и размере:

7.17.1. В случае отказа Страхователя-физического лица от договора страхования в течение 14 (четырнадцати) календарных дней со дня его заключения независимо от момента уплаты страховой премии, при отсутствии в данном периоде событий, имеющих признаки страхового случая, возврат Страховщиком Страхователю уплаченной Страхователем страховой премии производится по выбору Страхователя наличными деньгами или в безналичном порядке в полном объеме (при отказе до начала действия страхования) или за вычетом части страховой премии, исчисляемой пропорционально времени, в течение которого действовало страхование (при отказе после начала действия страхования) в течение 10 (десяти) рабочих дней со дня получения письменного заявления Страхователя об отказе от договора страхования.

7.17.2. В случае отказа Страхователя, являющегося заемщиком по договору потребительского кредита (займа), от договора страхования, заключенного в целях обеспечения исполнения обязательств заемщика по договору потребительского кредита (займа), в течение 30 (тридцати) календарных дней со дня заключения такого договора страхования, независимо от момента уплаты страховой премии и независимо от момента начала страхования (вступления договора страхования в силу), при отсутствии в данном периоде событий, имеющих признаки страхового случая, возврат Страховщиком Страхователю уплаченной Страхователем страховой премии производится по выбору Страхователя наличными деньгами или в безналичном порядке в полном объеме в течение 7 (семи) рабочих дней со дня получения письменного заявления Страхователя об отказе от договора страхования, заключенного в целях обеспечения исполнения обязательств заемщика по договору потребительского кредита (займа).

7.17.3. В случае обращения Страхователя, являющегося заемщиком по договору потребительского кредита (займа), с заявлением к Страховщику о возврате уплаченной им страховой премии по договору страхования, заключенному в целях обеспечения исполнения обязательств заемщика по договору потребительского кредита (займа), в случае полного досрочного исполнения Страхователем обязательств по такому договору потребительского кредита (займа), при отсутствии событий, имеющих признаки страхового случая, возврат Страховщиком Страхователю уплаченной Страхователем страховой премии производится по

выбору Страхователя наличными деньгами или в безналичном порядке за вычетом части страховой премии, исчисляемой пропорционально времени, в течение которого действовало страхование, в течение 7 (семи) рабочих дней со дня получения письменного заявления Страхователя о возврате страховой премии в связи с полным досрочным исполнением Страхователем обязательств по договору потребительского кредита (займа), в целях обеспечения исполнения обязательств заемщика по которому был заключен договор страхования.

7.17.4. В случае отказа Страхователя-физического лица от договора страхования, заключенного на основании заявления о предоставлении потребительского кредита (займа), заявления о предоставлении дополнительных услуг при предоставлении потребительского кредита (займа), а также в случаях, когда при предоставлении потребительского кредита (займа) обусловленный им договор страхования был заключен без вышеуказанных заявлений, в течение 30 (тридцати) календарных дней со дня заключения такого договора страхования, независимо от момента уплаты страховой премии, при отсутствии в данном периоде событий, имеющих признаки страхового случая, возврат Страховщиком Страхователю уплаченной Страхователем страховой премии производится по выбору Страхователя наличными деньгами или в безналичном порядке в полном объеме (при отказе до начала действия страхования) или за вычетом части страховой премии, исчисляемой пропорционально времени, в течение которого действовало страхование (при отказе после начала действия страхования), в течение 7 (семи) рабочих дней со дня получения письменного заявления Страхователя об отказе от договора страхования.

7.17.5. В случае отказа Страхователя-физического лица от договора страхования, не связанного с осуществлением предпринимательской деятельности, в случае непредоставления, предоставления Страховщиком неполной или недостоверной информации о договоре страхования, при условии отсутствия до момента отказа от страхования событий, имеющих признаки страхового случая, возврат Страховщиком Страхователю уплаченной Страхователем страховой премии производится по выбору Страхователя наличными деньгами или в безналичном порядке за вычетом части страховой премии, исчисляемой пропорционально времени, в течение которого действовало страхование, в течение 7 (семи) рабочих дней со дня получения письменного заявления Страхователя об отказе от договора страхования.

7.17.6. В случае прекращения договора страхования до наступления срока, на который он был заключен, если после вступления договора страхования в силу возможность наступления страхового случая отпала, и существование страхового риска прекратилось по обстоятельствам иным, чем страховой случай, возврат Страховщиком Страхователю уплаченной Страхователем страховой премии производится за вычетом части страховой премии, исчисляемой пропорционально времени, в течение которого действовало страхование, в течение 45 (сорока пяти) рабочих дней со дня получения соответствующего письменного заявления Страхователя, если иной срок возврата не установлен договором страхования.

7.17.7. В случае несвоевременной уплаты или уплаты в неполном объеме страховой премии (при единовременной уплате страховой премии) или первого страхового взноса (при рассрочке уплаты страховой премии) возврат Страховщиком Страхователю денежных средств, полученных в счет страховой премии (первого страхового взноса), производится в полном объеме в течение 45 (сорока пяти) рабочих дней, считая со дня, следующего за днем получения от Страхователя заявления / уведомления о перечислении денежных средств, в котором указаны реквизиты для перечисления, если иное не предусмотрено договором страхования.

7.17.8. В случае уплаты Страхователем страхового взноса после расторжения договора страхования возврат Страховщиком Страхователю денежных средств, уплаченных после даты прекращения договора страхования, производится за вычетом задолженности Страхователя по уплате страховой премии, образовавшейся на дату прекращения договора страхования, в течение 45 (сорока пяти) рабочих дней, считая со дня, следующего за днем получения от Страхователя заявления / уведомления о перечислении денежных средств, в котором указаны реквизиты для перечисления, если иной порядок возврата не предусмотрен договором страхования.

7.17.9. В случае переплаты страховой премии по договору страхования возврат Страховщиком Страхователю суммы избыточно уплаченной Страхователем страховой

премии производится в размере переплаты в течение 45 (сорока пяти) рабочих дней со дня получения страховой премии, если иной срок возврата не предусмотрен договором страхования.

7.17.10. В случае признания договора страхования недействительным возврат Страховщиком Страхователю уплаченной Страхователем страховой премии производится в полном объеме в течение 45 (сорока пяти) рабочих дней после вступления в силу решения суда о признании договора страхования недействительным, если решением суда не предусмотрено иное.

7.17.11. В случае если договор страхования является незаключенным, возврат Страховщиком Страхователю уплаченной Страхователем страховой премии производится в полном объеме в течение 45 (сорока пяти) рабочих дней после выявления факта незаключения договора страхования.

7.17.12. В случаях досрочного прекращения договора страхования, в которых договором страхования предусмотрен возврат части страховой премии за неистекший срок страхования, отличных от случаев, указанных в пунктах 7.17.1 – 7.17.6 настоящих Правил, возврат Страховщиком Страхователю части уплаченной Страхователем страховой премии производится в объеме, рассчитанном в соответствии с положениями договора страхования / соглашения сторон, в течение 45 (сорока пяти) рабочих дней после досрочного прекращения договора страхования, если иное не установлено договором страхования / соглашением сторон.

8. ПОРЯДОК ЗАКЛЮЧЕНИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ

8.1. Заключая договор страхования на основании настоящих Правил, Страхователь подтверждает, что Страховщик до заключения договора страхования (при обращении получателя страховой услуги с намерением заключить договор страхования) предоставил получателю страховой услуги (Страхователю, Застрахованному лицу, Выгодоприобретателю) в доступной форме полную информацию:

8.1.1. Об условиях, на которых может быть заключен договор страхования, включающих: объект страхования, страховые риски, размер страховой премии, страховой суммы и (или) порядок определения размера страховой премии, страховой суммы, а также порядок получения медицинских услуг и порядок осуществления страховой выплаты, в том числе перечень документов, которые необходимо представить вместе с заявлением о наступлении события, имеющего признаки страхового случая;

8.1.2. Об обстоятельствах, влияющих на размер страховой премии, о способах и сроках (периодичности) уплаты страховой премии, последствиях неуплаты, уплаты не в полном размере или несвоевременной уплаты страховой премии (страховых взносов);

8.1.3. О применяемых Страховщиком франшизах и исключениях из перечня страховых событий, а также о действиях получателя страховых услуг, совершение которых может повлечь отказ Страховщика в страховой выплате или сокращение ее размера;

8.1.4. О наличии дополнительных условий для заключения договора страхования, в том числе о необходимости проведения анкетирования и/или медицинского обследования получателя страховых услуг при заключении договора страхования, а также о перечне документов и информации, необходимых для заключения договора страхования;

8.1.5. О размере (примерном расчете) страховой премии на основании представленного получателем страховых услуг заявления о заключении договора страхования с уведомлением получателя страховых услуг о возможном изменении размера страховой премии, страховой суммы или иных условий страхования по результатам оценки страхового риска;

8.1.6. О наличии условия возврата Страхователю уплаченной страховой премии в случае отказа Страхователя от договора страхования в течение определенного срока со дня его заключения или о его отсутствии в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации;

8.1.7. О сроках рассмотрения обращений получателей страховых услуг относительно страховой выплаты, а также о случаях продления таких сроков в связи с необходимостью получения информации от медицинских и иных организаций, непосредственно связанной с возможностью принятия Страховщиком решения о признании события страховым случаем или о размере страховой выплаты;

8.1.8. О порядке расчета налога, который будет удержан Страховщиком при расчете страховой выплаты и возврате страховой премии или ее части при досрочном прекращении договора страхования (для видов договоров страхования, к которым положениями налогового законодательства Российской Федерации установлены соответствующие требования) в случаях, когда Страховщик является налоговым агентом;

8.1.9. О праве получателя страховых услуг запросить информацию о размере вознаграждения, выплачиваемого страховому агенту или страховому брокеру;

8.1.10. Об адресах мест приема документов при наступлении событий, имеющих признаки страхового случая, в том числе о возможности приема таких документов в электронной форме, если такая возможность предусмотрена условиями договора или настоящих Правил.

По требованию Страхователя (Застрахованного лица) Страховщик бесплатно консультирует и разъясняет положения, содержащиеся в информации, предоставляемой при заключении договора страхования.

8.2. До заключения договора страхования Страховщик обязан предоставить физическому лицу – получателю страховых услуг (потенциальному Страхователю), имеющему намерение заключить договор страхования, информацию о договоре страхования, в том числе об его условиях и рисках, связанных с его исполнением. Такая информация предоставляется в форме Ключевого информационного документа (пункт 1.7.4 настоящих Правил).

8.3. По договору страхования, заключенному на основании настоящих Правил, страхование может быть коллективным или индивидуальным.

8.4. Договор страхования должен отвечать общим условиям действительности сделки, предусмотренным гражданским законодательством Российской Федерации.

8.5. Договор страхования должен быть заключен в письменной форме. Несоблюдение письменной формы влечет недействительность договора страхования.

8.6. Страховщик при заключении договора страхования вправе применять разработанные им стандартные формы договора страхования (страхового полиса).

8.7. Договор страхования может быть заключен:

8.7.1. В виде электронного документа через официальный сайт Страховщика (www.skgelios.ru) в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет», мобильное приложение Страховщика (при наличии технической возможности) или иное специализированное программное обеспечение, предоставленное Страховщиком, сайт, мобильное приложение или иное специализированное программное обеспечение представителя Страховщика.

8.7.2. В стандартном порядке при непосредственном обращении к Страховщику (его уполномоченному представителю) на основании устного или письменного заявления Страхователя или его представителя.

8.8. Заключение договора страхования в электронной форме.

8.8.1. Договор страхования в электронной форме заключается в соответствии со статьями 434 и 940 Гражданского кодекса Российской Федерации и статьей 6.1 Закона Российской Федерации от 27.11.1992 № 4015-1 «Об организации страхового дела в Российской Федерации», а также статьями 6 и 7 Федерального закона от 06.04.2011 № 63-ФЗ «Об электронной подписи», с учетом особенностей, установленных Федеральным законом от 07.08.2001 № 115-ФЗ «О противодействии легализации (отмыванию) доходов, полученных преступным путем, и финансированию терроризма».

8.8.2. Договор страхования в электронной форме заключается путем составления одного электронного документа, подписанного сторонами, или обмена электронными документами либо иными данными в соответствии с правилами абзаца второго пункта 1 статьи 160 Гражданского кодекса Российской Федерации либо в виде электронного страхового полиса, неотъемлемой частью которого являются настоящие Правила, с соблюдением требований Федерального закона от 06.04.2011 № 63-ФЗ «Об электронной подписи».

8.8.3. Для заключения договора страхования в электронной форме (при наличии технической возможности) Страхователь подает Страховщику заявление на страхование через официальный сайт Страховщика www.skgelios.ru (доступ к сайту может быть осуществлен в том числе с использованием специализированного программного

обеспечения, предоставленного Страховщиком) путем заполнения формы заявления на страхование.

Заявление на страхование может быть оформлено путем проставления соответствующих отметок (подтверждений) на электронной странице такого заявления, в том числе в рамках использования различных электронных платформ и/или систем (сервисов) обмена электронными документами.

8.8.4. При заключении договора страхования в электронной форме Страхователь на основании электронного запроса, изложенного, в том числе, в виде условия страхования и/или анкеты на сайте Страховщика, предоставляет информацию и документы в соответствии с пунктом 8.13 настоящих Правил (с учетом пункта 8.18 настоящих Правил) в электронном виде (в том числе в виде электронных файлов в формате «.pdf», «.jpg» и т.д.).

8.8.5. При заключении договора страхования в форме электронного документа договор страхования заключается без медицинского обследования лиц, принимаемых на страхование.

8.8.6. Заявление на страхование, созданное и отправленное Страховщику через его официальный сайт (в электронной форме), подписанное в соответствии с требованиями Федерального закона от 06.04.2011 № 63-ФЗ «Об электронной подписи» Страхователем – физическим лицом простой электронной подписью, Страхователем – индивидуальным предпринимателем – усиленной квалифицированной электронной подписью, по отдельному соглашению Сторон – неквалифицированной (иной) подписью, а Страхователем – юридическим лицом – усиленной квалифицированной электронной подписью, признается электронным документом, равнозначным документу на бумажном носителе, при условии, что между Страховщиком и Страхователем при регистрации Страхователя в личном кабинете на официальном сайте Страховщика достигнуто соглашение об электронном взаимодействии.

8.8.7. В соответствии с пунктом 1 статьи 6 Федерального закона от 06.04.2011 № 63-ФЗ «Об электронной подписи», а также пунктом 4 статьи 6.1 Закона Российской Федерации от 27.11.1992 № 4015-1 «Об организации страхового дела в Российской Федерации», договор страхования (страховой полис), составленный в виде электронного документа, подписанный усиленной квалифицированной электронной подписью Страховщика, признается Сторонами электронным документом, равнозначным документу на бумажном носителе, подписанному собственноручной подписью полномочного представителя Страховщика.

8.8.8. На официальном сайте Страховщика Страхователь знакомится с условиями, содержащимися в договоре страхования, в выбранных им Программах страхования и настоящих Правилах. Страхователю-физическому лицу информация предоставляется в форме Ключевого информационного документа в соответствии с пунктом 8.2 настоящих Правил.

8.8.9. Факт ознакомления Страхователя с условиями настоящих Правил и договора страхования, Страхователя-физического лица – с Ключевым информационным документом может подтверждаться в том числе специальными отметками (подтверждениями), проставляемыми Страхователем в электронном виде на сайте Страховщика.

8.8.10. Оплата страховой премии Страхователем-физическим лицом в соответствии с пунктом 4 статьи 6.1 Закона Российской Федерации от 27.11.1992 № 4015-1 «Об организации страхового дела в Российской Федерации» означает согласие Страхователя с заключением договора страхования на предложенных Страховщиком условиях.

8.8.11. Текст настоящих Правил либо выписка из настоящих Правил (полисные условия), сформированная на основе положений настоящих Правил, относящихся к конкретному страховому продукту (Программе страхования), и на основе которых заключен данный конкретный договор страхования, дополнительно включается в текст электронного договора страхования (страхового полиса).

8.8.12. Договор страхования, составленный в виде электронного документа, считается заключенным Страхователем на предложенных Страховщиком условиях с момента уплаты Страхователем страховой премии (страхового взноса).

8.9. Заключение договора страхования в стандартном порядке (на бумажном носителе).

8.9.1. Договор страхования в случае непосредственного обращения к Страховщику (его уполномоченному представителю) заключается на основании устного или письменного заявления Страхователя.

8.9.2. По просьбе Страхователя и с его слов заявление на страхование и прилагаемые к нему документы (списки, анкеты и т.п.) могут быть заполнены представителем Страховщика с соблюдением следующих требований:

- использование формулировок, не допускающих неоднозначного толкования;
- при заполнении от руки – разборчивое заполнение.

8.9.3. В случае заполнения заявления на страхование в письменной форме оно должно быть подписано Страхователем или его уполномоченным представителем.

8.9.4. Заявление на страхование, если оно изложено в письменной форме, и документы, прилагаемые к нему, являются неотъемлемой частью договора страхования.

8.9.5. Для заключения договора страхования Страхователь с заявлением на страхование предоставляет информацию и документы, указанные в пункте 8.13 настоящих Правил, с учетом пункта 8.18 настоящих Правил.

8.9.6. Для принятия решения о заключении договора страхования Страховщик имеет право требовать предоставления Страхователем (лицом, принимаемым на страхование) сведений о состоянии здоровья лица, принимаемого на страхование, в том числе заполнения соответствующих форм анкет, прохождения лицом, принимаемым на страхование, медицинского обследования.

8.9.7. При заключении договора страхования Страховщик имеет право направить лицо, принимаемое на страхование, на медицинское обследование (освидетельствование) для оценки фактического состояния его здоровья или потребовать выписку из истории болезни.

Предварительное медицинское обследование (освидетельствование) производится за счет средств Страхователя (лица, принимаемого на страхование).

О необходимости прохождения медицинского обследования (освидетельствования) Страховщик письменно уведомляет Страхователя (лицо, заявляемое на страхование) при обращении Страхователя к Страховщику с заявлением на страхование. С этой целью Страховщик выдает лицу, обратившемуся с заявлением на страхование, направление на освидетельствование такого лица с указанием даты, времени и места освидетельствования. Дата, время и место, а также порядок проведения обследования согласовывается с лицом, заявляемым на страхование.

Лицу, лично обратившемуся к Страховщику с заявлением на страхование, направление на освидетельствование выдается на руки, в получении которого лицо, обратившееся с заявлением на страхование, расписывается на втором экземпляре (копии) направления на освидетельствование или в письменном заявлении на страхование.

Лицу, обратившемуся с заявлением на страхование по почте РФ, электронной почте или через официальный сайт Страховщика в информационно-коммуникационной сети «Интернет», Страховщик направляет уведомление о проведении освидетельствования соответственно по почте РФ, электронной почте или через официальный сайт Страховщика в информационно-коммуникационной сети «Интернет».

По соглашению сторон данное условие может быть включено в договор страхования.

В случае если Страховщик потребовал прохождения медицинского обследования (освидетельствования) для оценки страхового риска, договор страхования может быть заключен только после исполнения Страхователем (лицом, принимаемым на страхование) указанных требований.

8.9.8. Договор страхования может заключаться путем:

- составления одного документа, подписанного от имени Сторон уполномоченными лицами (пункт 2 статьи 434 Гражданского кодекса Российской Федерации);
- вручения Страховщиком Страхователю страхового полиса, подписанного от имени Страховщика уполномоченным лицом. В последнем случае согласие Страхователя заключить договор страхования на предложенных Страховщиком условиях подтверждается принятием Страхователем документов, указанных в настоящем пункте Правил.

8.9.9. В договоре страхования должны быть указаны фамилия, имя, отчество (при наличии) или инициалы, должность (при подписании договора работником Страховщика) лица, подписывающего от имени Страховщика договор страхования, а также сведения о документе, подтверждающем полномочия данного лица. При подписании договора страхования работником Страховщика, не являющимся единоличным исполнительным органом Страховщика или руководителем коллегиального исполнительного органа Страховщика, его полномочия подтверждаются доверенностью.

При заключении договора страхования по требованию Страхователя доверенность на подписание договора должна быть представлена Страховщиком Страхователю в форме надлежаще заверенной копии.

8.10. Особенности заключения договора страхования с юридическими лицами.

8.10.1. При заключении коллективных договоров страхования на страхование принимается любое количество работников юридического лица.

8.10.2. Основанием для заключения договора страхования является устное или письменное заявление Страхователя по установленной Страховщиком форме.

8.10.3. Страховщик вправе запросить от Страхователя – юридического лица документально подтвержденные сведения о заболеваемости с временной утратой трудоспособности на предприятии за последние 3-5 лет – общее количество дней нетрудоспособности и случаев таковой, среднегодовую фактическую численность штатных работников, а при отсутствии таких данных у Страхователя – определять размер подлежащей уплате страховой премии по базовому страховому тарифу, основанному на общей медицинской статистике.

8.10.4. Отношения между Страховщиком и Страхователем оформляются путем составления договора страхования, подписанного сторонами, и выдачи, при необходимости, страховых полисов (страховых сертификатов) на каждое Застрахованное лицо.

Страховой полис (страховой сертификат) выдается каждому Застрахованному лицу в течение 5 (пяти) рабочих дней после поступления страховой премии или ее первого страхового взноса на расчетный счет, в кассу Страховщика или передачи представителю (страховому агенту) Страховщика.

Договор страхования оформляется в соответствии с требованиями действующего гражданского законодательства Российской Федерации в двух экземплярах, по одному для каждой стороны. К договору страхования прилагается список Застрахованных лиц, являющийся неотъемлемой его частью.

8.11. Особенности заключения договора страхования с физическими лицами.

8.11.1. Основанием для заключения договора страхования с физическим лицом является устное или письменное заявление Страхователя по установленной Страховщиком форме.

8.11.2. До заключения договора страхования Страховщик предоставляет Страхователю-физическому лицу (потенциальному Страхователю) информацию в форме Ключевого информационного документа в соответствии с положениями пункта 8.2 настоящих Правил.

8.11.3. Договор страхования заключается в форме страхового полиса.

По соглашению сторон данное условие может быть изменено.

8.11.4. Страховщик вправе предлагать Страхователю страховые полисы, разработанные на условиях договора страхования – оферты. Заключением указанного договора страхования – оферты и подтверждением принятия такого страхового полиса со стороны Страхователя считается уплата им в установленный срок страховой премии по договору страхованию (страховому полису).

8.12. При заключении договора страхования между Страхователем и Страховщиком должно быть достигнуто соглашение по следующим существенным условиям:

- о Застрахованном лице (Застрахованных лицах);
- о характере события, на случай наступления которого в жизни Застрахованного лица осуществляется страхование (страховом случае);
- о Программе (Программах) страхования и перечне медицинских организаций и иных учреждений, оказывающих медицинские и иные услуги Застрахованным лицам в рамках договора страхования;
- о размере страховой суммы;
- о сроке действия договора страхования.

8.13. Для заключения договора страхования, оценки страхового риска Страховщик вправе потребовать от Страхователя следующие сведения (в том числе в заявлении на страхование) и документы или их надлежащим образом удостоверенные копии:

8.13.1. Документы и сведения, идентифицирующие Страхователя:

8.13.1.1. Если Страхователем выступает юридическое лицо:

- копии учредительных документов (учредительный договор, устав, общее положение об организациях данного вида) либо надлежащим образом оформленные и

заверенные выписки из данных документов, включающие в себя разделы, содержащие сведения о местонахождении и информацию о коллегиальных органах управления Страхователя, а также документы по реорганизации при наличии таковых;

- копии паспортов руководителя, бенефициарного владельца и представителя, отличного от руководителя (при наличии), либо собственноручную надпись об отказе оставлять копию паспорта Страховщику в полностью заполненных и собственноручно подписанных анкетах руководителя, бенефициарного владельца и представителя Страхователя;

- копию документа, подтверждающего назначение на должность лица, имеющего право без доверенности представлять интересы организации (протокол Совета директоров/Правления или решение собрания акционеров/участников; приказ о вступлении в должность руководителя и т.д.), и (или) доверенность, если интересы организации представляет иное лицо, отличное от руководителя;

- анкеты по форме Страховщика, полностью заполненные и собственноручно подписанные руководителем или полномочным представителем юридического лица;

- документы (анкету, справку или т.п.), позволяющие установить бенефициарных владельцев (фамилию, имя, отчество, гражданство, дату рождения, копию документа, удостоверяющего личность);

- сведения о Выгодоприобретателях, ставшие известными при заключении договора страхования в пользу третьего лица.

При отсутствии у Страховщика возможности получить сведения из открытых источников, Страхователь обязан предоставить:

- копию свидетельства о регистрации, выданное органами государственной регистрации в стране регистрации (для нерезидентов Российской Федерации);

- копия свидетельства о присвоении кода иностранной организации, выданное в стране регистрации (для нерезидентов Российской Федерации);

- сведения о месте нахождения (почтовый и фактический адреса), номерах телефона, факса (при наличии), адреса электронной почты и другой контактной информации;

- сведения об органах юридического лица (структура и персональный состав органов управления юридического лица, за исключением сведений о персональном составе акционеров (участников) юридического лица, владеющих менее чем пятью процентами акций (долей) юридического лица).

8.13.1.2. Если Страхователем выступает иностранная структура без образования юридического лица:

- копию свидетельства о регистрации, выданного органами государственной регистрации в стране регистрации (для нерезидентов Российской Федерации);

- копию свидетельства о присвоении кода иностранной организации, выданного в стране регистрации (для нерезидентов Российской Федерации);

- копию документа, подтверждающего назначение на должность лица, имеющего право без доверенности представлять интересы организации (протокол Совета директоров/Правления или решение собрания акционеров/участников; приказ о вступлении в должность руководителя и т.д.), и (или) доверенность, если интересы организации представляет иное лицо, отличное от руководителя;

- копии паспортов руководителя, бенефициарного владельца и представителя, отличного от руководителя (при наличии), либо собственноручную надпись об отказе оставлять копию паспорта Страховщику в полностью заполненных и собственноручно подписанных анкетах руководителя, бенефициарного владельца и представителя Страхователя;

- анкеты по форме Страховщика, полностью заполненные и собственноручно подписанные руководителем или полномочным представителем юридического лица;

- документы (анкету, справку или т.п.), позволяющие установить бенефициарных владельцев (фамилию, имя, отчество, гражданство, дату рождения, копию документа, удостоверяющего личность);

- сведения о Выгодоприобретателях, ставшие известными при заключении договора страхования в пользу третьего лица.

8.13.1.3. Если Страхователем выступает физическое лицо, зарегистрированное в качестве индивидуального предпринимателя, или физическое лицо, занимающееся в установленном законодательством порядке частной практикой:

- а) один из следующих документов:
 - паспорт гражданина Российской Федерации;
 - общегражданский заграничный паспорт;
 - паспорт моряка (удостоверение личности моряка);
 - военный билет, временное удостоверение, выдаваемое взамен военного билета, или удостоверение личности (для лиц, которые проходят военную службу);
 - временное удостоверение личности гражданина Российской Федерации, выдаваемое органом внутренних дел до оформления паспорта;
 - иные документы, признаваемые в соответствии с законодательством Российской Федерации или международными актами, участником которых является Российская Федерация документами, удостоверяющими личность;
- б) свидетельство о регистрации физического лица в качестве индивидуального предпринимателя, дату государственной регистрации и данные документа, подтверждающего факт внесения в ЕГРИП записи об указанной государственной регистрации (для индивидуальных предпринимателей);
- в) документы (анкету, справку или т.п.), позволяющие установить бенефициарных владельцев (фамилию, имя, отчество, гражданство, дату рождения, копию документа, удостоверяющего личность) индивидуального предпринимателя (если имеются);
- г) сведения о Выгодоприобретателях, ставшие известными при заключении договора страхования в пользу третьего лица;
- д) анкету по форме Страховщика, полностью заполненную и подписанную от имени индивидуального предпринимателя или физическим лицом.

8.13.1.4. Если Страхователем выступает физическое лицо:

- анкету по форме Страховщика, полностью заполненную и собственноручно подписанную Страхователем – физическим лицом;
- а) для гражданина Российской Федерации – один из следующих документов:
 - паспорт гражданина Российской Федерации;
 - общегражданский заграничный паспорт;
 - дипломатический паспорт;
 - служебный паспорт;
 - паспорт моряка (удостоверение личности моряка);
 - военный билет, временное удостоверение, выдаваемое взамен военного билета, или удостоверение личности (для лиц, которые проходят военную службу);
 - временное удостоверение личности гражданина Российской Федерации, выдаваемое органом внутренних дел до оформления паспорта;
 - иные документы, признаваемые в соответствии с законодательством Российской Федерации или международными актами, участником которых является Российская Федерация, документами, удостоверяющими личность;
- б) для иностранного гражданина:
 - паспорт иностранного гражданина либо иной документ, установленный федеральным законом или признаваемый в соответствии с международным договором Российской Федерации в качестве документа, удостоверяющего личность иностранного гражданина;
 - документ, подтверждающий право иностранного гражданина на пребывание (проживание) в Российской Федерации (если наличие указанных данных предусмотрено законодательством Российской Федерации) – вид на жительство, разрешение на временное проживание, виза или иной документ;
 - миграционную карту – в случае непредставления документа, подтверждающего право иностранного гражданина на пребывание (проживание) на территории Российской Федерации;
- в) для иных лиц без гражданства – один из следующих документов:
 - документ, выданный иностранным государством, и признаваемый в соответствии с международным договором Российской Федерации в качестве документа, удостоверяющего личность лица без гражданства;
 - разрешение на временное проживание;
 - вид на жительство;
 - иной документ, предусмотренный федеральным законом или признаваемый в соответствии с международным договором Российской Федерации в качестве документа,

удостоверяющего личность без гражданства;

— миграционную карту – в случае непредставления документа, подтверждающего право лица без гражданства на пребывание (проживание) на территории Российской Федерации;

г) для беженцев – один из следующих документов:

— свидетельство о рассмотрении ходатайства о признании лица беженцем, выданное диппредставительством или консульским учреждением Российской Федерации либо постом иммиграционного контроля или территориальным органом федерального органа исполнительной власти по миграционной службе;

— удостоверение беженца;

д) иные документы, предусмотренные российским законодательством или международным договором, удостоверяющие личность лица, имеющего намерение заключить договор страхования;

8.13.1.5. Для всех категорий Страхователей:

— документ, удостоверяющий полномочия представителя Страхователя, доверенность или иной документ, свидетельствующий о наличии и объеме полномочий представителя Страхователя (наименование, дата выдачи, срок действия, номер документа, на котором основаны полномочия);

— копию документа, удостоверяющего личность представителя Страхователя;

— сведения о финансовом положении, деловой репутации, целях финансово-хозяйственной деятельности; об источниках происхождения денежных средств и (или) иного имущества (за исключением Страхователей – физических лиц).

В случае отказа физическими лицами предоставлять Страховщику копию паспорта, в анкете физического лица (в т.ч. руководителя, бенефициарного владельца, представителя, отличного от руководителя (при наличии)) должна быть сделана надлежащая надпись об отказе.

8.13.2. Сведения (и/или документы) о лице (лицах), принимаемом(-ых) на страхование (после заключения договора страхования – Застрахованное(-ые) лицо (лица)):

— фамилия, имя, отчество (последнее – при наличии);

— дата и место рождения;

— пол;

— гражданство,

— адрес постоянной регистрации;

— адрес фактического проживания;

— номера телефонов, адрес электронной почты, другие средства связи (при наличии);

— реквизиты документа, удостоверяющего личность: наименование, серия, номер и дата выдачи документа, название органа, выдавшего документ;

— данные документа, подтверждающего право иностранного гражданина или лица без гражданства на пребывание (проживание) в Российской Федерации (если наличие указанных данных предусмотрено законодательством Российской Федерации);

— ИНН (при наличии);

— информация о страховом номере индивидуального лицевого счета Застрахованного лица в системе обязательного пенсионного страхования (при наличии) – СНИЛС;

— отношение к иностранному публичному должностному лицу, должностному лицу публичных международных организаций, а также лицам, замещающим (занимающим) государственные должности Российской Федерации, должности членов Совета директоров Центрального банка Российской Федерации, должности федеральной государственной службы, назначение на которые и освобождение от которых осуществляются Президентом Российской Федерации или Правительством Российской Федерации, должности в Центральном банке Российской Федерации, государственных корпорациях и иных организациях, созданных Российской Федерации на основании федеральных законов, включенные в перечни должностей, определяемые Президентом Российской Федерации; должность Страхователя к перечисленным выше лицам и адрес работодателя; степень родства либо статус к указанным в данном абзаце лицам.

Данные о лицах, принимаемых на страхование, могут быть оформлены в виде списка, прилагаемого к заявлению на страхование. После заключения договора страхования этот список, подписанный Страхователем, становится его неотъемлемой частью.

В случае, если договор страхования заключается без указания фамилии, имени, отчества (при наличии) Застрахованного лица, то в договоре страхования должен быть четко определен идентифицирующий признак, позволяющий однозначно установить такое лицо.

8.13.3. Сведения о предполагаемом виде медицинской помощи, Программах страхования (если по договору страхования предусмотрено несколько Программ страхования), наименовании медицинских и иных учреждений, страховой сумме, лимитах ответственности, о наличии / отсутствии франшизы, в том числе посредством согласия с вариантом страхования, предлагаемым Страховщиком.

8.13.4. Сведения о желаемом сроке страхования.

8.13.5. Сведения о состоянии здоровья лица, принимаемого на страхование, в том числе о наличии или отсутствии имеющихся у Застрахованного лица следующих заболеваний (состояний):

— особо опасные инфекционные заболевания⁴, в том числе: оспа, полиомиелит, вызванный диким полиовирусом; человеческий грипп, вызванный новым подтипом вируса; тяжелый острый респираторный синдром (ТОРС), холера, чума, желтая лихорадка, лихорадка Ласса; болезнь, вызванная вирусом Марбург; болезнь, вызванная вирусом Эбола; малярия, лихорадка Западного Нила, Крымская геморрагическая лихорадка, лихорадка Денге, менингококковая инфекция, лихорадка Рифт-Валл;

— ВИЧ-инфекция, СПИД;

— наркологические заболевания.

— психические расстройства и расстройства поведения;

— злокачественные новообразования, гемобластозы;

— туберкулез;

— заболевания, относящиеся к классу врожденные аномалии, деформации и хромосомные нарушения и/или связанные с ними осложнения;

— системные поражения соединительной ткани, в т.ч. все недифференцированные коллагенозы;

— заболевания, сопровождающиеся хронической почечной или печеночной недостаточностью и требующие проведения хронического гемодиализа;

— хронические гепатиты С, Е, F, G;

— инвалидность (кроме III группы).

8.13.6. Сведения о характере, интенсивности и условиях работы и/или учебы лица, принимаемого на страхование.

8.13.7. Сведения об образе жизни, включая любительские занятия спортом и/или наличие хобби у лица, принимаемого на страхование.

8.13.8. Сведения об употреблении лицом, принимаемым на страхование, в настоящее время или в прошлом наркотических, токсических, психотропных, сильнодействующих средств.

8.13.9. Сведения об истории страхования по предыдущим договорам страхования, заключенным в отношении лица, принимаемого на страхование / документы, содержащие информацию о предыдущей истории страхования.

8.13.10. Документы по результатам медицинского обследования Застрахованного лица.

8.14. По решению Страховщика перечень информации и/или документов, предоставляемых для заключения договора страхования (в стандартном порядке и в виде электронного документа) и указанных в пункте 8.13 настоящих Правил, может быть сокращен, если это не влияет на оценку риска, вероятность наступления страхового случая, а также определение размера ущерба и получателя страховой выплаты.

⁴ В соответствии с Методическими указаниями «МУ 3.4.2552-09. 3.4. Санитарная охрана территории. Организация и проведение первичных противоэпидемических мероприятий в случаях выявления больного (трупа), подозрительного на заболевания инфекционными болезнями, вызывающими чрезвычайные ситуации в области санитарно-эпидемиологического благополучия населения» (утв. Главным государственным санитарным врачом РФ 17 сентября 2009 г.).

По решению уполномоченных органов перечень особо опасных инфекционных заболеваний может быть расширен.

8.15. Документы должны быть предоставлены исключительно на русском языке либо с переводом на русский язык. Документы, указанные в пункте 8.13 настоящих Правил, и выданные (оформленные) за границей Российской Федерации принимаются к рассмотрению при условии признания их легитимности на территории Российской Федерации (при наличии апостиля, легализации и т.д.).

8.16. Заключая договор страхования на основании настоящих Правил, Страхователь подтверждает, что в момент заключения договора страхования Страхователь не относится к категории публичных должностных лиц (ПДЛ) или родственников ПДЛ.

О факте принадлежности к любой из указанных в пункте 8.16 настоящих Правил категорий потенциальный Страхователь обязуется сообщить Страховщику.

8.16.1. К публичным должностным лицам (ПДЛ) относятся следующие категории:

8.16.1.1. **Иностранное публичное должностное лицо (ИПДЛ)** – любое назначаемое или избираемое лицо, занимающее какую-либо должность в законодательном, исполнительном, административном или судебном органе иностранного государства; любое лицо, выполняющее какую-либо публичную функцию для иностранного государства, в том числе для публичного ведомства или публичного предприятия; лицо, ранее занимавшее публичную должность, с момента сложения полномочий которой прошло менее одного года.

К иностранным публичным должностным лицам (ИПДЛ) относятся лица⁵, на которых возложено или было возложено ранее (с момента сложения полномочий прошло менее одного года) исполнение важных государственных функций, а именно:

- а) главы государств (в том числе правящие королевские династии) или правительств;
- б) министры, их заместители и помощники;
- в) высшие правительственные чиновники;
- г) руководители и заместители руководителей судебных органов власти «последней инстанции» (Верховный, Конституционный суд), на решение которых не подается апелляция;
- д) государственный прокурор и его заместители;
- е) высшие военные чиновники (начальники генеральных штабов, верховные главнокомандующие и т.д.);
- ж) руководители и члены Советов директоров Национальных Банков;
- з) послы иностранных государств;
- и) руководители государственных корпораций;
- к) члены Парламента или иного законодательного органа.

8.16.1.2. **Должностное лицо публичной международной организации (ПДЛМО)** – лицо, которому доверены или были доверены важные функции международной организацией (за исключением руководителей среднего звена или лиц, занимающих более низкие позиции в указанной категории), в частности⁶:

- а) руководители, заместители руководителей международных и наднациональных организаций, таких как:
 - Организация Объединенных Наций (ООН),
 - Организация экономического развития и сотрудничества (ОЭСР),
 - Экономический и Социальный Совет ООН,
 - Организация стран – экспортеров нефти (ОПЕК),
 - Международный олимпийский комитет (МОК),
 - Всемирный банк (ВБ),
 - Международный валютный фонд (МВФ),
 - Европейская комиссия,
 - Европейский центральный банк (ЕЦБ) и др.
- б) члены Европарламента;
- в) руководители и члены международных и наднациональных судебных организаций, таких как:

⁵ Перечень должностей, по которым определяется принадлежность к ИПДЛ, не является исчерпывающим и может варьироваться в зависимости от государственного устройства той или иной страны. Принадлежность лица к категории ИПДЛ определяется в соответствии с рекомендациями ФАТФ.

⁶ Принадлежность лица к категории ПДЛМО определяется в соответствии с рекомендациями ФАТФ.

- Международный суд ООН,
- Европейский суд по правам человека,
- Суд Европейского союза,
- Гаагский трибунал и др.

8.16.1.3. **Российские публичные должностные лица (РПДЛ)** – лица, замещающие (занимающие) государственные должности Российской Федерации, должности членов Совета директоров Центрального банка Российской Федерации, должности федеральной государственной службы, назначение на которые и освобождение от которых осуществляются Президентом Российской Федерации или Правительством Российской Федерации, должности в Центральном банке Российской Федерации, государственных корпорациях и иных организациях, созданных Российской Федерацией на основании федеральных законов, включенные в перечни должностей, определяемые Президентом Российской Федерации.

8.16.2. К **родственникам ПДЛ** относятся: супруг или супруга ПДЛ, его близкий родственник (родственник по прямой восходящей и нисходящей линии (родители и дети, дедушки, бабушки и внуки), полнородный и неполнородный (имеющий общего отца или мать) брат и сестра, усыновитель и усыновленный).

8.17. Если на момент заключения договора страхования Страхователь не являлся ПДЛ или родственником ПДЛ, но в течение срока действия договора страхования стал принадлежать к категории лиц из числа указанных в пункте 8.16 настоящих Правил, то Страхователь обязан сообщить Страховщику о таких изменениях в течение 5 (пяти) рабочих дней со дня изменений.

8.18. При заключении договора страхования Страхователь обязан сообщить 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 признаются во всяком случае обстоятельства, указанные Страхователем в заявлении на страхование, а также определенно оговоренные Страховщиком в договоре страхования (страховом полисе) или в его письменном запросе, в том числе указанные в пункте 8.13.5 настоящих Правил.

8.19. Если договор страхования заключен при отсутствии ответов Страхователя на какие-либо вопросы Страховщика, поставленные в заявлении на страхование и (или) ином письменном запросе, Страховщик не может впоследствии требовать расторжения договора страхования, либо признания его недействительным на том основании, что соответствующие обстоятельства не были сообщены Страхователем.

8.20. Если после заключения договора страхования будет установлено, что Страхователь сообщил заведомо ложные сведения об обстоятельствах, имеющих существенное значение для определения вероятности наступления страхового случая и размера возможных убытков от его наступления, Страховщик вправе потребовать признания договора страхования недействительным и применения последствий, предусмотренных пунктом 2 статьи 179 Гражданского кодекса Российской Федерации.

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

8.21. Условия, содержащиеся в настоящих Правилах и не включенные в текст договора страхования, обязательны для Страхователя, Застрахованного лица и Выгодоприобретателя, если в договоре страхования прямо указывается на применение настоящих Правил и сами Правила изложены в одном документе с договором страхования или на его оборотной стороне, либо приложены к нему. В последнем случае вручение Страхователю при заключении договора страхования настоящих Правил должно быть удостоверено записью в договоре страхования.

8.22. Страховщик вправе формировать выдержки из настоящих Правил (полисные условия), которые непосредственно относятся к условиям конкретного договора страхования или отдельной группе договоров страхования, заключаемых на основе настоящих Правил, ориентированных на конкретного Страхователя или сегмент Страхователей, в той мере, в какой это не противоречит законодательству Российской Федерации и настоящим Правилам.

8.23. При заключении договора страхования Страхователь и Страховщик могут договориться об изменении или исключении отдельных положений настоящих Правил и о дополнении настоящих Правил при условии, что такие исключения не противоречат

законодательству Российской Федерации. Кроме того, Страховщик и Страхователь могут договориться об объеме страхового покрытия путем определения перечня заболеваний (состояний), обращение по поводу которых является страховым случаем по соответствующему договору страхования, а также путем определения исчерпывающего перечня лекарственных средств, изделий медицинского назначения, медицинских и иных услуг, включаемых в Программу страхования Застрахованного лица, а также изменения перечня исключений из 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.

8.24. При заключении договора страхования Страховщик обязан предоставить Страхователю настоящие Правила, выдержки из настоящих Правил (полисные условия), Программы страхования, дополнительные условия страхования, если они являются неотъемлемой частью договора страхования. В случае, если договор страхования заключался с использованием личного кабинета, указанные документы предоставляются посредством личного кабинета.

8.25. При заключении договора страхования на условиях, содержащихся в настоящих Правилах, они становятся неотъемлемой частью договора страхования и обязательными для Страхователя и Страховщика.

Если в договоре страхования (страховом полисе) имеется ссылка на документ (к примеру, на настоящие Правила), в котором изложены условия страхования, полностью или частично, то данные условия должны быть изложены в одном документе с договором страхования (страховым полисом), либо на его оборотной стороне, либо приложены к договору страхования (страховому полису) как его неотъемлемая часть (в таком случае вручение Страхователю при заключении договора страхования таких условий (или настоящих Правил) должно быть удостоверено записью в договоре страхования), либо договор страхования должен содержать ссылку на адрес размещения таких условий на сайте Страховщика в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет», либо Страхователь должен быть проинформирован о таких условиях путем направления файла, содержащего текст данного документа, на указанный Страхователем адрес электронной почты или путем вручения Страхователю электронного носителя информации (CD или DVD диск, накопитель на жестких магнитных дисках, флеш-накопители и т.д.), на котором размещен файл, содержащий текст данного документа. В договоре страхования должны быть указаны признаки, позволяющие однозначно определить редакцию документа, в котором изложены условия страхования.

При этом размещение указанной информации на официальном сайте Страховщика не исключает предоставление Страхователю указанной информации по его запросу в удобной для него форме при личном взаимодействии с представителем Страховщика или третьим лицом, действующим от имени Страховщика.

8.26. В случае если документ, в котором изложены условия страхования, был представлен Страхователю без вручения текста документа на бумажном носителе, Страховщик обязан по требованию Страхователя выдать ему текст указанного документа на бумажном носителе.

8.27. В случае утраты Страхователем договора страхования (страхового полиса) в период действия договора страхования Страхователю, на основании его письменного заявления, выдается дубликат договора страхования с соответствующей надписью.

Дубликат договора страхования выдается в течение 10 (десяти) рабочих дней с даты письменного обращения Страхователя.

После выдачи дубликата утраченный договор страхования (страховой полис) считается недействительным, никакие претензии по нему не принимаются и страховые выплаты по нему не производятся.

При повторной утрате договора страхования (страхового полиса) в период его действия для получения дубликата договора страхования (страхового полиса) Страхователь уплачивает Страховщику денежную сумму в размере стоимости изготовления и оформления договора страхования (страхового полиса).

8.28. При наличии противоречий между положениями договора страхования и положениями настоящих Правил, с применением которых заключён договор страхования, преимущественную силу имеют положения договора страхования.

8.29. При наличии расхождений между положениями договора страхования и заявления на страхование, на основании которого заключён договор страхования, преимущественную силу имеют положения договора страхования.

8.30. Качество оказания медицинской помощи, соответствие ее условиям, предусмотренным в договоре страхования, контролируется Страховщиком.

8.31. Если в течение срока действия договора страхования произошли существенные изменения обстоятельств, из которых исходили стороны при заключении договора страхования, то сторонами могут быть внесены изменения и дополнения в договор страхования.

8.32. Внесение изменений и дополнений в договор страхования.

8.32.1. Внесение изменений и дополнений в условия заключенного договора страхования возможно только по письменному соглашению сторон путем подписания дополнительного соглашения.

8.32.2. В случае внесения в договор страхования изменений и дополнений, обязательства считаются измененными и вступают в силу со дня заключения дополнительного соглашения об изменении договора страхования, если иное не вытекает из соглашения или характера изменений договора страхования.

8.33. В случае если отдельные положения настоящих Правил страхования становятся недействительными или вступают в противоречие с действующим законодательством Российской Федерации, остальные положения сохраняют силу.

8.34. Договор страхования исполняется сторонами в соответствии с законами Российской Федерации, иными нормативными правовыми актами и настоящими Правилами.

8.35. Вопросы, не урегулированные настоящими Правилами, определяются в соответствии с требованиями законодательства Российской Федерации.

Если после заключения договора страхования принят закон, устанавливающий обязательные для сторон правила иные, чем те, которые действовали при заключении договора страхования, условия заключенного договора страхования сохраняют силу, кроме случаев, когда в законе установлено, что его действие распространяется на отношения, возникшие из ранее заключенных договоров страхования.

8.36. Действие настоящих Правил и любого договора страхования, заключенного в соответствии с ними, регулируются положениями действующего законодательства Российской Федерации. При этом статья 317.1 Гражданского кодекса Российской Федерации не применяется к условиям договоров страхования, заключаемых с применением настоящих Правил.

9. СРОК СТРАХОВАНИЯ. ПРЕКРАЩЕНИЕ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ

9.1. Срок действия договора страхования устанавливается по соглашению сторон.

9.2. Договор страхования заключается на срок 1 (один) год (годовой договор страхования), на срок менее 1 (одного) года (краткосрочный договор страхования) или на срок более 1 (одного) года (долгосрочный договор страхования).

9.3. В договоре страхования должны быть указаны дата начала и дата окончания срока действия договора страхования.

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

9.5. Если иное не предусмотрено договором страхования, договор страхования вступает в силу (при условии уплаты страховой премии или первого страхового взноса при уплате страховой премии в рассрочку) с даты, указанной в договоре страхования, но не ранее:

— при перечислении денежных средств безналичным порядком – с 00 часов дня, следующего за днем поступления страховой премии (первого страхового взноса) на расчетный счет Страховщика;

— при внесении наличных денежных средств в кассу или представителю Страховщика – с 00 часов дня, следующего за днем, в который была произведена уплата.

9.6. Действие договора страхования заканчивается в 23 часа 59 минут дня, указанного в договоре страхования как день окончания срока действия договора страхования (день окончания срока страхования).

9.7. Договор страхования прекращается в случаях:

9.7.1. Истечения срока действия договора страхования – в 23 часа 59 минут дня, указанного в договоре страхования как день его окончания.

9.7.2. Выполнения Страховщиком обязательств перед Страхователем по договору страхования в полном объеме – с 00 часов 00 минут дня, следующего за датой осуществления страховой выплаты.

9.7.3. Наступление первого (последнего) страхового случая – только в случае, если договор страхования заключен с лимитом возмещения «по первому (иное количество) страховому случаю» (пункт 5.16 настоящих Правил), – с минуты, следующей за моментом наступления первого (последнего) страхового случая.

9.7.4. Ликвидации Страхователя, являющегося юридическим лицом, кроме случаев замены Страхователя в договоре страхования при его реорганизации, – с даты ликвидации Страхователя – юридического лица, если Застрахованные лица не приняли на себя обязанности Страхователя по договору страхования в течение 10 (десяти) рабочих дней с момента принятия (выдачи) соответствующего акта государственного органа или вступления в законную силу судебного решения.

9.7.5. Смерти Страхователя, являющегося физическим лицом, – с даты смерти Страхователя – физического лица, если Застрахованные лица не приняли на себя обязанности Страхователя по договору страхования в течение 10 (десяти) рабочих дней с момента принятия (выдачи) соответствующего акта государственного органа или вступления в законную силу судебного решения.

9.7.6. Признания договора страхования недействительным – с момента его заключения по основаниям, предусмотренным Гражданским кодексом Российской Федерации. Признание договора страхования недействительным осуществляется в соответствии с нормами гражданского законодательства Российской Федерации.

При недействительности договора страхования каждая из сторон обязана возвратить другой все полученное по нему, если иные последствия недействительности договора страхования не предусмотрены законом.

9.7.7. Если после вступления договора страхования 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.

Например, в случае смерти Застрахованного лица. При индивидуальном договоре страхования с физическим лицом – в день смерти, определенный соответствующим свидетельством.

При коллективном договоре страхования с физическим лицом договор страхования прекращается в отношении такого Застрахованного лица с даты смерти Застрахованного лица, определенной соответствующим свидетельством.

9.7.8. Неуплаты очередного страхового взноса (при уплате страховой премии в рассрочку) в срок, установленный в договоре страхования, или уплаты его в меньшем размере, чем предусмотрено договором страхования. Договор страхования досрочно прекращается в соответствии с пунктом 7.12 настоящих Правил.

9.7.9. В случаях, указанных в пунктах 4.6, 4.8 настоящих Правил.

9.7.10. В случае ликвидации Страховщика в порядке, установленном действующим законодательством Российской Федерации, – с момента наступления указанного основания.

9.7.11. В случае отказа Страхователя от замены Страховщика при передаче последним страхового портфеля другому Страховщику в соответствии с законодательством Российской Федерации.

9.7.12. По соглашению сторон – с даты подписания соглашения или с даты, указанной в таком соглашении.

9.7.13. В других случаях, предусмотренных законодательством Российской Федерации и/или договором страхования – с даты, определенной законом или договором страхования для таких случаев.

9.8. О намерении досрочного расторжения договора страхования стороны обязаны письменно уведомить друг друга не менее, чем за 10 (десять) рабочих дней до

предполагаемой даты прекращения договора страхования, если договором страхования не предусмотрено иное.

9.9. При досрочном прекращении договора страхования в целом или отношении какого-либо Застрахованного лица по основаниям, указанным в пунктах 9.7.7, 9.7.10, 9.7.11 настоящих Правил, Страховщик возвращает уплаченную страховую премию в размере части премии, приходящейся на неистекший срок действия договора страхования.

9.10. При досрочном прекращении договора страхования по основанию, указанному в пункте 9.7.12 настоящих Правил, Страховщик возвращает уплаченную страховую премию в размере части премии, приходящейся на неистекший срок действия договора страхования, за вычетом расходов на ведение дела в соответствии со структурой тарифной ставки, утвержденной Страховщиком, если иное не предусмотрено соглашением сторон.

9.11. Страхователь вправе отказаться от договора страхования в любое время, если к моменту отказа возможность наступления страхового случая не отпала по обстоятельствам иным, чем страховой случай.

При отказе Страхователя от договора страхования уплаченная страховая премия в соответствии со статьей 958 Гражданского кодекса Российской Федерации не подлежит возврату, за исключением особых случаев отказа Страхователя-физического лица от договора страхования, указанных в пунктах 9.13 – 9.15 настоящих Правил.

Досрочное прекращение договора страхования производится на основании письменного заявления Страхователя. При этом договор страхования считается прекращенным:

— с 00 часов 00 минут дня, указанного в заявлении, но не ранее 00 часов 00 минут дня, следующего за днем получения заявления Страховщиком, или

— с 00 часов 00 минут дня, следующего за днем получения заявления Страховщиком, если дата прекращения договора страхования в заявлении не указана.

9.12. Если возврат части страховой премии за неистекший срок действия предусмотрен условиями договора страхования, Страховщик возвращает Страхователю часть страховой премии за неистекший срок действия договора страхования за вычетом понесенных Страховщиком расходов и произведенных страховых выплат, если договором страхования не предусмотрено иное.

Размер части страховой премии, подлежащей возврату (за исключением возврата части страховой премии по основанию, изложенному в пункте 9.7.12 настоящих Правил), определяется по формуле:

$$СПв = (1 - РВД) \times (СПупл - (СПнач \times \frac{n}{N})) - СВ, \text{ где:}$$

СПв – размер страховой премии, подлежащей возврату Страхователю, денежных единиц;

РВД – расходы на ведение дела Страховщика, согласно утвержденной Страховщиком структуре тарифной ставки (в % / 100);

СПупл – фактически уплаченная страховая премия, денежных единиц;

СПнач – начисленная страховая премия согласно договору страхования, денежных единиц;

n – истекший период страхования, т.е. период с даты начала срока страхования до даты прекращения договора страхования (полиса страхования), в днях;

N – срок страхования, указанный в договоре страхования (полисе страхования), в днях;

СВ – сумма выплаченных и подлежащих выплате Страховщиком (в соответствии с заявленными претензиями) страховых возмещений; денежных единиц.

Если размер части страховой премии (СПв), подлежащей возврату меньше или равен нулю, то возврат страховой премии не производится.

При этом возврат страховой премии не производится в любом случае, если по договору страхования производились страховые выплаты в размере, превышающем 50 (пятьдесят) процентов от фактически уплаченной страховой премии.

9.13. Особые условия отказа Страхователя – физического лица от договора страхования.

В случае отказа Страхователя – физического лица (или законного наследника в случае смерти Страхователя – физического лица) от договора страхования в период охлаждения

(пункт 1.7.13 настоящих Правил) – в течение 14 (четырнадцати) календарных дней со дня его заключения:

9.13.1. Страховщик возвращает Страхователю уплаченную страховую премию в порядке, установленном настоящим пунктом Правил, независимо от момента уплаты страховой премии, при отсутствии в данном периоде событий, имеющих признаки страхового случая.

В случае если Страхователь отказался от договора страхования в срок, установленный пунктом 9.13 настоящих Правил, и до даты возникновения обязательств Страховщика по заключенному договору страхования (далее – дата начала действия страхования), уплаченная страховая премия подлежит возврату Страховщиком Страхователю в полном объеме.

В случае если Страхователь отказался от договора страхования в срок, установленный пунктом 9.13 настоящих Правил, но после даты начала действия страхования, Страховщик при возврате уплаченной страховой премии Страхователю вправе удержать ее часть пропорционально сроку действия договора страхования, прошедшему с даты начала действия страхования до даты прекращения действия договора страхования.

9.13.2. Договор страхования считается прекратившим свое действие с 00 часов 00 минут дня, следующего за датой получения Страховщиком от Страхователя письменного заявления об отказе от договора страхования или иной даты, установленной по соглашению сторон, но не позднее срока, определенного в соответствии с пунктом 9.13 настоящих Правил.

9.13.3. Страховщик возвращает Страхователю страховую премию по выбору Страхователя наличными деньгами или в безналичном порядке в течение 10 (десяти) рабочих дней со дня получения письменного заявления Страхователя об отказе от договора страхования, в соответствии с пунктом 7.17.1 настоящих Правил.

9.14. Особые условия отказа от договора страхования Страхователя, являющегося заемщиком по договору потребительского кредита (займа).

9.14.1. При отказе Страхователя, являющегося заемщиком по договору потребительского кредита (займа), от договора страхования, заключенного в целях обеспечения исполнения обязательств заемщика по договору потребительского кредита (займа), в период охлаждения (пункт 1.7.13 настоящих Правил) – в течение 30 (тридцати) календарных дней со дня заключения такого договора страхования, независимо от момента уплаты страховой премии и независимо от момента начала страхования (вступления договора страхования в силу), при отсутствии в данном периоде событий, имеющих признаки страхового случая, уплаченная страховая премия подлежит возврату Страховщиком Страхователю в полном объеме.

В этом случае договор страхования считается прекратившим свое действие с 00 часов 00 минут дня, следующего за датой получения Страховщиком письменного заявления Страхователя об отказе от договора страхования или иной даты, установленной по соглашению сторон, но не позднее срока, предусмотренного абзацем первым настоящего пункта Правил.

Возврат Страховщиком Страхователю уплаченной Страхователем страховой премии производится по выбору Страхователя наличными деньгами или в безналичном порядке в течение 7 (семи) рабочих дней со дня получения письменного заявления Страхователя об отказе от договора страхования, заключенного в целях обеспечения исполнения обязательств заемщика по договору потребительского кредита (займа), в соответствии с пунктом 7.17.2 настоящих Правил.

9.14.2. При обращении Страхователя, являющегося заемщиком по договору потребительского кредита (займа), с заявлением к Страховщику о возврате уплаченной им страховой премии по договору страхования, заключенному в целях обеспечения исполнения обязательств заемщика по договору потребительского кредита (займа), в случае полного досрочного исполнения Страхователем обязательств по такому договору потребительского кредита (займа), при отсутствии событий, имеющих признаки страхового случая, уплаченная страховая премия подлежит возврату Страховщиком Страхователю за вычетом части страховой премии, исчисляемой пропорционально времени, в течение которого действовало страхование.

В этом случае договор страхования считается прекратившим свое действие:

– с 00 часов 00 минут даты полного досрочного исполнения Страхователем обязательств по договору потребительского кредита (займа), если договором страхования,

заключенным в целях обеспечения исполнения обязательств заемщика по договору потребительского кредита (займа), предусматривается пересчет страховой суммы соразмерно задолженности по договору потребительского кредита (займа);

— с 00 часов 00 минут дня, следующего за датой получения Страховщиком письменного заявления Страхователя о возврате страховой премии, если договором страхования, заключенным в целях обеспечения исполнения обязательств заемщика по договору потребительского кредита (займа), пересчет страховой суммы соразмерно задолженности по договору потребительского кредита (займа) не предусмотрен.

Возврат Страховщиком Страхователю уплаченной Страхователем страховой премии производится по выбору Страхователя наличными деньгами или в безналичном порядке в течение 7 (семи) рабочих дней со дня получения письменного заявления Страхователя о возврате страховой премии в связи с полным досрочным исполнением Страхователем обязательств по договору потребительского кредита (займа), в целях обеспечения исполнения обязательств заемщика по которому был заключен договор страхования, в соответствии с пунктом 7.17.3 настоящих Правил.

9.14.3. При отказе Страхователя-физического лица от договора страхования, заключенного на основании заявления о предоставлении потребительского кредита (займа), заявления о предоставлении дополнительных услуг при предоставлении потребительского кредита (займа), а также в случаях, когда при предоставлении потребительского кредита (займа) обусловленный им договор страхования был заключен без вышеуказанных заявлений, в период охлаждения (пункт 1.7.13 настоящих Правил) – в течение 30 (тридцати) календарных дней со дня заключения такого договора страхования, независимо от момента уплаты страховой премии, при отсутствии в данном периоде событий, имеющих признаки страхового случая, уплаченная страховая премия подлежит возврату Страховщиком Страхователю в полном объеме (при отказе до начала действия страхования) или за вычетом части страховой премии, исчисляемой пропорционально времени, в течение которого действовало страхование (при отказе после начала действия страхования)

В этом случае договор страхования считается прекратившим свое действие с 00 часов 00 минут дня, следующего за датой получения Страховщиком письменного заявления Страхователя об отказе от договора страхования или иной даты, установленной по соглашению сторон, но не позднее срока, предусмотренного абзацем первым настоящего пункта Правил.

Возврат Страховщиком Страхователю уплаченной Страхователем страховой премии производится по выбору Страхователя наличными деньгами или в безналичном порядке в течение 7 (семи) рабочих дней со дня получения письменного заявления Страхователя об отказе от договора страхования, в соответствии с пунктом 7.17.4 настоящих Правил.

9.14.4. Если в период с начала действия договора страхования и до момента возврата страховой премии при условии, что возврат страховой премии Страхователю еще не осуществлен, Страховщик будет уведомлен о наступлении события, имеющего признаки страхового случая, страховая премия не будет подлежать возврату Страхователю, а договор страхования не будет считаться прекратившим свое действие.

В случае если возврат страховой премии Страхователю уже осуществлен, но в период с начала действия договора страхования и до момента возврата страховой премии наступило событие, имеющее признаки страхового случая, о котором Страховщику на момент возврата страховой премии известно не было, действует пункт 9.17 настоящих Правил.

9.15. Особые условия отказа Страхователя-физического лица от договора страхования в случае непредоставления Страховщиком Ключевого информационного документа, либо предоставления неполной или недостоверной информации в части его содержания.

Особые условия отказа Страхователя-физического лица от договора страхования, изложенные в настоящем пункте Правил, действуют только в отношении договоров страхования, не связанных с осуществлением предпринимательской деятельности, заключаемых с 01.04.2023.

При отказе Страхователя – физического лица от договора страхования в случае непредоставления Страховщиком информации о договоре страхования, предоставления неполной или недостоверной информации, уплаченная страховая премия подлежит возврату Страховщиком Страхователю за вычетом части страховой премии, исчисляемой пропорционально времени, в течение которого действовало страхование.

В этом случае договор страхования считается прекратившим свое действие с 00 часов 00 минут дня, следующего за датой получения Страховщиком письменного заявления Страхователя об отказе от договора страхования.

Возврат страховой премии Страхователю в соответствии с настоящим пунктом Правил производится по выбору Страхователя наличными деньгами или в безналичном порядке в срок, не превышающий 7 (семи) рабочих дней со дня получения письменного заявления Страхователя об отказе от договора страхования, в соответствии с пунктом 7.17.5 настоящих Правил.

9.16. Положения пунктов 9.13 – 9.15 настоящих Правил применяются при условии отсутствия событий, имеющих признаки страхового случая. Пункты 9.13 – 9.15 настоящих Правил не применяется в том числе если Страхователем (Выгодоприобретателем) реализовано право на обращение с заявлением о выплате страхового возмещения до момента отказа от договора страхования.

9.17. В случае если после возврата страховой премии Страховщику заявлен страховой случай, имевший место до прекращения такого договора страхования, Страховщик вправе требовать возврата полученной Страхователем в результате прекращения договора страхования страховой премии.

9.18. Если иное не предусмотрено договором страхования и при наличии соответствующей технической возможности, прекращение (расторжение) договора страхования может быть совершено путем обмена информацией в электронном виде через официальный сайт Страховщика.

10. ИЗМЕНЕНИЕ СТРАХОВОГО РИСКА

10.1. В период действия договора страхования Страхователь (Застрахованное лицо, Выгодоприобретатель) 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. Значительными во всяком случае признаются, оговоренные в договоре страхования и в переданных Страхователю настоящих Правилах. К значительным изменениям, в частности, могут быть отнесены изменения в сведениях, указанных Страхователем в Заявлении на страхование, о первичном диагностировании хронического заболевания, получении тяжелого увечья, установлении инвалидности, а также обстоятельства, предусмотренные Страховщиком и Страхователем в конкретном договоре страхования.

10.2. При получении информации об обстоятельствах, влекущих увеличение страхового риска, Страховщик вправе потребовать изменения условий договора страхования или уплаты дополнительной страховой премии соразмерно увеличению риска. Расчет дополнительной страховой премии производится в порядке, определенном в пункте 7.14 настоящих Правил.

Если Страхователь (Застрахованное лицо, Выгодоприобретатель) возражает против изменения условий договора страхования или доплаты страховой премии, Страховщик вправе потребовать расторжения договора страхования в порядке, предусмотренном гражданским законодательством Российской Федерации.

При неисполнении Страхователем (Застрахованным лицом, Выгодоприобретателем) обязанностей по сообщению Страховщику об увеличении страхового риска последний вправе потребовать расторжения договора страхования и возмещения убытков в порядке, предусмотренном гражданским законодательством Российской Федерации.

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

10.3. Последствия изменения страхового риска в период действия договора страхования, указанные в пункте 10.2 настоящих Правил, могут наступить только если они прямо предусмотрены в договоре страхования.

11. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

11.1. Права и обязанности Застрахованного лица.

11.1.1. **Застрахованное лицо имеет право:**

а) на своевременное и качественное получение медицинских и иных услуг в соответствии с избранными Страхователем Программой (Программами) страхования и медицинскими организациями, определенными договором страхования.

11.1.2. Застрахованное лицо обязано:

- а) соблюдать предписания лечащего врача;
- б) соблюдать порядок, установленный в лечебном учреждении;
- в) обеспечить надлежащее хранение страхового полиса, исключающее возможность его использования для получения медицинских услуг третьими лицами;
- г) сообщить Страхователю и Страховщику об обстоятельствах, влекущих увеличение страхового риска.

11.2. Права и обязанности Страхователя.

11.2.1. Страхователь имеет право:

- а) получить информацию о Страховщике в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации;
- б) ознакомиться с настоящими Правилами, на условиях которых заключён договор страхования;
- в) получить любые разъяснения по заключённому договору страхования и положениям, содержащимся в настоящих Правилах;
- г) заключить несколько договоров страхования;
- д) требовать от Страховщика исполнения обязательств в соответствии с условиями договора страхования;
- е) осуществлять контроль за соблюдением Страховщиком условий договора страхования;
- ж) при коллективном страховании в период действия договора страхования заменять Застрахованных лиц, внося соответствующие изменения в список Застрахованных лиц в соответствии с условиями, изложенными в пункте 11.4 настоящих Правил;
- з) расширить список Застрахованных лиц и/или перечень медицинских услуг и медицинских организаций для Застрахованных лиц в пределах, предусмотренных настоящими Правилами и утвержденными Программами страхования, при условии подписания подготовленного Страховщиком письменного дополнительного соглашения к договору страхования и своевременной уплаты дополнительно рассчитанной Страховщиком страховой премии;
- и) в случае увольнения Застрахованного работника, Страхователь – юридическое лицо вправе заменить его другим в соответствии с условиями, изложенными в пункте 11.5 настоящих Правил;
- к) досрочно расторгнуть договор страхования в порядке, предусмотренном настоящими Правилами и гражданским законодательством Российской Федерации;
- л) отказаться от замены Страховщика в случаях и порядке, предусмотренных законодательством Российской Федерации;
- м) получить один раз бесплатно дубликат договора страхования (страхового полиса) в случае его утраты. При выдаче дубликата оригинал полиса или договора страхования прекращает действовать;
- н) получать от Страховщика информацию, касающуюся его финансовой устойчивости и не являющуюся коммерческой тайной;
- о) получить информацию о размере вознаграждения, выплачиваемого страховому агенту или страховому брокеру, при посредничестве которого был заключен договор страхования;
- п) требовать от Страховщика разъяснения расчетов изменения в течение срока страхования страховой суммы, расчетов страховой выплаты;
- р) получить по запросу копию договора страхования (страхового полиса) и иных документов, являющихся неотъемлемой частью договора страхования (настоящих Правил, Программ страхования и других документов в соответствии с условиями, указанными в договоре страхования), по действующим договорам страхования бесплатно один раз. Исключение составляет информация, не подлежащая разглашению (персональные данные других Застрахованных лиц, данные об уплаченных премиях по договорам коллективного страхования, условия страхования других категорий Застрахованных лиц и т.п.);
- с) получить по запросу один раз по одному договору страхования бесплатно заверенный Страховщиком расчет суммы страховой премии (части страховой премии),

подлежащих возврату в связи с расторжением или досрочным прекращением договора страхования, со ссылками на нормы права и/или условия договора страхования и настоящих Правил, на основании которых произведен расчет.

11.2.2. Страхователь обязан:

а) предоставить Страховщику полную и достоверную информацию, необходимую для заключения договора страхования;

б) уплатить страховую премию в размере и в сроки, определенные договором страхования;

в) довести до сведения каждого Застрахованного лица условия страхования, определенные договором страхования;

г) сообщить Страховщику об обстоятельствах, влекущих увеличение страхового риска;

д) сообщить Страховщику при заключении договора страхования о факте принадлежности к категории ПДЛ или родственников ПДЛ (пункт 8.16 настоящих Правил) лиц, поименованных в договоре страхования и приложениях к нему, включая себя (Страхователь, Застрахованное лицо, Выгодоприобретатель);

е) в течение срока страхования при наличии изменений в сведениях о принадлежности / отсутствии принадлежности лиц, поименованных в договоре страхования и приложениях к нему, включая себя (Страхователь, Застрахованное лицо, Выгодоприобретатель), к категории ПДЛ или родственников ПДЛ, сообщить об этом Страховщику в течение 5 (пяти) рабочих дней со дня соответствующих изменений;

ж) предоставлять Страховщику по его требованию информацию и документы, необходимые для исполнения требований законодательства Российской Федерации, в том числе Федерального закона от 07.08.2001 № 115-ФЗ «О противодействии легализации (отмыванию) доходов, полученных преступным путем, и финансированию терроризма», включая информацию о руководителях, представителях, отличных от руководителей, Выгодоприобретателях и бенефициарных владельцах. Информация и документы предоставляются в сроки, указанные в письменном запросе Страховщика.

В случае внесения изменений в ранее представленные документы и сведения, Страхователь в течение 10 (десяти) календарных дней с даты внесения соответствующих изменений, обязан письменно уведомить об этом Страховщика с соблюдением положений раздела 13 настоящих Правил, и представить ему надлежащим образом заверенные документы, подтверждающие внесение изменений;

з) предоставить Страховщику согласие на обработку своих персональных данных;

и) получить согласие Застрахованных лиц, Выгодоприобретателей на передачу их персональных данных (в том числе специальных и биометрических данных) на обработку Страховщику, а также третьим лицам (страховому брокеру, страховому агенту, актуариям, перестраховщикам, аудиторам и другим лицам), с которыми у Страховщика заключены соответствующие соглашения, обеспечивающие надежное хранение и предотвращение незаконного разглашения (конфиденциальность) персональных данных, включая третьих лиц, проводящих работу по передаче или записи в информационную систему Страховщика, с целью заключения и исполнения договора страхования, а также о составе переданных Страховщику персональных данных, уведомить их о факте такой передачи и о составе переданных Страховщику персональных данных. Предоставить Страховщику по первому требованию письменные согласия Застрахованных лиц, Выгодоприобретателей;

к) письменно уведомить Страховщика в случае отзыва Застрахованным лицом своего согласия на обработку персональных данных, переданного Страхователю;

л) незамедлительно сообщать Страховщику обо всех ставших ему известными изменениях в обстоятельствах, сообщенных Страховщику при заключении договора страхования, если эти обстоятельства могут повлиять на существенное увеличение страхового риска (в соответствии с разделом 10 настоящих Правил);

м) немедленно сообщить Страховщику в письменном виде об изменении своих банковских реквизитов, места нахождения, номеров контактных телефонов и иных средств связи, а также об изменении фамилии, имени, отчества Застрахованного лица, его фактического места жительства, места работы / учебы, профессии, данных документа, удостоверяющего личность Застрахованного лица (в случае замены).

11.3. Права и обязанности Страховщика.

11.3.1. Страховщик имеет право:

- а) требовать от Страхователя предоставления полной и достоверной информации, необходимой для заключения договора страхования;
- б) по соглашению со Страхователем изменить страховую сумму по договору страхования путем составления дополнительного соглашения к договору страхования на условиях настоящих Правил и уплаты дополнительной страховой премии. Расчет дополнительной страховой премии производится в порядке, определенном в пункте 7.14 настоящих Правил;
- в) потребовать расторжения договора страхования и возмещения убытков в порядке, предусмотренном гражданским законодательством Российской Федерации, при неисполнении Страхователем (Застрахованным лицом) обязанностей по сообщению Страховщику об обстоятельствах, влекущих увеличение страхового риска;
- г) перед заключением договора страхования потребовать проведения медицинских обследований (по отдельным принимаемым на страхование лицам), результаты которых могут иметь существенное значение для оценки степени страхового риска, и предоставления документов, подтверждающих состояние их здоровья;
- д) требовать заполнения дополнительных анкет по форме Страховщика;
- е) осуществлять обработку персональных данных в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации;
- ж) проверять выполнение Страхователем (Застрахованным лицом) требований договора страхования;
- з) для принятия решения о страховой выплате запрашивать у Страхователя (Застрахованного лица) медицинскую документацию, отражающую историю болезни, физическое и психическое состояние, диагноз, ход и прогноз результатов лечения, перечень которой предусмотрен настоящими Правилами или договором страхования, а также самостоятельно выяснять у медицинских организаций, правоохранительных органов и иных учреждений обстоятельства, связанные с этим фактом, и организовывать за свой счет проведение независимых медицинских экспертиз;
- и) разрабатывать страховые продукты, формировать Программы страхования с использованием отдельных или совокупности условий страхования, содержащихся в настоящих Правилах. Страховщик вправе присваивать таким страховым продуктам, Программам страхования маркетинговые наименования. Страховщик вправе формировать выдержки из настоящих Правил (условия страхования), которые непосредственно относятся к условиям конкретного договора страхования или отдельной группе договоров страхования, заключаемых на основе настоящих Правил, ориентированных на конкретного Страхователя или сегмент Страхователей, в той мере, в какой это не противоречит законодательству Российской Федерации и настоящим Правилам;
- к) осуществлять иные действия в порядке исполнения положений настоящих Правил и договора страхования в соответствии с законодательством Российской Федерации.

11.3.2. Страховщик обязан:

- а) заключать договоры страхования на оказание медицинских и иных услуг в соответствии с нормативными правовыми актами в области медицинского страхования, настоящими Правилами, с любыми медицинскими организациями и сервисными организациями (ассистанс);
- б) обеспечить своевременную выдачу Застрахованным лицам страховых полисов;
- в) обеспечить предоставление Застрахованным лицам медицинской помощи и услуг, определенных договором страхования;
- г) защищать интересы Застрахованных лиц посредством контроля за объемом, сроками и качеством оказываемой Застрахованным лицам медицинской помощи в соответствии с условиями договора страхования;
- д) не разглашать полученные им в результате своей профессиональной деятельности сведения о Страхователе, его контрагентах и их имущественном положении.
- е) не разглашать полученные в результате своей профессиональной деятельности сведения о состоянии здоровья Застрахованных лиц и их имущественном положении;
- ж) применять актуарно (экономически) обоснованные страховые тарифы, которые рассчитываются в соответствии с методикой расчета страховых тарифов;
- з) ознакомить Страхователя с настоящими Правилами и условиями договора страхования, а также разъяснить Страхователю условия договора страхования и положения настоящих Правил;

и) физическому лицу – получателю страховых услуг, имеющему намерение заключить договор страхования, предоставить информацию о договоре страхования, в том числе о его условиях и рисках, связанных с его исполнением, в виде ключевого информационного документа (КИД);

к) после получения сообщения о событии, имеющем признаки страхового случая, и всех необходимых документов, согласованных при заключении договора страхования:

– выяснить все обстоятельства, принять решение о выплате или об отказе в выплате;

– составить страховой акт и определить на основании предоставленных Страхователем документов размер убытка;

– произвести расчет суммы страховой выплаты;

– произвести страховую выплату в установленный договором страхования срок;

л) информировать Страхователя о порядке расчета налога, который будет удержан Страховщиком при расчете страховой выплаты в случаях, когда Страховщик является налоговым агентом;

м) при заключении договора страхования информировать Страхователя об адресах мест приема документов при наступлении событий, имеющих признаки страхового случая, а также своевременно информировать Страхователя (Застрахованное лицо, Выгодоприобретателя) об изменениях таких адресов на официальном сайте, а также непосредственно Страхователя (Застрахованное лицо, Выгодоприобретателя) при его обращении. В случае невозможности информирования Страхователя (Застрахованного лица, Выгодоприобретателя) до наступления события, имеющего признаки страхового случая, об адресах приема документов при наступлении таких событий, Страховщик обеспечивает своевременное получение указанных сведений посредством телефонной связи, по электронной почте, а также иным способом, в случае указания его в договоре страхования, при обращении Страхователя (Застрахованного лица, Выгодоприобретателя);

н) осуществлять взаимодействие со Страхователем посредством телефона, почты и электронной почты, указанных Страхователем при заключении договора страхования либо в период действия договора страхования;

о) проинформировать Страхователя о факте просрочки уплаты очередного страхового взноса или факте его уплаты не в полном объеме (если такой факт имеет место), а также о последствиях таких нарушений способом, согласованным со Страхователем при заключении договора страхования;

п) после того, как Страховщику стало известно о наступлении события, имеющего признаки страхового случая, по запросу Страхователя проинформировать его:

– обо всех предусмотренных договором страхования и/или настоящими Правилами необходимых действиях, которые Страхователь (Застрахованное лицо, Выгодоприобретатель) должен предпринять, и обо всех документах, представление которых обязательно для рассмотрения вопроса о признании события страховым случаем и определения размера страховой выплаты, а также о сроках проведения указанных действий и представления документов;

– о предусмотренных договором страхования и/или настоящими Правилами форме и способах осуществления страховой выплаты и порядке их изменения, направленных на обеспечение прав получателя страховой выплаты (Страхователя, Выгодоприобретателя) удобным для него способом.

11.4. Если иное не предусмотрено договором страхования, в случае увеличения списка Застрахованных лиц при коллективной форме страхования Страхователь представляет Страховщику сведения, предусмотренные настоящими Правилами, о дополнительно страхуемых лицах и уплачивает за них страховую премию за период с заключения договора страхования в отношении указанных лиц до окончания срока страхования. При этом страховая премия за неполный месяц уплачивается как за полный.

В случае уменьшения по инициативе Страхователя числа Застрахованных лиц (исключение Застрахованных лиц из списка производится только с их согласия) договор страхования в отношении этих лиц расторгается в порядке, предусмотренном Гражданским кодексом Российской Федерации. При этом уплаченная Страховщику страховая премия не подлежит возврату, если договором страхования не предусмотрено иное.

11.5. Если иное не предусмотрено договором страхования, в случае замены Застрахованных лиц другими лицами при коллективной форме страхования без увеличения

числа Застрахованных лиц Страхователь представляет Страховщику сведения об исключаемых из списка Застрахованных лиц и включаемых в него. Замена Страхователем Застрахованного лица, названного в договоре страхования, другим лицом, может быть произведена с согласия самого Застрахованного лица и Страховщика.

После возврата Страховщику страховых полисов на лиц, исключаемых из списка Застрахованных лиц, вновь Застрахованным лицам выдаются страховые полисы на условиях первоначально заключенного договора страхования.

При этом производится пересчет размера страховой премии с учетом состояния здоровья Застрахованных лиц за не истекший срок страхования.

11.6. В соответствии с пунктом 2 статьи 382 Гражданского кодекса Российской Федерации права требования по договору страхования, заключенному на условиях настоящих Правил, не могут быть переданы Страхователем (Выгодоприобретателем) иным лицам без письменного согласия Страховщика.

В случае если по договору страхования, заключенному на основании настоящих Правил, Страхователем (Выгодоприобретателем) будет совершена уступка права требования без получения письменного согласия Страховщика, то Страхователь (Выгодоприобретатель) обязан уплатить Страховщику штраф в размере, эквивалентном размеру фактически переданного денежного права требования.

Упомянутое в настоящем пункте Правил согласие на уступку денежного требования будет иметь юридическую силу, если является категоричным, не допускает двоякого толкования и выражено в письме за подписью генерального директора Страховщика.

12. ПОРЯДОК ОРГАНИЗАЦИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ. ОПЛАТА СТОИМОСТИ МЕДИЦИНСКИХ И ИНЫХ УСЛУГ. СТРАХОВАЯ ВЫПЛАТА

12.1. Право Застрахованного лица на получение и оплату медицинской помощи, предусмотренной договором страхования, наступает с даты, указанной в договоре страхования, при условии выполнения обязательств Страхователя по уплате страховых взносов.

12.2. Предоставление медицинской помощи, обусловленной договором страхования, осуществляется путем обращения Застрахованного лица в медицинские организации, указанные в договоре страхования, если иное не предусмотрено договором страхования или Программой страхования.

При обращении Застрахованного лица в медицинскую организацию предъявляется страховой полис, выданный Страховщиком, паспорт либо другой документ, удостоверяющий личность Застрахованного лица.

По всем проблемным вопросам, возникшим в ходе реализации предоставленных страховым полисом прав, Застрахованное лицо обращается по контактному телефону Страховщика, указанному в страховом полисе.

12.3. Оплата стоимости услуг, оказанных медицинскими организациями, производится Страховщиком, исходя из фактических затрат на оказание медицинской помощи и медицинских услуг по ценам, согласованным между Страховщиком и медицинской организацией, в пределах страховой суммы, установленной по договору страхования, путем перечисления Страховщиком денежных средств на счет медицинской организации или сервисного (ассистанс) учреждения.

Если иное не предусмотрено договором с медицинской организацией или сервисным учреждением, перечисление денежных средств производится в течение 15 (пятнадцати) рабочих дней после получения Страховщиком от медицинской организации счета с указанием диагноза, сроков лечения, перечня оказанных услуг, их стоимости и общей суммы расходов, понесенных по всем услугам, оказанным Застрахованному лицу в пределах Программы страхования, предусмотренной договором страхования. В указанный выше срок входит время необходимое Страховщику для согласования им с медицинской организацией разногласий по поводу наступления страхового события и размера страховой выплаты, в случае их возникновения.

Страховщик вправе проверить соответствие оказанных Застрахованному лицу медицинских услуг их перечню по договору страхования.

12.4. Страховая выплата за оказанные Застрахованному лицу медицинские и иные услуги может быть осуществлена путем денежной компенсации Страхователю

(Застрахованному лицу) произведенных им затрат на медицинские и иные услуги, если такая форма возмещения прямо предусмотрена договором страхования, либо они предварительно письменно согласованы Страховщиком.

12.5. Для получения страховой выплаты в соответствии с пунктом 12.4 настоящих Правил Страхователь (Застрахованное лицо) должен в срок не позднее 3 (трех) месяцев со дня оказания медицинских и иных услуг, если иной срок не предусмотрен договором страхования, предоставить Страховщику заявление о страховой выплате и оригиналы или надлежаще заверенные копии следующих документов:

12.5.1. Документ, оформленный в соответствии с законодательством страны оказания медицинских и иных услуг, подтверждающий факт обращения Застрахованного лица за оказанием медицинских услуг, с указанием даты обращения за медицинской помощью, жалоб, данных объективного статуса, данных исследований, диагноза, срока лечения, назначений.

12.5.2. 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.

12.5.3. Для возмещения стоимости оплаченных лекарственных средств – рецепты на лекарственные средства медицинской организации, в которую Застрахованное лицо обращалось за получением медицинских услуг, и врачом которой были назначены оплаченные лекарственные средства.

12.5.4. Для возмещения стоимости изделий медицинского назначения при оперативном лечении – документы медицинской организации, куда Застрахованное лицо обращалось за получением медицинских услуг, с обоснованием лечащего врача наличия 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, оригиналы или надлежаще заверенные копии документов, подтверждающих оплату изделий медицинского назначения.

12.5.5. Для возмещения стоимости изделий медицинского назначения при амбулаторном лечении – документы медицинской организации, куда Застрахованное лицо обращалось за получением медицинских услуг, с обоснованием лечащего врача наличия медицинских показаний для использования данных изделий, оформленных в соответствии с законодательством страны оказания медицинских услуг.

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

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

12.5.8. Паспорт Застрахованного лица, а если Застрахованным лицом является несовершеннолетнее лицо – паспорт его надлежаще уполномоченного представителя, подавшего заявление от его имени, свидетельство о рождении Застрахованного лица, документы, подтверждающие право действовать в интересах Застрахованного лица.

12.5.9. Если Застрахованное лицо обращалось за медицинской помощью в зарубежную медицинскую организацию – перевод на русский язык документов, составленных на иностранном языке, выполненный лицом, чья компетенция подтверждена соответствующими документами об образовании.

12.5.10. Для возмещения расходов на проезд к месту лечения Застрахованного лица - проездные и платежные документы, подтверждающие оплату проезда к месту лечения и проживания.

12.5.11. Банковские реквизиты счета Застрахованного лица, в случае если выплата производится непосредственно Застрахованному лицу по безналичному расчету.

12.6. В случае отсутствия правовых оснований для осуществления страховой выплаты (далее – решение об отказе) Страховщик в течение 3 (трех) рабочих дней после принятия решения об отказе информирует Страхователя / Застрахованное лицо, а также

медицинскую организацию или сервисное (ассистанс) учреждение в письменном виде об основаниях принятия такого решения со ссылками на нормы права и/или условия договора страхования и настоящих Правил, на основании которых принято решение об отказе. Указанная информация предоставляется в том объеме, в каком это не противоречит действующему законодательству.

13. ПОРЯДОК ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ (ИНФОРМИРОВАНИЯ) СТОРОН

13.1. При заключении договора страхования на условиях настоящих Правил Страхователь (Выгодоприобретатель) и Страховщик (далее в целях настоящего раздела Правил совместно – Стороны; по отдельности – Сторона), если иное не предусмотрено договором страхования, предусматривают следующий порядок взаимодействия – порядок направления уведомлений, извещений, запросов, претензий, заявлений и иных документов (далее по тексту – уведомление).

13.2. Все уведомления, направляемые Страховщиком в адрес Страхователя (Выгодоприобретателя), считаются направленными надлежащим образом, если они направлены при соблюдении одного из следующих условий:

13.2.1. Уведомление в письменном виде передано Страхователю (Выгодоприобретателю) на руки или направлено почтовым отправлением по адресу, указанному в договоре страхования или ином документе с контактными данными, поданном Страхователем (Выгодоприобретателем).

13.2.2. Уведомление направлено в виде электронного письма на адрес электронной почты, указанный в договоре страхования или ином документе с контактными данными, поданном Страхователем (Выгодоприобретателем).

13.2.3. Уведомление направлено в виде СМС-сообщения по номеру телефона, указанному в договоре страхования или ином документе с контактными данными, поданном Страхователем (Выгодоприобретателем) или в виде электронного сообщения Страхователю с использованием мобильного приложения;

13.2.4. Уведомление размещено в личном кабинете Страхователя на сайте Страховщика (при наличии технической возможности), о чем Страхователь проинформирован по электронной почте, путем направления СМС-сообщения или электронного сообщения с использованием мобильного приложения.

13.3. Все уведомления, направляемые Страхователем (Выгодоприобретателем) в адрес Страховщика в соответствии с настоящими Правилами, считаются направленными надлежащим образом, если они направлены при соблюдении одного из следующих условий:

13.3.1. Уведомление в письменном виде вручено работнику / представителю Страховщика или направлено почтовым отправлением по адресу, указанному в договоре страхования или на сайте Страховщика. Уведомление направляется с обязательной описью прилагаемых документов.

13.3.2. Уведомление направлено в виде электронного письма на адрес электронной почты, указанный в договоре страхования или на сайте Страховщика.

13.3.3. Уведомление размещено в личном кабинете Страхователя в соответствующем разделе официального сайта Страховщика (при наличии технической возможности).

13.4. В случае изменения адресов, номеров телефонов и (или) реквизитов Страхователь (Выгодоприобретатель) обязуется в срок не позднее 3 (трех) рабочих дней с момента такого изменения известить об этом Страховщика. Если Страховщик не был извещен об изменении адреса и (или) реквизитов другой стороны в указанный срок, то все уведомления и извещения, направленные Страхователю (Выгодоприобретателю) по прежнему известному адресу, будут считаться полученными с даты их поступления по прежнему адресу.

13.5. В договоре страхования Стороны могут согласовать иной порядок и способ направления уведомлений друг другу.

14. ПОРЯДОК РАЗРЕШЕНИЯ СПОРОВ. ИСКОВАЯ ДАВНОСТЬ

14.1. Все споры и разногласия, возникшие между Страхователем и Страховщиком в связи с заключением, исполнением, изменением, расторжением договора страхования, ООО Страховая Компания «Гелиос»

разрешаются Страхователем и Страховщиком путем переговоров, с обязательным направлением письменной досудебной претензии в соответствии с положениями раздела 13 настоящих Правил.

14.2. Претензия должна содержать сведения о заявителе (наименование, местонахождение, адрес), содержание спора и разногласий, сведения об объекте (объектах), в отношении которого возникли разногласия, расчет суммы претензии.

14.3. При получении претензии в связи с заключением, исполнением, изменением, расторжением договора страхования срок направления ответа на претензию:

— составляет не более 15 (пятнадцати) рабочих дней со дня получения Страховщиком в случае, если указанное заявление (претензия) направлено в электронной форме в соответствии с критериями и в порядке, предусмотренном Федеральным законом от 04.06.2018 № 123-ФЗ «Об уполномоченном по правам потребителей финансовых услуг»;

— во всех остальных случаях не может составлять более 30 (тридцати) календарных дней со дня получения заявления (претензии) другой Стороной договора страхования.

14.4. В случаях, предусмотренных Федеральным законом от 04.06.2018 № 123-ФЗ «Об уполномоченном по правам потребителей финансовых услуг», Страхователь (Выгодоприобретатель), являющийся потребителем финансовых услуг, до обращения в суд должен обратиться к финансовому уполномоченному.

14.5. В случае если Страхователь и Страховщик не разрешили спор и/или разногласия путем переговоров в досудебном претензионном порядке, а также если спор не подлежит рассмотрению финансовым уполномоченным или если финансовый уполномоченный не принял решение по обращению по истечении предусмотренного законом срока, прекратил рассмотрение обращения в соответствии с законом, или если заявитель не согласился с вступившим в силу решением финансового уполномоченного, спор подлежит разрешению в суде, Арбитражном суде Краснодарского края в порядке, установленном договором страхования и законодательством Российской Федерации.

14.6. Иск по требованиям, вытекающим из договора страхования, заключенного на условиях настоящих Правил, может быть предъявлен в течение сроков исковой давности, установленных действующим законодательством Российской Федерации.