

УТВЕРЖДАЮ
Генеральный директор
ООО СК «Сбербанк страхование»

М.Ю. Волков

(приказ от 16 июня 2021 № 204)



ПРАВИЛА

ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ № 101

Москва
2021

ОГЛАВЛЕНИЕ

1.	ОСНОВНЫЕ ТЕРМИНЫ. ОПРЕДЕЛЕНИЯ	3
2.	ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ. СУБЪЕКТЫ СТРАХОВАНИЯ	5
3.	ОБЪЕКТЫ СТРАХОВАНИЯ	7
4.	СТРАХОВЫЕ РИСКИ. СТРАХОВЫЕ СЛУЧАИ. ПРОГРАММЫ СТРАХОВАНИЯ	7
5.	СТРАХОВАЯ СУММА. СТРАХОВОЙ ТАРИФ. СТРАХОВАЯ ПРЕМИЯ (СТРАХОВЫЕ ВЗНОСЫ). ФРАНШИЗА	9
6.	СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ. СРОК СТРАХОВАНИЯ	14
7.	ПОРЯДОК ЗАКЛЮЧЕНИЯ, ИСПОЛНЕНИЯ И ПРЕКРАЩЕНИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ	14
8.	ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ	27
9.	ПОРЯДОК ОРГАНИЗАЦИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ	31
10.	ПОРЯДОК ОПРЕДЕЛЕНИЯ СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЫ, СРОК ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЫ И ПЕРЕЧЕНЬ ОСНОВАНИЙ ОТКАЗА	
11.	В СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЕ	34
12.	ПОРЯДОК РЕШЕНИЯ СПОРОВ	36

ПРИЛОЖЕНИЯ:

ПРИЛОЖЕНИЕ № 1. Программы добровольного медицинского страхования, предусматривающие оказание амбулаторно-поликлинической помощи

ПРИЛОЖЕНИЕ № 2. Программа добровольного медицинского страхования, предусматривающая оказание скорой медицинской помощи

ПРИЛОЖЕНИЕ № 3. Программа добровольного медицинского страхования, предусматривающая оказание скорой медицинской помощи

ПРИЛОЖЕНИЕ № 4. Тарифные ставки по программам добровольного медицинского страхования

1. ОСНОВНЫЕ ТЕРМИНЫ. ОПРЕДЕЛЕНИЯ

1.1 Для целей настоящих Правил добровольного медицинского страхования №101 (далее - Правила), перечисленные ниже термины, понятия и определения будут иметь следующее значения:

Страховщик - Общество с ограниченной ответственностью Страховая компания «Сбербанк страхование» (ООО СК «Сбербанк страхование»), юридическое лицо, созданное и действующее в соответствии с законодательством Российской Федерации (далее – законодательство РФ) на основании полученной в установленном порядке лицензии.

Страхователь - российское или иностранное юридическое лицо, иностранная структура без образования юридического лица, дееспособное физическое лицо, индивидуальный предприниматель, заключившие со Страховщиком договор добровольного медицинского страхования.

Договор страхования (Страховой полис) - письменное соглашение между Страховщиком и Страхователем (далее совместно именуемые Стороны), по которому Страховщик обязуется произвести страховую выплату при наступлении страхового случая, а Страхователь обязуется уплатить страховую премию.

Застрахованное лицо (также Застрахованный) - физическое лицо, определенное в Договоре страхования и на которое распространяется страхование по заключенному в соответствии с настоящими Правилами Договору страхования.

Законный представитель (родители, усыновители, опекуны, попечители) - гражданин, который в силу закона выступает во всех учреждениях, в т.ч. судебных, в защиту личных и имущественных прав и законных интересов недееспособных, ограничено дееспособных, либо дееспособных, но в силу своего физического состояния не могущих лично осуществлять свои права и выполнять свои обязанности.

Срок страхования (период ответственности Страховщика) - период времени, определенный Договором страхования, в течение которого при наступлении страховых случаев у Страховщика возникает обязанность по осуществлению страховых выплат в соответствии с настоящими Правилами и Договором страхования.

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

Страховая премия – плата за страхование, которую Страхователь обязан уплатить Страховщику в порядке и сроки, установленные Договором страхования и настоящими Правилами.

Страховой тариф - ставка страховой премии с единицы страховой суммы с учетом объекта страхования и характера страхового риска, а также других условий страхования, в том числе наличия франшизы и ее размера в соответствии с условиями страхования.

Франшиза – часть убытков, которая определяется Договором страхования, не подлежащая возмещению Страховщиком Страхователю или иному лицу, в пользу которого заключен Договор страхования, в соответствии с условиями Договора страхования, и устанавливается в виде

определенного процента от страховой суммы (выплаты) или в фиксированном размере.

Период охлаждения – период времени, в течение которого Страхователь – физическое лицо вправе отказаться от Договора страхования на условиях, изложенных в п. 7.28.4 настоящих Правил. По настоящим Правилам период охлаждения установлен продолжительностью 14 (четырнадцать) календарных дней со дня заключения Договора страхования.

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

Программа добровольного медицинского страхования (Программа) – объем медицинской помощи, составленный Страховщиком, а также порядок её оказания. Программа может включать в себя оказание медицинской помощи по поводу следующих случаев: острое заболевание, хроническое заболевание и его обострение, травма (в том числе, ожог, отморожение и т.д.), отравление, а также проведение профилактических мероприятий, снижающих степень опасных для жизни или здоровья физического лица угроз и (или) устраняющих их.

Иные услуги - услуги, связанные с оказанием или организацией оказания медицинской помощи и включенные в Программу, в том числе: сервисные услуги (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 и иным учреждением различной медицинской документации; услуги по организации медицинской помощи в других медицинских и иных учреждениях; информационные услуги, связанные с оказанием или организацией оказания медицинской помощи; медико-транспортные услуги, в том числе услуги эвакуации и репатриации, услуги по сопровождению Застрахованного и его несовершеннолетних детей.

Личный кабинет - персональный раздел Страхователя/ Застрахованного лица на официальном сайте Страховщика в информационно – телекоммуникационной сети «Интернет» (далее – сеть «Интернет»), сформированный Страхователем/ Застрахованным лицом либо Страховщиком, по поручению или с согласия Страхователя/ Застрахованного лица, который может быть использован для создания и обмена информацией между Сторонами Договора страхования в электронной форме, для заключения, исполнения, изменения, досрочного прекращения Договора страхования, а также в иных целях, не противоречащих настоящим Правилам и действующему законодательству РФ.

Сайт Компании - официальный сайт ООО СК «Сбербанк страхование» в информационно-коммуникационной сети «Интернет» по адресу: <https://sber.insure/>

Официальный Сайт Страховщика также может использоваться в качестве информационной системы, обеспечивающей обмен информацией в

электронной форме между Страхователем и Страховщиком, являющимся оператором этой информационной системы, в т.ч. для направления информации о стадии и результатах рассмотрения заявления о страховой выплате, включая сведения об осуществлении страховой выплаты.

Если значение какого-либо термина или понятия не оговорено настоящими Правилами, то термины и понятия применяются в том значении, в каком они используются в соответствующих областях права. Если значение какого-либо термина или понятия не оговорено настоящими Правилами и не может быть определено исходя из законодательных и нормативных правовых актов, то такое понятие используется в своем обычном лексическом значении.

2. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ. СУБЪЕКТЫ СТРАХОВАНИЯ

2.1 Настоящие Правила разработаны с учетом положений действующего законодательства РФ, Закона Российской Федерации № 4015-1 от 27.11.1992 «Об организации страхового дела в Российской Федерации», а также других нормативных правовых документов.

2.2. Настоящие Правила определяют общие условия и порядок осуществления страхования, в том числе заключения, исполнения и прекращения Обществом с ограниченной ответственностью Страховая компания «Сбербанк страхование» договоров добровольного медицинского страхования¹ (далее - Договор страхования или Договоры страхования).

В рамках настоящих Правил Страховщик осуществляет добровольное страхование, относящееся согласно принятой в действующем законодательстве РФ классификации к виду медицинское страхование и страхование финансовых рисков. Добровольное медицинское страхование (далее также - ДМС) осуществляется на основе программ добровольного медицинского страхования и обеспечивает гражданам при наступлении страхового случая получение медицинской помощи и ее оплату в соответствии с условиями Договоров страхования.

Добровольное медицинское страхование может быть коллективным и индивидуальным.

2.3. Субъектами добровольного медицинского страхования выступают Страховщик (страховая медицинская организация), Страхователь, Застрахованный и медицинское и иное учреждение.

2.4. Страховщик - страховая организация, созданная в соответствии с законодательством Российской Федерации для осуществления деятельности по страхованию и получившая лицензию на осуществление соответствующего вида страховой деятельности в установленном законом порядке.

Страховщиком по Договору страхования является ООО СК «Сбербанк страхование», зарегистрированное в г. Москве, осуществляющее страховую деятельность в соответствии с действующим законодательством и лицензией, выданной органом страхового надзора. Договоры

¹ Договоры добровольного медицинского страхования являются для целей налогообложения страхователей и застрахованных лиц в части страховых взносов и страховых выплат договорами, предусматривающими возмещение медицинских расходов.

страхования от имени Страховщика могут заключать его филиалы, представительства, а также уполномоченные страховые агенты (юридические и физические лица), брокеры в пределах их полномочий и на основании соответствующих договоров или доверенностей.

Страховщик осуществляет оценку страхового риска, получает страховые премии (страховые взносы), определяет размер убытков (ущерба, вреда), производит страховые выплаты, осуществляет иные действия, связанные с исполнением обязательств по договору страхования.

2.5. Страхователем признаётся российское или иностранное юридическое лицо, иностранная структура без образования юридического лица, дееспособное физическое лицо, индивидуальный предприниматель, заключившие со Страховщиком договор добровольного медицинского страхования

2.6. Застрахованный – названное в Договоре страхования физическое лицо, в пользу которого Страхователем заключен Договор страхования. В случае если договор страхования заключен Страхователем в свою пользу, на него распространяются права и обязанности Застрахованного.

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

2.7. Лица, имеющие следующие заболевания (состояния) и их осложнения:

- ВИЧ-инфекция, болезнь, вызванная вирусом иммунодефицита человека, СПИД;
- особо опасные инфекционные болезни, заболевания, включенные в устанавливаемый органами власти перечень заболеваний, представляющие опасность для окружающих, заболевания, включённые в перечень инфекционных заболеваний, представляющих опасность для окружающих и являющихся основанием для отказа в выдаче либо аннулирования разрешения на временное проживание иностранных граждан и лиц без гражданства, или вида на жительство, или патента, или разрешения на работу в Российской Федерации, включая COVID-19, оспа, полиомиелит, вызванный диким полиовирусом, человеческий грипп, вызванный новым подтипом, тяжелый острый респираторный синдром (ТОРС), холера, чума, малярия, вирусные лихорадки, передаваемые членистоногими и вирусные геморрагические лихорадки, менингококковая инфекция, туберкулёз;
- наркомания, алкоголизм;
- психические расстройства и расстройства поведения;
- злокачественные новообразования, включая гемобластозы;
- врожденные аномалии, деформации и хромосомные нарушения и (или) связанные с ними осложнения;
- системные поражения соединительной ткани, в т.ч. все недифференцированные коллагенозы;
- заболевания, сопровождающиеся хронической почечной или печеночной недостаточностью и требующие проведения гемодиализа;
- хронические гепатиты В, С, Е, F, G;
- заболевания, по поводу которых установлена инвалидность (кроме III группы),

могут быть застрахованы с согласия Страховщика, при условии, что до заключения Договора страхования Страховщик был письменно уведомлен Страхователем о диагнозах и состоянии здоровья лица, принимаемого на страхование, и Стороны Договора страхования согласовали условия принятия на страхование таких лиц.

2.8. Если иное прямо не указано в Договоре и (или) Программе, не является страховым случаем обращение Застрахованного лица в медицинскую или иную организацию в связи с оказанием ему медицинской помощи по поводу заболеваний, перечисленных в настоящем пункте, и связанных с ними осложнений:

- ВИЧ-инфекция, СПИД;
- особо опасные инфекционные болезни², в том числе: оспа, полиомиелит, вызванный диким полиовирусом, человеческий грипп, вызванный новым подтипом, тяжелый острый респираторный синдром (ТОРС), холера, чума, малярия, вирусные лихорадки, передаваемые членистоногими и вирусные геморрагические лихорадки, менингококковая болезнь;
- наркологические заболевания.

2.9. Под медицинскими учреждениями для целей Правил понимаются юридические лица любой организационно-правовой формы, а также лица, занимающиеся предпринимательской деятельностью без образования юридического лица, получившие в установленном порядке лицензию на осуществление медицинской деятельности.

3. ОБЪЕКТЫ СТРАХОВАНИЯ

3.1 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) устраняющих их.

4. СТРАХОВЫЕ РИСКИ. СТРАХОВЫЕ СЛУЧАИ. ПРОГРАММЫ СТРАХОВАНИЯ

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

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

4.2 Договор страхования заключается в отношении риска затрат на оказание медицинской помощи Застрахованному при его обращении в медицинское и иное учреждение по поводу ухудшения состояния здоровья и/или состояния, требующего оказания медицинской помощи, а также иных

²В Правилах и программах ДМС болезни и медицинские состояния указываются в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем, официально действующей на территории Российской Федерации на дату заключения договора страхования.

обстоятельств, предусмотренных договором страхования.

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

Страховым случаем в соответствии с настоящими Правилами является обращение Застрахованного в течение периода страхования в медицинское и иное учреждение из числа предусмотренных договором страхования или согласованных со Страховщиком, для получения различных видов платной медицинской помощи, включенных в Программу, по поводу ухудшения состояния здоровья и/или состояния, а также обстоятельств, требующих оказания медицинской помощи и повлекших возникновение расходов на оплату медицинской помощи, оказанной Застрахованному, а также обязанность Страховщика произвести страховую выплату.

В случае если это прямо предусмотрено договором страхования, страховым случаем является обращение Застрахованного в течение периода страхования в медицинское и иное учреждение из числа предусмотренных договором страхования или согласованных со Страховщиком для проведения профилактических мероприятий, снижающих степень опасных для жизни или здоровья физического лица угроз и (или) устраняющих их, и повлекших возникновение расходов на оплату медицинской помощи, оказанной Застрахованному, а также обязанность Страховщика произвести страховую выплату.

Объем медицинской помощи, оказываемой Застрахованному медицинским и иным учреждением и оплачиваемой Страховщиком по договору страхования, определяется выбранной Программой.

4.4 Договор страхования может быть заключен на условиях предоставления Застрахованному страховой защиты в объеме Программ (Приложения № 1–3 к Правилам), содержащих разные виды медицинской помощи при возникновении страхового случая, например: стационарной, амбулаторно-поликлинической, скорой и неотложной медицинской помощи и т.д. При страховании дополнительных рисков непредвиденных расходов, Страховщик также оплачивает такие дополнительные расходы Застрахованного в объеме, определенном договором страхования.

4.5 Программы, предусматривающие оказание амбулаторно-поликлинической медицинской помощи, могут содержать отдельные или все виды медицинской помощи: лечебно-диагностическую, включающие в себя всевозможные услуги амбулаторно-поликлинического учреждения³, в частности, следующие: оказание консультативной, первичной (доврачебной) медико-санитарной, стоматологической помощи; оказание помощи как в амбулаторно-поликлиническом учреждении, так и на дому или по иному месту нахождения Застрахованного, в дневных стационарах и стационарах амбулаторно-поликлинического учреждения (подразделения); оказание консультативной медицинской помощи стационарного медицинского учреждения; экспертизу временной нетрудоспособности; медикаментозное лечение; оказание различных видов медицинской помощи Застрахованному

³ Под амбулаторно-поликлиническим учреждением понимается любое медицинское учреждение, в котором медицинские и иные услуги предоставляются Застрахованному без его круглосуточного помещения в это медицинское учреждение.

при его обращении в медицинское учреждение к участковому или семейному врачу (врачу общей практики), врачам различных специальностей и среднему медицинскому персоналу; проведение профилактических мероприятий, снижающих степень опасных для жизни или здоровья физического лица угроз и (или) устраняющих их.

4.6 Программы, предусматривающие оказание стационарной медицинской помощи (в том числе в условиях дневного стационара), могут содержать отдельные или все виды медицинской помощи: лечебно-диагностическую, включающие в себя различные услуги стационарного медицинского учреждения⁴, в частности, следующие: оказание стационарной помощи как в экстренном, так и плановом порядке, осуществляемой врачами различных специальностей и средним медицинским персоналом; пребывание Застрахованного в палатах различной комфортности; предоставление медицинским учреждением сервисных услуг, связанных со стационарным лечением; питание, уход медицинского персонала; проведение профилактических мероприятий, снижающих степень опасных для жизни или здоровья физического лица угроз и (или) устраняющих их; лекарственные средства и другие необходимые для оказания медицинской помощи средства; экспертизу временной нетрудоспособности; пребывание в стационаре с застрахованным ребенком одного из родителей; оказание медицинской помощи при госпитализации с целью проведения лечения и реабилитации, не требующих круглосуточного медицинского наблюдения, а также в стационарах (отделениях, палатах) дневного пребывания медицинских учреждений. Программы, предусматривающие оказание стационарной медицинской помощи, могут предусматривать оплату Застрахованному назначенных лечащим врачом лекарственных средств, оплату Застрахованному выписанных (назначенных) лечащим врачом изделий медицинского назначения - при их отсутствии в стационаре.

4.7 Программы, предусматривающие оказание скорой и неотложной медицинской помощи, могут включать в себя выезд бригады скорой (неотложной) медицинской помощи, проведение комплекса экстренных лечебных манипуляций.

4.8 При заключении договора страхования Страховщик и Страхователь при условии применения к тарифной ставке соответствующих коэффициентов вправе договориться об объеме медицинской помощи в рамках Программы путем дополнения/изменения перечня организуемой и оплачиваемой Страховщиком медицинской помощи, включаемой в конкретную Программу, и о названии конкретной Программы, отражающей вид, объем и порядок предоставляемой Застрахованному медицинской помощи.

4.9 Не является страховым случаем обращение Застрахованного в медицинское и иное учреждение за получением медицинской помощи:

4.9.1 в связи с патологическими состояниями и травмами, возникшими в состоянии любой формы опьянения или под воздействием наркотических,

⁴ Под стационарным учреждением понимается любое медицинское учреждение, в котором медицинские и иные услуги предоставляются Застрахованному с возможным круглосуточным его помещением в это медицинское учреждение.

психотропных, токсикологических, медикаментозных препаратов, употребленных без назначения врача;

4.9.2 в связи с получением травматического повреждения или иного расстройства здоровья, наступившего при совершении Застрахованным умышленного преступления;

4.9.3 в связи с покушением на самоубийство или самоубийством, если иное не предусмотрено договором страхования и/или Программой;

4.9.4 в связи с умышленным причинением себе телесных повреждений.

4.10 Если иное не установлено договором страхования Страховщик освобождается от страховой выплаты, если страховой случай произошел вследствие:

4.10.1 воздействия ядерного взрыва, радиации или радиоактивного заражения;

4.10.2 военных действий, а также маневров или иных военных мероприятий;

4.10.3 гражданской войны, народных волнений всякого рода или забастовок.

4.11 Если в течение срока действия договора страхования Страховщику станет известно о том, что Застрахованный (Страхователь), при заключении договора страхования представил Страховщику ложные сведения и скрыл имеющиеся болезни, предусмотренные п.п. 2.7, 2.8 Правил, Страховщик вправе в одностороннем порядке прекратить действие договора страхования в отношении этого Застрахованного, согласно п. 1 ст. 450 ГК РФ и / или обратиться в суд с требованием о признании договора недействительным и применении последствий, предусмотренных п. 2 ст. 179 ГК РФ.

4.12 Если в течение срока действия договора страхования у Застрахованного будут впервые диагностированы заболевания (состояния), из числа указанных в п.п. 2.7, 2.8 Правил, Страховщик оплачивает медицинскую помощь, оказанную Застрахованному по медицинским показаниям, до момента подтверждения (постановки) диагноза. После подтверждения (постановки) диагноза, Страховщик будет вправе в одностороннем порядке прекратить действие договора страхования в отношении этого Застрахованного, согласно п. 1 ст. 450 ГК РФ.

4.12.1 Для целей реализации процедуры прекращения действия договора страхования в соответствии с условиями настоящего пункта Страховщик имеет право в договорах с лечебными учреждениями предусматривать условия об информировании Страховщика о факте постановки (подтверждения) диагноза, указанного в п. п. 2.7 и 2.8. Правил.

4.12.2 После получения информации, указанной в п. 4.12 Правил, Страховщик направляет Страхователю письменное уведомление о прекращении действия договора страхования в отношении соответствующего Застрахованного, содержащее ссылку на п. 4.12 Правил и указание на сумму страховой премии, подлежащей возврату (либо не подлежащей уплате) в соответствии с условиями п.п. 4.12.3-4.12.5 Правил.

4.12.3 Договор страхования считается прекращенным в отношении Застрахованного, указанного в п. 4.12 Правил, с даты, указанной в соответствующем уведомлении Страховщика. Уведомление направляется

Страхователю не менее чем за 3 (три) рабочих дня до даты прекращения действия договора страхования в отношении Застрахованного. Страхователь обязан уведомить Застрахованного о факте прекращения договора страхования в отношении последнего.

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

4.12.5 В том случае, если после момента прекращения договора страхования, как это определено в настоящем пункте, у Страхователя в соответствии с условиями договора страхования возникнет обязанность уплатить очередной страховой взнос, Страхователь освобождается от обязанности уплачивать часть страховой премии, приходящуюся в уплату за страхование соответствующего Застрахованного в течение периода действия договора страхования после момента прекращения договора страхования как это описано в п.п. 4.12.2-4.12.3 Правил.

5. СТРАХОВАЯ СУММА. СТРАХОВОЙ ТАРИФ. СТРАХОВАЯ ПРЕМИЯ (СТРАХОВЫЕ ВЗНОСЫ). ФРАНШИЗА

5.1 Страховой суммой является денежная сумма, которая определена в порядке, установленном договором страхования при его заключении и исходя из которой устанавливаются размер страховой премии (страховых взносов) и размер страховой выплаты при наступлении страхового случая.

5.2 Страховая сумма по договору страхования устанавливается исходя из предполагаемого объема медицинской помощи, предусмотренной Программой. Страховая сумма устанавливается по соглашению Сторон для каждого Застрахованного.

5.3 Договором страхования может быть предусмотрена страховая сумма по всей Программе в целом или совокупности Программ либо по отдельным заболеваниям (состояниям), отдельным видам медицинской помощи, в т.ч. обеспечению лекарственными средствами или изделиями медицинского назначения, или их различной совокупности.

5.4 Страховая сумма по соглашению Сторон может устанавливаться как в российских рублях, так и в иностранной валюте. При использовании иностранной валюты при определении страховой суммы страховая выплата осуществляется в рублях по курсу Центрального Банка Российской Федерации на день платежа, если иной курс не установлен соглашением Сторон.

5.5 Страховой тариф – ставка страховой премии с единицы страховой суммы с учетом объекта страхования и характера страхового риска, а также других условий страхования, в том числе наличия франшизы

и ее размера. Конкретный размер страхового тарифа определяется договором страхования по соглашению Сторон на основании базовых тарифов Страховщика, указанных в Приложении № 4 к Правилам, с учетом коэффициентов риска.

5.6 Порядок определения страхового тарифа включает в себя установление страховых тарифов на основании базовых тарифов Страховщика с учетом коэффициентов риска, в зависимости от факторов риска, влияющих на вероятность наступления страхового случая и размер убытков, возмещаемых по договору (коэффициенты риска):

- пол, возраст;
- объем предоставляемого покрытия (оплачиваемые и неоплачиваемые виды медицинской помощи);
- срок действия договора;
- общее количество лиц, принимаемых на страхование по договору;
- ценовая категория медицинского и иного учреждения.

5.7 Страховой премией (страховыми взносами) является плата за страхование, которую Страхователь/Застрахованный обязан уплатить Страховщику в порядке и в сроки, установленные договором страхования.

Страховая премия определяется Страховщиком в соответствии с действующими на момент заключения договора страховыми тарифами, с учетом страхового риска и срока страхования.

Страховая премия (страховые взносы) уплачивается страхователем в валюте Российской Федерации, за исключением случаев, предусмотренных валютным законодательством Российской Федерации и принятыми в соответствии с ним нормативными правовыми актами органов валютного регулирования.

5.8 Порядок определения страховой премии включает в себя расчет ее размера:

- умножением страховой суммы на страховой тариф;
- умножением рассчитанного размера страховой премии на коэффициенты риска, устанавливаемые с учетом степени риска, определяемые экспертным путем;
- умножением рассчитанного годового размера страховой премии на коэффициент в зависимости от срока действия договора страхования, при страховании на срок, отличный от года.

5.9 Страховщик вправе при определении размера страховой премии применять коэффициенты к базовым тарифам, размер которых определяется в зависимости от определяемых Страховщиком факторов риска.

5.10 В случае изменения стоимости медицинской помощи в период действия договора страхования, Страховщик вправе изменить размер страховой премии, если иное не установлено в договоре страхования. При указанном в настоящем пункте изменении стоимости медицинской помощи Страховщик направляет Страхователю уведомление, в котором указывает информацию о повышении стоимости медицинской помощи, а также расчет измененной страховой премии за не истекший период действия договора страхования. Договор страхования считается измененным с даты, указанной в уведомлении. Уведомление направляется Страхователю не менее чем за 5 (пять) рабочих дней до даты изменения страховой премии по договору

страхования. После подтверждения факта получения Страхователем уведомления, указанного в настоящем пункте, Страховщик направляет Страхователю счет на доплату суммы страховой премии в соответствии с обновленным расчетом, а в случае, если страховая премия подлежит уплате в рассрочку – сумма каждого очередного счета на уплату страховой премии, выставленного после уведомления Страхователя об изменении суммы страховой премии, увеличивается в соответствии с измененным расчетом страховой премии. В случае если между Страховщиком и Страхователем не будет достигнуто соглашение о внесении соответствующих изменений в договор страхования или Страхователь выразит отказ от уплаты дополнительной страховой премии, Страховщик вправе потребовать расторжения договора страхования в соответствии с правилами, предусмотренными главой 29 Гражданского Кодекса РФ, если обстоятельства, влекущие повышение степени страхового риска, к моменту расторжения договора страхования не отпали.

Страховая премия уплачивается Страхователем после получения от Страховщика счета на оплату страховой премии или иного документа, содержащего информацию о размерах страховой премии, порядке и сроках ее уплаты. Страховая премия уплачивается единовременно или, по соглашению Сторон, может вноситься в рассрочку – страховыми взносами в соответствии с графиком уплаты страховых взносов, предусмотренным договором страхования.

5.11 При безналичной форме оплаты страховая премия (взносы) считается уплаченной в момент поступления суммы страховой премии (взноса) на расчетный счет Страховщика.

5.12 При оплате страховой премии (взноса) наличными денежными средствами страховая премия уплачивается внесением суммы премии (взноса) в кассу.

5.13 Страховая премия, установленная в иностранной валюте, уплачивается в рублях по курсу Центрального Банка Российской Федерации на день платежа, если иной курс не установлен соглашением Сторон. В случаях, предусмотренных действующим законодательством Российской Федерации, страховая премия может уплачиваться в иностранной валюте.

5.14 По соглашению Сторон Договором страхования может быть предусмотрена доля собственного участия Страхователя в выплате страхового возмещения – франшиза. Франшиза - часть убытков, которая определена федеральным законом и (или) договором страхования, не подлежит возмещению Страховщиком Страхователю или иному лицу, интерес которого застрахован в соответствии с условиями договора страхования, и устанавливается в виде определенного процента от страховой суммы (выплаты) или в фиксированном размере.

В соответствии с настоящими Правилами устанавливается безусловная франшиза (размер страховой выплаты определяется как разница между размером убытка и размером франшизы).

В случаях, когда это прямо предусмотрено договором, франшиза также может быть условной (Страховщик освобождается от ответственности за страховую выплату, не превышающую или равную размеру франшизы, но если размер страховой выплаты превышает установленную франшизу, то при

расчете страхового возмещения франшиза не учитывается).

Договором страхования могут быть предусмотрены иные виды франшизы.

5.15 Франшиза определяется в денежном эквиваленте (абсолютная франшиза), в процентах от страховой суммы или убытка (относительная франшиза), в единицах исчисления времени (временная франшиза). Наличие абсолютной или относительной франшизы и ее размер указываются в договоре страхования, наличие временной франшизы указывается в Программе страхования.

5.16 Франшиза может быть установлена по договору страхования, по Программе, по одному риску либо по их комбинации.

6. СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ. СРОК СТРАХОВАНИЯ

6.1 Срок действия Договора страхования устанавливается по соглашению Сторон. Срок действия Договора страхования и (или) порядок его определения указывается в Договоре страхования.

6.2 Если Договором страхования не предусмотрено иное, даты начала и окончания срока страхования совпадают с датами начала (вступления в силу) и окончания срока действия Договора страхования соответственно.

6.3 Договором страхования могут быть определены разные сроки страхования для каждого или отдельных страховых случаев, предусмотренных Договором страхования.

6.4 Если иное не предусмотрено Договором страхования, срок страхования исчисляется с 00 часов 00 минут дня, определяющего его начало, до 23 часов 59 минут дня, определяющего его прекращение.

7. ПОРЯДОК ЗАКЛЮЧЕНИЯ, ИСПОЛНЕНИЯ И ПРЕКРАЩЕНИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ

7.1 Договор страхования заключается в письменной форме. Несоблюдение письменной формы влечет недействительность Договора страхования.

7.2 Договор страхования заключается на основании письменного или устного заявления Страхователя. При необходимости перед заключением Договора страхования Застрахованные лица заполняют анкеты по установленной Страховщиком форме.

7.3 Договор страхования может быть заключен одним из следующих способов:

7.3.1 путем составления одного документа, подписываемого обеими Сторонами. Договор страхования скрепляется собственноручной подписью Страхователя и собственноручной подписью или аналогом собственноручной подписи уполномоченного лица и печати Страховщика. Под аналогом собственноручной подписи и печати понимается их графическое воспроизведение. Договор страхования составляется в двух экземплярах, если иное количество экземпляров не предусмотрено Договором страхования;

7.3.2 путем вручения Страховщиком Страхователю Договора страхования - Страхового полиса, подписанного Страховщиком. На основании ст. 435, 438 и п. 2 ст. 940 ГК РФ соглашением Страхователя заключить Договор

страхования на предложенных Страховщиком условиях (акцептом) считается уплата страховой премии (при уплате единовременно)/первого страхового взноса (при уплате в рассрочку);

7.3.3 путем вручения Страховщиком Страхователю на основании его письменного или устного заявления на страхование Договора страхования - Страхового полиса, подписанного Страховщиком, либо составления одного документа, подписанного Сторонами. Направление Страхового полиса посредством сетей электросвязи и по адресу/номеру, указанному в письменном либо устном заявлении на страхование, или путем его размещения в Личном кабинете Страхователя является надлежащим вручением Страхового полиса Страхователю. При этом Стороны вправе при любой возникшей необходимости воспроизвести Страховой полис на бумажный носитель. В случае заключения Договора страхования на основании устного заявления Страхователя, согласие Страхователя заключить Договор на предложенных Страховщиком условиях подтверждается принятием от Страховщика Договора страхования - Страхового полиса и/или уплатой страховой премии;

7.3.4 путем направления Страхователю в виде электронного документа - Страхового полиса (свидетельства, сертификата, квитанции), подписанного усиленной квалифицированной электронной подписью Страховщика. Страховой полис (свидетельство, сертификат, квитанция), подписанный усиленной квалифицированной электронной подписью Страховщика может быть направлен Страхователю на указанный им адрес электронной почты или путем размещения в Личном кабинете, сформированном Страхователем, либо Страховщиком по поручению или с согласия Страхователя, а также иными способами, не противоречащими действующему законодательству РФ.

7.4 Страховщик вправе на основании настоящих Правил заключать коллективные Договоры страхования с использованием отдельных условий, закрепленных в настоящих Правилах страхования, и (или) комбинируя их. Договор страхования, заключенный со Страхователем - юридическим лицом, оформляется в виде единого документа для всех Застрахованных лиц с приложением списка Застрахованных лиц. При этом по желанию Страхователя Страховщик выдает страховые полисы или сертификаты на каждого Застрахованного лица для вручения их Застрахованным лицам. Указанные полисы (сертификаты) не являются Договором страхования и имеют своей целью удостоверение условий страхования по заключенному Договору страхования.

7.5 При подписании Договоров страхования (Страховых полисов) Страховщик вправе использовать факсимильное (с помощью средств механического, электронного или иного копирования) воспроизведение печати Страховщика и подписей лиц, уполномоченных от имени Страховщика подписывать Договоры страхования (Страховые полисы) и приложения к ним. Подписание Договора страхования (Страхового полиса) Страховщиком с использованием факсимильного отображения (или иного графического воспроизведения) подписи уполномоченного представителя Страховщика и печати Страховщика (при ее проставлении) является надлежащим подписанием Договора страхования (Страхового полиса) со

стороны Страховщика.

7.6 При заключении Договора страхования Страхователь и Страховщик могут договориться об изменении или исключении отдельных положений настоящих Правил и о дополнении настоящих Правил без расширения объема обязательств Страховщика, предусмотренного настоящими Правилами.

7.7 Для заключения Договора страхования и оценки страховых рисков Страховщик вправе потребовать у Страхователя документы, подтверждающие сведения, изложенные в письменном заявлении на страховании, ИНН (при наличии), телефон (мобильный телефон), адрес электронной почты, иную контактную информацию (при наличии), а также следующие документы и сведения:

7.7.1 о Страхователе - юридическом лице, иностранной структуре без образования юридического лица:

- наименование, фирменное наименование на русском языке (полное и (или) сокращенное) и (или) на иностранных языках (полное и (или) сокращенное) (при наличии);

- организационно-правовая форма;

- идентификационный номер налогоплательщика - для резидента, идентификационный номер налогоплательщика или код иностранной организации, присвоенный до 24 декабря 2010 года при постановке на учет в налоговом органе, либо идентификационный номер налогоплательщика, присвоенный после 24 декабря 2010 года при постановке на учет в налоговом органе, - для нерезидента;

- код (коды) (при наличии) иностранной структуры без образования юридического лица в государстве (на территории) ее регистрации (инкорпорации) в качестве налогоплательщика (или его (их) аналоги);

- сведения о государственной регистрации:

- основной государственный регистрационный номер - для резидента;

- номер записи об аккредитации филиала, представительства иностранного юридического лица в государственном реестре аккредитованных филиалов, представительств иностранных юридических лиц, регистрационный номер юридического лица по месту учреждения и регистрации - для нерезидента;

- место государственной регистрации (местонахождение);

- регистрационный номер (номера) (при наличии), присвоенный иностранной структуре без образования юридического лица в государстве (на территории) ее регистрации (инкорпорации) при регистрации (инкорпорации), - для иностранной структуры без образования юридического лица;

- адрес юридического лица;

- место ведения основной деятельности иностранной структуры без образования юридического лица;

- состав имущества, находящегося в управлении (собственности), фамилия, имя, отчество (при наличии) (наименование) и адрес места жительства (места нахождения) учредителей и доверительного собственника (управляющего) - в отношении трастов и иных иностранных структур без образования юридического лица с аналогичной структурой или функцией;

- сведения об органах юридического лица (структура и персональный состав органов управления юридического лица, за исключением сведений о персональном составе акционеров (участников) юридического лица, владеющих менее чем пятью процентами акций (долей) юридического лица, структура и персональный состав органов управления иностранной структуры без образования юридического лица (при наличии));

- сведения о целях установления и предполагаемом характере деловых отношений с некредитной финансовой организацией, сведения о целях финансово-хозяйственной деятельности (сведения о планируемых операциях);

- сведения (документы) о финансовом положении (копии годовой бухгалтерской отчетности (бухгалтерский баланс, отчет о финансовом результате), и (или) копии годовой (либо квартальной) налоговой декларации с отметками налогового органа об их принятии или без такой отметки с приложением либо копии квитанции об отправке заказного письма с описью вложения (при направлении по почте), либо копии подтверждения отправки на бумажных носителях (при передаче в электронном виде); и (или) копия аудиторского заключения на годовой отчет за прошедший год, в котором подтверждаются достоверность финансовой (бухгалтерской) отчетности и соответствие порядка ведения бухгалтерского учета законодательству РФ; и (или) справка об исполнении налогоплательщиком (плательщиком сборов, налоговым агентом) обязанности по уплате налогов, сборов, пеней, штрафов, выданная налоговым органом; и (или) сведения об отсутствии в отношении клиента производства по делу о несостоятельности (банкротстве), вступивших в силу решений судебных органов о признании его несостоятельным (банкротом), проведения процедур ликвидации по состоянию на дату представления документов в некредитную финансовую организацию; и (или) сведения об отсутствии фактов неисполнения клиентом своих денежных обязательств по причине отсутствия денежных средств на банковских счетах; и (или) данные о рейтинге клиента, размещенные в сети «Интернет» на сайтах международных рейтинговых агентств и российских кредитных рейтинговых агентств);

- сведения о деловой репутации (отзывы (в произвольной письменной форме, при возможности их получения) о юридическом лице других клиентов данной организации, имеющих с ним деловые отношения; и (или) отзывы (в произвольной письменной форме, при возможности их получения) от кредитных организаций и (или) некредитных финансовых организаций, в которых юридическое лицо находится (находилось) на обслуживании, с информацией этих кредитных организаций и (или) некредитных финансовых организаций об оценке деловой репутации данного юридического лица);

- сведения об источниках происхождения денежных средств и (или) иного имущества клиента;

- сведения о бенефициарном владельце (бенефициарных владельцах) (в объеме сведений, предусмотренном для физического лица);

- код юридического лица в соответствии с Общероссийским классификатором предприятий и организаций (при наличии);

- сведения о лицензии на право осуществления деятельности,

подлежащей лицензированию: вид, номер, дата выдачи лицензии; кем выдана; срок действия; перечень видов лицензируемой деятельности;

– сведения о единоличном исполнительном органе (в объеме сведений, предусмотренном для физического лица)

- номера телефонов и факсов, адреса электронной почты (при наличии);

- иную контактную информацию (при наличии);

Страховщик вправе сократить вышеизложенный перечень.

7.7.2 О Страхователе-индивидуальном предпринимателе:

– фамилия, имя и отчество (при наличии последнего);

– гражданство;

– дата и место рождения;

– реквизиты документа, удостоверяющего личность: серия (при наличии) и номер документа, дата выдачи документа, наименование органа, выдавшего документ, и код подразделения (при наличии);

– данные миграционной карты: номер карты, дата начала срока пребывания и дата окончания срока пребывания в Российской Федерации (сведения, указанные в настоящем пункте Правил, устанавливаются в отношении иностранных граждан и лиц без гражданства, находящихся на территории Российской Федерации, в случае если необходимость наличия у них миграционной карты предусмотрена законодательством РФ);

- данные документа, подтверждающего право иностранного гражданина или лица без гражданства на пребывание (проживание) в Российской Федерации серия (если имеется) и номер документа, дата начала срока действия права пребывания (проживания), дата окончания срока действия права пребывания (проживания), в случае если наличие указанных данных предусмотрено законодательством РФ (сведения, указанные в настоящем пункте Правил, устанавливаются в отношении иностранных граждан и лиц без гражданства, находящихся на территории Российской Федерации, в случае если необходимость наличия у них документа, подтверждающего право иностранного гражданина или лица без гражданства на пребывание (проживание) в Российской Федерации, предусмотрена законодательством РФ);

– адрес места жительства (регистрации) или места пребывания (адрес для направления корреспонденции);

– идентификационный номер налогоплательщика;

- информация о страховом номере индивидуального лицевого счета застрахованного лица в системе обязательного пенсионного страхования (при наличии);

- сведения о регистрации в качестве индивидуального предпринимателя: основной государственный регистрационный номер записи о государственной регистрации индивидуального предпринимателя согласно свидетельству о государственной регистрации физического лица в качестве индивидуального предпринимателя (свидетельству о внесении записи в единый государственный реестр индивидуальных предпринимателей записи об индивидуальном предпринимателе, зарегистрированном до 1 января 2004 года), место регистрации;

- сведения о целях установления и предполагаемом характере деловых

отношений с некредитной финансовой организацией, сведения о целях финансово-хозяйственной деятельности (сведения о планируемых операциях);

- сведения (документы) о финансовом положении (копии годовой бухгалтерской отчетности (бухгалтерский баланс, отчет о финансовом результате), и (или) копии годовой (либо квартальной) налоговой декларации с отметками налогового органа об их принятии или без такой отметки с приложением либо копии квитанции об отправке заказного письма с описью вложения (при направлении по почте), либо копии подтверждения отправки на бумажных носителях (при передаче в электронном виде); и (или) копия аудиторского заключения на годовой отчет за прошедший год, в котором подтверждаются достоверность финансовой (бухгалтерской) отчетности и соответствие порядка ведения бухгалтерского учета законодательству РФ; и (или) справка об исполнении налогоплательщиком (плательщиком сборов, налоговым агентом) обязанности по уплате налогов, сборов, пеней, штрафов, выданная налоговым органом; и (или) сведения об отсутствии в отношении клиента производства по делу о несостоятельности (банкротстве), вступивших в силу решений судебных органов о признании его несостоятельным (банкротом), проведения процедур ликвидации по состоянию на дату представления документов в некредитную финансовую организацию; и (или) сведения об отсутствии фактов неисполнения клиентом своих денежных обязательств по причине отсутствия денежных средств на банковских счетах; и (или) данные о рейтинге клиента, размещенные в сети «Интернет» на сайтах международных рейтинговых агентств и российских кредитных рейтинговых агентств);

- сведения о деловой репутации (отзывы (в произвольной письменной форме, при возможности их получения) о клиенте других клиентов данной организации, имеющих с ним деловые отношения; и (или) отзывы (в произвольной письменной форме, при возможности их получения) от кредитных организаций и (или) некредитных финансовых организаций, в которых клиент находится (находился) на обслуживании, с информацией этих кредитных организаций и (или) некредитных финансовых организаций об оценке деловой репутации клиента);

- сведения об источниках происхождения денежных средств и (или) иного имущества клиента;

- сведения о бенефициарном владельце (бенефициарных владельцев) (в объеме сведений, предусмотренном для физического лица);

- сведения о лицензии на право осуществления деятельности, подлежащей лицензированию: вид, номер, дата выдачи лицензии; кем выдана; срок действия; перечень видов лицензируемой деятельности;

- номера телефонов и факсов, адреса электронной почты (при наличии);

- иную контактную информацию (при наличии);

Страховщик вправе сократить вышеизложенный перечень.

7.7.3 О Страхователе - физическом лице:

- фамилия, имя и отчество (при наличии последнего);

- дата и место рождения;

- гражданство;

- реквизиты документа, удостоверяющего личность: серия (при наличии) и номер документа, дата выдачи документа, наименование органа, выдавшего документ, и код подразделения (при наличии);

- данные миграционной карты: номер карты, дата начала срока пребывания и дата окончания срока пребывания в Российской Федерации (сведения, указанные в настоящем пункте Правил, устанавливаются в отношении иностранных граждан и лиц без гражданства, находящихся на территории Российской Федерации, в случае если необходимость наличия у них миграционной карты предусмотрена законодательством РФ);

- данные документа, подтверждающего право иностранного гражданина или лица без гражданства на пребывание (проживание) в Российской Федерации: серия (если имеется) и номер документа, дата начала срока действия права пребывания (проживания), дата окончания срока действия права пребывания (проживания), в случае если наличие указанных данных предусмотрено законодательством РФ (сведения, указанные в настоящем пункте Правил, устанавливаются в отношении иностранных граждан и лиц без гражданства, находящихся на территории Российской Федерации, в случае если необходимость наличия у них документа, подтверждающего право иностранного гражданина или лица без гражданства на пребывание (проживание) в Российской Федерации, предусмотрена законодательством РФ);

- адрес места жительства (регистрации) или места пребывания;

- идентификационный номер налогоплательщика (при наличии);

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

- номера телефонов и факсов, адреса электронной почты (при наличии);

- иную контактную информацию (при наличии);

Страховщик вправе сократить вышеизложенный перечень.

7.7.4 Сведения о Застрахованном лице и/или содержащие их документы:

- возраст, пол, вес, рост, артериальное давление;

- сведения о дееспособности, сведения о диспансерном учете; сведения о прошлых и/или имеющихся диагнозах, а также о фактах обращения за оказанием медицинской помощи (в т. ч. сведения о прошлых и/или имеющихся заболеваниях/расстройствах/отклонениях в развитии (для детей)/нарушениях/ повреждении/травмах/оперативных (хирургических) вмешательствах/ госпитализации), сведения о направлении потенциального Застрахованного лица на прохождение медицинского обследования в связи с подозрением на наличие у него заболевания, сведения о наличии нарушений состояния здоровья потенциального Застрахованного лица, сведения, связанные с беременностью (для женщин); сведения о принимаемых медицинских препаратах;

- сведения о номере мобильного телефона, адресе электронной почты для направления уведомлений;

- сведения о наличии/отсутствии ограничений в трудоспособности (в т.ч. временной), а также информацию в связи с прохождением медико-социальной экспертизы (в т. ч. сведения об установлении группы инвалидности или о направлении на прохождение медико-социальной

экспертизы);

- сведения о профессии/профессиональной деятельности/роде занятий (в т. ч. об условиях труда, о прохождении военной или гражданской службы, о занятости в профессиональной и непрофессиональной авиации, занятости в сфере с особым риском (химическое производство, атомная энергетика и др.));

- сведения, характеризующие личность, а также сведения об образе жизни (сведения об употреблении алкоголя, курении, наличии зависимостей, информация, связанная с судимостью, и др.);

- сведения об имущественном положении и финансовой состоятельности (например, сведения о доходах и источниках их получения (в т.ч. о соотношении активов и принятых на себя обязательств));

- сведения об увлечениях и занятии спортом на различном уровне (в т.ч. о принадлежности к спортивным клубам, участии в соревнованиях и др.);

- сведения об адресе места жительства (регистрации) или места пребывания, а также об их потенциальном изменении (сведения о переезде/перемещении в зоны вооруженных конфликтов, военных действий и др.);

- сведения о личном страховании (об имеющихся договорах страхования или обращениях по вопросу их заключения, об отказах в заключении договора страхования, о получении страховых выплат и др.);

- сведения о наличии/отсутствии определенных заболеваний, имеющихся (имевшихся) у родственников Застрахованного лица;

- сведения об иждивенцах.

7.8 Страховщик вправе потребовать также представления выписки из медицинских карт из лечебных учреждений, где лицо, принимаемое на страхование, наблюдалось (наблюдается) или проходило (проходит) лечение.

7.9 Страховщик имеет право назначить предварительное медицинское обследование страхуемого лица для оценки фактического состояния его здоровья. Предварительное медицинское обследование производится за счет средств Страхователя. Страховщик вправе по своему усмотрению оплатить проведение предварительного медицинского обследования Застрахованного лица.

7.10 Если страхование осуществляется на период выполнения Застрахованным лицом определенной работы, его поездки, участия в спортивных соревнованиях и т.п. Страхователь в своем заявлении на страхование обязан подробно изложить все обстоятельства, связанные с краткосрочным периодом страхования и особенностями его действий в это время (характер работы (иного рода занятий), маршрут поездки). Страховщик вправе потребовать от Страхователя приложить к заявлению копии соответствующих документов: договор (контракт) на выполнение работ (оказание услуг), туристическую путевку, приказ о направлении в командировку, задание на командировку.

7.11 Страховщик вправе запросить сведения и/или документы, получение которых обусловлено требованиями законодательства РФ в сфере противодействия легализации (отмыванию) доходов, полученных преступным путем, и финансированию терроризма.

7.12 Форма представления указанных в п. 7.7 настоящих Правил документов (надлежащим образом заверенные или простые копии, оригиналы) устанавливается Страховщиком и доводится до сведения потенциального Страхователя при его обращении. Указанный в п. 7.7 настоящих Правил перечень сведений и документов, необходимых для заключения Договора страхования, оценки страховых рисков, является исчерпывающим. При этом, Страховщик вправе сократить перечень документов и(или) сведений, или принять взамен иных документов сведения, из числа представленных потенциальным Страхователем.

7.13 Если будет установлено, что Страхователь сообщил Страховщику заведомо ложные или недостоверные сведения об обстоятельствах, имеющих существенное значение для определения вероятности наступления страхового случая и оценки страхового риска, Страховщик вправе потребовать признания Договора страхования недействительным.

7.14 Все данные о Страхователе (Застрахованном лице), которые стали известны Страховщику от кого бы то ни было в связи с заключением, исполнением и прекращением (расторжением) Договора страхования, являются конфиденциальными. Такие данные могут быть использованы исключительно в целях Договора страхования и не подлежат разглашению Страховщиком или его представителем, если иное не предусмотрено законодательством РФ.

7.15 Если иное не предусмотрено Договором страхования, Договор страхования не заключается в отношении следующих лиц:

7.15.1 имеющих диагностированные психические (нервные) заболевания и/или расстройства;

7.15.2 состоящих на учете в наркологическом и/или психоневрологическом диспансерах;

7.15.3 находящихся под следствием или осуждённых к лишению свободы;

7.15.4 больных злокачественными новообразованиями (злокачественные опухоли);

7.15.5 других лиц по усмотрению Страховщика по итогам оценки страховых рисков.

7.16 В отношении лиц, указанных в п. 7.15 настоящих Правил, Страховщик вправе предложить заключение Договора страхования на индивидуальных условиях, с учетом повышенной степени риска, вызванной обстоятельствами, указанными в п. 7.15 настоящих Правил.

7.17 Если после заключения Договора страхования будет установлено, что Застрахованное лицо подпадает под одну из категорий, перечисленных в п. 7.15 настоящих Правил, о чем Страхователь не уведомил Страховщика, то данное лицо ни при каких условиях не признается Застрахованным лицом. Договор страхования, заключенный только в отношении такого лица, будет считаться незаключенным, обязательства Сторон по нему не возникшими. Обязательства Сторон по Договору страхования, заключенному в отношении нескольких лиц, одно или несколько из которых подпадают под категорию, указанную в п. 7.15 настоящих Правил, прекращаются в отношении таких лиц с момента заключения Договора страхования. Страховые выплаты в отношении таких

лиц не производятся.

7.18 Страховщик может отдельно оговаривать в Договоре страхования положения, по которым должно быть достигнуто соглашение Сторон и которые, в этой связи, будут считаться существенными условиями Договора страхования. При несоблюдении данных положений Договор будет считаться незаключенным и страховые выплаты по нему не будут производиться.

7.19 Все изменения и/или дополнения в Договор страхования оформляются Страховщиком в виде дополнительных соглашений к Договору страхования. Изменения и/или дополнения в Договор страхования, заключенный в письменной форме, могут быть составлены и направлены Страхователю в виде электронного документа, подписанного усиленной квалифицированной электронной подписью Страховщика.

7.20 Подписание дополнительных соглашений и/или изменений к Договору страхования, соглашений о расторжении Договора страхования, а также иных документов в связи с заключением, исполнением, изменением, прекращением Договора страхования, Страховщиком с использованием факсимильного отображения (иного графического воспроизведения) подписи уполномоченного представителя Страховщика и печати Страховщика (при ее проставлении) является надлежащим подписанием соглашений/изменений/ иных документов со стороны Страховщика.

7.21 Если иное не предусмотрено соглашением Сторон, все заявления и извещения, которые делают друг другу Стороны в процессе исполнения Договора страхования, должны производиться в письменной форме по адресам и иным контактным данным Сторон, содержащихся в следующих документах (иных информационных источниках):

7.21.1 о Страховщике – в Договоре страхования (Страховом полисе) и/или на сайте Страховщика в сети «Интернет», о Страхователе – в Договоре страхования (Страховом полисе);

7.21.2 о Сторонах – в уведомлениях, которые Стороны направляют друг другу в связи с изменениями контактной информации в порядке, установленном настоящими Правилами.

При изменении контактных данных Страхователь обязан незамедлительно уведомить об этом Страховщика путем направления письменного уведомления посредством почтовой связи, либо иным способом, согласованным со Страховщиком, в противном случае Страхователь несет риск любых неблагоприятных последствий, вызванных неуведомлением/ несвоевременным уведомлением. Страховщик уведомляет Страхователя об изменении своих контактных данных (в т. ч. адреса места нахождения, телефона) посредством размещения обновленной информации на своем сайте в сети «Интернет».

7.22 В случаях, если согласно информации, размещаемой Страховщиком на его официальном сайте в сети «Интернет» или на сайте уполномоченного представителя Страховщика, допускается представление Страхователем документации для заключения, изменения, исполнения или прекращения Договора страхования в электронном виде, Страхователь может представить Страховщику сведения и документы, поименованные в п. 7.7 настоящих Правил, в виде электронных документов, в порядке, указанном на

официальном сайте в сети «Интернет» или на сайте уполномоченного представителя Страховщика.

Для приема документов могут быть использованы в том числе программные компоненты мобильных приложений Страховщика (его уполномоченного представителя).

7.23 В случае утери Договора страхования Страховщик на основании письменного заявления Страхователя выдает бесплатно дубликат документа, после чего утраченный Договор страхования считается недействительным с момента подачи заявления Страхователем и выплаты по нему не производятся. При обращении Страхователя по вопросам выдачи дубликата Страховщик вправе потребовать представления платежных документов, которые должны находиться в распоряжении Страхователя, и не осуществлять выдачу дубликата без удовлетворения Страхователем такого требования.

7.24 Страховщик вправе предусмотреть на своем официальном сайте в сети «Интернет» возможность для создания и отправки с помощью Личного кабинета Страхователя (Застрахованного лица) Страховщику информации в электронной форме (в т.ч. обращений, касающихся заключения и/или изменения, и/или досрочного прекращения Договора страхования, и/или страховой выплаты) и связанных с ними документов/ сведений). При этом требования к использованию электронных документов и порядок обмена информацией в электронной форме (в т. ч. случаи и порядок создания и отправки указанной в настоящем пункте информации) устанавливаются соглашением между Страхователем (Застрахованным лицом) и Страховщиком в соответствии с действующим законодательством РФ.

Любые документы, оформленные Страховщиком и/или Страхователем (Застрахованным лицом) в виде электронного документа в соответствии с требованиями действующего законодательства / с требованиями указанного в настоящем пункте соглашения, признаются равнозначными документам, оформленным на бумажном носителе.

7.25 Любые уведомления и извещения в связи с заключением, исполнением или прекращением договорных правоотношений считаются направленными Сторонами в адрес друг друга, только если они сделаны в письменной форме или в форме электронного документа через Личный кабинет или иным способом коммуникации, согласованным при заключении Договора страхования, в случае если это не противоречит законодательству РФ и предусмотрено настоящими Правилами, Договором страхования или соглашением Сторон.

7.26 Любые документы, уведомления и извещения в связи с заключением, изменением, исполнением или прекращением договорных правоотношений, подписанные, в том числе, факсимильным воспроизведением подписи Страхователя (Застрахованного лица), полученные путем сканирования оригинальных подписей Страхователя (Застрахованного лица), направленные с адреса электронной почты Страхователя, указанного в Договоре страхования, переданные Страхователем Страховщику или уполномоченному Страховщиком лицу или иным способом, согласованным в Договоре страхования, признаются Сторонами оригиналами соответствующих документов, исходящими от

Страхователя.

7.27 Договор страхования прекращается:

7.27.1 по истечении срока его действия;

7.27.2 при исполнении Страховщиком обязательств по Договору страхования в полном объеме;

7.27.3 при ликвидации Страховщика в установленном законодательством РФ порядке;

7.27.4 если после вступления Договора страхования в силу возможность наступления страхового случая отпала и/или существование страхового риска прекратилось по обстоятельствам иным, чем страховой случай. При этом Страховщик имеет право на часть страховой премии пропорционально времени, в течение которого действовало страхование;

7.27.5 в случае неуплаты очередного страхового взноса (если Договор страхования предусматривает уплату страховой премии в рассрочку и, если Договором страхования не предусмотрено иное);

7.27.6 в иных случаях в соответствии с действующим законодательством РФ.

7.28 Если иное не предусмотрено Договором страхования, Договор страхования прекращается до наступления срока, на который он был заключен, в следующих случаях:

7.28.1 по соглашению Сторон;

7.28.2 по требованию Страховщика в случаях и порядке, предусмотренных действующим законодательством РФ;

7.28.3 по требованию Страхователя. Досрочное прекращение Договора страхования производится на основании письменного заявления Страхователя. Договор считается прекращенным с 00 часов 00 минут дня, указанного в заявлении, но не ранее 00 часов 00 минут дня получения заявления Страховщиком. Договор страхования считается прекращенным с 00 часов 00 минут дня получения заявления Страховщиком, если дата прекращения Договора страхования в заявлении не указана. При этом уплаченная Страховщику страховая премия возврату не подлежит, если Договором страхования не предусмотрено иное, а также за исключением случаев, предусмотренных п. 7.28.4 настоящих Правил;

7.28.4 в случае отказа Страхователя от Договора страхования в течение периода охлаждения.

В случае отказа Страхователя от Договора страхования в течение 14 (четырнадцати) календарных дней со дня его заключения, до вступления страхования, обусловленного Договором страхования, в силу Страховщик возвращает Страхователю уплаченную страховую премию в полном объеме.

В случае отказа Страхователя от Договора страхования в течение 14 (четырнадцати) календарных дней со дня его заключения, но после вступления страхования, обусловленного Договором страхования, в силу, при условии отсутствия в этом периоде события, имеющего признаки страхового случая, Страховщик при возврате уплаченной страховой премии Страхователю вправе удержать ее часть пропорционально сроку действия Договора страхования, прошедшему с даты начала действия страхования до даты прекращения действия Договора страхования.

При этом, Договор страхования считается прекратившим свое действие с

00 часов 00 минут даты получения Страховщиком письменного заявления Страхователя об отказе от Договора страхования или иной даты, установленной по соглашению Сторон, но не позднее 14 (четырнадцатого) календарного дня с даты его заключения.

Условиями Договора страхования или соглашением Сторон может быть предусмотрен более длительный срок периода охлаждения, чем предусмотрен в настоящем пункте Правил.

Возврат Страхователю страховой премии осуществляется по выбору Страхователя наличными деньгами или в безналичном порядке в срок, не превышающий 10 (десяти) рабочих дней со дня получения письменного заявления Страхователя об отказе от Договора страхования/о прекращении Договора страхования.

7.28.5 В случае отказа Страхователя(Застрахованного лица) от Договора страхования в соответствии со статьей п.2 №958 ГК РФ.

7.29 При взаимных расчетах Сторон в случае досрочного прекращения Договора страхования Страховщику должны быть предоставлены:

7.29.1 Заявление об отказе/ расторжении Договора страхования;

7.29.2 надлежащим образом оформленный документ, подтверждающий полномочия представителя Страхователя (для представителей);

7.29.3 В случае досрочного прекращения Договора страхования по основанию, предусмотренному п. 7.27.4 настоящих Правил, взаиморасчеты Сторон производятся при представлении Страховщику оригиналов или надлежащим образом заверенных копий документов, подтверждающих наступление соответствующих обстоятельств.

7.30 В рамках правоотношений, направленных на исполнение Договора страхования (включая изменение Договора страхования и получение страховой выплаты), заключенного на основании настоящих Правил, может быть использована в качестве аналога собственноручной подписи Страхователя его простая электронная подпись, выполненная с использованием электронных либо иных технических средств или программных компонентов, предоставляемых Страховщиком или уполномоченным представителем Страховщика (включая мобильные приложения), при одновременном соблюдении следующих условий:

- простая электронная подпись выполнена в соответствии с требованиями и в порядке, установленном соглашением между Страхователем и Страховщиком и/или Страхователем и уполномоченным представителем Страховщика;

- проставленная на документе или в интерфейсе программного компонента простая электронная подпись позволяет достоверно подтвердить неизменность документа (действия), содержания документа (действия), а также лицо совершившее действие.

Также может быть использована для подписания документов, в рамках взаимоотношений Сторон, простая электронная подпись, используемая для целей подписания электронных документов в Системе «Сбербанк Онлайн», которая формируется в порядке и на условиях, предусмотренных Условиями банковского обслуживания физических лиц ПАО Сбербанк.

8. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ

8.1 Страхователь имеет право:

8.1.1 ознакомиться с настоящими Правилами, а также получить их на руки;

8.1.2 получить любые разъяснения по заключённому Договору страхования и Правилам страхования;

8.1.3 получить бесплатно дубликат Договора страхования (Страхового полиса) в случае его утраты;

8.1.4 вносить с согласия Страховщика изменения в условия Договора страхования;

8.1.5 досрочно прекратить Договор с обязательным письменным уведомлением об этом Страховщика;

8.1.6 проверять соблюдение Страховщиком условий Договора страхования;

8.1.7 по согласованию со Страховщиком вносить изменения в условия Договора коллективного страхования, касающиеся изменения списка Застрахованных лиц в части включения в Договор и исключения из Договора отдельных лиц. Вышеуказанные изменения в отношении Застрахованного лица могут производиться только до наступления, предусмотренного Договором в части этого Застрахованного лица страхового случая. Данное изменение оформляется дополнительным соглашением к Договору страхования;

8.1.8 получать от Страховщика информацию, касающуюся его финансовой устойчивости и не являющуюся коммерческой тайной;

8.1.9 получать от Страховщика иные сведения, предоставление которых предусмотрено действующим законодательством РФ.

8.2 Страхователь обязан:

8.2.1 уплачивать страховую премию (страховые взносы) в размере и в сроки, определенные Договором страхования;

8.2.2 при заключении Договора страхования сообщать Страховщику всю необходимую информацию о лицах, подлежащих страхованию (Застрахованных лицах), их жизни, деятельности и состоянию здоровья, необходимую для определения степени и особенностей риска, принимаемого Страховщиком на страхование;

8.2.3 получить согласие Застрахованного лица на исключение из списка Застрахованного (-ых) лица/лиц или замену Застрахованного (-ых) лица/лиц по Договору страхования;

8.2.4 в период действия Договора страхования незамедлительно, в течение 10 (десяти) дней как стало об этом известно, в письменном виде сообщать Страховщику обо всех значительных изменениях в обстоятельствах, которые были сообщены при заключении Договора страхования и повлияли на определение степени страхового риска, если эти изменения могут существенно повлиять на увеличение страхового риска, в том числе о перемене места жительства, места работы, рода деятельности Застрахованных лиц и др. (изменение обстоятельств признается существенным, когда они изменились настолько, что если бы Стороны могли это разумно предвидеть, Договор вообще не был бы ими заключен или был бы заключен на значительно отличающихся условиях);

8.2.5 при наступлении события, имеющего признаки страхового случая,

известить об этом Страховщика в течение 30 (тридцати) календарных дней с момента как ему стало известно о наступления этого события любым доступным способом, позволяющим объективно зафиксировать факт обращения, с последующим предоставлением всей необходимой информации и приложением подтверждающих документов согласно списку, указанному в Разделе 9 настоящих Правил.

8.2.6 исполнять любые иные положения настоящих Правил, Договора страхования и иных документов, закрепляющих договорные правоотношения между Страхователем и Страховщиком, связанные с заключением, исполнением или прекращением этих правоотношений;

8.2.7 в случае сомнений в подлинности и/или достоверности, а также достаточности документов, представленных Страхователем (Застрахованным лицом) в связи с наступлением события, имеющего признаки страхового случая, или для подтверждения состояния утраты трудоспособности при назначении группы инвалидности, пройти по требованию Страховщика повторные лабораторные и инструментальные исследования (включая ультразвуковые исследования, рентгенологические и иные методы лучевой диагностики), повторные медицинские осмотры, осуществляемые врачами различных специальностей;

8.2.8 незамедлительно сообщать в письменном виде Страховщику обо всех изменениях в сведениях, предоставленных Страховщику при заключении Договора страхования;

8.2.9 назвать своего представителя, проживающего в Российской Федерации, если Страхователь (Застрахованное лицо) более 3 (трех) месяцев находится за пределами Российской Федерации. Представитель должен быть наделен правом принимать официальные сообщения Страховщика;

8.2.10 ознакомить Застрахованное лицо с условиями настоящих Правил, Договора страхования (Страхового полиса) и Сертификатов;

8.2.11 осуществлять иные действия в порядке исполнения положений настоящих Правил и Договора страхования;

8.2.12 уведомлять о необходимости уплаты очередного страхового взноса (в т.ч. внесение которого просрочено) и(или) о прекращении Договора страхования в любой удобной Страховщику форме (в т.ч. письменно, с помощью смс-сообщений и т.д.).

8.3 Страховщик имеет право:

8.3.1 проверять достоверность данных и информации, сообщаемой Страхователем или Застрахованными лицами, любыми доступными ему способами, не противоречащими законодательству РФ;

8.3.2 проверять выполнение Страхователем (Застрахованным лицом) требований Договора страхования и положений настоящих Правил;

8.3.3 запросить недостающие документы/сведения и отсрочить принятие решения о признании или непризнании произошедшего события страховым случаем согласно п. 9.27 настоящих Правил;

8.3.4 применять разработанные им страховые тарифы и поправочные коэффициенты к ним для определения размера страховой премии с учетом проведенной предстраховой экспертизы (медицинского обследования) в отношении лица, принимаемого на страхование, условий страхования и

степени оценки страхового риска;

8.3.5 в случаях, предусмотренных законодательством РФ, оспаривать действительность Договора страхования в случае нарушения или ненадлежащего исполнения Страхователем (Застрахованным лицом) положений настоящих Правил и Договора страхования;

8.3.6 для принятия решения о страховой выплате направлять при необходимости запросы в компетентные органы об обстоятельствах наступления страхового случая, а также потребовать от Застрахованного лица предоставления сведений и документов, подтверждающих факт наступления и причину страхового случая;

8.3.7 после заключения Договора страхования в случае уведомления об обстоятельствах, влекущих увеличение страхового риска, Страховщик вправе потребовать изменения условий Договора страхования или уплаты дополнительной страховой премии соразмерно увеличению риска.

К обстоятельствам, влекущим изменение страхового риска, относятся любые обстоятельства, в результате которых изменились следующие сведения о Застрахованном лице, сообщенные при заключении Договора страхования: сведения о профессии / профессиональной деятельности / роде занятий (в т. ч. об условиях труда, о прохождении военной или гражданской службы, о занятости в профессиональной и непрофессиональной авиации, занятости в сфере с особым риском (химическое производство, атомная энергетика и др.); сведения об увлечениях и занятии спортом на различном уровне (в т.ч. о принадлежности к спортивным клубам, участии в соревнованиях и др.), сведения о переезде / перемещении в зоны вооруженных конфликтов, военных действий, чрезвычайной(-ого) ситуации/положения.

В случае если между Страховщиком и Страхователем не будет достигнуто соглашение о внесении соответствующих изменений в Договор страхования или Страхователь выразит отказ от уплаты дополнительной страховой премии, Страховщик вправе потребовать расторжения Договора страхования в соответствии с правилами, предусмотренными главой 29 Гражданского Кодекса РФ, если обстоятельства, влекущие повышение степени страхового риска, к моменту расторжения Договора страхования не отпали;

8.3.8 продлить срок принятия решения о страховой выплате:

- до получения полной информации о страховом случае и подтверждающих документов о нем, предусмотренных настоящими Правилами;

- в случае если Страховщиком сделан запрос в компетентные органы о предоставлении документов и/или сведений необходимых для принятия решения о страховой выплате и такие документы и/или сведения необходимы для принятия решений в соответствии с настоящими Правилами;

- в случае возбуждения по факту наступления страхового случая уголовного дела до момента принятия соответствующего решения компетентными органами.

8.3.9 отказать в страховой выплате, если Страхователь имел возможность уведомить в порядке, установленном настоящими Правилами

и действующим законодательством РФ, но не уведомил Страховщика в установленный настоящими Правилами и Договором срок о наступлении страхового случая, если не будет доказано, что Страховщик своевременно узнал о наступлении страхового случая либо, что отсутствие у Страховщика сведений об этом не могло сказаться на его обязанности выплатить страховое возмещение;

8.3.10 отказать в страховой выплате в случаях, предусмотренных действующим законодательством РФ, а также в случаях непризнания, наступившего с Застрахованным лицом события страховым случаем.

8.4 Страховщик обязан:

8.4.1 ознакомить Страхователя с настоящими Правилами и условиями Договора страхования, а также при заключении Договора страхования предоставить Страхователю, Застрахованному лицу информацию в соответствии с действующей редакцией Базовых стандартов саморегулируемых организаций в сфере финансового рынка, объединяющих страховые организации, утвержденными в соответствии с Федеральным законом от 13 июля 2015 года № 223-ФЗ «О саморегулируемых организациях в сфере финансового рынка»;

8.4.2 давать разъяснения по всем вопросам, касающимся условий Договора страхования и настоящих Правил;

8.4.3 без письменного согласия Страхователя (Застрахованного лица) не разглашать личные данные, сведения о состоянии здоровья и об имущественном положении указанных лиц, за исключением случаев, предусмотренных действующим законодательством РФ;

8.4.4 при наступлении страхового случая и принятии решения о страховой выплате произвести страховую выплату в порядке и сроки, установленные настоящими Правилами;

8.4.5 в случае принятия решения об отказе в страховой выплате и (или) непризнании события страховым случаем уведомить об этом Застрахованное лицо в порядке и сроки, установленные настоящими Правилами;

8.4.6 письменно уведомить лицо, обратившееся за страховой выплатой, о продлении срока принятия решения о страховой выплате с указанием такого срока;

8.4.7 при получении информации об изменении сведений, сообщенных при заключении Договора страхования, обновить сведения в день их получения. Сведения, представленные при заключении Договора страхования, считаются актуальными до момента получения Страховщиком информации об их изменении;

8.4.8 вернуть Страхователю страховую премию или ее часть в случаях, предусмотренных настоящими Правилами и/или Договором страхования, действующим законодательством РФ в порядке и в сроки, предусмотренные настоящими Правилами, Договором страхования, действующим законодательством РФ.

8.4.9 бесплатно выдать Страхователю по его запросу:

- копию действующего Договора страхования и иных документов, являющихся неотъемлемой частью Договора страхования;
- текст настоящих Правил на бумажном носителе (если они были ранее предоставлены Страхователю без вручения их текста на бумажном

носителе);

- заверенный Страховщиком расчет суммы страховой премии (части страховой премии), подлежащей возврату в связи с расторжением или досрочным прекращением Договора страхования. К указанному расчету по запросу Страхователя прилагаются письменные или даются устные пояснения со ссылками на нормы права и (или) условия Договора страхования и настоящих Правил, на основании которых произведен расчет.

8.4.10 выполнять иные обязанности, предусмотренные Договором страхования, настоящими Правилами и действующим законодательством РФ.

8.5 Застрахованное лицо имеет право:

8.5.1 при наступлении события, имеющего признаки страхового случая, требовать исполнения Страховщиком принятых обязательств по Договору страхования, заключенному в его пользу;

8.5.2 в случае смерти Страхователя - физического лица, ликвидации Страхователя - юридического лица в порядке, предусмотренном законодательством РФ, а также по соглашению между Страхователем и Страховщиком принять на себя выполнение обязанностей, предусмотренных в п. 8.2 настоящих Правил страхования.

8.6 Застрахованное лицо обязано:

- сообщать достоверные сведения о себе;
- выполнять требования Договора страхования;
- по требованию Страховщика в установленный срок представлять необходимую информацию и документы;
- при наступлении события, связанного с причинением вреда здоровью, Застрахованное лицо обязано:
 - незамедлительно обратиться к врачу и неукоснительно соблюдать рекомендации врача с целью уменьшения последствий причиненного вреда;
 - при появлении возможности сообщить любым доступным способом, позволяющим объективно зафиксировать факт обращения, о случившемся Страховщику или его представителю.
- Договором страхования могут быть предусмотрены иные права и обязанности сторон, не противоречащие законодательству РФ.
- Права и обязанности Страхователя (Застрахованного лица) по Договору страхования не могут быть переданы кому бы то ни было без письменного согласия на это Страховщика.

9. ПОРЯДОК ОРГАНИЗАЦИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

9.1. Для получения предусмотренной Договором страхования и Программой медицинской помощи Застрахованный обращается в медицинское или иное учреждение, предусмотренные Договором страхования или согласованные со Страховщиком, или к Страховщику.

9.2. В случае обращения Застрахованного к Страховщику с уведомлением о наступлении события, имеющего признаки страхового случая, последний должен проинформировать Застрахованного обо всех предусмотренных Договором и (или) настоящими Правилами страхования необходимых действиях, которые он должен предпринять, а также обо всех документах, представление которых обязательно для рассмотрения вопроса

о страховом возмещении израсходованных Застрахованным личных средств, о порядке и способе их возмещения, и о сроках проведения указанных действий и представления документов.

Информирование осуществляется в той же форме, в которой был сделан запрос Застрахованного, либо в форме, указанной в запросе (устной, на бумажном носителе или электронной).

9.3. Для получения предусмотренной Договором страхования и Программой медицинской помощи Застрахованный может, с предварительного согласия Страховщика и если это предусмотрено Договором страхования и Программой, при ухудшении состояния здоровья и/или состоянии, требующем оказания медицинской помощи, а также иных обстоятельствах, предусмотренных условиями договора страхования, обратиться в любое медицинское или иное учреждение и самостоятельно оплатить медицинскую помощь, предусмотренную Программой. После получения услуг Застрахованный для получения страхового возмещения личных денежных средств, израсходованных на оплату медицинских услуг, должен в течение 20 (двадцати) рабочих дней с момента их оплаты направить заказным письмом с уведомлением в адрес Страховщика заявление и соответствующие документы. Решение о компенсации расходов, понесенных Застрахованным в соответствии с условиями настоящей статьи, или отказ в страховой выплате принимается Страховщиком и направляется Застрахованному в течение 20 (двадцати) рабочих дней с момента получения от Застрахованного или его представителя следующих документов, направленных почтовым отправлением:

9.3.1. письменного заявления на получение страхового возмещения;

9.3.2. копии документа, удостоверяющего личность заявителя и получателя страхового возмещения, а также иные документы, позволяющие идентифицировать застрахованное лицо, если Договор страхования заключен без указания ФИО Застрахованного;

9.3.3. документов, подтверждающих факт оказания услуг Застрахованному (копия договора оказания медицинских услуг, копия выписки из амбулаторной карты/истории болезни, заверенная подписью уполномоченного лица и печатью медицинского или иного учреждения или оригинал акта оказанных услуг или документы их заменяющие) с полной детализацией оказанных услуг (дата услуги, код услуги, наименование услуги, стоимость услуг согласно действующему Прейскуранту, количество услуг и общая стоимость оказанных услуг), приобретенных лекарственных средств, материалов/ предметов медицинского назначения, заверенные подписью ответственного лица медицинского или иного учреждения и печатью медицинского или иного учреждения ;

9.3.4. оригиналов оплаченных счетов с указанием медицинского и иного учреждения (аптечной или иной организации) и подробного перечня оказанной медицинской помощи и ее стоимости, чеков ККМ, квитанций, платежных поручений с отметкой банка об их исполнении или документов их заменяющих в соответствии с нормативными актами законодательства страны оказания услуги;

9.3.5. в случае если возмещение связано с компенсацией расходов, понесенных Застрахованным лицом на приобретение лекарственных средств

и / или изделий медицинского назначения, документов подтверждающих их назначение лечащим врачом медицинского учреждения (рецепт или сигнатура, или заключение врача о назначении лекарственных средств/изделий медицинского назначения), факт их применения при проведенном лечении, а также документов по факту оплаты приобретенных лекарственных средств и/или изделий медицинского назначения (чек ККМ или документ его заменяющий в соответствии с нормативными актами законодательства страны оказания услуги);

9.3.6. в случае репатриации - документов, подтверждающих факт оплаты медико-транспортных услуг (оригинал оплаченных счетов с разбивкой по датам и стоимости оказанных услуг, чеков ККМ, квитанций, платежных поручений с отметкой банка об их исполнении или документов их заменяющих в соответствии с нормативными актами законодательства страны оказания услуги), медицинское свидетельство о смерти, а при невозможности, иной медицинский документ, содержащий информацию о причине смерти Застрахованного, в том числе справка о смерти с указанием причины, а также свидетельство о смерти, выдаваемого органами записи актов гражданского состояния, документов, подтверждающих оказание услуг (акты оказанных услуг);

9.3.7. при обращении за страховым возмещением от имени другого лица - документов, подтверждающих, что лицо является законным представителем Застрахованного (свидетельство о рождении; решение органов опеки или суда о назначении опекуна/попечителя), и/или документы, подтверждающие право обратившегося представлять интересы Застрахованного (нотариально удостоверенная доверенность, содержащая полномочия по получению третьими лицами денежных средств Застрахованного при страховом возмещении третьим лицам).

При получении документов на страховую выплату почтовым отправлением Страховщик проверяет комплектность документов и правильность их оформления.

Если полученные Страховщиком документы на страховую выплату были направлены без сопроводительного письма, содержащего перечень представленных документов или их опись, Страховщик не имеет права отказать в их приеме.

В случае если Застрахованным или его представителем не были указаны/предоставлены банковские реквизиты, а также другие сведения, необходимые для осуществления страховой выплаты в безналичном порядке, Страховщик вправе продлить (приостановить) срок осуществления страховой выплаты до получения указанных сведений, при этом Страховщик обязан уведомить обратившееся лицо о факте приостановки и запросить у него недостающие сведения.

9.4. Если Страховщиком будет выявлено, что предоставленные Застрахованным или его представителем документы, недостаточны для принятия решения об осуществлении страховой выплаты, и (или) такие документы являются ненадлежащим образом оформленными, Страховщик принимает их и в течение 15 (пятнадцати) рабочих дней уведомляет об этом заявителя с указанием перечня недостающих и (или) ненадлежащим образом оформленных документов. При этом срок принятия решения не начинается

течь до предоставления последнего из необходимых и надлежащим образом оформленных документов.

9.5. В случаях проведения сверки и/или экспертизы выставленных к оплате счетов (иных документов) на предмет их соответствия страховому случаю и объему страхового покрытия, а также в случаях необходимости прохождения Застрахованным дополнительного медицинского обследования и/или предоставления Застрахованным документов, подтверждающих состояние здоровья Застрахованного, срок принятия решения может быть увеличен до 90 (девяноста) рабочих дней. Об использовании права на отсрочку выплаты Страховщик сообщает Застрахованному.

Страховая выплата производится Страховщиком в течение 10 (десяти) рабочих дней с момента принятия соответствующего решения.

В случае принятия Страховщиком решения об отказе в выплате страхового возмещения Страховщик в течение 3 (трех) рабочих дней с момента принятия такого решения информирует в письменной или электронной форме Застрахованного или его представителя (по выбору последних) о принятом решении с обоснованием причин отказа.

При необходимости Застрахованный в течение срока действия Договора страхования вправе обратиться к Страховщику за информацией, необходимой для реализации своих прав по Договору страхования.

9.6. Конкретный порядок организации медицинской помощи зависит от выбранной Программы и определяется Договором страхования и конкретной Программой.

10. ПОРЯДОК ОПРЕДЕЛЕНИЯ СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЫ, СРОК ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЫ И ПЕРЕЧЕНЬ ОСНОВАНИЙ ОТКАЗА В СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЕ

10.1. Страховая выплата - денежная сумма, которую Страховщик произвел или должен будет произвести для оплаты медицинской помощи при наступлении страхового случая по Договору страхования.

10.2. Страховая выплата осуществляется на основании нормативных документов Минфина РФ и Минздрава РФ, в порядке и сроки, определенные договором страхования и (или) конкретной Программой, после получения и проверки Страховщиком заявлений о страховом событии (при необходимости), копии документа, удостоверяющего личность заявителя и получателя страхового возмещения, оригиналов оплаченных счетов с указанием медицинского и иного учреждения, подробного перечня оказанной медицинской помощи и ее стоимости, а в отношении лекарственных средств и изделий медицинского назначения также подтверждения их выписки лечащим врачом амбулаторно-поликлинического или стационарного учреждения и факта их применения при проведенном лечении. Срок принятия решения об осуществлении страховой выплаты не должен превышать 30 (тридцати) рабочих дней с момента получения счета из медицинского и иного учреждения или заявления Застрахованного и иных документов, указанных в п. 11.2 Правил. В случаях наличия возражений либо проведения сверки и/или экспертизы

выставленных к оплате счетов, срок их оплаты может быть увеличен до 90 (девяносто) рабочих дней. В указанный срок Страховщик осуществляет принятие положительного решения и передает документы для оплаты либо направляет обоснованный отказ в страховой выплате.

При осуществлении страховой выплаты по Договору страхования в виде оплаты стоимости медицинской помощи непосредственно (или через поверенного, агента, комиссионера) в медицинское и иное учреждение, счета оплачиваются в срок, не превышающий 60 (шестидесяти) рабочих дней с момента принятия положительного решения об осуществлении страховой выплаты. В случаях наличия возражений либо проведения сверки и/или экспертизы выставленных к оплате счетов, срок их оплаты может быть увеличен до 90 (девяносто) рабочих дней, если иных условий расчетов за оказанную медицинскую помощь не предусмотрено между Страховщиком и медицинским и иным учреждением.

10.3. В случаях, предусмотренных п. 9.3 Правил, страховая выплата по Договору страхования осуществляется Страховщиком в виде возмещения Застрахованному его личных средств, израсходованных на получение медицинской помощи на основании предъявленных документов, указанных в п.9.3 Правил и подтверждающих произведенные Застрахованным расходы. При этом объем такой выплаты определяется Договором страхования.

10.4. Страховая выплата производится в валюте Российской Федерации, за исключением случаев, предусмотренных законодательством.

10.5. Страховщик вправе осуществлять страховую выплату (оплату стоимости медицинской помощи) на базе следующих методов, которые вправе применять медицинские учреждения:

10.5.1. за отдельную простую, сложную и/или комплексную медицинскую помощь, а также сервисные услуги, предоставляемые медицинским учреждением и связанные с предоставлением указанных медицинской помощи (далее - сервисные услуги);

10.5.2. за число койко-дней (при стационарном и стационарозамещающем лечении), в стоимость которых может входить вся или отдельная медицинская помощь, а также сервисные услуги, оказываемые Застрахованному;

10.5.3. по законченному случаю оказания помощи;

10.5.4. по душевому нормативу за комплексное непрерывное и продолжительное медицинское обслуживание, предоставляемое медицинским учреждением Застрахованному в течение определенного периода времени;

10.5.5. иных методов, предложенных медицинскими учреждениями и иными организациями.

10.6. Не является страховым случаем, и Страховщик имеет право отказать в страховой выплате, если Застрахованный обратился в медицинское или иное учреждение:

10.6.1. в состоянии наркотического или токсического опьянения (если такое состояние непосредственно связано с характером и объемом оказанной медицинской помощи);

10.6.2. в связи с получением травматического повреждения или иного расстройства здоровья, наступившего в результате совершения

Застрахованным умышленного преступления, находящегося в прямой причинной связи со страховым случаем;

10.6.3. в связи с покушением на самоубийство или самоубийством, если иное не предусмотрено Договором страхования и/или Программой;

10.6.4. в связи с умышленным причинением себе телесных повреждений;

10.7. Страховщик имеет право отказать в страховой выплате в отношении событий, не являющихся страховыми случаями:

10.7.1. в части покрытия расходов на оказание медицинской или иной помощи, не обоснованных документами, предусмотренными п. 9.3 Правил, подтверждающими наступление страхового случая;

10.7.2. в части покрытия расходов, возмещение которых не предусмотрено настоящими Правилами и/или Договором страхования, в т.ч. расходов в связи с оказанием Застрахованному различных видов платной медицинской помощи, не включенных в Программу;

10.7.3. обращение за медицинской и иной помощью вне срока действия Договора страхования;

10.7.4. обращение за медицинской и иной помощью в учреждение, не предусмотренное Договором страхования и не согласованное со Страховщиком;

10.7.5. обращение за медицинской и иной помощью по основаниям иным, чем ухудшение состояния здоровья и/или возникновения состояния, а также обстоятельств, требующих оказания медицинской помощи, указанных в Программе;

10.7.6. страховых событий, не повлекших возникновение расходов на оплату медицинской и иной помощи.

10.8. Если иного не установлено Договором страхования Страховщик освобождается от страховой выплаты, если страховой случай произошел вследствие:

10.8.1. воздействия ядерного взрыва, радиации или радиоактивного заражения;

10.8.2. военных действий, а также маневров или иных военных мероприятий;

10.8.3. гражданской войны, народных волнений всякого рода или забастовок.

10.9. Страховщик не вправе отказать в страховой выплате по основаниям, не предусмотренным федеральным законом или Договором страхования.

11. ПОРЯДОК РЕШЕНИЯ СПОРОВ

11.1 Споры между Страхователем и Страховщиком разрешаются в порядке, предусмотренном действующим законодательством РФ. При недостижении соглашения по спорным вопросам:

- между Страхователем – юридическим лицом/ индивидуальным предпринимателем и Страховщиком, спор передается на рассмотрение Арбитражного суда г. Москвы в порядке, предусмотренном действующим законодательством РФ.

– между Страхователем - физическим лицом и Страховщиком подлежат

разрешению в соответствии с действующим законодательством РФ.

Программы добровольного медицинского страхования, предусматривающие оказание амбулаторно-поликлинической медицинской помощи¹

По настоящей программе² ООО СК «Сбербанк страхование» организует и/или оплачивает предоставление Застрахованному амбулаторно-поликлинических медицинских и иных услуг³ в случае ухудшения состояния здоровья и/или состояния, а также обстоятельств, требующих оказания медицинской помощи, а также в случаях проведения профилактических мероприятий, снижающих степень опасных для жизни или здоровья угроз и (или) устраняющих их.

1. ОБЪЕМ ПРЕДОСТАВЛЯЕМЫХ УСЛУГ

1.1. По настоящей программе ООО СК «Сбербанк страхование» оплачивает в перечисленных в преамбуле случаях амбулаторно-поликлинические медицинские и иные услуги, в том числе следующие:

1.1.1. диагностические, лечебные, реабилитационные, профилактические, зубопротезные, протезно-ортопедические, включая:

- консультации;
- лабораторные и инструментальные исследования;
- физиолечение, массаж и ЛФК;
- стоматологические услуги, включая ортодонтю и зубопротезирование;
- оказание медицинской помощи на дому или по другому месту нахождения Застрахованного, включая патронаж новорожденного, снятие ЭКГ на дому или по месту работы, расшифровка ЭКГ; выполнение назначений на дому (инъекции, банки и т.д.); забор материалов для анализов на дому;
- традиционные методы диагностики и лечения;

¹ В зависимости от характера и объема оказываемых услуг, программы могут иметь следующие примерные наименования и производные от них, включая названия медицинских организаций и пр. (Поликлиника, Поликлиническая помощь, Личный врач, Личный педиатр, Врач общей практики, Специализированная стоматология, Поликлиническая помощь на территории России и др.).

² Настоящая программа предусматривает предоставление Застрахованному амбулаторно-поликлинических услуг не только по месту постоянного проживания, но и при поездках по территории России, если это предусмотрено договором страхования.

³ Амбулаторно-поликлинические услуги в смысле настоящей программы – это медицинские услуги, которые могут быть оказаны любым медицинским учреждением, предусмотренным условиями договора страхования, (за исключением услуг, оказываемых бригадами скорой и неотложной помощи), имеющим право оказывать медицинские услуги, не связанные с возможным круглосуточным размещением Застрахованного в этом медицинском учреждении.

- сопровождение по медицинским показаниям Застрахованного при проведении обследований и консультаций в медицинском учреждении;
- организацию необходимых амбулаторно-поликлинических услуг в другом медицинском учреждении;

- медицинские услуги дневного стационара и стационара на дому;
- амбулаторно-курортное лечение;

1.1.2. экспертизу временной нетрудоспособности;

1.1.3. оформление различной медицинской документации.

1.2. По настоящей программе ООО СК «Сбербанк страхование» также оплачивает стоимость лекарственных средств и изделий медицинского назначения (протезно-ортопедические изделия, имплантанты и др.), выписанных Застрахованному лечащим врачом при оказании амбулаторно-поликлинической медицинской помощи, а также при необходимости их доставку

1.3. По настоящей программе ООО СК «Сбербанк страхование» не оплачивает медицинские услуги, оказываемые Застрахованному по поводу перечисленных ниже заболеваний и связанных с ними осложнений⁴:

1.3.1. ВИЧ-инфекция;

1.3.2. особо опасные инфекционные болезни⁵; оспа, полиомиелит, вызванный диким полиовирусом, человеческий грипп, вызванный новым подтипом, тяжелый острый респираторный синдром (ТОРС), холера, чума, малярия, вирусные лихорадки, передаваемые членистоногими и вирусные геморрагические лихорадки, менингококковая болезнь;

1.3.3. наркологические заболевания.

1.4. ООО СК «Сбербанк страхование» не оплачивает (не возмещает) следующие медицинские услуги и расходы:

1.4.1. медицинские услуги, не предписанные врачом;

1.4.2. диагностику, лечение, процедуры, пластические операции, проводимые с эстетической или косметической целью или с целью улучшения психологического состояния Застрахованного, кроме случаев, когда необходимость в них возникла в результате несчастного случая, произошедшего в течение срока действия Договора страхования;

1.4.3. диагностику заболеваний, указанных в пункте 1.2 настоящей программы, проводимую без медицинских показаний;

1.4.4. расходы Застрахованного на приобретение изделий медицинского назначения, в том числе медицинского оборудования, очков, контактных линз, слуховых аппаратов, имплантантов, корригирующих медицинских устройств и приспособлений и расходы на их подгонку;

1.4.5. расходы, возникшие после окончания срока действия Договора страхования.

⁴ Перечень заболеваний соответствует Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем, официально действующей на территории Российской Федерации на дату заключения Договора страхования.

⁵ По решению уполномоченных органов перечень особо опасных инфекционных заболеваний может быть расширен.

1.5. Если в течение срока действия Договора страхования у Застрахованного будут выявлены заболевания, из числа указанных в п. 1.2 настоящей программы, ООО СК «Сбербанк страхование» оплачивает медицинские услуги, оказанные Застрахованному по медицинским показаниям, до момента подтверждения (постановки) такого диагноза.

2. ПОРЯДОК ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКИХ И ИНЫХ УСЛУГ

2.1. Для получения амбулаторно-поликлинических медицинских и иных услуг, а также лекарственных средств и изделий медицинского назначения Застрахованный должен обратиться в медицинское учреждение и в аптечную или иную⁶ организацию (далее - фарморганизация), указанные в Договоре страхования к настоящей программе⁷.

2.2. Указанные услуги оказываются в режиме работы медицинского учреждения и фарморганизации при наличии полиса добровольного медицинского страхования и, при необходимости, пропуска в медицинское учреждение и документа, удостоверяющего личность.

2.3. Для получения лекарственных средств и изделий медицинского назначения Застрахованный предъявляет в фарморганизацию также рецепт, выписанный лечащим врачом медицинского учреждения, указанного в Договоре страхования к настоящей программе. При необходимости ООО СК «Сбербанк страхование» организует и оплачивает доставку лекарственных средств и изделий медицинского назначения непосредственно Застрахованному. Для этого Застрахованный обращается в ООО СК «Сбербанк страхование», к его представителю или в фарморганизацию.

2.4. В случаях, предусмотренных пунктами 2.1 – 2.3 настоящей программы, страховая выплата осуществляется ООО СК «Сбербанк страхование» в виде оплаты медицинской помощи (медицинских и иных услуг, лекарственных средств и изделий медицинского назначения) непосредственно медицинскому учреждению, фарморганизации, санаторно-курортному учреждению или санаторно-курортному объединению либо иному санаторно-курортному агентству в виде оплаты санаторно-курортной путевки/курсовки.

2.5. Для получения медицинских услуг, а также лекарственных средств и изделий медицинского назначения на территории Российской Федерации (за исключением г. Москвы и города постоянного получения услуг) Застрахованный должен обратиться в ООО СК «Сбербанк страхование». В этом случае оплата услуг осуществляется в порядке, указанном в п. 2.5 настоящей программы.

2.6. Для получения амбулаторно-поликлинических услуг, а также для приобретения лекарственных средств и изделий медицинского назначения Застрахованный может, с предварительного согласия ООО СК «Сбербанк страхование», если это предусмотрено Договором страхования, обратиться в любое медицинское учреждение или фарморганизацию Российской

⁶ Иная организация, которая вправе реализовывать лекарственные средства и/или изделия медицинского назначения.

⁷ Либо в иное медицинское учреждение, согласованное (устно или письменно) с ООО СК «Сбербанк страхование».

Федерации и самостоятельно оплатить стоимость предусмотренной программой страхования медицинской помощи (медицинских и иных услуг лекарственных средств и изделий медицинского назначения).

2.6.1. Для осуществления ООО СК «Сбербанк страхование» страховой выплаты в виде возмещения расходов Застрахованного по оплате медицинских и иных услуг Застрахованный должен не позднее ____ (указывается срок) с момента получения таких услуг передать со своим письменным заявлением в ООО СК «Сбербанк страхование» следующие оригинальные документы для возмещения понесенных расходов:

– *указывается перечень документов, которые Застрахованный предоставляет для получения страховой выплаты.*

При этом возмещение производится не выше средней стоимости аналогичных услуг медицинских учреждений, указанных в Договоре страхования к настоящей программе.

2.6.2. Для осуществления ООО СК «Сбербанк страхование» страховой выплаты в виде возмещения расходов Застрахованного по оплате лекарственных средств и изделий медицинского назначения Застрахованный должен не позднее ____ (указывается срок) с момента приобретения лекарственных средств и изделий медицинского назначения передать со своим письменным заявлением в ООО СК «Сбербанк страхование» следующие оригинальные документы для возмещения понесенных расходов:

– *указывается перечень документов, которые Застрахованный предоставляет для получения страховой выплаты.*

– ООО СК «Сбербанк страхование» возмещает Застрахованному только те расходы, которые произведены им на приобретение лекарственных средств и изделий медицинского назначения:

а) выписанных в установленном порядке лечащим врачом того медицинского учреждения, которое указано в Договоре страхования к настоящей программе либо другого медицинского учреждения, если Застрахованный приобретает лекарственные средства и изделия медицинского назначения в порядке, указанном в п. 2.8 настоящей программы;

б) выписанных в связи со случаями, указанными в преамбуле настоящей программы.

2.7. Для организации и оплаты зубопротезных и протезно-ортопедических услуг Застрахованный должен обратиться в ООО СК «Сбербанк страхование», представив заключение врача с приложением необходимых рентгеновских снимков (если это предусмотрено Договором страхования, также заключение врача о факте травмы) и рекомендуемом объеме зубопротезирования или протезно-ортопедических услуг. Окончательный объем протезно-ортопедических услуг, включая стоимость протеза, а также медицинское учреждение определяет ООО СК «Сбербанк страхование».

2.8. Застрахованный должен обратиться в ООО СК «Сбербанк страхование»:

2.8.1. для организации рекомендованных врачом медицинских услуг при невозможности оказания таких услуг ни одним из указанных в Договоре страхования Застрахованного медицинских учреждений;

2.8.2. для организации экстренной стоматологической помощи в специализированном стоматологическом медицинском учреждении в случае невозможности оказания такой услуги ни одним из указанных в договоре страхования специализированных стоматологических медицинских учреждений. В этом случае также оказывается медицинская транспортировка к медицинскому учреждению и обратно в ночное время (с 23.00 до 6.00) в пределах административной границы города/населенного пункта.

2.9. В случаях, указанных в пунктах 2.8.1 и 2.8.2 настоящей программы, необходимое медицинское учреждение определяет ООО СК «Сбербанк страхование».

Программы добровольного медицинского страхования, предусматривающие оказание стационарной медицинской помощи¹

По настоящей программе² ООО СК «Сбербанк страхование» организует и/или оплачивает предоставление Застрахованному скорой медицинской помощи, а также медицинских и иных услуг стационара при госпитализации в экстренном и/или плановом порядке в случае ухудшения состояния здоровья и/или состояния, а также обстоятельств, требующих оказания медицинской помощи или с целью проведения профилактических мероприятий, снижающих степень опасных для жизни или здоровья угроз и (или) устраняющих их.

Скорая медицинская помощь предоставляется Застрахованному в случаях, требующих срочного медицинского вмешательства.

Экстренная госпитализация осуществляется при таком состоянии здоровья Застрахованного, которое требует срочного оказания медицинской помощи в условиях стационара.

1. ОБЪЕМ ПРЕДОСТАВЛЯЕМЫХ УСЛУГ

1.1. По настоящей программе ООО СК «Сбербанк страхование» организует и оплачивает в перечисленных в преамбуле случаях:

Услуги службы скорой медицинской помощи:

1.1.1. выезд бригады скорой медицинской помощи, включая проведение комплекса экстренных лечебных манипуляций и необходимой экспресс-диагностики;

1.1.2. медицинская транспортировка Застрахованного в медицинское учреждение и, при необходимости, обратно.

Услуги стационара:

1.1.3. диагностические, лечебные, реабилитационные (в том числе, реабилитационные в условиях санаторно-курортных учреждений, профилакториев, восстановительных центров), профилактические, зубопротезные, протезно-ортопедические, включая:

- консультации;
- лабораторные и инструментальные исследования;
- физиолечение, массаж и ЛФК;
- хирургическое и консервативное лечение;

¹ В зависимости от характера и объема оказываемых услуг, программы могут иметь следующие примерные наименования и производные от них, включая названия медицинских организаций и пр. (Экстренная стационарная помощь, Плановая и экстренная стационарная помощь, Экстренная стационарная помощь на территории России, Плановая стационарная помощь, Реабилитация, Санаторно-курортное лечение, и др.).

² Настоящая программа предусматривает предоставление Застрахованному указанных услуг не только по месту постоянного проживания, но и при поездках по территории России.

- пребывание в отделении интенсивной терапии, реанимационные мероприятия;
- пребывание в стационаре с целью диагностического обследования;
- лекарственные препараты и другие необходимые для лечения средства;
- пребывание в палате различной комфортности, питание и уход медицинского персонала, включая предоставление индивидуального поста медицинского персонала;
- пребывание в отделении по уходу за больными или в хосписе;
- стоматологическое лечение;
- традиционные методы диагностики и лечения (народная медицина);
- медицинские услуги дневного стационара;
- санаторно-курортное лечение;
- 1.1.4. экспертиза временной нетрудоспособности;
- 1.1.5. оформление различной медицинской документации;
- 1.1.6. пребывание одного из родителей вместе с госпитализированным в рамках настоящей программы малолетним ребенком;
- 1.1.7. сервисные услуги, связанные с предоставлением стационарной медицинской помощи (дополнительное питание, телефон, телевизор, кондиционер, душ, туалет и др.);
- 1.1.8. патологоанатомическое вскрытие в случае смерти Застрахованного в стационаре.

По настоящей программе ООО СК «Сбербанк страхование» также оплачивает стоимость лекарственных средств и изделий медицинского назначения (протезно-ортопедические изделия, имплантаты и др.), выписанных (назначенных) Застрахованному медицинским работником стационара при оказании стационарной медицинской помощи, а также при необходимости их доставку.

1.2. По настоящей программе ООО СК «Сбербанк страхование» не оплачивает медицинские услуги, оказываемые Застрахованному по поводу перечисленных ниже заболеваний и связанных с ними осложнений³:

- 1.2.1. ВИЧ-инфекция;
- 1.2.2. особо опасные инфекционные болезни⁴; оспа, полиомиелит, вызванный диким полиовирусом, человеческий грипп, вызванный новым подтипом, тяжелый острый респираторный синдром (ТОРС), холера, чума, малярия, вирусные лихорадки, передаваемые членистоногими и вирусные геморрагические лихорадки, менингококковая болезнь;
- 1.2.3. наркологические заболевания.

1.3. ООО СК «Сбербанк страхование» не оплачивает (не возмещает) следующие медицинские услуги и расходы:

- 1.3.1. медицинские услуги, не предписанные врачом;
- 1.3.2. диагностика, лечение, процедуры, пластические операции, проводимые с эстетической или косметической целью или с целью улучшения психологического состояния Застрахованного, кроме случаев,

³ Перечень заболеваний соответствует Международному классификатору болезней, действующему на территории Российской Федерации.

⁴ По решению уполномоченных органов перечень особо опасных инфекционных заболеваний может быть расширен.

когда необходимость в них возникла в результате несчастного случая, произошедшего в течение срока действия Договора страхования;

1.3.3. диагностика заболеваний, указанных в пункте 1.2 настоящей программы, проводимая без медицинских показаний;

1.3.4. расходы Застрахованного на медицинское оборудование, очки, контактные линзы, слуховые аппараты или имплантаты, корригирующие медицинские устройства и приспособления и расходы на их подгонку;

1.3.5. расходы, возникшие после окончания срока действия Договора страхования, кроме расходов, связанных с лечением Застрахованного (включая нахождение родственника в предусмотренных настоящей программой случаях), госпитализированного в течение срока действия договора страхования - до момента его выписки из стационара.

1.4. Если в течение срока действия Договора страхования у Застрахованного будут выявлены заболевания, из числа указанных в п. 1.2 настоящей программы, ООО СК «Сбербанк страхование» оплачивает медицинские услуги, оказанные Застрахованному по медицинским показаниям, до момента подтверждения (постановки) такого диагноза.

2. ПОРЯДОК ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

2.1. При необходимости получения скорой медицинской помощи, экстренной или плановой госпитализации Застрахованный или лицо, действующее в его интересах, должны обратиться в медицинское учреждение, указанное в Договоре страхования либо в ООО СК «Сбербанк страхование». Медицинские услуги оказываются Застрахованному при наличии полиса и документа, удостоверяющего личность.

2.2. Скорая медицинская помощь оказывается выездной бригадой скорой медицинской помощи медицинского учреждения, указанного в Договоре страхования, или аналогичной службы другого медицинского учреждения.

2.3. Застрахованный госпитализируется в экстренном порядке бригадой скорой медицинской помощи в рекомендованное врачом медицинское учреждение из числа указанных в Договоре страхования⁵, которое при наличии мест способно обеспечить соответствующую медицинскую помощь. В противном случае Застрахованный может быть госпитализирован в иное медицинское учреждение, имеющее договорные отношения с ООО СК «Сбербанк страхование».

2.4. При необходимости получения экстренной медицинской помощи в медицинском учреждении без дальнейшей госпитализации медицинская транспортировка Застрахованного осуществляется:

– в стационарное медицинское учреждение из числа указанных в Договоре страхования, либо

– в медицинское учреждение, указанное в Договоре страхования, предусматривающем предоставление Застрахованному амбулаторно-поликлинических услуг, и обратно.

2.5. В исключительных случаях, по жизненным показаниям, экстренная госпитализация может быть осуществлена в ближайший к месту

⁵ Либо в иное медицинское учреждение, согласованное (устно или письменно) с ООО СК «Сбербанк страхование».

нахождения Застрахованного стационар медицинского учреждения, способный оказать соответствующую медицинскую помощь, в том числе через оказание скорой медицинской помощи выездной бригадой скорой медицинской помощи службы «03». В дальнейшем ООО СК «Сбербанк страхование» принимает меры для перевода Застрахованного в медицинское учреждение, из числа указанных в Договоре страхования, которое готово принять Застрахованного, при отсутствии медицинских противопоказаний к такому переводу.

2.6. Плановая госпитализация организуется ООО СК «Сбербанк страхование» (его представителем) на основании следующей документации, находящейся либо на руках у Застрахованного, либо в медицинском учреждении: направления на плановую госпитализацию, амбулаторной карты или выписки из нее, содержащей все необходимые результаты догоспитального обследования. Плановая госпитализация осуществляется в один из указанных в п. 2.3 настоящей программы стационар, а при невозможности - в иной стационар по согласованию с Застрахованным, в течение не более ____ дней с момента получения ООО СК «Сбербанк страхование» указанной документации.

2.7. Долечивание после стационарного лечения в условиях санаторно-курортных учреждений, профилакториев, восстановительных центров организуется ООО СК «Сбербанк страхование» (его представителем) на основании направления лечащего врача в согласованном с ООО СК «Сбербанк страхование» (его представителем) медицинском учреждении.

2.8. В случаях, предусмотренных пунктами 2.1 – 2.7 настоящей программы, страховая выплата осуществляется ООО СК «Сбербанк страхование» в виде оплаты медицинской помощи (медицинских и иных услуг, лекарственных средств и изделий медицинского назначения) непосредственно (либо через посредника) медицинскому учреждению, аптечной или иной⁶ организации (далее – фарморганизация), санаторно-курортному учреждению или санаторно-курортному объединению либо иному санаторно-курортному агентству в виде оплаты санаторно-курортной путевки.

2.9. Для получения медицинских услуг на территории Российской Федерации (за исключением г. Москвы и города постоянного получения услуг) Застрахованный должен обратиться в ООО СК «Сбербанк страхование». В этом случае оплата услуг осуществляется в порядке, указанном в п. 2.8 настоящей программы.

2.10. Для получения медицинских и иных услуг, а также для приобретения лекарственных средств и изделий медицинского назначения Застрахованный может, в случаях предусмотренных договором страхования, с предварительного согласия (устного или письменного) ООО СК «Сбербанк страхование» обратиться в любое медицинское учреждение или фарморганизацию Российской Федерации и самостоятельно оплатить предусмотренные программой страхования стоимость медицинских и иных услуг, а также лекарственных средств и изделий медицинского назначения.

⁶ Или иную организацию, которая вправе реализовывать лекарственные средства и/или изделия медицинского назначения.

2.10.1. Для осуществления ООО СК «Сбербанк страхование» страховой выплаты в виде возмещения расходов Застрахованного по оплате медицинских и иных услуг Застрахованный должен не позднее _____ (указывается срок) с момента получения таких услуг передать со своим письменным заявлением в ООО СК «Сбербанк страхование» следующие оригинальные документы для возмещения понесенных расходов:

– указывается перечень документов, которые Застрахованный предоставляет для получения страховой выплаты.

2.10.2. Для осуществления ООО СК «Сбербанк страхование» страховой выплаты в виде возмещения расходов Застрахованного по оплате лекарственных средств и изделий медицинского назначения Застрахованный должен не позднее _____ (указывается срок) с момента приобретения лекарственных средств и изделий медицинского назначения передать со своим письменным заявлением в ООО СК «Сбербанк страхование» следующие оригинальные документы для возмещения понесенных расходов:

указывается перечень документов, которые Застрахованный предоставляет для получения страховой выплаты.

2.10.3. ООО СК «Сбербанк страхование» возмещает Застрахованному только те расходы, которые произведены им на приобретение лекарственных средств и изделий медицинского назначения:

а) выписанных в установленном порядке лечащим врачом того медицинского учреждения, которое указано в договоре страхования к настоящей программе либо другого медицинского учреждения, если Застрахованный приобретает лекарственные средства и изделия медицинского назначения в порядке, указанном в п. 2.10 настоящей программы;

б) выписанных в связи со случаями, указанными в преамбуле настоящей программы.

2.11. Для организации и оплаты зубопротезных и протезно-ортопедических услуг Застрахованный должен обратиться в ООО СК «Сбербанк страхование», представив заключение врача с приложением необходимых рентгеновских снимков (если это предусмотрено договором страхования также заключение врача о факте травмы) и рекомендуемом объеме зубопротезирования или протезно-ортопедических услуг. Окончательный объем протезно-ортопедических услуг, включая стоимость протеза, а также медицинское учреждение определяет ООО СК «Сбербанк страхование». Оплата стоимости указанных в настоящем пункте услуг осуществляется ООО СК «Сбербанк страхование» непосредственно медицинскому или иному учреждению, либо ООО СК «Сбербанк страхование» возмещает произведенные Застрахованным расходы в порядке, указанном в пункте 2.10 настоящей программы.

**Программы добровольного медицинского страхования,
предусматривающие оказание
скорой и неотложной медицинской помощи¹**

**Программа добровольного медицинского страхования
«СКОРАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ»**

По настоящей программе² ООО СК «Сбербанк страхование» оплачивает предоставление Застрахованному скорой медицинской помощи в следующих случаях, требующих срочного медицинского вмешательства: в случае ухудшения состояния здоровья и/или состояния, а также обстоятельств, требующих оказания медицинской помощи.

2. ОБЪЕМ ПРЕДОСТАВЛЯЕМЫХ УСЛУГ

1.1. По настоящей программе ООО СК «Сбербанк страхование» оплачивает в перечисленных в преамбуле случаях медицинские услуги службы скорой медицинской помощи:

1.1.1. выезд бригады скорой медицинской помощи, включая проведение комплекса экстренных лечебных манипуляций и необходимой диагностики;

1.1.2. медицинская транспортировка Застрахованного в медицинское учреждение и, при необходимости, обратно.

1.2. По настоящей программе ООО СК «Сбербанк страхование» не оплачивает медицинские услуги, оказываемые Застрахованному по поводу перечисленных ниже заболеваний и связанных с ними осложнений³:

1.2.1. ВИЧ-инфекция;

1.2.2. особо опасные инфекционные болезни⁴; оспа, полиомиелит, вызванный диким полиовирусом, человеческий грипп, вызванный новым подтипом, тяжелый острый респираторный синдром (ТОРС), холера, чума, малярия, вирусные лихорадки, передаваемые членистоногими и вирусные геморрагические лихорадки, менингококковая болезнь;

1.2.3. наркологические заболевания.

1.3. Если в течение срока действия договора страхования у Застрахованного будут выявлены заболевания, из числа указанных в п. 1.2 настоящей программы, ООО СК «Сбербанк страхование» оплачивает медицинские услуги, оказанные Застрахованному по медицинским показаниям, до момента подтверждения (постановки) такого диагноза.

2. ПОРЯДОК ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

2.1. При необходимости получения скорой медицинской помощи Застрахованный или

¹ В зависимости от характера и объема оказываемых услуг, программы могут иметь следующие примерные наименования и производные от них, включая названия медицинских организаций и пр. (Скорая медицинская помощь и др.)

² Настоящая программа предусматривает предоставление Застрахованному амбулаторно-поликлинических услуг не только по месту постоянного проживания, но и при поездках по территории России.

³ Перечень заболеваний соответствует Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем, официально действующей на территории Российской Федерации на дату заключения Договора страхования.

⁴ По решению уполномоченных органов перечень особо опасных инфекционных заболеваний может быть расширен.

лицо, действующее в его интересах, должны обратиться в медицинское учреждение _____ (указывается название, телефон и адрес медицинского учреждения) либо в ООО СК «Сбербанк страхование» _____ (указывается телефон). Медицинские услуги оказываются Застрахованному при наличии полиса и документа, удостоверяющего личность.

2.2. Скорая медицинская помощь оказывается выездной бригадой скорой медицинской помощи медицинского учреждения, указанного в договоре страхования, или выездной бригадой другого медицинского учреждения. Медицинская транспортировка осуществляется в ближайший к месту нахождения Застрахованного стационар медицинского учреждения, способного оказать соответствующую медицинскую помощь.

2.3. При наличии у Застрахованного программы добровольного медицинского страхования ООО СК «Сбербанк страхование», предусматривающей предоставление ему амбулаторно-поликлинических услуг, медицинская транспортировка осуществляется выездной бригадой скорой медицинской помощи (кроме бригады службы «03») в медицинское учреждение, указанное в Договоре страхования, если данное медицинское учреждение способно оказать соответствующую медицинскую помощь, и обратно.

2.4. В случаях, предусмотренных пунктами 2.1–2.3 настоящей программы, страховая выплата осуществляется ООО СК «Сбербанк страхование» в виде оплаты оказанных медицинских и иных услуг непосредственно (либо через посредника) медицинскому учреждению.

2.5. Для получения медицинских услуг на территории Российской Федерации (за исключением г. Москвы и города постоянного получения услуг) Застрахованный должен обратиться в ООО СК «Сбербанк страхование». В этом случае оплата услуг осуществляется в порядке, указанном в п. 2.4 настоящей программы.

2.6. Для получения указанных в настоящей программе услуг Застрахованный может с предварительного согласия ООО СК «Сбербанк страхование», если это предусмотрено договором страхования, обратиться в любое медицинское учреждение Российской Федерации и самостоятельно оплатить стоимость предусмотренных программой страхования медицинских и иных услуг.

Для осуществления ООО СК «Сбербанк страхование» страховой выплаты в виде возмещения расходов Застрахованного по оплате медицинских и иных услуг, Застрахованный должен не позднее ____ (указывается срок) с момента получения таких услуг передать со своим письменным заявлением в ООО СК «Сбербанк страхование» следующие оригинальные документы для возмещения понесенных расходов:

–указывается перечень документов, которые Застрахованный предоставляет для получения страховой выплаты.

**БАЗОВЫЕ СТРАХОВЫЕ ТАРИФЫ И ПОПРАВочНЫЕ КОЭФФИЦИЕНТЫ
К НИМ, ПРИМЕНЯЕМЫЕ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ФАКТОРОВ, ВЛИЯЮЩИХ НА
СТЕПЕНЬ СТРАХОВОГО РИСКА**

Таблица 1. Базовая тарифная ставка

Страховые риски	Базовые тарифные ставки, %
1. Программы добровольного медицинского страхования, предусматривающие оказание амбулаторно-поликлинической помощи	
1.1. Амбулаторно-поликлинические услуги (за исключением стоматологических услуг)	0,8457%
1.2. Стоматологические услуги	0,4162%
1.3. Оказание медицинской помощи на дому	0,0190%
1.4. Медицинские услуги дневного стационара	0,0022%
1.5. Вакцинация от гриппа (по эпидемическим показаниям)	0,0080%
2. Программы, предусматривающие оказание стационарной медицинской помощи	
2.1. Плановая стационарная помощь	0,0413%
2.2. Экстренная стационарная помощь	0,0482%
3. Программы, предусматривающие оказание скорой и неотложной медицинской помощи	0,0180%

Таблица 2. Поправочные коэффициенты в зависимости от факторов, влияющих на степень страхового риска

Условия страхования / факторы риска	Диапазон поправочных коэффициентов
Пол и возраст Застрахованного лица	0,2 – 5,0
Объем покрытия Программы	0,25 – 4,0
Количество лиц, принимаемых на страхование	0,5 – 5,0
Категория медицинского учреждения	0,25 – 4,0
Состояние здоровья Застрахованного лица	0,2 – 5,0
Наличие и тяжесть хронических заболеваний	1,0 – 6,0
Профессия и род деятельности Застрахованного лица	0,4 – 3,5

Наличие ранее перенесенных заболеваний	0,4 – 3,5
Установление в Договоре страхования ограничения количества страховых случаев, на которые распространяется страхование	0,5 – 1,0
Установление в Договоре страхования лимитов ответственности	0,4 – 1,0
Территория страхования	0,5 – 3,5
Статистика убытков за предыдущие периоды	0,5 – 3,0
Размер страховой суммы и порядок ее установления	0,5 – 5,0
Вид, размер и порядок установления франшизы	0,04 – 1,0
Комплексное страхование	0,5 – 1,0
Группа риска Страхователей/Застрахованных, в отношении которых осуществляется таргетированный андеррайтинг	0,5 – 2,5
Коэффициент за оплату премии в рассрочку	1,0 – 5,0
Страхование на срок, отличный от 1 года	0,05 – 5,0
Страхование в валютном эквиваленте	0,5 – 3,5
Уменьшение или увеличение доли нагрузки в структуре страхового тарифа	0,61 – 4,62
Изменение перечня применяемых исключений (в том числе случаев, не являющихся страховыми, случаев освобождения Страховщика от страховой выплаты, отказов в страховой выплате, принимаемых на страхование объектов), а также страховых рисков или иных параметров, расширение или сужение которых предусмотрено Правилами страхования, в том числе путем применения Оговорок, предусмотренных Правилами страхования	0,6-3,0 за каждое исключение/ условие

Конкретный размер поправочного коэффициента определяется экспертом Страховщика.

При одновременном действии обстоятельств, повышающих или понижающих вероятность страхового случая и размер убытков от его наступления, соответствующие поправочные коэффициенты к базовым страховым тарифам перемножаются.

Страховщик также имеет право при заключении конкретного договора страхования уменьшать или увеличивать долю нагрузки в структуре тарифной ставки.

При уменьшении или увеличении доли нагрузки в структуре страхового тарифа Страховщик имеет право применять соответствующий понижающий или повышающий коэффициент к базовому страховому тарифу.

Всего прошито, пронумеровано и скреплено
печатью 51

Детскими листов

Генеральный директор
ООО СК «Сбербанк страхования»

М.Ю. Волков
«16» *марта* 2022

