

Приложение №1  
к Приказу АО «ГУТА-Страхование»  
от «07» мая 2019 г. № 8-7



## ПРАВИЛА ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

### 1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ.

1.1. В соответствии с гражданским законодательством Российской Федерации, нормативными документами федерального органа исполнительной власти, к компетенции которого относится осуществление государственного надзора за деятельностью субъектов страхового дела, настоящие Правила регулируют отношения, возникающие между Страховщиком и Страхователем по поводу осуществления добровольного медицинского страхования.

1.2. **Страховщик** – АО «ГУТА-Страхование», осуществляющее страховую деятельность в соответствии с лицензией, выданной Банком России, осуществляющим надзор за страховой деятельностью в Российской Федерации (далее - РФ).

1.3. **Страхователи** – юридические лица любых организационно-правовых форм, предусмотренных гражданским законодательством Российской Федерации, и дееспособные физические лица, заключившие со Страховщиком Договор добровольного медицинского страхования.

Страхователи - юридические лица заключают со Страховщиком договор страхования в пользу третьих лиц (Застрахованных), физические лица заключают со Страховщиком договор страхования в пользу себя или третьих лиц (Застрахованных).

1.4. **Застрахованными** по договору страхования могут являться граждане Российской Федерации, иностранные граждане, въезжающие или пребывающие на территории РФ и лица без гражданства в возрасте до 80 лет на момент заключения Договора страхования, если иное не предусмотрено Договором страхования.

1.5. Страхованию не подлежат граждане, состоящие на учете в наркологических, психоневрологических, противотуберкулезных, кожно-венерологических диспансерах, больные СПИДом, онкологическими заболеваниями, системными заболеваниями, инвалиды I и II группы, если иное не предусмотрено Договором страхования.

1.6. **Медицинские организации** - имеющие лицензии на соответствующие виды медицинской и фармацевтической деятельности:

1) организации любой предусмотренной законодательством Российской Федерации организационно-правовой формы;

2) индивидуальные предприниматели, занимающиеся частной медицинской практикой.

Конкретный перечень медицинских организаций, в которые Застрахованный вправе обратиться за получением медицинской помощи, приводится в Договоре страхования.

1.7. Страховщик не вправе разглашать полученные им в результате своей профессиональной деятельности сведения о Страхователе (Застрахованном). За нарушение тайны страхования Страховщик несет ответственность в порядке, предусмотренном гражданским законодательством Российской Федерации.

## **2. ОБЪЕКТ СТРАХОВАНИЯ.**

2.1. Объектами добровольного медицинского страхования являются имущественные интересы, связанные с оплатой организации и оказания медицинской и лекарственной помощи (медицинских услуг) и иных услуг вследствие расстройства здоровья физического лица или состояния физического лица, требующих организации и оказания таких услуг, а также проведения профилактических мероприятий, снижающих степень опасных для жизни или здоровья физического лица угроз и (или) устраниющих их.

2.2. Объектом страхования также могут являться имущественные интересы, связанные с риском возникновения непредвиденных расходов физических лиц в связи с оплатой организации медико-транспортных услуг, в том числе включающих в себя организацию репатриации Застрахованного или его трупа, возвращение Застрахованного и сопровождающего его лица к месту пребывания, транспортировку сопровождающих лиц Застрахованного, транспортировку детей Застрахованного, визит близкого родственника Застрахованного.

## **3. СТРАХОВЫЕ СЛУЧАИ И ОБЪЕМ СТРАХОВОЙ ОТВЕТСТВЕННОСТИ.**

3.1. В соответствии с настоящими Правилами страховым случаем является событие (заболевание, травма, иное состояние здоровья застрахованного лица, профилактические мероприятия), при наступлении которого Страховщик осуществляет страховую выплату в пользу Застрахованного лица в соответствии с Программой, предусмотренной договором страхования.

3.2. Договор страхования может быть заключен на условиях оказания медицинских и иных услуг, предоставляемых Застрахованным в рамках основных и дополнительных программ добровольного медицинского страхования, приведенных в Приложении 1 ~~и на основании тарифов, приведенных в Приложении 2 к настоящим Правилам~~, а именно:

- 3.2.1. Программа №1 «Амбулаторно-поликлиническая помощь»;
- 3.2.2. Программа №2 «Стационарная помощь экстренная и/или плановая, в том числе в условиях дневного стационара»;
- 3.2.3. Программа №3 «Стоматологическая помощь»;
- 3.2.4. Программа №4 «Скорая и неотложная медицинская помощь»;
- 3.2.5. Программа №5 «Санаторно-курортное и реабилитационно-восстановительное лечение»;
- 3.2.6. Программа №6 «Комплексная медицинская помощь»;
- 3.2.7. Программа №7 «Медико-транспортные услуги и услуги по репатриации»;
- 3.2.8. Программа №8 «Клещевой энцефалит - 1»;
- 3.2.9. Программа №9 «Клещевой энцефалит - 2»;
- 3.2.10. Программа №10 «Дородовое наблюдение беременных женщин»;
- 3.2.11. Программа №11 «Акушерская помощь»;
- 3.2.12. Программа №12 «Медикаментозное лечение и обеспечение»;
- 3.2.13. Программа №13 «Диагностика лечения»;
- 3.2.14. Программа №14 «Сестринский уход»;
- 3.2.15. Программа №15 «Лечение за рубежом»;

3.3. Программы, поименованные в пунктах 3.2.10. – 3.2.15. могут быть включены в Договор страхования как дополнительные к Программам, поименованным в пунктах 3.2.1 – 3.2.6, настоящих Правил, в любом их объеме, предусмотренном соответствующей программой.

3.4. По индивидуальному соглашению между Страхователем и Страховщиком перечень медицинских и иных услуг по Программе может ограничиваться или расширяться.

3.5. Договор страхования может быть заключен как на условиях одной Программы, так и комбинироваться из нескольких различных Программ.

3.6. Не являются страховыми случаем следующие события:

3.6.1. травматическим повреждением или иным расстройством здоровья, полученным вследствие алкогольного, наркотического или токсического опьянения;

3.6.2. травматическим повреждением или иным расстройством здоровья, наступившим в результате совершения Застрахованным действий, в которых судом или следственными органами установлены признаки умышленного преступления;

3.6.3 умышленным причинением себе телесных повреждений, суициальными попытками, за исключением тех случаев, когда Застрахованный был доведен до такого состояния противоправными действиями третьих лиц;

3.6.4 оплатой услуг, препаратов, лечения, включая любой период пребывания в стационаре или амбулаторного лечения, которые не были назначены врачом или выполненных по просьбе Застрахованного;

3.6.5 применением косметической или пластической хирургии, кроме необходимости ее использования после несчастного случая или в других случаях, когда ее применение обусловлено прямыми медицинскими показаниями;

3.6.6 лечением алкоголизма, токсикомании или наркомании;

3.6.7. лечением венерических заболеваний и заболевания любой формой СПИДа в любой его стадии;

3.6.8. лечением онкологических заболеваний 3 и 4 стадии.

3.7. Страховщик не оплачивает и не несет ответственность за качество медицинских и иных услуг, полученных Застрахованным по собственной инициативе в медицинских организациях, не предусмотренных Договором страхования, кроме случаев, когда такое обращение было согласовано и (или) организовано Страховщиком.

3.8. Страховщик не производит выплат в связи с заболеваниями и травмами, вызванными:

а) воздействием ядерного взрыва, радиации или радиоактивного заражения;

б) военными действиями, а также маневрами или иными военными мероприятиями, террористическими актами;

в) гражданской войной, народными волнениями всякого рода или забастовками;

г) стихийными бедствиями;

д) чрезвычайными ситуациями природного или техногенного характера, экологическими катастрофами.

#### **4. СТРАХОВАЯ СУММА.**

4.1. Страховой суммой является денежная сумма, которая определена договором страхования и, исходя из которой устанавливаются размер страховой премии (страхового взноса) и размер страховой выплаты при наступлении страхового случая.

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

4.2. Страховые суммы устанавливаются в российских рублях. По соглашению сторон в договоре страхования могут быть указаны страховые суммы в иностранной валюте, эквивалентом которых являются соответствующие суммы в рублях (в дальнейшем – страхование с валютным эквивалентом).

4.3. При заключении Договора страхования в пределах общей страховой суммы могут устанавливаться отдельные страховые суммы по программам, видам медицинских и иных услуг, на одного Застрахованного или по группам Застрахованных и т.п.

4.4. В период действия Договора страхования Страхователь по соглашению со Страховщиком может изменить страховую сумму и/или расширить перечень

представляемых медицинских и иных услуг путем оформления письменного дополнительного соглашения к Договору страхования.

4.5. Стоимость медицинских и иных услуг, возмещаемых Страховщиком по Договору страхования, не может превышать страховую сумму.

## **5. СТРАХОВАЯ ПРЕМИЯ.**

5.1. Страховой премией (страховыми взносами) является плата за страхование, которую Страхователь обязан уплатить Страховщику в порядке и в сроки, установленные Договором страхования.

5.2. Страховая премия устанавливается в зависимости от выбранной Страхователем программы добровольного медицинского страхования, страховой суммы, группы здоровья Застрахованного, срока страхования и иных условий, предусмотренных Договором страхования.

5.3. Страховая премия по Договору страхования может быть уплачена Страхователем единовременно или в рассрочку наличными деньгами либо безналичным платежом.

5.4. Если страховую премию уплачивает другое лицо по доверенности, выданной ему Страхователем, то никаких прав по Договору страхования в связи с этим оно не приобретает.

5.5. Днем уплаты страховой премии (страхового взноса) считается день, следующий за днем поступления денежных средств на расчетный счет или в кассу Страховщика, если иное не предусмотрено Договором страхования.

5.6. По Договорам, заключенным на срок менее одного года, страховая премия (страховой взнос) уплачивается в следующих размерах от суммы годовой премии (страхового взноса): за 1 месяц -20%; за 2 месяца -30%; за 3 месяца -40%; за 4 месяца -50%; за 5 месяцев - 60%; за 6 месяцев-70%; за 7 месяцев -75%; за 8 месяцев -80%; за 9 месяцев - 85%; за 10 месяцев -90%; за 11 месяцев - 95%, если иное не предусмотрено Договором страхования.

При этом неполный месяц принимается за полный, если иное не предусмотрено Договором страхования.

5.7. При страховании с валютным эквивалентом страховая премия (страховой взнос) уплачивается в рублях по курсу Центрального банка Российской Федерации, установленному для данной валюты на дату уплаты денежных средств в кассу Страховщика (представителю Страховщика) или на дату перечисления денежных средств на расчетный счет Страховщика, если иное не предусмотрено Договором страхования.

5.8. При неуплате Страхователем очередного взноса страховой премии в установленные договором страхования размере и сроки Страховщик направляет Страхователю письменное уведомление о факте просрочки и последствиях неуплаты Страхователем очередного страхового взноса.

В случае, если в течение 5 рабочих дней от даты получения указанного уведомления Страхователь не погасил задолженность по оплате очередного страхового взноса, договор считается расторгнутым с даты, установленной для оплаты этого взноса. При этом уплаченная страховая премия считается полностью заработанной Страховщиком и не подлежит возврату.

Если на дату наступления страхового случая страховая премия за весь период действия договора страхования оплачена не полностью, Страховщик вычитает сумму просроченных взносов из суммы страхового возмещения.

5.9. При поступлении на расчетный счет или в кассу Страховщика денежных средств в счет оплаты очередного страхового взноса (или его части, если оплата взноса была произведена не в полном объеме), оплата которого была просрочена относительно сроков, установленных п. 5.8 настоящих Правил, эти денежные средства считаются оплаченными ошибочно и подлежат возврату лицу, оплатившему страховой взнос.

Досрочное прекращение Договора страхования по причине несвоевременной оплаты страхового взноса Страхователем рассматривается как санкция за нарушение Страхователем принятых на себя обязательств по Договору страхования.

Договором страхования могут быть предусмотрены иные последствия неисполнения обязательств по оплате очередного взноса страховой премии:

- изменение условий страхования соразмерно фактически уплаченным в установленный срок страховым взносам (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.

## **6. ДОГОВОР СТРАХОВАНИЯ.**

6.1. Договор страхования является соглашением между Страхователем и Страховщиком, в соответствии с которым Страховщик обязуется организовывать и финансировать предоставление Застрахованному медицинской помощи определенного объема, в пределах страховой суммы, а Страхователь обязуется уплатить страховую премию в установленном Договором страхования порядке.

6.2. При заключении Договора страхования Страховщик имеет право в каждом конкретном случае направить на медицинского освидетельствования за счет средств Страхователя или провести медицинское анкетирование физических лиц подлежащих страхованию.

Однако Договоры страхования могут заключаться и без предварительного медицинского освидетельствования и медицинского анкетирования физических лиц, подлежащих страхованию.

6.3. По результатам предварительного медицинского освидетельствования или медицинского анкетирования Застрахованному устанавливается соответствующая группа здоровья:

- группа здоровья I** – здоровые лица, не предъявляющие никаких жалоб, имеющие в анамнезе детские болезни, простудные заболевания, аппендицит, грыжу, без хронических заболеваний или нарушений функций отдельных органов и систем, без вредных привычек или при их умеренной выраженности, не работающие на производстве с особо вредными условиями труда;

- группа здоровья II** - практически здоровые лица с повышенным риском заболевания;

- группа здоровья III** - лица, имеющие хронические заболевания с тенденцией к обострению чаще двух раз в году, злоупотребляющие алкоголем, курением, систематически употребляющие транквилизаторы, снотворные, страдающие выраженным неврозами, психопатиями, перенесшие полостные операции. Дети от рождения до 5 лет и лица старше 60 лет.

При определении группы здоровья учитываются следующие факторы риска: производственные, бытовые, генетические, образ жизни (курение, употребление алкоголя, малоподвижный образ жизни и т.д.). В зависимости от указанных факторов риска (а также от иных факторов риска), Страховщик вправе формировать и иные группы (подгруппы) риска.

6.4. В случае отказа лица, подлежащего страхованию, от прохождения медицинского освидетельствования или медицинского анкетирования Договор страхования может быть заключен только на условиях, предусмотренных для группы здоровья III.

6.5. В случае, когда Страховщиком не проводилось медицинское освидетельствование или медицинское анкетирование лица, подлежащего страхованию Договор страхования заключается на условиях, предусмотренных для группы здоровья I.

## **7. ПОРЯДОК ЗАКЛЮЧЕНИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ.**

7.1. Для заключения Договора страхования Страхователь или его Представитель обращается к Страховщику с устным или письменным заявлением (Приложение 6 к настоящим Правилам). Письменное заявление является приложением и неотъемлемой частью договора страхования. Форма письменного заявления устанавливается Страховщиком. Страхователь сообщает Страховщику следующие сведения, если иное не предусмотрено Договором страхования:

7.1.1. Если Страхователем выступает физическое лицо:

- фамилия, имя, отчество, Страхователя;
- домашний адрес и телефон Страхователя;
- фамилия, имя, отчество лица, подлежащего страхованию (если Договор страхования заключается в пользу третьего лица);
- полную дату рождения лица, подлежащего страхованию;
- домашний адрес и телефон лица, подлежащего страхованию;
- срок страхования.
- предполагаемый перечень видов медицинской помощи и услуг (Программа медицинского страхования);
- предполагаемый перечень медицинских организаций (при необходимости).

Для заключения Договора Страхователь – физическое лицо заполняет и передает Анкету (Приложение 7 к настоящим Правилам).

7.1.2. Если Страхователем выступает юридическое лицо:

- полное наименование Страхователя;
- юридический адрес, адрес места нахождения, банковские реквизиты Страхователя;
- телефон, телекоммуникационные и иные средства связи, по которым можно связаться со Страхователем;
- число лиц, подлежащих страхованию;
- срок страхования;
- предполагаемый перечень видов медицинской помощи и услуг (Программа медицинского страхования);
- предполагаемый перечень медицинских организаций (при необходимости).

7.1.3. Не позднее пяти рабочих дней со дня подачи заявления Страхователь должен предоставить Страховщику список лиц, подлежащих страхованию, с обязательным указанием следующих сведений отдельно о каждом включенном в него лице:

- фамилии, имени, отчества;
- полной даты рождения;
- домашнего адреса и телефона;
- Программы медицинского страхования (если по Договору страхования предусмотрено несколько программ медицинского страхования).

После заключения Договора страхования этот список, подписанный Страхователем, становится его неотъемлемой частью.

7.2. Страховщик имеет право проверить достоверность указанных Страхователем в заявлении и/или медицинской анкете сведений. В случае установления того, что Страхователь сообщил заведомо ложные сведения, Страховщик имеет право отказать Страхователю в заключении Договора страхования.

Если после заключения Договора страхования будет установлено, что Страхователь сообщил заведомо ложные сведения, Страховщик вправе потребовать признания Договора недействительным и применения последствий в соответствии с законодательством Российской Федерации.

7.3. Если по требованию Страховщика Застрахованный должен пройти предварительное медицинское освидетельствование, решение о заключении Договора страхования принимается после прохождения Застрахованным такого освидетельствования.

В случае невозможности заключения Договора страхования Страховщик обязан поставить об этом в известность Страхователя, письменно мотивировав отказ в отношении всех или ряда лиц, подлежащих страхованию.

7.4. Договор страхования может быть заключен путем составления одного документа (договора) (Приложение 3 и 4 к настоящим Правилам), подписанного сторонами, либо вручения Страховщиком Страхователю на основании его письменного или устного заявления полиса (Приложение 6 к настоящим Правилам), подписанного Страховщиком.

При коллективной форме страхования, если иное не предусмотрено Договором страхования, каждому Застрахованному выдается также именная страховая карточка, удостоверяющая право Застрахованного на получение медицинских услуг

7.5. Застрахованному запрещается передавать именную страховую карточку другим лицам с целью получения ими медицинских услуг по Договору страхования.

Если будет установлено, что Застрахованный передал другому лицу страховую карточку с целью получения им медицинских услуг по Договору страхования, Страховщик имеет право досрочно в одностороннем порядке расторгнуть Договор страхования в отношении такого Застрахованного. Возврат страховых взносов в этом случае не производится, если иное не предусмотрено Договором страхования.

В случае если будет установлено, что в отношении такого Застрахованного производились страховые выплаты, то Страхователь обязан возместить суммы произведенных страховых выплат.

7.6. В случае утраты страхового полиса или страховой карточки Страховщик выдает Страхователю (Застрахованному) на основании его письменного заявления дубликат. После выдачи дубликата утерянные страховые документы считаются недействительными и никаких выплат по ним не производится.

7.7. В случае если внутренним распорядком медицинской организации предусмотрен пропуск (для санаторно-курортного учреждения – путевка, курсовка) для прохода (въезда) на его территорию, Страховщик организовывает получение Застрахованным этих документов.

7.8. Договор страхования заключается сроком на один год, если Договором не предусмотрено иное.

7.9. Договор страхования вступает в силу с 00 часов 00 минут (местного времени) дня уплаты страховой премии (первого страхового взноса), если иное не предусмотрено Договором страхования.

Договор страхования оканчивается в 24 часа 00 минут дня, указанного в Договоре страхования как день окончания, если иное не предусмотрено Договором страхования.

7.19. Договор страхования может быть вручен Страхователю любым общедоступным способом.

7.20. При заключении договора страхования Страховщик обязан вручить Страхователю настоящие Правила, о чем делается запись в Договоре страхования.

Правила могут быть вручены Страхователю:

- в виде изложения в Договоре страхования (страховом полисе) на его обратной стороне;

- в виде бумажного документа к договору страхования (страховому полису) как приложение и его неотъемлемая часть;

- путем информирования страхователя об адресе размещения Правил страхования на сайте Страховщика в информационно-телекоммуникационной сети Интернет;

- путем направления файла, содержащего текст Правил страхования, на указанный страхователем адрес электронной почты;

- путем вручения страхователю любого электронного носителя информации (CD или DVD диск, накопитель на жестких магнитных дисках, флеш-накопители и т. д.), на котором размещен файл, содержащий текст Правил страхования.

В случае, если Правила страхования были вручены Страхователю одним из способов, указанных в настоящем пункте, без вручения текста Правил страхования на бумажном

носителе, это не освобождает Страхователя (Выгодоприобретателя) от обязанностей, которые предусмотрены настоящими Правилами страхования.

Страхователь имеет право в любой момент действия договора страхования обратиться к Страховщику за получением текста правил страхования на бумажном носителе.

7.21. При заключении договора страхования в договоре 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, подтверждающим полномочия данного лица.

7.22. Страховщик имеет право на медицинское освидетельствование лиц, подлежащих страхованию. Страховщик уведомляет Страхователя о дополнительных условиях заключения договора – медицинскому освидетельствованию лиц и возможности изменения размера страховой премии после его проведения.

7.23. При заключении договора страхования в тексте договора Страховщик указывает ссылки на настоящие Правила, позволяющие однозначно идентифицировать версию Правил страхования (наименование Правил, а также дату и номер приказа, утверждающего настоящие Правила).

7.24. Страховщик при заключении договора страхования в пользу Выгодоприобретателя осуществляет проверку имущественного интереса потребителя финансовых услуг через запрос документов, необходимых для заключения договора страхования. В случаях, когда Страховщик заключает договор страхования без определения такого имущественного интереса, то Страховщик в обязательном порядке информирует Страхователя/Выгодоприобретателя о возможностях отказа в выплате в адрес Выгодоприобретателя при отсутствии имущественного интереса потребителя финансовых услуг.

## **8. ПРЕКРАЩЕНИЕ ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ.**

8.1. Действие Договора страхования прекращается в случаях:

8.1.1. истечения срока, на который был заключен договор;

8.1.2. исполнения Страховщиком обязательств перед Страхователем по Договору страхования в полном объеме;

8.1.3. ликвидации Страхователя - юридического лица в установленном законом порядке (смерти Застрахованного – физического лица);

8.1.4. в других случаях, предусмотренных действующим законодательством РФ.

8.2. Договор страхования может быть прекращен досрочно по требованию Страхователя или Страховщика, либо по соглашению сторон в случаях, предусмотренных Договором или законодательством Российской Федерации.

8.3. При досрочном прекращении Договора страхования по инициативе Страхователя в сроки, превышающие установленные п. 8.7 настоящих Правил, Страхователю возвращается часть страховой премии, пропорционально не истекшему времени действия договора, за вычетом понесённых Страховщиком расходов на ведение дела и сумм произведенных (подлежащих выплате) страховых выплат, если иное не предусмотрено договором страхования.

Возврат страховых взносов Страхователю при досрочном прекращении Договора страхования производится в срок, не превышающий 10 (десять) рабочих дней со дня подачи заявления на досрочное прекращение договора страхования, если иное не предусмотрено договором страхования.

8.4. Договор страхования прекращается до наступления срока, на который он был заключен, если после его вступления в силу возможность наступления страхового случая отпала и существование страхового риска прекратилось по обстоятельствам иным, чем страховой случай, в частности смерть Застрахованного лица.

В этом случае Страховщик имеет право на часть страховой премии, пропорционально времени, в течение которого действовал Договор страхования, если Договором страхования не предусмотрено иное.

8.5. Договор страхования может быть признан недействительным с момента его заключения по основаниям, предусмотренным гражданским законодательством Российской Федерации, а также, если он ставит Страхователя в худшее положение по сравнению с тем, которое предусмотрено законодательством Российской Федерации или Договор заключен после наступления страхового случая.

Признание Договора страхования недействительным осуществляется в соответствии с нормами гражданского законодательства Российской Федерации.

8.6 Договор страхования прекращается в случае неуплаты Страхователем очередного страхового взноса в установленный Договором срок (с первого дня неоплаченного периода). При неуплате в установленный Договором страхования срок очередного страхового взноса Страховщик направляет Страхователю письменное уведомление о факте просрочки и последствиях неуплаты Страхователем очередного страхового взноса. В случае, если в течение 5 календарных дней от даты получения указанного уведомления Страхователь не погасил задолженность по оплате очередного страхового взноса, Договор страхования считается расторгнутым с даты, установленной для оплаты этого взноса. При этом уплаченная страховая премия считается полностью заработанной Страховщиком и не подлежит возврату. Если на дату наступления страхового случая страховая премия за весь период действия договора страхования оплачена не полностью, Страховщик вычитает сумму просроченных взносов из суммы страхового возмещения.

Также Договором страхования могут быть предусмотрены следующие последствия неуплаты очередных страховых взносов:

- изменение условий страхования соразмерно фактически уплаченным в установленный срок страховым взносам (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.

При неуплате в установленный договором страхования срок очередного страхового взноса страховщик направляет страхователю письменное уведомление о факте просрочки и последствиях неуплаты страхователем очередного страхового взноса.

8.7. Страхователь вправе отказаться 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.

8.8. Страховщик возвращает Страхователю уплаченную страховую премию в случае отказа Страхователя 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.

8.9. Если Страхователь отказался от договора страхования в срок, установленный пунктом 8.7 настоящих Правил, и до даты возникновения обязательств Страховщика по заключенному договору страхования (далее - дата начала действия страхования), уплаченная страховая премия возвращается Страховщиком Страхователю в полном объеме.

8.10. Если страхователь отказался от договора добровольного страхования в срок, установленный 8.7 настоящих Правил, но после даты начала действия страхования, Страховщик при возврате уплаченной страховой премии Страхователю удерживает ее часть пропорционально сроку действия договора страхования, прошедшему с даты начала действия страхования до даты прекращения действия договора страхования.

8.11. Договор страхования считается прекратившим свое действие с даты получения Страховщиком письменного заявления Страхователя об отказе от договора добровольного

страхования или иной даты, установленной по соглашению сторон, но не позднее срока, определенного в соответствии с 8.7 настоящих Правил.

8.12. Страховщик возвращает Страхователю страховую премию по выбору Страхователя наличными деньгами или в безналичном порядке в срок, не превышающий 10 (десять) рабочих дней со дня получения письменного заявления страхователя об отказе от договора страхования.

8.13. Пункт 8.7 настоящих Правил применим только к Страхователям физическим лицам и при осуществлении добровольного страхования, за исключением отдельных случаев осуществления добровольного страхования, предусмотренных законодательством. В т.ч. при осуществлении:

- добровольного медицинского страхования иностранных граждан и лиц без гражданства, находящихся на территории Российской Федерации с целью осуществления ими трудовой деятельности;

- добровольного страхования, предусматривающего оплату оказанной гражданину Российской Федерации, находящемуся за пределами территории Российской Федерации, медицинской помощи и (или) оплату возвращения его тела (останков) в Российскую Федерацию;

- добровольного страхования, являющегося обязательным условием допуска физического лица к выполнению профессиональной деятельности в соответствии с законодательством Российской Федерации и др.

## **9. ИЗМЕНЕНИЕ СТЕПЕНИ РИСКА.**

9.1. В период действия, Договора страхования Страхователь (Застрахованный) обязан незамедлительно (в течение 1 рабочего дня) сообщить Страховщику о ставших ему известными значительных изменениях в обстоятельствах, сообщенных Страховщику при заключении Договора путем подачи заявления, если эти изменения могут существенно повлиять на увеличение страхового риска. (Страховым риском является предполагаемое событие, на случай наступления которого проводится страхование.)

При этом к значительным изменениям существенных обстоятельств в частности относится, изменение сведений оговоренных в Договоре страхования (страховом полисе), в заявлении – анкете и иные обстоятельства прямо указанные в письменном запросе Страховщика, а также сведения, влияющие на отнесение Застрахованного к иной группе здоровья.

9.2. При получении информации об обстоятельствах, влекущих увеличение страхового риска Страховщик вправе потребовать изменения условий Договора страхования и уплаты дополнительной страховой премии соразмерно увеличению риска.

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

При неисполнении Страхователем (Застрахованным) обязанности предусмотренной в п. 9.1. настоящих Правил Страховщик вправе потребовать расторжения Договора и возмещения убытков в порядке, предусмотренном гражданским законодательством РФ.

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

## **10. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН.**

### **10.1. Страхователь вправе:**

10.1.1. требовать предоставления Застрахованному в медицинских организациях, предусмотренных Договором страхования, медицинских и иных услуг в соответствии с условиями Договора страхования;

10.1.2. изменить, в период действия Договора страхования, по согласованию со Страховщиком размер страховой суммы, программу страхования или иные условия Договора страхования, путем заключения дополнительного соглашения к Договору страхования и уплачивая, в случае необходимости, дополнительные страховые взносы. Дополнительное соглашение вступают в силу со дня уплаты страховой премии (страхового взноса), если иное не предусмотрено Дополнительным соглашением;

10.1.3. расторгнуть досрочно Договор страхования;

10.1.4. изменить список Застрахованных в соответствии с условиями, изложенными в п.10.8 настоящих Правил;

10.1.5. получить текст Правил страхования на бумажном носителе.

10.1.6. заменить Застрахованного другим лицом в соответствии с условиями, изложенными в п. 10.9. настоящих Правил.

**10.2. Застрахованный вправе:**

10.2.1. получить медицинские и иные услуги в соответствии с условиями, указанными в Договоре страхования и в медицинских организациях, перечень которых определен в Договоре страхования;

10.2.2. получить дубликат страхового полиса в случае его утраты;

10.2.3. получать разъяснения о Правилах страхования и условиях Договора страхования, порядке предоставления услуг в медицинских организациях;

10.2.4. сообщать Страховщику о случаях непредставления услуг, неполного или некачественного предоставления услуг.

10.2.5. получить текст Правил страхования на бумажном носителе.

**10.3. Страховщик вправе:**

10.3.1. проверить сообщенную Страхователем (Застрахованным) информацию, а также выполнение Страхователем (Застрахованным) требований и условий Договора страхования;

10.3.2. расторгнуть досрочно Договор страхования, в случаях предусмотренных настоящими Правилами и действующим законодательством Российской Федерации, а также в отношении конкретного Застрахованного, при несоблюдении им своих обязанностей по Договору страхования, с письменным уведомлением Страхователя о причинах расторжения Договора страхования.

10.3.3. изменить по согласованию со Страхователем страховую сумму по Договору страхования при изменении цен на предоставляемые медицинские и иные услуги.

**10.4. Страхователь обязан:**

10.4.1. предоставлять Страховщику необходимые для заключения Договора страхования полные и достоверные сведения, а также иную информацию, связанную с исполнением Договора страхования;

10.4.2. уплатить страховую премию (страховые взносы) в размере и в сроки, установленные в Договоре страхования;

10.4.3. ознакомить Застрахованных с их правами и обязанностями по Договору страхования, с условиями получения медицинских услуг, программами добровольного медицинского страхования, Правилами страхования.

**10.5. Застрахованный обязан:**

10.5.1. соблюдать требования Правил страхования, условий Договора страхования, предписания лечащего врача, полученные в ходе предоставления медицинских и иных услуг, соблюдать распорядок, установленный медицинской организацией;

10.5.2. не передавать страховой полис (страховую карточку) другим лицам с целью получения ими медицинских услуг.

**10.6. Страховщик обязан:**

10.6.1. ознакомить Страхователя с Правилами страхования и выдать ему экземпляр;

10.6.2. вручить Страхователю настоящие Правила при заключении договора страхования любым из способов, предусмотренных п.7.20. настоящих Правил;

10.6.3. выдать Страхователю настоящие Правила на бумажном носителе по обращению Страхователя в любой момент действия договора страхования;

10.6.4. произвести страховые выплаты при наступлении страхового случая в порядке, установленном в разделе 11 настоящих Правил;

10.6.5. обеспечить конфиденциальность в отношениях со Страхователем и Застрахованным;

10.6.6. обеспечить предоставление Застрахованному лицу медицинских услуг и иных услуг, в соответствие с Договором страхования.

10.7. Договором страхования могут быть предусмотрены также и другие права и обязанности сторон.

10.8. В случае расширения списка Застрахованных Страхователь представляет Страховщику сведения о дополнительно принимаемых на страхование лицах и уплачивает за них дополнительную страховую премию. При этом страховая премия за неполный месяц уплачивается как за полный, если иное не предусмотрено договором страхования

10.9. В случае замены Застрахованного другим лицом без увеличения числа Застрахованных Страхователь представляет Страховщику сведения об исключаемых из списка Застрахованных и включаемых в него лицах. Замена Страхователем Застрахованного производится только с согласия самого Застрахованного и Страховщика.

## **11. УСЛОВИЯ И ПОРЯДОК СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЫ.**

11.1. Размер страховой выплаты определяется стоимостью медицинских и иных услуг, оказанных Застрахованному при наступлении страхового случая.

Страховая выплата осуществляется в соответствии с условиями Договора на предоставление медицинских и иных услуг и на основании счета медицинской и иной организации за оказание консультативной, диагностической, лечебной, реабилитационной, профилактической, медикаментозной и иной медицинской помощи и услуг путем уплаты денежных средств на расчетный счет медицинской и иной организации.

Договор на предоставление медицинских услуг – это соглашение между медицинской организацией и Страховщиком, по которому медицинская организация обязуется предоставлять Застрахованным услуги определенного объема и качества в конкретные сроки в рамках программ добровольного медицинского страхования. Договором на предоставление медицинских услуг должны быть установлены стоимость работ и порядок расчетов.

11.2. Оплата за оказание медицинских услуг производится по тарифам и ценам (прейскурантам), согласованным между Страховщиком и медицинской организацией, в порядке, установленном Договором на предоставление медицинских услуг.

11.3. Для получения медицинских услуг Застрахованный обращается в медицинские организации, предусмотренные Договором страхования, или к Страховщику по контактным телефонам, указанным в полисе (страховой карточке).

11.4. При обращении в медицинскую организацию Застрахованный предъявляет паспорт или иной документ, удостоверяющий его личность, а также полис (страховую карточку) и (или) пропуск установленного для этой медицинской организации образца. При обращении Застрахованного в санаторно-курортное учреждение предъявляется путевка (курсовка).

11.5. Предусмотренные Договором страхования выплаты производятся Страховщиком независимо от сумм, причитающихся Застрахованному по государственному социальному страхованию, социальному обеспечению, сумм, выплачиваемых в порядке возмещения вреда по другим Договорам страхования.

11.6. Размер страховых выплат за период действия Договора страхования не может превышать страховой суммы.

11.7. Страховщик не оплачивает медицинские услуги, если:

- Застрахованным получены медицинские услуги, не предусмотренные Договором страхования;
- Застрахованным получены медицинские услуги в медицинских организациях, не предусмотренных Договором страхования.

11.8. Решение об отказе в страховой выплате принимается Страховщиком и сообщается Страхователю (Застрахованному) в письменной форме с мотивированным обоснованием причин отказа.

При несогласии Страхователя (Застрахованного) с решением об отказе, действия Страховщика могут быть оспорены в порядке, предусмотренном действующим законодательством.

11.9. Не оплачивается Страховщиком без предварительной договоренности стоимость трансплантантов, эндопротезов, протезов, имплантантов, а также расходы на приобретение медицинского оборудования, изделий медицинского назначения и предметов по уходу за больными при любых заболеваниях.

11.10. При страховании с валютным эквивалентом, страховая выплата выплачивается в рублях по курсу Центрального банка РФ, установленному для данной валюты на дату выплаты (перечисления), если иное не предусмотрено договором страхования.

11.11. При непредоставлении потребителем финансовой услуги / медицинской организацией банковских реквизитов на выплату, страховщик приостанавливает рассмотрение заявления на выплату.

11.12. Страховщик в течение 15 рабочих дней уведомляет потребителя финансовой услуги / медицинской организацией о приостановлении рассмотрения заявления на выплату и запрашивает банковские реквизиты на выплату.

11.13. Страховщик на этапе выплаты осуществляет идентификацию Страхователей (Выгодоприобретателей), их представителей и бенефициарных владельцев в целях противодействия легализации (отмыванию) доходов, полученных преступным путем, и финансированию терроризма и распространения оружия массового уничтожения.

11.14. Выплата за медицинские услуги оказанные застрахованному лицу, оплаченные им непосредственно, может быть осуществлена только в случае если это специально указано в договоре страхования. Если это не указано в договоре страхования, то выплата осуществляется Страховщиком обычным образом - в медицинскую организацию оказавшую услуги застрахованному лицу в установленном порядке.

В случае если договором страхования предусмотрена выплата за медицинские услуги оказанные застрахованному лицу, то принятие решения о страховом возмещении и выплата осуществляется в сроки установленные следующим образом.

Страховая выплата застрахованному лицу в таком случае производится на основании страхового акта, технической экспертизы страхового случая (страхового акта), утвержденного Страховщиком.

Настоящими Правилами предусмотрен в таком случае раздельный срок принятия решения о выплате и срок осуществления выплаты. При наступлении страхового случая Страховщик осуществляет выплату страхового обеспечения в соответствии с условиями Договора.

Решение о выплате страхового возмещения либо о полном или частичном отказе в страховой выплате Страховщик принимает в течение 30 (тридцати) рабочих дней со дня, следующего за днем получения Страховщиком заявления о страховой выплате и всех предусмотренных настоящими Правилами или договором страхования документов.

Если получателем страховой выплаты не является лицо, обратившееся к Страховщику с заявлением на страховую выплату, необходимо предоставить документ, удостоверяющего личность получателя выплаты. В этом случае срок принятия решения о страховой выплате начинает исчисляться с даты получения Страховщиком данного документа.

Срок принятия решения Страховщиком может быть увеличен в соответствии с п. 10.16 настоящих Правил. При этом Страховщик обязан письменно уведомить Страхователя об увеличении срока выплаты страхового возмещения.

Страховщик производит страховую выплату в течение 15 (пятнадцати) рабочих дней с даты принятия решения (со дня утверждения Страхового Акта).

В случае принятия решения об отказе в выплате страхового возмещения (полного или частичного) Страховщик сообщает об этом Страхователю (Выгодоприобретателю) в письменной форме с мотивированным обоснованием отказа в течение 3 (трех) рабочих дней после утверждения страхового акта.

10.15. Для осуществления выплаты в соответствии с п. 10.14. 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 амбулаторного или стационарного больного или иного документа, подтверждающего факт и основание получения услуги.

11.16. Страховщик вправе увеличить сроки, предусмотренные п. 10.14. настоящих Правил, если:

- возникла необходимость в проверке предоставленных документов, направлении дополнительных запросов в компетентные органы. В этом случае принятие решения о выплате принимается в сроки, указанные в п.п. 10.14 настоящих Правил, считая с даты получения ответов или подтверждающих сведений компетентных органов.

## **12. ПОРЯДОК ПРОВЕДЕНИЯ ОСВИДЕТЕЛЬСТВОВАНИЯ (ОБСЛЕДОВАНИЯ)**

12.1. Проведение Страховщиком (его представителем) медицинского освидетельствования (обследования) застрахованного лица осуществляется в зафиксированном месте и в зафиксированное время.

12.2. Страховщик осуществляет фиксацию места и времени медицинского освидетельствования (обследования) застрахованного лица посредством:

- заключения соглашения о месте и времени проведения медицинского освидетельствования застрахованного лица (обследования застрахованного лица) по разработанной страховщиком форме;

- направления Страховщиком в адрес лица, подавшего заявление на страховую выплату (в случае если данная форма выплаты предусмотрена договором страхования), или застрахованного лица заказным письмом с уведомлением сообщения с указанием места и времени проведения медицинского освидетельствования застрахованного лица (обследования застрахованного лица) с указанием не менее двух вариантов времени на выбор;

- иного способа, позволяющего подтвердить, что такое лицо было должным образом уведомлено о необходимости проведения медицинского освидетельствования застрахованного лица (обследования застрахованного лица).

12.3. Страховщик осуществляет медицинского освидетельствования (обследования) застрахованного лица по месту нахождения страховщика (филиала, представительства, офиса) или эксперта. Если состояние застрахованного лица не позволяет его перемещать или делает перемещение затруднительным, то осмотр застрахованного лица осуществляется по его местоположению в согласованное страховщиком и страхователем (выгодоприобретателем) время.

12.4. Если застрахованное лицо не прошло освидетельствование (обследование) в согласованную дату, страховщик согласовывает с этим лицом другую дату освидетельствования (обследования) при его обращении к страховщику

12.5. При повторном не прохождении застрахованным лицом освидетельствования (обследования) в согласованную со страховщиком дату, страховщик возвращает без рассмотрения представленное таким лицом заявление на страховое возмещение, а также

приложенные к нему документы (как поданные непосредственно вместе с заявлением, так и представленные впоследствии).

## **13. ПОРЯДОК РАЗРЕШЕНИЯ СПОРОВ.**

13.1. Все споры по договору страхования между Страховщиком и Страхователем разрешаются путем переговоров, а если согласие не достигнуто – в установленном законодательством РФ порядке.

13.2. Порядок и сроки рассмотрения жалоб и обращений к Страховщику:

13.2.1. При поступлении жалобы или обращения Страхователя страховому агенту жалоба (обращение) передается Страховщику агентом в течение 1 (одного) рабочего дня.

13.2.2. Все жалобы и обращения Страхователей, в том числе поступившие в электронном виде, регистрируются Страховщиком в течение 3 (трех) рабочих дней.

13.2.3. Страховщик информирует Страхователя о получении жалобы (обращения) одномоментно с регистрацией при электронном обращении, при обращении на бумажном носителе – по запросу Страхователя.

13.2.4. Страховщик рассматривает обращение (жалобу) Страхователя в течение 30 (тридцать) дней с момента регистрации.

13.2.5. Мотивированный ответ Страхователю или уведомление о продлении сроков рассмотрения обращения (жалобы) по причине необходимости проведения проверки, экспертизы, получения документов от других организаций и т.п. Страховщик направляет на 30 день с момента регистрации.

13.2.6. Страховщик имеет право оставить жалобу или обращение Страхователя без ответа по следующим причинам:

- не определился получатель страховых услуг,
- не читается текст сообщения,
- ранее давался ответ на вопросы обращения,
- обращение содержит нецензурные, оскорбительные выражения, угрозы и т.п.,
- реклама или массовая рассылка,
- не требует ответа.

13.2.7. Страховщик хранит жалобы (обращения) и материалы их рассмотрения 2 (два) года.

13.3. Порядок разрешения споров, если соглашение между потребителем финансовых услуг - физическим лицом и Страховщиком не достигнуто, регламентируется Федеральным законом «Об уполномоченном по правам потребителей финансовых услуг» от 04.06.2018г № 123-ФЗ.

## **14. ПРОЧИЕ УСЛОВИЯ.**

14.1. Все изменения и дополнения к Договору страхования будут действительны только при условии, если они совершены в письменной форме и подписаны уполномоченными на то представителями сторон.

14.2. Если Страхователем является физическое лицо, то он, заключая договор страхования, в соответствии с Федеральным законом РФ «О персональных данных» выражает Страховщику согласие на обработку своих персональных данных, содержащихся в документах, передаваемых Страховщику. В случае, если Страхователем является юридическое лицо, то оно гарантирует, что им при передачи Страховщику персональных данных получены необходимые согласия физических лиц на передачу и обработку персональных данных.

Обработка персональных данных осуществляется посредством сбора, систематизации, накопления, хранения, уточнения (обновления, изменения), использования, распространения (в том числе передачи), обезличивания, блокирования, уничтожения персональных данных как на бумажных, так и на электронных носителях. Указанное согласие Страхователя

действительно в течение срока действия договора страхования и в течение 5 лет после окончания срока действия договора страхования.