



**УТВЕРЖДАЮ**

Генеральный директор

Фрай Николаус Хайнрих

28.11.2017



**ПРАВИЛА**  
**добровольного медицинского страхования**  
**физических лиц**  
**( типовые (единые) )**

**№ 216**

(в редакции, утвержденной Приказом ОАО «Росгосстрах» № 104 от 19.11.2015 г.; в редакции, утвержденной Приказом ПАО СК «Росгосстрах» № 232 от 20.04.2016 г.; в редакции, утвержденной Приказом ПАО СК «Росгосстрах» № 650 от 12.12.2016 г., в редакции, утвержденной Приказом ПАО СК «Росгосстрах» № 151 от 20.04.17г., в редакции, утвержденной Приказом ПАО СК «Росгосстрах» № 554 от 28.11.17г.).

г. Москва, 2017 год

### *Содержание Правил:*

- 1. Субъекты страхования.**
- 2. Объект страхования.**
- 3. Страховые случаи и страховые риски.**
- 4. Порядок определения страховой суммы.**
- 5. Срок страхования.**
- 6. Порядок определения страхового тарифа, страховой премии, страхового взноса.**
- 7. Договор страхования - порядок его заключения, исполнения, прекращения, внесения в него изменений и дополнений.**
- 8. Права и обязанности сторон по Договору страхования.**
- 9. Порядок и условия оказания услуг Застрахованным и осуществления страховых выплат.**
- 10. Основания отказа в страховой выплате.**
- 11. Ответственность сторон.**
- 12. Порядок рассмотрения споров.**
- 13. Глоссарий – термины, используемые в Правилах.**

## **1. СУБЪЕКТЫ СТРАХОВАНИЯ**

1.1. В соответствии с законодательством РФ и на основании настоящих Правил страховые общества системы Росгосстраха (ПАО СК «Росгосстрах») (далее по тексту - Страховщик) заключают Договоры добровольного медицинского страхования граждан (далее по тексту - Договор страхования), на основании которых организуют предоставление и оплату предусмотренных Договором страхования медицинских и иных услуг Застрахованным из числа, указанных в Перечне медицинских и иных услуг, прилагаемом к настоящим Правилам (Приложение № 1). Настоящие Правила предназначены для определения содержания Договоров страхования и регулируют отношения, возникающие между субъектами страхования.

1.2. Субъектами страхования являются Страховщик, Страхователь, Застрахованный.

1.3. Страховщик – юридическое лицо, созданное в соответствии с законодательством РФ для осуществления страхования, перестрахования и имеющее лицензию на право осуществления страховой деятельности по добровольному медицинскому страхованию.

1.4. Страхователь заключает Договор страхования со Страховщиком в свою пользу или в пользу третьих лиц (далее по тексту Застрахованные). Страхователями могут являться:

- физические лица - граждане РФ, иностранные граждане и лица без гражданства, обладающие гражданской дееспособностью.

1.5. На условиях настоящих Правил, Договоры страхования заключаются в пользу Застрахованных - граждан РФ, иностранных граждан, въезжающих или пребывающих на территории РФ и лиц без гражданства.

## **2. ОБЪЕКТ СТРАХОВАНИЯ**

2.1. Объектом добровольного медицинского страхования является не противоречащий законодательству РФ имущественный интерес Застрахованного, связанный с оплатой организации и оказания медицинской и лекарственной помощи (медицинских услуг) и иных услуг вследствие расстройства здоровья Застрахованного или состояния Застрахованного, требующих организации и оказания таких услуг, а также проведения профилактических мероприятий, снижающих степень опасных для жизни или здоровья Застрахованного угроз и (или) устраняющих их.

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

3.1. 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.

3.2. Страховым случаем является документально подтвержденное обращение Застрахованного в соответствии с условиями Договора страхования и в период его действия в медицинское или аптечное учреждение, сервисную компанию и/или иное учреждение, из числа предусмотренных Договором страхования или согласованных со Страховщиком, за медицинскими и/или Иными услугами по поводу расстройства здоровья или ухудшения состояния Застрахованного в результате острого заболевания, обострения хронического заболевания, травмы, отравления и иных состояний, требующих оказания медицинской помощи, а также проведения профилактических мероприятий, снижающих степень опасных для жизни или здоровья Застрахованного угроз и (или) устраняющих их, предоставляемыми Застрахованному в соответствии с Договором страхования путем оказания консультативной, лечебной, диагностической, профилактической, реабилитационно-восстановительной, санаторно-курортной, медикаментозной, скорой и неотложной медицинской и иной помощи в пределах перечня услуг в соответствии с Договором страхования или дополнительно согласованных со Страховщиком.

3.2.1. Не признается страховым случаем обращение Застрахованного за получением медицинских и иных услуг, если иное прямо не указано в Договоре страхования:

- 1) в связи с острыми состояниями и травмами, возникшими или полученными в состоянии или вследствие алкогольного, наркотического или токсического опьянения;
- 2) в связи с получением травматического повреждения или возникновением иного патологического состояния, наступившего в результате совершения Застрахованным противоправных действий, что должно быть подтверждено решениями соответствующих органов;
- 3) в связи с намеренным причинением Застрахованным вреда своему здоровью, суицидальными попытками и иными умышленными действиями Застрахованного, направленными на наступление страхового случая за исключением случаев, когда Застрахованный был доведен до такого состояния противоправными действиями третьих лиц, что должно быть подтверждено решениями соответствующих органов;
- 4) в связи с онкологическими заболеваниями и их осложнениями, злокачественными заболеваниями крови, со всеми опухолями центральной нервной системы;
- 5) в связи с особо опасными инфекциями (натуральная оспа, чума, сибирская язва, холера, сыпной тиф, включая «атипичную пневмонию» SARS и др.), а также высококонтагиозными вирусными геморрагическими лихорадками;
- 6) в связи с ВИЧ-инфекцией; венерическими заболеваниями;
- 7) в связи с психическими заболеваниями, расстройствами поведения и их последствиями, а также различными травмами и соматическими заболеваниями, возникшими в связи с заболеваниями психической природы (помощь ограничивается первичной консультацией); наркоманией, алкоголизмом, токсикоманией; эпилепсией;
- 8) в связи с заболеваниями, полученными в результате профессиональной деятельности; лучевой болезнью;
- 9) в связи с туберкулезом, саркоидозом, лепрой;
- 10) в связи с гепатитами вирусной этиологии, в том числе хронические гепатиты В, С, D и другие, а также хроническими гепатитами алиментарного и аутоиммунного генеза, циррозом печени; заболеваниями, сопровождающимися хронической почечной и печеночной недостаточностью, требующие проведения гемодиализа;
- 11) в связи с беременностью; любыми нарушениями течения беременности вне зависимости от срока, в том числе: неразвивающаяся беременность, угроза прерывания беременности, аборт в ходу; при этом, если беременность наступила в период действия Договора страхования, страхование, обусловленное Договором страхования, распространяется только в отношении заболеваний, не связанных с беременностью и ее осложнениями;
- 12) в связи с сахарным диабетом (I и II типа) и его осложнениями;
- 13) в связи с врожденными аномалиями и пороками развития; наследственными и генетическими заболеваниями; генетическими исследованиями;
- 14) за диагностикой и лечением бесплодия; в связи с импотенцией, услугами по планированию семьи (в том числе определение TORCH-инфекции), за подбором методов контрацепции (в том числе введение и удаление ВМС);
- 15) в связи с системными заболеваниями соединительной ткани, в том числе воспалительными артропатиями и спондилопатиями; нейродегенеративными и демиелинизирующими заболеваниями нервной системы;
- 16) в связи с заболеваниями органов и тканей, требующих их трансплантации, имплантации;
- 17) в связи с муковисцидозом, псориазом, глубоким микозом;
- 18) в связи с урогенитальными инфекциями (повторный курс лечения и обследование для каждой из инфекций);
- 19) обращение Застрахованного за получением медицинских и иных услуг, вызванное воздействием ядерного взрыва, радиации, радиоактивного заражения, химической или биологической атак и их последствиями;

20) обращение Застрахованного за получением медицинских и иных услуг, вызванное военными действиями, а также маневрами или иными военными мероприятиями, гражданской войной, террористическими актами, народными волнениями всякого рода или забастовками, стихийными бедствиями, чрезвычайными ситуациями природного или техногенного характера, экологическими катастрофами.

3.2.2. Не подлежат возмещению следующие медицинские и иные услуги, оказанные Застрахованному, если иное прямо не указано в Договоре страхования:

1. медицинские и иные услуги, не предусмотренные Договором страхования;
2. медицинские и иные услуги, выполняемые без медицинских показаний или по желанию Застрахованного, либо предписанные врачами медицинских учреждений, не включенных в Договор страхования, либо оказанные Застрахованному в медицинских учреждениях, не предусмотренных Договором страхования, и не согласованные со Страховщиком;
3. медицинский уход на дому, выполнение медицинских услуг на дому при отсутствии медицинских показаний;
4. методы традиционной диагностики: иридодиагностика, аурикулодиагностика, акупунктурная диагностика, пульсодиагностика, биорезонансная диагностика и т.д.; лечение методами традиционной медицины: энергоинформатика, цуботерапия, электроакупунктура, гирудотерапия, фитотерапия, гомеопатия; диагностика по методу Фолля и т.д.; лечение, являющееся по характеру экспериментальным или исследовательским; услуги связанные с телемедициной; диагностика и лечение с использованием авторским методов;
5. бальнеологические процедуры (водные процедуры: ванны, душ, бассейн); ЛФК на тренажерах, ЛФК в бассейне; грязелечение, а также услуги, оказываемые в профилактических (в том числе в стоматологии), косметических (в том числе в стоматологии), оздоровительных целях (в том числе лечение остеохондроза вне обострения), профилактический массаж, тренажеры, водные процедуры, мониторинговая очистка кишечника, аппаратное лечение простатитов, сауна, солярий, альфа-капсула и прочее; специфическая иммунизация с различными аллергенами; вакцинация взрослых;
6. гипноз; услуги психотерапевта, психолога; диетолога; генетика; логопеда;
7. экстракорпоральные методы лечения: внутривенная лазеротерапия, озонотерапия, УФО крови, гемодиализ, плазмоферез, гемосорбция, гипо-, нормо- и гипербарическая оксигенация (за исключением случаев по жизненным показаниям);
8. все виды протезирования, ортопедической коррекции; пластическая хирургия (кроме операций, проводимых по медицинским показаниям при повреждениях, влекущих за собой нарушение жизненно-важных функций организма) и их осложнения; кардиохирургические и нейрохирургические операции (кроме оперативного лечения острых травм); процедуры и операции, проводимые с эстетической и косметической целью;
9. коррекция веса, речи; диагностика и лечение храпа и апноэ во сне; коррекция зрения с помощью методов лазерной хирургии, манипуляции с использованием аппаратно-программных комплексов в офтальмологии;
10. устранение косметических дефектов, в том числе удаление папиллом, бородавок, моллюсков, невусов, мозолей, кондилом, атером, липом, халязион и пр.; диагностика и лечение заболеваний волос (алопеция и др.); склеротерапия вен;
11. в стоматологии: все виды протезирования, подготовка к протезированию, проведение профилактических мероприятий, в том числе замена пломб старого поколения на пломбы нового поколения по желанию клиента; использование термофилов и анкерных штифтов; глубокое фторирование; имплантация зубов, косметическая реконструкция и отбеливание зубов, ортодонтическое лечение, лечение некариозных поражений твердых тканей зуба (клиновидные дефекты, эрозии), удаление ретинированных и дистопированных, лечебные манипуляции на зубах покрытых ортопедическими конструкциями, условное лечение зубов (лечение без гарантии), перелечивание зубов (кроме обращений по острой боли), депофорез.

12. услуги стационара одного дня; госпитализация для получения попечительского ухода, либо реабилитационного лечения; медицинские услуги, связанные с подготовкой к плановой госпитализации при отсутствии у застрахованного в Договоре страхования плановой стационарной помощи;
13. обследование с целью выдачи справок на автовождение, на право ношения оружия, для трудоустройства, для посещения спортивно-оздоровительных мероприятий; для поступления в учебные заведения; для оформления выезда за рубеж; санаторно-курортной карты;
14. расходы на лекарственные препараты (кроме Договоров страхования, предусматривающих оказание медикаментозной или стационарной помощи), очки, контактные линзы, слуховые аппараты, имплантаты, другие дополнительные медицинские устройства и приспособления, расходные материалы индивидуального назначения, в том числе требующиеся в ходе оперативного вмешательства; ортопедических заболеваний, требующих хирургического лечения;
15. расходы на следующие лекарственные препараты по Договору страхования, предусматривающему оказание медикаментозной помощи:
  - не разрешенные к применению в РФ в установленном действующим законодательством порядке;
  - отсутствующие в готовой рецептурной форме;
  - биологически активные добавки (БАД);
  - гомеопатические препараты;
  - питательные смеси и препараты для лечебного питания;
  - лечебную косметику;
  - для лечения ВИЧ-инфекции, СПИДа;
  - для лечения психических расстройств и расстройств поведения, алкоголизма, наркомании, токсикомании;
  - для лечения злокачественных новообразований, гемобластозов;
  - для лечения туберкулеза;
  - для лечения хронических гепатитов С, Е, F, G;
  - для лечения системных поражений соединительной ткани, в т.ч. всех недифференцированных коллагенозов;
  - для лечения наследственных заболеваний; врожденных аномалий, пороков развития; детского церебрального паралича;
  - для лечения заболеваний, сопровождающихся хронической почечной или печеночной недостаточностью и требующих проведения хронического гемодиализа;
  - для лечения бесплодия и импотенции, а также гормональные препараты, используемые в контрацептивных целях;
  - для проведения иммунопрофилактики и иммунотерапии;
  - назначенные при беременности;
  - для прерывания беременности;
  - для профилактики заболеваний;
  - изделия медицинского назначения, в т.ч. средства личной гигиены, перевязочные материалы, медицинское оборудование, очки, контактные линзы, слуховые аппараты, имплантаты и др.;
16. размещение в одноместных палатах и палатах повышенной комфортности, индивидуальный сестринский пост;
17. расходы на оказание услуг лицам, не указанным в Договоре страхования как Застрахованный;
18. услуги, которые являются по характеру экспериментальными или исследовательскими;
19. расходы, если Застрахованным лицом не выполнялись предписания лечащего врача или нарушался определенный лечащим врачом больничный режим;

20. расходы, связанные с повторными исследованиями для плановой госпитализации, не состоявшейся по инициативе Застрахованного;
21. расходы, в связи с событиями, произошедшими после окончания срока действия Договора страхования; при этом Страховщик оплачивает расходы, связанные со страховым случаем, наступившим в течение срока действия Договора страхования, и понесенные после окончания срока действия Договора страхования, но только до момента устранения угрозы жизни Застрахованного.

#### **4. ПОРЯДОК ОПРЕДЕЛЕНИЯ СТРАХОВОЙ СУММЫ**

4.1. Страховой суммой является денежная сумма, определённая в порядке, установленном договором страхования при его заключении, и исходя из которой устанавливаются размер страховой премии (страхового взноса) и максимально возможный размер страховой выплаты при наступлении страхового случая.

4.2. Страховая сумма устанавливается по соглашению между Страхователем и Страховщиком, исходя из перечня медицинских услуг, предусмотренных Договором страхования, и указывается в Договоре страхования.

4.3. Сумма страховых выплат по Договору страхования, заключенному на условиях настоящих Правил, не может превысить установленный таким Договором размер страховой суммы, если иное не предусмотрено Договором страхования.

#### **5. СРОК СТРАХОВАНИЯ**

5.1. Договор страхования заключается сроком на один год, если условиями Договора страхования не предусмотрено иное. Даты начала и окончания срока действия Договора указываются в Договоре страхования.

5.2. Договор страхования, если в нем не предусмотрено иное, вступает в силу с момента уплаты страховой премии (первого страхового взноса).

Если Договором страхования не предусмотрено иное, дата уплаты страховой премии определяется в соответствии со статьей 37 Закона «О защите прав потребителей».

5.3. Страхование, обусловленное договором страхования, заключенным на условиях настоящих Правил, действует с 00 часов 00 минут дня, следующего за днём вступления договора в силу, если в договоре не предусмотрен иной срок начала действия страхования.

#### **6. ПОРЯДОК ОПРЕДЕЛЕНИЯ СТРАХОВОГО ТАРИФА, СТРАХОВОЙ ПРЕМИИ, СТРАХОВОГО ВЗНОСА**

6.1. Страховая премия – плата за страхование, которую Страхователь обязан уплатить Страховщику в порядке и в сроки, определенные Договором страхования. Страховой взнос - часть страховой премии при ее уплате в рассрочку.

6.2. Страховой тариф - ставка страховой премии с единицы страховой суммы с учётом объекта страхования и характера страхового риска, а также других условий страхования, в том числе наличия франшизы и ее размера в соответствии с условиями страхования. Страховой тариф по конкретному Договору страхования определяется по соглашению сторон.

6.3. Страховщик при определении размера страховой премии, подлежащей уплате Страхователем по Договору страхования, применяет разработанные им страховые тарифы, определяющие премию, взимаемую с единицы страховой суммы с учётом объекта страхования и характера страхового риска, а также иных условий страхования, в том числе наличия франшизы и ее размера в соответствии с условиями страхования.

6.4. Страховые тарифы по Перечню медицинских и иных услуг в рамках добровольного медицинского страхования приведены в Приложении № 4 к настоящим Правилам. При заключении Договора страхования Страховщик имеет право применять поправочные коэффициенты к базовым страховым тарифам с учетом набора и уровня медицинских и иных услуг, медицинских учреждений, сервисных компаний и иных учреждений, зон покрытия, региона пребывания, характера производственной деятельности, возраста и состояния здоровья (наличие хронических заболеваний, предсуществующих заболеваний и т.п.) Застрахованных, а также информации, указанной Застрахованным (Страхователем) в анкете, результатов предварительного медицинского освидетельствования, периодичности уплаты страховой премии и иных условий, предусмотренных Договором страхования.

6.5. При заключении Договора страхования с целью определения степени риска и размера подлежащей уплате страховой премии (страхового взноса) Страховщик может предложить Застрахованному (Страхователю) заполнить анкету. Страховщик, в случае необходимости, для уточнения указанных в анкете данных, имеет право запросить от каждого лица, принимаемого на страхование предоставление документов подтверждающих состояние здоровья, включая выписки из истории болезней и/или заключений лечащих врачей о заболеваниях и состояниях, существующих на момент обращения к Страховщику, удостоверения об инвалидности, справки из диспансеров и т.п. и/или направить лицо, принимаемое на страхование, на прохождение предварительного медицинского освидетельствования в объеме, необходимом для определения условий Договора страхования. Если иное не оговорено Сторонами, оплата предварительного медицинского освидетельствования производится за счет Страхователя. Предварительное медицинское освидетельствование проводится в медицинском учреждении, имеющем соответствующую лицензию, по выбору Страховщика.

6.6. При отказе Страхователя (лица, принимаемого на страхование) от заполнения анкеты, прохождения предварительного медицинского освидетельствования или от предоставления документов, перечисленных в п. 6.5. , Страховщик вправе отказать Страхователю в заключении Договора страхования в отношении данного физического лица.

6.7. Страховая премия по Договору страхования уплачивается Страхователем единовременно (разовым платежом за весь срок действия Договора страхования). Стороны могут договориться об уплате страховой премии в рассрочку. Порядок уплаты страховых взносов при уплате страховой премии в рассрочку определяется в Договоре страхования. Страховая премия (страховые взносы) может быть уплачена Страхователем наличными деньгами Страховщику (его представителю) или перечислена на счет Страховщика (его представителя) путем безналичного расчета.

Датой уплаты страховой премии (страховых взносов) путем безналичных расчетов признается, если иное не предусмотрено договором страхования, день поступления страховой премии (страхового взноса) на расчетный счет Страховщика.

Датой уплаты страховой премии (страховых взносов) наличными денежными средствами признается, если иное не предусмотрено договором, день уплаты страховой премии (страхового взноса) уполномоченному представителю Страховщика.

6.8. В рамках настоящих Правил Страхователь и Страховщик соглашаются и признают, что неуплата, или уплата в меньшем размере Страхователем страховой премии (страхового взноса) по вступившему в силу Договору страхования в предусмотренные Договором страхования сроки или размере безусловно является выражением воли (волеизъявлением) Страхователя на односторонний отказ от договора страхования (прекращение договора страхования) с 00 часов 00 минут даты, следующей за датой, указанной в Договоре страхования как дата уплаты страховой премии (соответствующего страхового взноса).

При этом, в случае такого отказа Страхователя от договора страхования в связи с неуплатой страховой премии (страхового взноса) в предусмотренный вступившим в силу Договором страхования срок или уплаты ее в меньшей, чем предусмотрено Договором страхования сумме, Страховщик вправе направить Страхователю письменное уведомление о согласии на досрочное прекращение по инициативе Страхователя Договора страхования с 00



часов 00 минут даты, следующей за датой, указанной в Договоре страхования как крайняя дата уплаты страховой премии (соответствующего страхового взноса), либо приостановить действие страхования на срок до 14 календарных дней путем направления Страхователю письменного уведомления о приостановлении страхования в связи с неуплатой или уплатой в меньшем размере страховой премии (страхового взноса). В случае направления Страховщиком Страхователю уведомления о приостановлении страхования, Договор страхования будет считаться прекратившим свое действие с 00 часов 00 минут даты, следующей за датой, указанной в уведомлении как крайняя дата уплаты страховой премии (соответствующего страхового взноса), при этом Страховщик оставляет за собой право взыскания суммы задолженности страховой премии за период с момента просрочки уплаты страховой премии (страхового взноса) до момента прекращения Договора страхования.

## **7. ДОГОВОР СТРАХОВАНИЯ - ПОРЯДОК ЕГО ЗАКЛЮЧЕНИЯ, ИСПОЛНЕНИЯ, ПРЕКРАЩЕНИЯ, ВНЕСЕНИЯ В НЕГО ИЗМЕНЕНИЙ И ДОПОЛНЕНИЙ**

7.1. При заключении Договора страхования на условиях настоящих Правил, эти условия становятся неотъемлемой частью Договора страхования и обязательными для субъектов страхования. В соответствии с законодательством РФ Договор страхования может включать изменения, дополнения к настоящим Правилам и/или исключения из них. При расхождении положений настоящих Правил с положениями Договора страхования, применяются соответствующие положения Договора страхования, если это не противоречит законодательству РФ.

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

7.3. Договор страхования может содержать: для Страхователя - физического лица (Приложение № 3 к настоящим Правилам) - номер страхового полиса, ФИО, адрес места жительства (регистрации), паспортные данные и телефон Страхователя, список Застрахованных с указанием ФИО, адреса места жительства (регистрации), даты рождения, пола и телефона; срок действия Договора страхования, согласованный сторонами объем, условия и порядок оказания медицинских и иных услуг из числа услуг, указанных в Перечне медицинских и иных услуг (Приложение №1 к настоящим Правилам), страховую сумму, размер страховой премии (страховых взносов), подлежащей уплате по Договору страхования, сроки и порядок ее внесения, условия и сроки вступления Договора страхования в силу, а также его прекращения, ответственность сторон и иные, не противоречащие законодательству РФ, условия.

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

а) Для физических лиц:

- документы, признанные в соответствии с законодательством РФ документами, удостоверяющими личность;
- миграционная карта;
- документ, подтверждающий право иностранного гражданина или лица без гражданства на пребывание в РФ;
- свидетельство о постановке на учёт физического лица в территориальном органе ФНС России.

б) для потенциальных застрахованных данные о состоянии здоровья согласно п. 6.5. Правил страхования.

7.4.1. Все предоставляемые Страховщику документы должны быть актуальны и действующими на момент заключения Договора страхования, либо принятия на страхование Застрахованного.

7.4.2. В случае, если представленные документы не содержат информации, предусмотренной п.7.3. настоящих Правил страхования, необходимой для оценки риска и принятия на страхование конкретного лица, а также содержат противоречивую информацию, Страховщик имеет право по согласованию со Страхователем запросить дополнительные документы, необходимые для заключения Договора страхования, а также проводить экспертизу представленных документов.

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

7.5. Если после заключения Договора страхования будет установлено, что Страхователь сообщил заведомо ложные сведения об обстоятельствах, имеющих существенное значение для определения вероятности наступления страхового случая и размера возможных убытков от его наступления (страхового риска), Страховщик вправе потребовать признания Договора недействительным и применения последствий, предусмотренных п.2. ст.179 ГК РФ.

7.6. При первичном выявлении в течение срока действия Договора страхования заболеваний, из числа указанных в п.3.2.1 Правил, Страховщик, если иное не предусмотрено Договором страхования, имеет право потребовать изменения условий Договора страхования или уплаты дополнительной страховой премии соразмерно увеличению страхового риска.

Если Страхователь возражает против изменения условий Договора страхования и уплаты дополнительной страховой премии, то Страховщик вправе потребовать расторжения Договора страхования в соответствии с законодательством РФ.

7.7. Факт заключения Договора страхования удостоверяется путем подписания одного документа - Договора страхования (Приложение № 2 к настоящим Правилам) и/или путем выдачи Страховщиком Страхователю страхового полиса установленной формы (Приложение № 3 к настоящим Правилам), подписанного Страховщиком.

7.8. Условия, содержащиеся в настоящих Правилах и не включенные в текст Договора страхования (страхового полиса), обязательны для Страхователя/Застрахованного, если в Договоре страхования (страховом полисе) прямо указывается на применение настоящих Правил и сами Правила изложены в одном документе с Договором страхования (страховым полисом) 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.

7.9. Договор страхования формируется по выбору Страхователя, согласованному со Страховщиком. Договор страхования может содержать различные наборы медицинских и иных услуг из числа услуг, предусмотренных Перечнем медицинских и иных услуг (Приложение №1 к настоящим Правилам страхования). Перечень медицинских и иных услуг по конкретному Договору страхования определяется в Программе страхования, которая может иметь оригинальное название. Договор страхования может предусматривать предоставление услуг по нескольким Программам страхования.

При заключении Договора страхования 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, в том числе по включению в объем страхового покрытия обращений за получением услуг по заболеваниям/состояниям и событиям, перечисленным в п. 3.2.1. и п. 3.2.2 Правил страхования.

7.10. В Договоре страхования может быть установлена условная или безусловная франшиза. Франшиза определяется Сторонами в процентном отношении к страховой сумме или в абсолютной величине

7.10.1 При установлении условной франшизы Страховщик освобождается от оплаты расходов, связанных с оказанием Застрахованному медицинских и иных услуг, если их размер не превышает франшизу, однако возмещает их полностью, если размер убытка превышает размер франшизы.

7.10.2 При установлении в договоре страхования безусловной франшизы обязательства Страховщика определяются размером понесенных расходов на оказание Застрахованному медицинских и/или иных услуг, предусмотренных Договором страхования, за минусом франшизы.

7.10.3 В Договоре страхования также могут быть установлены иные виды франшизы, в том числе временная франшиза - период времени с момента вступления Договора страхования в силу, в течение которого страховые выплаты при возникновении страхового случая или отдельно оговоренных заболеваний (состояний, травм, повреждений) не производятся.

7.11. Одновременно со страховым полисом (или с Договором страхования) Страхователю (Застрахованному) может вручаться страховая карта (пластиковая и т.п.) и, при необходимости, пропуск в медицинское или иное учреждение. Страховая карта является именным документом и может содержать справочную информацию (серию и номер страхового полиса (страховой карты), начало и окончание срока действия Договора страхования, справочные телефоны медицинских и иных учреждений, контактные телефоны Страховщика).

7.12. Страхователю (Застрахованному) запрещается передавать страховой полис (страховую карту) другому лицу с целью получения им услуг по Договору страхования.

7.13. В случае утраты Страхователем (Застрахованным) страхового полиса и/или страховой карты Страховщик по письменному заявлению произвольной формы Страхователя (Застрахованного) выписывает его дубликат. На дубликате делается соответствующая надпись. Утраченный страховой полис (страховая карта) считается недействующим со дня подачи заявления об утрате и не может являться основанием для получения услуг в соответствии с Договором страхования.

7.14. В случае досрочного прекращения действия Договора страхования страховые полисы (страховые карты) возвращаются Страховщику в течение 3-х рабочих дней.

7.15. Договор страхования прекращается, и Застрахованный теряет право на получение услуг по Договору страхования:

7.15.1. при истечении срока действия Договора страхования;

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

7.15.3. в случае исполнения Страховщиком обязательств перед Страхователем (Застрахованным) по Договору страхования в полном объеме - в отношении соответствующего Застрахованного, если договор заключен в отношении более чем одного Застрахованного;

7.15.4. по требованию Страхователя в любое время, если к моменту отказа возможность наступления страхового случая не отпала по обстоятельствам иным, чем страховой случай.

7.15.5. по соглашению Сторон;

7.15.6. неуплаты Страхователем страхового взноса или страховой премии по вступившему в силу Договору страхования в полном размере в установленный Договором страхования срок (в соответствии с п. 6.8. настоящих Правил).

7.15.7. в других случаях, предусмотренных законодательством РФ или настоящими Правилами.

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

7.17. Уплаченная страховая премия (страховые взносы) возврату не подлежит:

7.17.1. по окончании срока действия Договора страхования;

7.17.2. при расторжении Договора страхования по инициативе Страхователя по истечении срока, установленного Указанием ЦБ РФ №3854-У от 20.11.2015 г. «О минимальных (стандартных) требованиях к условиям и порядку осуществления отдельных видов добровольного страхования», исчисляемого со дня его заключения, если Договором страхования не предусмотрено иное.

7.18. Возврат страховой премии (страховых взносов) при досрочном прекращении Договора страхования производится в соответствии с условиями Договора страхования, настоящими Правилами и законодательством РФ.

7.18.1. В случае отказа Страхователя (за исключением иностранных граждан и лиц без гражданства, находящихся на территории Российской Федерации с целью осуществления ими трудовой деятельности) от Договора страхования в течение срока, установленного Указанием ЦБ РФ №3854-У от 20.11.2015 г. «О минимальных (стандартных) требованиях к условиям и порядку осуществления отдельных видов добровольного страхования», исчисляемого со дня его заключения при отсутствии событий, имеющих признаки страхового случая, оплаченная страховая премия возвращается Страхователю в течение 10-ти рабочих дней со дня получения письменного заявления Страхователя об отказе от договора добровольного страхования:

- в полном размере, при отказе от Договора до даты начала действия страхования;
- с удержанием страховщиком части страховой премии пропорционально сроку действия страхования, при отказе от Договора после даты начала действия страхования.

7.18.2. Договор страхования прекращает свое действие с 23 ч. 59 мин. даты получения Страховщиком письменного заявления Страхователя об отказе от него.

7.19. Страховщик, уведомленный об обстоятельствах, влекущих увеличение страхового риска, вправе потребовать изменения условий Договора страхования или уплаты дополнительной страховой премии соразмерно увеличению риска, что оформляется дополнительным соглашением к Договору страхования. Если Страхователь возражает против изменения условий Договора страхования или доплаты страховой премии, Страховщик вправе потребовать расторжения Договора страхования, и возмещения убытков, причиненных расторжением договора (ст. 959 ГК РФ).

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

7.21. Изменение условий Договора страхования производится по обоюдному согласию Страхователя и Страховщика на основании заявления одной из Сторон и оформляется дополнительным соглашением, которое становится неотъемлемой частью Договора страхования. Если какая-либо из Сторон не согласна на внесение изменений в Договор страхования, то Сторонами решается вопрос о действии Договора страхования на прежних условиях или о его прекращении.

7.22. 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 заключенного Договора страхования.

## **8. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН ПО ДОГОВОРУ СТРАХОВАНИЯ**

### **8.1. Страхователь имеет право:**

8.1.1. выбирать услуги из Перечня медицинских и иных услуг в любом их сочетании и наполнении, если это предусмотрено Договором страхования, медицинские и иные учреждения, оказывающие услуги по Договору страхования, из числа предложенных Страховщиком и по согласованию с ним;

8.1.2. по согласованию со Страховщиком, если это предусмотрено Договором страхования, изменять перечень страховых рисков, медицинских и иных учреждений, изменять сочетание и наполнение медицинских и иных услуг, размер страховой суммы при условии заключения дополнительного соглашения и уплаты, при необходимости, дополнительной страховой премии;

8.1.3. получить дубликат страхового полиса (страховой карты) в случае его утраты;

8.1.4. на основании письменного заявления Страховщику отказаться от Договора страхования в любое время, если к моменту отказа возможность наступления страхового случая не отпала по обстоятельствам иным, чем страховой случай.

## **8.2. Страхователь обязан:**

8.2.1. при заключении Договора страхования и во время его действия представлять Страховщику всю информацию об обстоятельствах, имеющих отношение к заключению и исполнению Договора страхования, а также имеющих существенное значение для определения вероятности наступления страхового случая и размеров возможных убытков от его наступления (страхового риска). При анкетировании предоставить достоверные ответы на вопросы, сообщить о фактах состояния здоровья страхуемых лиц, сообщать Страховщику о ставших ему известными значительных изменениях в обстоятельствах, сообщенных Страховщику при заключении договора, в том числе, в соответствии с п. 6.5., если эти изменения могут существенно повлиять на увеличение страхового риска;

8.2.2. доводить до сведения Застрахованных информацию об условиях Договора страхования, Правилах страхования, порядке предоставления медицинских и иных услуг;

8.2.3. уплатить страховую премию (страховые взносы) в объеме и в сроки, установленные Договором страхования;

8.2.4. обеспечить сохранность документов по Договору страхования;

8.2.5. в пределах своей ответственности и компетенции принимать меры по устранению обстоятельств, влияющих на увеличение страхового риска;

8.2.6. обеспечить конфиденциальность в отношениях со Страховщиком.

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

## **8.3. Страховщик имеет право:**

8.3.1. проверять сообщенную Страхователем (Застрахованным) информацию, а также выполнение Страхователем (Застрахованным) требований и условий настоящих Правил и Договора страхования и отказать в заключении или потребовать признания Договора страхования недействительным, в случае если Страхователь сообщил заведомо ложные сведения;

8.3.2. при заключении Договора страхования потребовать заполнения Страхователем (Застрахованным) анкет и/или проведения предварительного медицинского освидетельствования или предоставления документов в соответствии с п. 6.5 Правил;

8.3.3. в случае отсутствия возможности предоставления медицинских и иных услуг Застрахованному в медицинских и иных учреждениях, определенных Договором страхования, организовать предоставление необходимых и соответствующих по объему и качеству услуг Застрахованному на базе иных учреждений соответствующего профиля, определенных по усмотрению Страховщика

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

8.3.5. при организации и/или оплате медицинских услуг имеет право запросить у Застрахованного необходимую медицинскую документацию и материалы в целях проведения соответствующей экспертизы и подтверждения страхового случая.

#### **8.4. Страховщик обязан:**

8.4.1. ознакомить Страхователя с Правилами страхования;

8.4.2. выдать страховые полисы (страховые карты, пропуска в медицинские и иные учреждения) Застрахованным (непосредственно или через Страхователя) при заключении Договора страхования;

8.4.3. организовать предоставление медицинских и иных услуг Застрахованным в соответствии с Договором страхования;

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

8.4.5. произвести в установленном порядке оплату услуг, оказанных в соответствии с условиями заключенного Договора страхования при наступлении страхового случая;

8.4.6. соблюдать тайну страхования.

#### **8.5. Застрахованный имеет право:**

8.5.1. получать услуги в соответствии с объемом и порядком предусмотренным Договором страхования;

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

8.5.3. обратиться к Страховщику или его Представителю в порядке оказания услуг, предусмотренном Договором страхования;

8.5.4. сообщать Страховщику о случаях непредоставления, неполного или некачественного предоставления услуг по Договору страхования;

8.5.5. получить дубликат страхового полиса (страховой карты) в случае его утраты.

#### **8.6. Застрахованный обязан:**

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

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

8.6.3. своевременно сообщать Страховщику об изменении своей фамилии, иных паспортных данных или места жительства (регистрации);

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

8.6.5. обеспечить конфиденциальность в отношениях со Страховщиком.

8.6.6. при анкетировании предоставить достоверные ответы на вопросы, сообщить о фактах состояния здоровья лиц, сообщать Страховщику о ставших ему известными значительных изменениях в обстоятельствах, сообщенных Страховщику при заключении договора, в том числе, в соответствии с п. 6.5., если эти изменения могут существенно повлиять на увеличение страхового риска;

**8.7.** Все права и обязанности по Договору страхования Застрахованных в возрасте до 18 лет, за исключением права на получение услуг в соответствии с Договором страхования, осуществляют от их имени и в их интересах, в соответствии с законодательством РФ, их законные представители.

**8.8.** В Договор страхования могут быть включены и иные права и обязанности сторон, не противоречащие законодательству РФ.

#### **8.9. Права и обязанности сторон по использованию персональных данных**

Страхователь, заключивший Договор страхования со Страховщиком на условиях настоящих Правил страхования, подтверждает свое согласие на обработку Страховщиком

перечисленных ниже персональных данных Страхователя для осуществления страхования по Договору страхования, в том числе в целях проверки качества оказания страховых услуг и урегулирования убытков по Договору, администрирования Договора, а также в целях информирования Страхователя о других продуктах и услугах Страховщика.

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

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

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

Подтверждая получение настоящих Правил страхования, Страхователь дает свое согласие на обработку персональных данных Страхователя с момента заключения Договора страхования (если заключению Договора страхования предшествовала подача Страхователем заявления на страхование, то согласие действует с даты, указанной в заявлении на страхование). Согласие Страхователя на обработку персональных данных Страхователя действует в течение 10 лет (если иное не установлено Договором страхования).

Страхователь вправе отозвать своё согласие посредством составления соответствующего письменного документа, который должен быть направлен в адрес Страховщика заказным письмом с уведомлением о вручении либо вручен лично под расписку уполномоченному представителю Страховщика. В случае поступления Страховщику от Страхователя письменного заявления об отзыве согласия на обработку персональных данных, согласие считается отозванным с даты поступления указанного заявления Страховщику. После окончания срока действия Договора страхования (в том числе при его расторжении) или отзыва согласия на обработку персональных данных Страховщик обязуется прекратить обработку персональных данных и уничтожить персональные данные Страхователя в срок, не превышающий 10 лет с даты окончания срока действия Договора страхования/ отзыва согласия на обработку персональных данных.

Указанные выше положения настоящего пункта Правил страхования относятся также и к Застрахованному в случае подписания им согласия на обработку Страховщиком персональных данных.

## **9. ПОРЯДОК И УСЛОВИЯ ОКАЗАНИЯ УСЛУГ ЗАСТРАХОВАННЫМ И ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ СТРАХОВЫХ ВЫПЛАТ.**

9.1. Для получения услуг по Договору страхования, Застрахованный должен обратиться в соответствии с порядком, предусмотренным Договором страхования, к Страховщику по указанным телефонам; или в медицинское и/или иное учреждение, предусмотренное Договором страхования; или в сервисную компанию, сотрудничающую со Страховщиком, либо к иному лицу, предусмотренному Договором страхования для организации получения медицинской помощи (медицинских и иных услуг, лекарственных средств или изделий медицинского назначения).

9.2. Страховщик организует и/или оплачивает оказанную Застрахованному в медицинских учреждениях, находящихся как на территории Российской Федерации, так и на

территории иностранных государств, медицинскую помощь в объеме, определенном Договором страхования.

9.3. Оказание услуг Застрахованному осуществляется при предъявлении им оригинала либо копии страхового полиса (страховой карты) и документа, подтверждающего личность Застрахованного, и, при необходимости, пропуска в медицинское или иное учреждение.

9.4. Страховщик в целях исполнения своих обязательств по организации предоставления Застрахованным услуг в соответствии с условиями Договора страхования заключает договоры по оказанию медицинской помощи и иных услуг Застрахованным с государственными, частными медицинскими и иными учреждениями, находящимися на территории РФ (резидентами или нерезидентами) и за ее пределами, включая зарубежные страховые компании, сервисные компании, научно-исследовательские институты, лаборатории, медицинские центры и клиники (включая зарубежные), аптечные учреждения, частнопрактикующих врачей и иные организации различных организационно-правовых форм, при условии, что это не противоречит законодательству РФ.

9.4.1. Медицинские учреждения, сервисные компании и иные учреждения, в соответствии с договором, заключенным со Страховщиком, оказывают услуги Застрахованным, предусмотренные Договором страхования, включая медико-транспортные услуги, услуги по репатриации и т.п.

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

9.5. Страховая выплата определяется стоимостью медицинских и иных услуг, оказываемых в соответствии с условиями Договора страхования, и не может превышать установленной по данному договору страховой суммы или лимита ответственности по отдельным рискам.

9.6. Страховая выплата за оказанные застрахованному лицу медицинские и иные услуги производится:

9.6.1. путем оплаты стоимости оказанной Застрахованному медицинской помощи на основании выставленных счетов в медицинскую или иную организацию в порядке, сроки и в соответствии со стоимостью, предусмотренными договором на организацию и/или оказание медицинских и иных услуг, заключенным между страховщиком и медицинской или иной организацией, либо, при наличии направления страховщика, на условиях, согласованных между страховщиком и медицинской и/или иной организацией.

9.6.2. в форме возмещения страховщиком расходов Страхователя (Застрахованного лица) на оплату медицинских и иных услуг, если это прямо предусмотрено Договором страхования. Порядок осуществления страховой выплаты, включая сроки и перечень необходимых документов, если он не оговаривается в договоре страхования, устанавливается в соответствии с п. 9.7 и п. 9.8 Правил страхования.

9.7. Для осуществления выплаты в соответствии с п. 9.6.2. настоящих Правил Застрахованный должен предоставить Страховщику заявление с приложением оригинала оплаченного счета с указанием медицинского или иного учреждения, перечня оказанных услуг и их стоимости, квитанции или кассового чека, направления на лечение, выписки из медицинской карты Застрахованного или иной документ, подтверждающий факт и основание получения услуги, заверенный подписью и печатью медицинского или иного учреждения.

9.7.1. Кроме вышеперечисленных документов представляются документы компетентных органов, свидетельствующие о произошедших событиях, на случай наступления которых осуществлялось страхование Застрахованного, если это указано в Договоре страхования.

9.7.2. Если медицинские или иные услуги были получены Застрахованным за пределами Российской Федерации, то Страховщику должны быть представлены медицинские документы, позволяющие установить факт наступления страхового случая, диагноз, сроки лечения, лечебные и диагностические мероприятия и оказанные услуги с их стоимостью. Документы на



иностранном языке предоставляются вместе с нотариально заверенным переводом. Расходы по сбору указанных документов и их переводу оплачивает Страхователь (Застрахованный).

9.7.3. В случае если представленные документы не содержат информации, предусмотренной пунктом 9.7. настоящих Правил страхования, необходимой для принятия решения о страховой выплате или определении ее размера, а также содержат противоречивую информацию, Страховщик имеет право по согласованию со Страхователем (Застрахованным):

запросить дополнительные документы, необходимые для принятия окончательного обоснованного решения;

также проводить обоснованную экспертизу представленных документов, самостоятельно выяснять причины и обстоятельства страхового случая;

произвести страховую выплату в неоспариваемой подтвержденной документами части предоставленными на момент выплаты, в случае отказа Страхователя (Застрахованного) от предоставления запрашиваемых документов;

либо направить обоснованный отказ в страховой выплате.

9.8. Страховая выплата Застрахованному производится на основании страхового акта, технической экспертизы страхового случая (страхового акта), утвержденного Страховщиком.

Страховщик составляет и утверждает страховой акт в течение 20-ти рабочих дней после получения Страховщиком всех документов, необходимых и достаточных для установления факта, причин, обстоятельств страхового случая и размера убытка.

Страховая выплата производится Застрахованному в течение 15 рабочих дней после утверждения страхового акта Страховщиком.

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

9.10. При страховании с валютным эквивалентом сумма страховых выплат по всем страховым случаям, наступившим в течение действия Договора страхования не может быть больше рублевого эквивалента страховой суммы по Договору, рассчитанной по курсу Центрального Банка РФ, установленному для данной валюты на дату осуществления страховой выплаты (списания), при условии, что курс иностранной валюты на дату осуществления страховой выплаты не превышает максимального курса иностранной валюты, если таковой был согласован при заключении Договора страхования.

Если курс иностранной валюты, установленный Центральным банком РФ на дату осуществления страховой выплаты (списания) превысит максимальный курс иностранной валюты, то страховая выплата рассчитывается по максимальному курсу иностранной валюты, согласованному при заключении Договора страхования. Максимальный курс иностранной валюты может быть определен в Договоре страхования по согласованию между Страховщиком и Страхователем.

Под максимальным курсом иностранной валюты понимается курс иностранной валюты, установленный Центральным Банком РФ на дату уплаты (списания) страховой премии (первого страхового взноса), увеличенный на согласованный в Договоре сторонами процент за каждый месяц (в том числе неполный), прошедший с момента уплаты страховой премии (первого страхового взноса).

## **10. ИСКЛЮЧЕНИЯ ИЗ ВЫПЛАТЫ**

10.1. У Страховщика не возникает правовых оснований/обязанности по выплате возмещения:

10.1.1. Если медицинские или иные услуги оказаны Застрахованному лицу в медицинских учреждениях, не предусмотренных Договором страхования и не согласованных со Страховщиком;

- 10.1.2. Если лицо, требующее получение страховой выплаты, не является Страхователем/Застрахованным или представителем кого-либо из этих лиц;
- 10.1.3. Если Договор страхования является недействительным в соответствии с законодательством Российской Федерации;
- 10.1.4. Если заявленное событие (убыток) в действительности не имело места или не подтверждено соответствующими документами;
- 10.1.5. Если заявленное событие наступило до момента заключения договора страхования;
- 10.1.6. Если наступившие событие и (или) убыток исключены из страхования (в соответствии с условиями настоящих Правил и/или Договора страхования);
- 10.1.7. Если имеются основания для освобождения Страховщика от страховой выплаты, предусмотренные законодательством Российской Федерации;
- 10.1.8. Если не выполнены какие-либо условия, предусмотренные Разделом 9 настоящих Правил и такое неисполнение сказалось на обязанности страховщика выплатить страховое возмещение (ст. 961 ГК);
- 10.1.9. Если убыток возмещен третьими лицами;
- 10.1.10. В части страховой выплаты, которая не подтверждена документально и отсутствие документов по факту наступления заявленного события не позволяет страховщику установить соответствующий размер/часть убытков.
- 10.1.11. Если Страхователь в одностороннем порядке отказался от исполнения обязательств и/или изменил условия настоящих Правил страхования и/или заключенного договора страхования.

## **11. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН**

### **11.1. Ответственность Страховщика.**

11.1.1. В случае необоснованного отказа медицинского учреждения, сервисной компании или иного учреждения в предоставлении Застрахованному услуг, предусмотренных Договором страхования, неполного или некачественного их выполнения, Страховщик, на основании письменного заявления Страхователя (Застрахованного), принимает меры для организации предоставления необходимых услуг в объеме, предусмотренном Договором страхования.

11.1.2. Обоснованность претензий Застрахованного определяется экспертной комиссией, состоящей из представителей Страховщика, Страхователя (Застрахованного) и медицинского учреждения (сервисной компании или иного учреждения), а в случае необходимости - независимой экспертной комиссией.

11.1.3. В случае причинения медицинским или иным учреждением вреда здоровью Застрахованного Страховщик принимает возможные меры в соответствии с законодательством РФ по возмещению этим учреждением нанесенного ущерба Застрахованному.

### **11.2. Ответственность Страхователя/Застрахованного.**

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

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

11.2.2.1. вызов осуществлен Страхователем (Застрахованным) для медицинского обслуживания незастрахованного лица;

11.2.2.2. при вызове, осуществленном Застрахованным или иным лицом, действующим в его интересах, преднамеренно представлена искаженная информация, касающаяся

необходимости медицинского обслуживания, экстренности оказания медицинской помощи (с целью получения плановых медицинских услуг и пр.) и/или места пребывания Застрахованного;

11.2.2.3. вызов осуществлен не в медицинских целях.

11.3. В случае невозмещения Страхователем (Застрахованным) Страховщику расходов, понесенных им в результате действий Страхователя (Застрахованного) в случаях, указанных в пунктах 9.9., 11.2.1. настоящих Правил, в течение 30 дней с момента выставления Страховщиком соответствующего счета, страхование, обусловленное договором страхования, заключенным на условиях настоящих Правил, не распространяется на страховые случаи произошедшие по истечении указанного срока; кроме того, Страховщик вправе в одностороннем порядке отказаться от исполнения обязательств по договору страхования, уведомив Страхователя о данном решении. В последнем случае возврат части страховой премии пропорционально времени, в течение которого действовало страхование, не производится.

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

11.5. При наступлении обстоятельств, предусмотренных п.11.4. настоящих Правил, каждая из Сторон обязана в течение семи рабочих дней письменно известить другую Сторону о случившихся обстоятельствах, подтвержденных уполномоченными организациями; а также принять все зависящие от нее меры к возможному выполнению обязательств по Договору страхования и согласовывает письменно изменение сроков или объема выполняемых услуг, то есть приемлемые альтернативные способы исполнения Договора страхования.

## **12. ПОРЯДОК РАССМОТРЕНИЯ СПОРОВ**

12.1. Споры, возникающие по Договору страхования, разрешаются путем переговоров Сторон с привлечением согласительной комиссии, в состав которой входят в равных квотах представители Страхователя, Страховщика и, в случае необходимости, соответствующие эксперты по требованию и за счет потребовавшей Стороны.

12.2. При не достижении Сторонами соглашения спор рассматривается в порядке, установленном законодательством РФ.

## **13. ГЛОССАРИЙ ТЕРМИНЫ, ИСПОЛЬЗУЕМЫЕ В ПРАВИЛАХ.**

*Страховщик* - страховые общества системы Росгосстраха (ОАО «Росгосстрах», ООО «Росгосстрах») - юридические лица, созданные в соответствии с законодательством РФ и имеющие лицензию на осуществление страховой деятельности.

*Страхователь* - лицо, заключившее со Страховщиком договор добровольного медицинского страхования в пользу третьих лиц или в свою пользу и обязанное уплатить страховую премию.

*Застрахованный* - физическое лицо, в пользу которого заключен договор добровольного медицинского страхования, и имущественные интересы которого являются объектом страхования по договору добровольного медицинского страхования, заключенному между Страхователем и Страховщиком.

*Договор добровольного медицинского страхования* - письменное соглашение между Страхователем и Страховщиком о том, что Страховщик обязуется в период действия Договора страхования при наступлении страхового случая организовать и оплатить предоставление Застрахованному в пределах установленной страховой суммы медицинских, медико-транспортных услуг, услуг по репатриации, а также иных услуг, предусмотренных Договором страхования, а Страхователь обязуется уплатить страховую премию (страховые взносы) в установленные Договором страхования сроки и в соответствующем размере. Договоры страхования могут быть индивидуальными или коллективными.

*Страховая выплата* - оплата стоимости медицинских и иных услуг, оказанных Застрахованному в соответствии с условиями Договора страхования.

*Место жительства* - место, где Застрахованный постоянно или преимущественно проживает.

*Основное место работы* - организация, с которой Застрахованный состоит в трудовых отношениях на основании трудового договора (контракта).

*Медицинские учреждения* - имеющие лицензию лечебно-профилактические учреждения, научно-исследовательские и медицинские институты, другие, в том числе реабилитационные и санаторно-профилактические учреждения, а также физические лица, осуществляющие медицинскую деятельность на основании лицензии, на территории Российской Федерации и за ее пределами, оказывающие в соответствии с договором со Страховщиком лечебно-профилактическую помощь (медицинские услуги) по добровольному медицинскому страхованию.

*Сервисные компании* - имеющие лицензию сервисные или ассистанские компании и учреждения, имеющие договоры со Страховщиком по организации медицинских, экспертных, медико-транспортных и иных (в том числе медико-социальных) услуг, и оказывающие помощь по репатриации.

*Аптечные учреждения* - организации, осуществляющие розничную торговлю лекарственными средствами, изготовление и отпуск лекарственных средств в соответствии с требованиями законодательства РФ, имеющие лицензию на осуществление фармацевтической деятельности, оказывающие услуги Застрахованным по медикаментозному обеспечению.

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

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

*Лекарственное обеспечение* - оплата стоимости медикаментозного лечения, т.е. оплата и, при необходимости, доставка включенных в Договор и выписанных лечащим врачом амбулаторно-поликлинического медицинского учреждения либо назначенных лечащим врачом стационарного медицинского учреждения лекарственных средств.

*Обеспечение изделиями медицинского назначения* предполагает оплату Страховщиком стоимости протезно-ортопедических изделий, очков, слуховых аппаратов, контактных линз, имплантатов и др. (и, при необходимости, их доставку), включенных в Договор страхования и выписанных (назначенных) лечащим врачом амбулаторно-поликлинического медицинского учреждения либо выписанных (назначенных) лечащим врачом стационарного медицинского учреждения.

*Иные услуги* - это услуги, связанные с оказанием или организацией оказания медицинской помощи и включенные в Договор страхования, в том числе: сервисные услуги (палаты улучшенной комфортности, включающие дополнительное питание, связь, телевизор, компьютер, холодильник, кондиционер, душ, туалет и др.); питание и проживание (нахождение) при стационарном, санаторно-курортном лечении, если оно не входит в стоимость медицинской услуги (стоимости койко-дня); оформление медицинским учреждением различной медицинской документации; услуги по организации медицинской помощи в других медицинских учреждениях; информационные услуги, связанные с оказанием или организацией оказания медицинской помощи, а также, услуги по медикаментозному обеспечению, медико-транспортные услуги, услуги по репатриации, предоставляемые Застрахованному в соответствии с Договором страхования по медицинским показаниям, и т.д.

*Медико-транспортные услуги* - услуги, связанные с транспортировкой Застрахованного:

- машиной скорой помощи или иным видом транспорта с места возникновения события, имеющего признаки страхового, до профильного медицинского учреждения на территории РФ;

- адекватным состоянию здоровья Застрахованного транспортным средством (при необходимости, в сопровождении медицинского персонала), в другое медицинское учреждение на территории РФ и за рубежом по медицинским причинам (по предписанию врача);

- адекватным состоянию здоровья Застрахованного транспортным средством (при необходимости, в сопровождении медицинского персонала) до ближайшего к месту постоянного проживания Застрахованного профильного медицинского учреждения на территории РФ;

- адекватным состоянию здоровья Застрахованного транспортным средством по выбору Страховщика из медицинского учреждения, где была оказана медицинская помощь Застрахованному, который по состоянию здоровья не может самостоятельно добраться после стационарного лечения (носилочный пациент), к месту постоянного проживания (в пределах города постоянного проживания, если иная территория обслуживания не указана).

*Услуги по репатриации* - услуги, связанные с транспортировкой адекватным состоянию здоровья транспортным средством:

- для иностранных граждан до транспортного узла, ближайшего к месту проживания Застрахованного или до врача, больницы, ближайшей к аэропорту места проживания Застрахованного, с которым есть прямое международное сообщение от места пребывания Застрахованного;

- для граждан РФ транспортировка Застрахованного лица из страны пребывания на территорию РФ адекватным состоянию здоровья транспортным средством до ближайшего медицинского учреждения для получения медицинской помощи;

- останков Застрахованного лица до транспортного узла, с которым есть международное сообщение, ближайшего к месту, где постоянно проживал Застрахованный.

- *Медицинская репатриация* - медицинская транспортировка Застрахованного в страну постоянного проживания при заболеваниях/состояниях, требующих сопровождения квалифицированным медицинским персоналом, с применением методов непрерывного интенсивного наблюдения и аппаратного управления жизненно-важными функциями организма, из места пребывания адекватным состоянию здоровья транспортным средством до транспортного узла, ближайшего к месту постоянного проживания Застрахованного, с которым есть прямое международное сообщение от места пребывания Застрахованного

- *Предшествующие заболевания* - предшествующие состояния: заболевания Застрахованного, которые были диагностированы, в отношении которых было проведено лечение, или проявившиеся в виде задокументированных в медицинских документах симптомов до момента начала действия Договора страхования.

*Предстраховое освидетельствование* – с целью установления фактов, имеющих существенное значение для определения вероятности наступления страхового случая и степени риска, проведение одного или комплекса действий, включая анкетирование, изучение документов подтверждающих состояние здоровья, в том числе, выписки из истории болезней и/или заключений лечащих врачей о заболеваниях и состояниях, существующих на момент обращения к Страховщику, удостоверения об инвалидности, справки из диспансеров и т.п. и/или направление лица, принимаемого на страхование, нахождение предварительного медицинского освидетельствования.

**СТРАХОВЫЕ ТАРИФЫ  
К ПРАВИЛАМ ДОБРОВОЛЬНОГО  
МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ ФИЗИЧЕСКИХ ЛИЦ**

Таблица 1. Базовые страховые суммы и страховые тарифы

Медицинские и иные услуги	Базовая страховая сумма, рублей	Базовый страховой тариф, % от страховой суммы
<b>Амбулаторно-поликлиническая помощь, в том числе:</b>	600 000	<b>11,751</b>
Поликлиническая помощь	600 000	<b>6,810</b>
Стоматологическая помощь	400 000	<b>3,284</b>
Семейная медицина, медицинская помощь на дому (на рабочем месте)	200 000	<b>1,151</b>
Скорая и неотложная медицинская помощь	200 000	<b>1,369</b>
Диспансерное и динамическое наблюдение	300 000	<b>1,366</b>
<b>Стационарная помощь, в том числе:</b>	1 000 000	<b>1,976</b>
Экстренная стационарная помощь	600 000	<b>0,641</b>
Плановая стационарная помощь, в том числе в условиях дневного стационара	1 000 000	<b>1,825</b>
<b>Реабилитационно-восстановительное, в том числе санаторно-курортное лечение</b>	300 000	<b>62,761</b>
<b>Медико-транспортные услуги и услуги по репатриации</b>	200 000	<b>0,699</b>

Страховщик имеет право применять поправочный коэффициент 0,05–10,0 к базовым страховым тарифам из Таблицы 1 в зависимости от соотношения фактической и базовой страховых сумм, условий договора страхования.

Базовые тарифы соответствуют сроку страхования 1 год. При сроке страхования менее одного года к базовому страховому тарифу применяются следующие поправочные коэффициенты:

до	до	до	до	до	до	до	до	до	до	до	до	от
15	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	11
дне	мес	мес	мес	мес	мес	мес	мес	мес	мес	мес	мес	мес
й	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
0,15	0,2	0,3	0,4	0,5	0,6	0,7	0,7	0,8	0,8	0,9	0,9	1,0
	0	0	0	0	0	0	5	0	5	0	5	0

При сроке страхования более 1 года страховые тарифы получаются умножением годового страхового тарифа на срок страхования, выраженный в годах.

Базовые страховые тарифы рассчитаны при условии единовременной уплаты страховой премии. При уплате премии в рассрочку к базовым страховым тарифам применяется поправочный коэффициент 1,0–1,2, зависящий от количества и сроков уплаты страховых взносов (п. 6.7 Правил).

Базовые страховые тарифы рассчитаны при условии, что сумма страховых выплат по договору страхования не может превысить установленный таким договором размер страховой суммы (агрегатная страховая сумма). Если договором предусмотрена неагрегатная страховая сумма (п. 4.3 Правил), к базовым тарифам применяется поправочный коэффициент 1,0–3,0.

При страховании с установлением франшизы (п. 7.10 Правил) к базовым страховым тарифам применяется понижающий коэффициент 0,4–1,0, зависящий от размера, вида, способа установления франшизы, а также от условий страхования.

Базовые страховые тарифы соответствуют стандартному перечню исключений и ограничений, установленных Правилами. В случае расширения объема ответственности Страховщика применяется поправочный коэффициент 1,0–10,0 с учетом объема фактической ответственности.

Также Страховщик имеет право применять к базовым страховым тарифам поправочные коэффициенты, с учетом условий договора и различных обстоятельств, влияющих на вероятность

наступления страхового случая и величину возможного ущерба (Таблица 2):

Таблица 2. Поправочные коэффициенты, учитывающие влияние различных обстоятельств на степень страхового риска и условия договора

<b>Обстоятельства, влияющие на степень страхового риска, и условия договора</b>	<b>Диапазон поправочных коэффициентов</b>
Специфика и ценовой уровень медицинских и иных услуг, медицинских учреждений, сервисных компаний и иных учреждений	0,1–7,0
Объем, условия оказания медицинских и иных услуг: набор, кратность предоставления услуг, перечень заболеваний (состояний) обращение по поводу которых является страховым случаем, перечень лекарственных средств, изделий медицинского назначения, медицинских и иных услуг, включенных в программу страхования (п. 7.9 Правил)	0,1–10,0
Пол, возраст и состояние здоровья (наличие хронических заболеваний, предсуществующих заболеваний и т.п.) Застрахованного	0,3–15,0
Род занятий и увлечений Застрахованного, характер его производственной деятельности	0,5–7,0
Регион пребывания Застрахованного, зона покрытия	0,3–6,0
Количество Застрахованных по договору	0,2–1,0
Наличие убытков по договорам предыдущих периодов страхования, прочие обстоятельства, влияющие на степень страхового риска и индивидуальные условия договора	0,2–5,0