

Приложение №1  
к приказу АО «Зетта Страхование»  
от 11 сентября 2023 №75

УТВЕРЖДЕНО  
Приказом АО «Зетта Страхование»  
от 11 сентября 2023 №75

## **ПРАВИЛА ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ**

## СОДЕРЖАНИЕ

### Оглавление

|  |    |
|--|----|
| СОДЕРЖАНИЕ .....   | 2  |
| 1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ.....  | 3  |
| 2. СУБЪЕКТЫ И УЧАСТНИКИ СТРАХОВАНИЯ.....                                 | 6  |
| 3. ОБЪЕКТ СТРАХОВАНИЯ .....  | 7  |
| 4. СТРАХОВЫЕ РИСКИ И СТРАХОВЫЕ СЛУЧАИ .....                              | 7  |
| 5. СТРАХОВАЯ СУММА .....   | 10 |
| 6. СТРАХОВОЙ ТАРИФ, СТРАХОВАЯ ПРЕМИЯ (СТРАХОВЫЕ ВЗНОСЫ).....             | 11 |
| 7. ДОГОВОР СТРАХОВАНИЯ, ПОРЯДОК ЕГО ЗАКЛЮЧЕНИЯ И ИСПОЛНЕНИЯ .....        | 13 |
| 8. ПОРЯДОК ПРЕКРАЩЕНИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ .....                        | 20 |
| 9. УВЕЛИЧЕНИЕ СТРАХОВОГО РИСКА .....                                     | 23 |
| 10. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТРАХОВАТЕЛЯ, ЗАСТРАХОВАННОГО, СТРАХОВЩИКА ..... | 23 |
| 11. ПОРЯДОК ОРГАНИЗАЦИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ .....                         | 29 |
| 12. ПОРЯДОК И УСЛОВИЯ ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЫ .....              | 29 |
| 13. ПОРЯДОК РАЗРЕШЕНИЯ СПОРОВ .....                                      | 33 |
| 14. УВЕДОМЛЕНИЯ.....   | 33 |
| ПРИЛОЖЕНИЯ .....   | 34 |

## 1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

- 1.1. Настоящие Правила добровольного медицинского страхования (далее - Правила) разработаны в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации и определяют программы добровольного медицинского страхования и условия (далее - Условия), порядок заключения, исполнения и прекращения Акционерное общество «Зетта Страхование» договоров добровольного медицинского страхования со Страхователями.
- 1.2. Все термины и наименования, указанные в тексте настоящих Правил с заглавной буквы, понимаются в соответствии с их определениями, приведенными в настоящем п.1.2 и далее по тексту настоящих Правил. Если значение какого-либо термина или наименования не определено настоящими Правилами, то такой термин или наименование следует понимать и использовать в его обычном лексическом значении.

**Программа добровольного медицинского страхования** (далее – Программа страхования / Программа) – объем и порядок предоставления Медицинской помощи, и/или Лекарственной помощи и/или Иных услуг Застрахованному лицу при наступлении Страхового случая в период действия Договора страхования и гарантированный к страховой выплате Страховщиком по Договору страхования.

Объем медицинских и (или) иных услуг, оказываемых Застрахованному лицу и оплачиваемых Страховщиком по Договору страхования, указывается в Программе страхования, являющейся неотъемлемой частью Договора страхования.

Программы страхования, прилагаемые к Договору страхования, предусматривают конкретный перечень медицинских и (или) иных услуг, оказываемых Застрахованному лицу при наступлении страхового случая.

В Программу страхования, прилагаемую к Договору страхования, могут быть включены в покрытие следующие страховые риски (в различных сочетаниях, в соответствии с назначением конкретной Программы):

1. Амбулаторно-поликлиническая помощь
  - 1.1. Поликлиническое обслуживание
  - 1.2. Диспансерное наблюдение
  - 1.3. Профилактические осмотры
2. Стоматологическая помощь
3. Помощь на дому
4. Стационарная помощь
5. Скорая и неотложная медицинская помощь
6. Восстановительное лечение
7. Медико-транспортные услуги
8. Медикаментозное лечение
9. Ведение беременности и родовспоможение
10. Дистанционное оказание медицинской помощи с применением телемедицинских технологий
11. Иные услуги, связанные с оказанием медицинской помощи и не противоречащие законодательству Российской Федерации.

Из Программы, прилагаемой к Договору страхования, могут быть исключены отдельные страховые риски, указанные выше.

Страховщик на основании настоящих Правил вправе формировать Программы/Варианты страхования к отдельному Договору страхования или отдельной группе Договоров страхования, ориентированные на определенных Страхователей (Застрахованных лиц).

**Вариант программы добровольного медицинского страхования** (далее – Вариант страхования / Вариант) – объем покрытия, предусмотренный для определенного Застрахованного в рамках определенного Договора страхования: набор услуг, взятый из Программ страхования, и список Медицинских, Фармацевтических и иных организаций, предусмотренных для определенного Застрахованного в рамках определенного Договора страхования.

Страховщик вправе присваивать Программам/Вариантам страхования, составленным в соответствии с настоящими Правилами и имеющим однотипные условия, определенные маркетинговые наименования.

Перечень медицинских и (или) иных организаций, в которые Застрахованное лицо может обратиться при наступлении страхового случая, а также порядок организации медицинских и (или) иных услуг излагаются в Программе/Варианте страхования или в отдельных приложениях, являющихся неотъемлемой частью Договора страхования.

**Медицинская помощь** – комплекс мероприятий, направленных на поддержание и (или) восстановление здоровья и включающих в себя предоставление медицинских услуг. Медицинская помощь организуется и оказывается в соответствии с Порядками оказания медицинской помощи, с учетом Стандартов медицинской помощи, действующих на территории оказания помощи.

**Лекарственная помощь (Лекарственное обеспечение)** - медикаментозное лечение Застрахованного, лекарственными средствами/препаратами и/или обеспечение изделиями медицинского назначения, в случае если это предусмотрено клиническими рекомендациями и стандартами, предусмотренными на территории оказания помощи (и при необходимости их доставка (при наличии такой возможности)), включенными в Программу / Вариант и назначенными Лечащим врачом.

**Заболевание** – возникающее в связи с воздействием патогенных факторов нарушение деятельности организма, работоспособности, способности адаптироваться к изменяющимся условиям внешней и внутренней среды при одновременном изменении защитно-компенсаторных и защитно-приспособительных реакций и механизмов организма.

**Предшествовавшие состояния** - любое нарушение здоровья (расстройство, заболевание), травма, увечье, врожденная или приобретенная патология, хроническое или острое заболевание, психическое или нервное расстройство, которое у Застрахованного уже было диагностировано или о котором Застрахованный должен был знать или догадываться по имеющимся проявлениям или признакам, существующим на момент заключения Договора страхования. Такие состояния также включают в себя любые осложнения или последствия, связанные с указанными состояниями.

**Сервисный центр** - круглосуточный центр Страховщика или сервисной компании (ассистанс), которая по поручению Страховщика обеспечивает организацию услуг, предусмотренных Договором страхования, и имеет соответствующие договорные отношения с Медицинскими и иными учреждениями, и телефон которой указан в Договоре страхования.

**Иные услуги** – услуги и виды помощи, прямо и непосредственно связанные с оказанием Застрахованному медицинских услуг, которые могут быть дополнительно предоставлены Застрахованному при наступлении Страхового случая в рамках Договора и Программы / Варианта страхования, организованные Сервисным центром и/или Страховщиком, предусмотренные Договором и Программой / Вариантом страхования и подлежащие оплате Страховщиком, если это предусмотрено Договором, Программой/Вариантом страхования:

**а. Медико-транспортные услуги:**

– организация проезда Застрахованного лица в медицинскую организацию и обратно с использованием специализированного медицинского или обычного видов транспорта, в том числе авиационного, если это требуется по состоянию здоровья Застрахованного лица и предусмотрено Программой/Вариантом страхования.

– перемещение Застрахованного из одного Медицинского учреждения в другое, располагающее необходимым медицинским оборудованием / персоналом для оказания Медицинской помощи Застрахованному в соответствии с его диагнозом и тяжестью состояния, если это требуется по состоянию здоровья Застрахованного лица. Организуется и проводится при отсутствии медицинских противопоказаний, после получения письменного разрешения Медицинского учреждения, в котором находится Застрахованный, с указанием условий её проведения. Сервисный центр на основании

медицинских документов принимает решение о возможности проведения медицинской эвакуации / репатриации, её дате, виде транспорта, положении Застрахованного при транспортировке, необходимости сопровождения и его виде (медицинское – врачом, фельдшером, либо гражданским лицом), необходимость использования переносного медицинского оборудования, лекарственных средств.

– медицинская транспортировка с территории / на территорию Российской Федерации до ближайшего к региону постоянного проживания Застрахованного международного аэропорта, железнодорожного вокзала или порта, если это требуется по состоянию здоровья Застрахованного лица.

**b.** Посмертная репатриация – транспортировка тела, посмертных останков Застрахованного до ближайшего к региону постоянного проживания Застрахованного международного аэропорта, железнодорожного вокзала или порта, если смерть Застрахованного наступила в результате Страхового случая. Страхованием покрываются необходимые для международной транспортировки расходы на подготовку тела, в том числе расходы на приобретение гроба, оформление необходимых для этого документов, транспортные расходы. Вид транспорта, с использованием которого осуществляется Посмертная репатриация и дата её проведения, определяются Страховщиком. По желанию родственников, возможна кремация тела Застрахованного с транспортировкой урны в страну постоянного проживания. Расходы на ритуальные услуги в стране постоянного проживания не покрываются.

**c.** Прочие услуги, предусмотренные Программой / Вариантом и Договором страхования и не противоречащие законодательству Российской Федерации.

**Сайт Страховщика** - официальный сайт Страховщика в информационно – телекоммуникационной сети «Интернет», содержащий информацию о деятельности Страховщика, указанный в Едином государственном реестре субъектов страхового дела.

**Мобильное приложение** - программное обеспечение Страховщика (Представителя Страховщика – страхового агента, страхового брокера), применяемое Страхователем (Застрахованным) для обмена информацией в электронной форме между ним и Страховщиком с использованием технического устройства (мобильного телефона, смартфона или компьютера, включая планшетный компьютер), подключенного к информационно-телекоммуникационной сети «Интернет». Порядок использования Мобильного приложения размещается на Сайте Страховщика (Представителя Страховщика – страхового агента, страхового брокера), в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет».

**Личный кабинет** – специальный раздел на Сайте Страховщика или в Мобильном приложении, созданный Страховщиком для обмена информацией со Страхователем в электронном виде и доступный только авторизованному пользователю.

Порядок и правила пользования Личным кабинетом размещаются в Личном кабинете на Сайте Страховщика (Представителя Страховщика – страхового агента, страхового брокера), в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет», а также могут отражаться в Договоре страхования и/или в информационных материалах Страховщика.

**Телемедицина** (телемедицинские технологии) - информационные технологии, обеспечивающие дистанционное взаимодействие медицинских работников между собой, с пациентами и (или) их законными представителями, идентификацию и аутентификацию указанных лиц, документирование совершаемых ими действий при проведении консилиумов, консультаций, дистанционного медицинского наблюдения, контроль за состоянием здоровья пациента.

**Территория страхования** — страна или иная конкретно обозначенная территория, указанная в Договоре страхования, в пределах которой действует страховая защита.

**1.3.** Время, указанное в настоящих Правилах, является составной частью Договора / Полиса страхования и определяется как Местное время. Местное время определяется по Месту Заключения Договора страхования, в том числе, для пунктов, относящихся к вопросам

прекращения / расторжения Договора, если Договором, Программой/Вариантом страхования прямо не предусмотрено иное.

## 2. СУБЪЕКТЫ И УЧАСТНИКИ СТРАХОВАНИЯ

2.1. Субъектами страхования выступают Страховщик, Страхователь и Застрахованные лица.

**Страховщик** - Акционерное Общество «Зетта Страхование» (АО «Зетта Страхование») - 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.

**Страхователь** - юридическое лицо любой организационно-правовой формы, индивидуальный предприниматель или дееспособное физическое лицо, заключившее со Страховщиком Договор страхования.

**Застрахованное лицо (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 предусмотрено Договором страхования, может быть физическое лицо любого возраста.

Следующие категории лиц могут быть Застрахованными лицами только при условии, что Страховщик был письменно уведомлен об этом Страхователем в порядке, предусмотренном ст. 944 ГК РФ до заключения Договора страхования:

- а) имеющие следующее заболевания и (или) связанные с ними осложнения:
  - туберкулез;
  - онкологические заболевания;
  - болезни, вызванные вирусом иммунодефицита человека, ВИЧ-носительство;
  - психические расстройства и расстройства поведения, в том числе связанные с употреблением психоактивных веществ;
- б) инвалиды 1 и 2 группы, дети – инвалиды;
- с) состоящие на учете в наркологических, психоневрологических, туберкулезных, кожно-венерологических диспансерах.

В отношении указанных категорий лиц Страховщик вправе применить индивидуальные условия страхования (страховые тарифы) с учетом состояния здоровья.

Если после заключения Договора страхования будет установлено, что на страхование было принято лицо, попадающее в одну из категорий, выше, о чем Страхователь не уведомил Страховщика, ввел его в заблуждение либо сообщил заведомо ложные сведения о выше-указанных обстоятельствах при заключении Договора страхования, то Страховщик имеет право потребовать признания Договора страхования в отношении указанного лица недействительным в соответствии с законодательством Российской Федерации, а также потребовать применения последствий, предусмотренных пунктом 2 статьи 179 Гражданского кодекса Российской Федерации.

2.2. Субъектами (участниками) добровольного медицинского страхования могут выступать медицинские, фармацевтические, сервисные (ассистанские), экспертные и иные организации, с которыми Страховщик вступает в договорные отношения с целью выполнения обязательств по Договору страхования.

Для целей настоящих Правил:

**Медицинские организации (Медицинские учреждения)** – российские и зарубежные организации всех форм собственности, а также частные лица, имеющие право на осуществление медицинской деятельности;

**Фармацевтические организации** - имеющие право на осуществление фармацевтической деятельности юридические лица и индивидуальные предприниматели;

**Сервисные компании/организации (ассистанс)** - юридические лица, осуществляющие сервисную поддержку Программ добровольного медицинского страхования по поручению Страховщика;

**Экспертные организации** - юридические лица и индивидуальные предприниматели, предоставляющие Страховщику услуги экспертного или консультативного характера;

**Иные организации** - юридические лица и индивидуальные предприниматели (кроме фармацевтических), производящие и торгующие, в частности, изделиями медицинского назначения, медицинскими изделиями, лечебным питанием, специализированные организации, которые по поручению Страховщика обеспечивают организацию медицинских и иных услуг, предусмотренных договором, Программой/Вариантом страхования.

### 3. ОБЪЕКТ СТРАХОВАНИЯ

Объектом добровольного медицинского страхования являются имущественные интересы Страхователя (Застрахованного), связанные с оплатой организации и оказания предусмотренной Договором страхования Медицинской<sup>1</sup> и Лекарственной помощи (медицинских услуг) и Иных услуг, вследствие расстройства здоровья Застрахованного или состояния Застрахованного, требующих организации и оказания такой помощи и услуг, а также проведения Профилактических мероприятий, снижающих степень опасных для жизни или здоровья Застрахованного угроз и (или) устраняющих их, в объеме, предусмотренном Программой / Вариантом страхования, в порядке и на Условиях, указанных в Договоре страхования, заключенном между Страхователем и Страховщиком.

### 4. СТРАХОВЫЕ РИСКИ И СТРАХОВЫЕ СЛУЧАИ

**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, в Период действия Договора страхования.

**4.2. Страховым случаем** является обращение Застрахованного в течение срока действия Договора страхования в соответствии с Программой / Вариантом страхования:

**4.2.1.** в Медицинскую, Фармацевтическую, Сервисную и/или Иную организацию из числа предусмотренных Договором страхования за получением Медицинской (диагностической, консультативной, лечебной, восстановительной, оздоровительной, профилактической, в том числе иммунопрофилактической и др.), Лекарственной и иной (в том числе медико-социальной) помощи и Иных услуг, в соответствии с условиями Договора и Программы/Варианта страхования,

**4.2.2.** в Медицинские организации, помимо предусмотренных Договором страхования (в том числе расположенные в других регионах РФ при необходимости организации неотложной медицинской помощи), если это обращение согласовано и/или организовано Страховщиком,

и повлекшее возникновение обязательств Страховщика произвести оплату оказанных услуг.

**4.3.** Страховщик при наступлении Страхового случая организует и/или оплачивает предоставление Медицинской, Лекарственной помощи и Иных услуг, предусмотренных Договором страхования, оказанных Застрахованному лицу в период:

**4.3.1.** до окончания срока действия страхования – если осуществлялось обращение в Медицинскую, Фармацевтическую, Иную организацию или Сервисную компанию за получением Медицинской, Лекарственной помощи и / или Иных услуг, за исключением следующих случаев:

**4.3.1.1.** Экстренной госпитализации. По случаям экстренной госпитализации, начавшейся в течение срока действия Договора страхования, Страховщик организует и оплачивает расходы до момента выписки из стационара.

---

<sup>1</sup> Медицинская помощь оказывается в соответствии с Порядками оказания Медицинской помощи, с учетом Стандартов оказания Медицинской помощи.

#### 4.3.1.2. Посмертной репатриации.

В случае смерти Застрахованного лица, при условии включения в Договор страхования организации и оплаты оказания услуги «посмертная репатриация», Страховщик организует и оплачивает указанные услуги до момента доставки тела:

- до ближайшего к месту жительства Застрахованного лица международного аэропорта страны постоянного проживания, если смерть Застрахованного лица произошла в стране, гражданином которой Застрахованный не является,
- до ближайшего административного центра постоянного места жительства, если смерть Застрахованного лица произошла в стране, гражданином которой он является.

4.3.1.3. В случае, если из-за госпитализации или карантинных мероприятий Застрахованное лицо не имело возможности вернуться на территорию постоянного проживания в соответствии с первоначальным планом поездки, и при этом, Договором и Программой/Вариантом страхования предусмотрена транспортировка к постоянному месту жительства, Страховщик организует и оплачивает данную транспортировку, согласно условиям Программы, до исполнения обязательств в полном объеме (за исключением обстоятельств непреодолимой силы, не позволяющих выполнить Страховщику взятые на себя обязательства по независящим от Страховщика причинам).

#### 4.4. По настоящим Правилам не являются страховыми случаями и не оплачиваются Страховщиком обращения Застрахованного лица в медицинскую или иную организацию с целью получения медицинских и иных услуг:

4.4.1. Не признается Страховым случаем обращение Застрахованного за получением Медицинской и Лекарственной помощи и Иных услуг (если Программой / Вариантом и Договором страхования не предусмотрено иное):

4.4.1.1. не предусмотренных Программой / Вариантом и Договором страхования;

4.4.1.2. в связи с патологическими состояниями и травмами, а также их последствиями, возникшими или полученными в состоянии алкогольного, наркотического или иного токсического опьянения или остаточных явлений такого опьянения, а также в период нахождения под воздействием иных психоактивных веществ, что должно быть удостоверено соответствующими медицинскими документами;

4.4.1.3. в связи с получением травматического повреждения или иного расстройства здоровья, наступившего в результате совершения Застрахованным противоправных действий, квалифицированных в качестве таковых соответствующими правоохранительными органами;

4.4.1.4. в связи с намеренным причинением Застрахованным вреда своему здоровью, в том числе при суицидальных попытках, и иными умышленными действиями Застрахованного, направленными на наступление Страхового случая, за исключением случаев, когда Застрахованный был доведен до такого состояния противоправными действиями третьих лиц, что должно быть подтверждено соответствующими судебными решениями, вступившими в законную силу;

4.4.1.5. не назначенных Лечащим врачом, выполненными по желанию Застрахованного;

4.4.1.6. не соответствующих действующим на момент обращения Порядкам оказания Медицинской помощи, с учетом Стандартов оказания Медицинской помощи, утвержденным Министерством здравоохранения РФ либо Министерством здравоохранения / Органом управления здравоохранением государства, на территории которого медицинская помощь была оказана, а также, выполненными без медицинских показаний;

4.4.1.7. в связи с заболеваниями, представляющими опасность для окружающих, включенными в перечень таких заболеваний Правительством Российской Федерации и/или Министерством здравоохранения Российской Федерации на дату заключения договора страхования, а также, если договором страхования не предусмотрено иное, заболеваниями, включенными в указанный перечень в течение срока страхования, указанного в договоре страхования, событиями, что могут являть собой чрезвычайную ситуацию в системе здравоохранения, могут привести к возникновению чрезвычайной ситуации в области санитарно-



- эпидемиологического благополучия населения, требующими проведения мероприятий по санитарной охране территории, введения государственных / территориальных карантинных мероприятий, возникновению эпидемии и пандемии, а также осложнениями и последствиями таких заболеваний;
- 4.4.1.8.** полученных в Медицинских организациях, не предусмотренных в Договоре страхования, если это обращение не было согласовано и/или организовано Страховщиком.
- 4.4.1.9.** в связи с событиями, произошедшими за рамками срока действия страхования:
- до вступления Договора страхования в силу (в т.ч., до окончания Выжидательного периода если он предусмотрен и применяется согласно п. 4.6 настоящих Правил, а также, в случае экстренной или плановой госпитализации, начавшейся до начала срока страхования и завершившейся в период срока действия Договора страхования)
  - после окончания срока действия страхования (за исключением случаев, указанных в п.4.3.1.1 – 4.3.1.3 настоящих Правил).
- 4.4.1.10.** в связи с заболеваниями и состояниями (проблемами), которые не входят в перечень и не определены в действующей на момент обращения «Международной классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем<sup>2</sup>».
- 4.4.2.** Не признается Страховым случаем обращение Застрахованного за получением Медицинской и Лекарственной помощи и Иных услуг, вызванное:
- 4.4.2.1.** воздействием ядерного взрыва, радиации или радиоактивного заражения;
- 4.4.2.2.** военными действиями, маневрами или иными военными мероприятиями, актами терроризма;
- 4.4.2.3.** гражданской войной, народными волнениями всякого рода или забастовками;
- 4.4.2.4.** стихийными бедствиями.
- 4.4.3.** Не признаются Страховым случаем и не оплачиваются Страховщиком расходы, возникшие вследствие:
- 4.4.3.1.** повторного выполнения исследований для плановой госпитализации, не состоявшейся по инициативе Застрахованного;
- 4.4.4.** Не признается Страховым случаем обращение Застрахованного за получением Медицинской помощи, оказываемой с применением авторских методик, в том числе являющихся по характеру экспериментальными или исследовательскими<sup>3</sup>, если это не предусмотрено Договором и Программой / Вариантом страхования.
- 4.4.5.** Не признается страховым случаем событие, связанное с обращением Застрахованного за возмещением Медицинской и Лекарственной помощи и Иных услуг, которые ранее были оплачены Страховщиком.
- 4.5.** При заключении договора страхования Страхователь и Страховщик могут договориться об изменении, дополнении или исключении отдельных положений, предусмотренных п. 4.4. настоящих Правил, если это не противоречит действующему законодательству Российской Федерации, в частности, в договор страхования могут включаться не противоречащие законодательству Российской Федерации исключения из страхования, установленные требованиями к условиям договоров, заключаемых по итогам конкурсных процедур.
- 4.6.** В Договоре страхования может быть установлен **Выжидательный период** (Период ожидания / Временная франшиза) - промежуток времени, в течение которого обращение Застрахованного за Медицинской и Лекарственной помощью и Иными услугами не

---

<sup>2</sup> На момент утверждения настоящих Правил действует МКБ-10 – 10-го пересмотра, принятая 43-й Всемирной Ассамблеей здравоохранения.

<sup>3</sup> Не прошедшими клинических испытаний, не утвержденными и не зарегистрированными в Государственном реестре новых медицинских технологий.

рассматривается в качестве Страхового случая. При таком условии событие, предусмотренное Договором страхования, свершившееся только после истечения Выжидательного периода, может быть рассмотрено в качестве Страхового случая, если Договором страхования прямо не предусмотрено иное.

## 5. СТРАХОВАЯ СУММА

- 5.1. Страховой суммой** является определенная Договором страхования денежная сумма, исходя из которой устанавливаются размер Страховой премии (Страховых взносов), и в пределах которой Страховщик обязуется при наступлении Страхового случая (страховых случаев), в предусмотренном Договором страхования порядке, произвести Страховую выплату.
- 5.2.** Страховая сумма по Договору страхования устанавливается исходя из предполагаемого объема Медицинской и Лекарственной помощи и Иных услуг, предусмотренных Договором и Программой / Вариантом страхования. Страховая сумма устанавливается по соглашению сторон для каждого Застрахованного.
- 5.3.** Страховая сумма по Договору может быть агрегатной или неагрегатной. Агрегатная Страховая сумма – денежная сумма, в пределах которой Страховщик обязуется произвести Страховую выплату по всем Страховым случаям, произошедшим в период действия страхового покрытия. Агрегатная Страховая сумма уменьшается на сумму произведенных Страховщиком в период действия Договора Страховых выплат. Неагрегатная Страховая сумма – денежная сумма, в пределах которой Страховщик обязуется произвести Страховую выплату по каждому Страховому случаю (независимо от их числа), произошедшему в период действия страхового покрытия. Неагрегатная Страховая сумма по Договору не уменьшается на сумму произведенных в период действия Договора Страховых выплат. Если Договором страхования не предусмотрено иное, то Страховая сумма в отношении каждого Застрахованного является агрегатной.
- 5.4.** Страховая сумма может определяться по всей Программе / Варианту в целом или совокупности Программ, либо по отдельным заболеваниям (состояниям), отдельным видам Медицинской помощи в т.ч. Медицинским услугам, Лекарственному обеспечению или их различной совокупности, по каждому Страховому случаю или по всем Страховым случаям суммарно.
- 5.5.** В соответствии с факторами риска Страховщик вправе устанавливать ограничения на размеры страховых сумм и сочетания страховых рисков в Договоре страхования, вводить дополнительные исключения (например, в отношении причин страховых случаев).
- 5.6.** В Договоре страхования может быть установлена Франшиза. В этом случае определение размера Страховой выплаты производится с учетом порядка установления франшизы, предусмотренного Договором страхования.
- 5.6.1. Франшиза** – часть убытков, которая определена Договором страхования, которая не подлежит возмещению Страховщиком Страхователю или Застрахованному, интерес которого застрахован в соответствии с условиями Договора страхования. Обязательства по оплате Франшизы возникают у Застрахованного лица перед Страховщиком при наступлении Страхового случая. Сумма убытка определяется стоимостью оказанных Медицинских, Фармацевтических и/или Иных услуг, предусмотренных Договором страхования, в соответствии с Прейскурантом цен Медицинской, Фармацевтической и/или Иной организации.
- 5.6.2.** Франшиза может устанавливаться в фиксированной денежной сумме (абсолютная франшиза) или в процентах от Страховой выплаты или Страховой суммы (относительная франшиза).
- 5.6.3.** Размер Франшизы и порядок её уплаты Страхователем (Застрахованным) либо удержания суммы франшизы Страховщиком определяется в Договоре, Программе/Варианте страхования.
- 5.6.4.** Франшиза может быть «Безусловной» и «Условной».

**5.6.4.1. Безусловная франшиза** предусматривает уменьшение размера Страховой выплаты по каждому Страховому случаю на размер установленной Безусловной франшизы.

**5.6.4.1.1.** Договором, Программой/Вариантом страхования может быть предусмотрено, что при установлении Безусловной франшизы Страховщик оплачивает Медицинскую помощь, Лекарственную помощь и Иные услуги, согласно счетам Медицинской, Фармацевтической, Иной организации и/или Сервисной компании в полном объеме с последующим возмещением Страхователем (Застрахованным лицом) Страховщику той части оплаты Медицинской помощи, Лекарственной помощи и Иных услуг, которая соответствует Безусловной франшизе установленной Договором страхования.

**5.6.4.1.2.** Договором, Программой/Вариантом страхования может быть предусмотрено, что при установлении Безусловной франшизы Страхователь (Застрахованный) оплачивает Медицинскую помощь, Лекарственную помощь и Иные услуги, в размере Безусловной франшизы, установленной Договором страхования, непосредственно Медицинской, Фармацевтической или Иной организации, а Страховщик оплачивает оставшуюся часть Страховой выплаты за соответствующую Медицинскую помощь, Лекарственную помощь и Иные услуги, согласно счетам Медицинской, Фармацевтической, Иной организации и/или Сервисной компании.

**5.6.4.1.3.** Если Договором, Программой/Вариантом страхования предусмотрена Безусловная франшиза, то Страховое возмещение, по Заявлению на страховую выплату, производится за вычетом размера установленной Безусловной франшизы из общей суммы расходов Страхователя (Застрахованного) на Медицинскую, Лекарственную помощь и Иные услуги, рассчитанной в соответствии с Программой/Вариантом и Договором страхования.

**5.6.4.2. Условная франшиза** предусматривает, что Страховщик освобождается от обязанности произвести Страховую выплату, не превышающую или равную размеру Условной франшизы, но если размер выплаты превышает установленную Условную франшизу, то при расчете размера Страховой выплаты Условная франшиза не учитывается.

**5.6.4.3.** Франшиза, указанная в Договоре страхования, по умолчанию является Безусловной, если Договором страхования прямо не предусмотрено иное.

**5.6.5.** Франшиза может быть установлена по Договору, по Программе/Варианту, по одному Риску или по комбинации Рисков, по определенной Медицинской, Фармацевтической или Иной организации.

**5.6.6.** Если Договором, Программой/Вариантом страхования не предусмотрено иное, то для получения Медицинской помощи в Медицинских, Фармацевтических и Иных организациях, по Программе страхования с Франшизой, необходимо предварительно зарегистрироваться в Личном кабинете, принять предложение (Оферту) «Соглашение о порядке оплаты франшизы», размещенную на официальном сайте Страховщика в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет», а также в мобильном приложении и активировать Франшизу, привязав банковскую карту или внеся обеспечительный платеж.

## **6. СТРАХОВОЙ ТАРИФ, СТРАХОВАЯ ПРЕМИЯ (СТРАХОВЫЕ ВЗНОСЫ)**

**6.1. 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. Базовый Страховой тариф определяется Страховщиком, согласно методике расчета тарифной ставки, утвержденной Страховщиком.

На основании Базовых тарифов Страховщик рассчитывает конкретный размер Страхового тарифа для определенного Договора страхования с учетом факторов риска, влияющих на вероятность наступления Страхового случая и размера возможных убытков. Для этого Страховщик применяет к Базовым тарифам Коэффициенты по факторам риска (путем умножения Базового тарифа на Коэффициенты, применимые для заключаемого Договора страхования):

1. ценовая категория и иные характеристики лечебно-профилактического учреждения;
2. возраст, пол лица, принимаемого на страхование;
3. общее количество лиц, принимаемых на страхование;

4. территориальный коэффициент;
5. гражданство лица, принимаемого на страхование;
6. срок действия Договора страхования;
7. объем Медицинской помощи, Лекарственной помощи и Иных услуг, предусмотренный Договором и Программой / Вариантом страхования;
8. наличие, размер и условия применения Франшизы по Договору страхования;
9. профессия и род деятельности принимаемых на страхование;
10. индивидуальный поправочный коэффициент, определяемый андеррайтером Страховщика на основе индивидуальной оценки риска, с учетом предшествующей убыточности, специфических особенностей Программы / Варианта страхования, результатов медицинского анкетирования и/или медицинского обследования (медицинского освидетельствования) лица, принимаемого на страхование. Для оценки факторов риска, влияющих на Страховой тариф, Страховщик вправе предложить Страхователю (Застрахованному) заполнить заявление на страхование, декларацию о состоянии здоровья и/или медицинскую анкету, а также указать сведения об обстоятельствах, имеющих существенное значение для определения вероятности наступления Страхового случая и размера возможных убытков от его наступления. Сведения, указанные в заявлении на страхование или в медицинских анкетах, могут быть заполнены Страховщиком со слов Страхователя (Застрахованного), при условии, что соответствие указанных сведений действительности подтверждается подписью Страхователя (Застрахованного) (в том числе электронной подписью) или иным действием, позволяющим зафиксировать факт подтверждения (оплатой Страховой премии (Страхового взноса)). В случае необходимости (при возникновении сомнений в достоверности), для уточнения указанных данных, Страховщик имеет право направить страхуемое лицо на медицинское обследование;
11. иные коэффициенты, предусмотренные методикой расчета тарифной ставки Страховщика, действующей на момент заключения Договора.

**6.2. Страховая премия** - плата за страхование, которую Страхователь обязан уплатить Страховщику в порядке и в сроки, установленные Договором страхования.

Страховая премия рассчитывается путём умножения Страховой суммы на Страховой тариф, рассчитанный с учетом Коэффициентов по факторам риска.

Страховая премия определяется в соответствии с тарифными ставками, определенными на основании базовых страховых тарифов, с применением коэффициентов, учитывающих факторы, влияющие на степень риска, а также другие Условия страхования.

**6.3. Страховой взнос** – часть Страховой премии при ее уплате в рассрочку.

**6.4.** Договором страхования может быть предусмотрено, что Страховая премия уплачивается единовременным платежом и/или в рассрочку путем наличных или безналичных расчетов. Порядок уплаты страховых взносов (ежемесячно, ежеквартально, по полугодиям, пропорционально, не пропорционально) определяется в Договоре страхования.

**6.5.** Денежные обязательства сторон по Договору страхования (Страховые суммы, Страховые премии, Страховые выплаты) устанавливаются в валюте Российской Федерации (Рубли), если Договором страхования не установлено иное.

По соглашению сторон в Договоре страхования Страховая сумма и Страховая премия могут быть указаны в иностранной валюте, эквивалентом которой является соответствующая сумма в рублях (далее – страхование в валютном эквиваленте).

При этом денежное обязательство подлежит оплате в рублях в сумме, эквивалентной определенной сумме в иностранной валюте по курсу Центрального банка Российской Федерации, установленному на дату осуществления платежа, если иное не предусмотрено Договором страхования.

Если по Договору с валютным эквивалентом происходит возврат Страховой премии (части Страховой премии), по причине признания Договора не состоявшимся, досрочного прекращения и т.д., возврат Страховой премии (или ее части) осуществляется в рублях по курсу Центрального банка РФ, установленному для соответствующей валюты на дату уплаты Страхователем Страховой премии/Страховых взносов, подлежащих возврату, если иное не предусмотрено Договором страхования.

## 7. ДОГОВОР СТРАХОВАНИЯ, ПОРЯДОК ЕГО ЗАКЛЮЧЕНИЯ И ИСПОЛНЕНИЯ

**7.1. Договор страхования / Полис страхования** - соглашение между Страхователем и Страховщиком, в соответствии с которым последний обязуется организовать и/или финансировать предоставление Застрахованным лицам Медицинской помощи, Лекарственной помощи и Иных услуг в объеме, определенном Программой / Вариантом страхования, а Страхователь обязуется своевременно уплатить Страховую премию в установленном Договором страхования размере и порядке оплаты.

Типовые формы Договора и Полиса определяются Страховщиком.

**7.2.** Страховщик на основании настоящих Правил заключает Договоры индивидуального добровольного медицинского страхования и коллективного добровольного медицинского страхования.

**7.3.** Договор страхования (включая приложения и дополнительные соглашения) заключается:  
- в письменной форме в соответствии с требованиями действующего законодательства Российской Федерации, на основании письменного или устного заявления Страхователя, а также документов и сведений, необходимых в соответствии с требованиями действующего законодательства Российской Федерации для идентификации лиц, указываемых в Договоре страхования.

- в электронном виде – в форме электронного документа, оформленного с использованием официального Сайта или Мобильного приложения Страховщика, страхового агента, страхового брокера в информационно-коммуникационной сети «Интернет», в порядке, установленном законодательством Российской Федерации.

**7.4.** Заявление, и все иные документы, необходимые для заключения Договора, предоставленные в письменной или в электронной форме, становятся неотъемлемой частью Договора страхования. Форма Заявления определяется Страховщиком.

**7.5.** Страхователь несет ответственность за достоверность и полноту сообщаемых им сведений.

**7.6.** Независимо от того в письменном или в электронном виде заключается Договор, Страхователь предоставляет Страховщику:

**7.6.1.** Страхователи - физические лица предъявляют Страховщику следующие документы и информацию:

- фамилия, имя и отчество (при наличии) Страхователя, дата и место его рождения, гражданство/второе гражданство (при наличии), адрес постоянной регистрации и адрес фактического проживания, личный мобильный номер телефона, адрес электронной почты;  
- реквизиты документа, удостоверяющего личность: наименование документа, серия, номер и дата выдачи паспорта, название органа и код подразделения, выдавшего документ;

- ИНН (при наличии);

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

- номер полиса обязательного медицинского страхования (при наличии);

- конечный бенефициарный владелец;

- источник происхождения денежных средств и иного имущества;

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

- список принимаемых на страхование лиц с указанием сведений о них в объеме, предусмотренном для Страхователя – физического лица (п.7.6.1. Правил), индивидуальный адрес электронной почты Застрахованного лица;
  - согласие на обработку персональных данных, для целей заключения и исполнения Договора страхования;
  - Программа страхования;
  - период страхования/срок действия Договора страхования;
- 7.6.1.1.** Дополнительно в отношении иностранных граждан и лиц без гражданства, находящихся на территории РФ:
- 7.6.1.1.1.** для временно пребывающих - виза и миграционная карта:
- данные визы и миграционной карты (в случае если необходимость наличия миграционной карты предусмотрена законодательством Российской Федерации):
  - номер визы;
  - номер карты;
  - дата начала срока пребывания в РФ;
  - дата окончания срока пребывания в РФ;
- 7.6.1.1.2.** для временно проживающих - разрешение на временное проживание;
- 7.6.1.1.3.** для постоянно проживающих - вид на жительство;
- 7.6.1.1.4.** для беженцев - удостоверение беженца;
- 7.6.1.1.5.** для вынужденных переселенцев – удостоверение вынужденного переселенца;
- данные документа, подтверждающего право иностранного гражданина или лица без гражданства на пребывание (проживание) в Российской Федерации (если наличие указанных данных предусмотрено законодательством Российской Федерации):
  - серия (если имеется) и номер документа;
  - дата начала срока действия права пребывания (проживания);
  - дата окончания срока действия права пребывания (проживания);
- 7.6.2.** Страхователи - индивидуальные предприниматели предъявляют Страховщику следующие документы и информацию:
- фамилия, имя и отчество (при наличии) Страхователя, дата и место его рождения, гражданство, адрес постоянной регистрации и адрес фактического проживания, номер личного мобильного телефона, адрес электронной почты;
  - реквизиты документа, удостоверяющего личность: наименование документа, серия, номер и дата выдачи паспорта, название органа и код подразделения, выдавшего документ;
  - ИНН (при наличии);
  - информация о страховом номере индивидуального лицевого счета застрахованного лица в системе обязательного пенсионного страхования (при наличии) - СНИЛС;
  - отношение к иностранному публичному должностному лицу, должностному лицу публичных международных организаций, а также лицам, замещающим (занимающим) государственные должности РФ, должности членов Совета директоров Центрального банка РФ, должности федеральной государственной службы, назначение на которые и освобождение от которых осуществляются Президентом РФ или Правительством РФ, должности в Центральном банке РФ, государственных корпорациях и иных организациях, созданных РФ на основании федеральных законов, включенные в перечни должностей, определяемые Президентом РФ; должность Страхователя в перечисленных выше организациях и адрес работодателя; степень родства либо статус к указанным в данном абзаце лицам;
  - основной государственный регистрационный номер Страхователя (ОГРНИП);
  - место государственной регистрации Страхователя;
  - список принимаемых на страхование лиц с указанием сведений о них в объеме, предусмотренном для Страхователя – физического лица (п.7.6.1. Правил), индивидуальный адрес электронной почты Застрахованного лица;
  - Программа страхования;
  - период страхования/срок действия Договора страхования;
  - контактное лицо - фамилия, имя, отчество, личный мобильный номер телефона, адрес электронной почты.
- 7.6.3.** Страхователи - юридические лица предъявляют Страховщику следующие документы и информацию:
- наименование организации с указанием организационно-правовой формы и страны

- регистрации;
- ИНН или код иностранной организации Страхователя;
  - юридический адрес (адрес места нахождения);
  - фактический адрес;
  - номер телефона, факса, других средств связи;
  - адрес электронной почты;
  - основной государственный регистрационный номер согласно свидетельству о государственной регистрации юридического лица либо свидетельству о внесении записи в единый государственный реестр юридических лиц - для юридических лиц, зарегистрированных в соответствии с законодательством Российской Федерации;
  - место государственной регистрации;
  - 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;
  - 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 одним процентом акций (долей) юридического лица;
  - банковский идентификационный код - для кредитных организаций - резидентов;
  - коды ОКПО, ОКАТО (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 бенефициарных владельцах Страхователя в объеме сведений, предусмотренных для Страхователя – физического лица (п. 7.6.1 Правил);
  - список принимаемых на страхование лиц с указанием сведений о них в объеме, предусмотренном для Страхователя – физического лица (п.7.6.1. Правил), индивидуальный адрес электронной почты Застрахованного лица;
  - Программа страхования;
  - Период страхования/срок действия Договора страхования;
  - контактное лицо - фамилия, имя, отчество, личный мобильный номер телефона, адрес электронной почты.

#### **7.6.4. Страхователь - иностранная структура без образования юридического лица:**

- наименование, фирменное наименование на русском языке (полное и (или) сокращенное) и (или) на иностранных языках (при наличии);
- регистрационный номер (номера), присвоенный иностранной структуре без образования юридического лица в государстве (на территории) ее регистрации (инкорпорации) при регистрации (инкорпорации) (при наличии);
- код (коды) иностранной структуры без образования юридического лица в государстве (на территории) ее регистрации (инкорпорации) в качестве налогоплательщика (или их аналоги) (при наличии);
- место государственной регистрации (местонахождение);
- место ведения основной деятельности;
- структура и персональный состав органов управления иностранной структуры без образования юридического лица (при наличии);
- состав имущества, находящегося в управлении (собственности),
- сведения об учредителях и доверительном собственнике (управляющем) в объеме сведений, предусмотренных для Страхователя – физического лица (п. 7.6.1 Правил) (при наличии) - для трастов и иных иностранных структур без образования юридического лица с аналогичной структурой или функцией;
- сведения о бенефициарных владельцах Страхователя в объеме сведений, предусмотренных для Страхователя – физического лица (п. 7.6.1 Правил);
- список принимаемых на страхование лиц в объеме сведений, предусмотренных для Страхователя – физического лица (п. 7.6.1 Правил), индивидуальный адрес электронной почты Застрахованного лица;
- Программа страхования;
- Период страхования/срок действия Договора страхования;
- контактное лицо - фамилия, имя, отчество, личный мобильный номер телефона, адрес

электронной почты.

- 7.6.5.** Дополнительно, Страховщик может потребовать для всех категорий Страхователей:
- документ, удостоверяющий полномочия представителя Страхователя, доверенность или иной документ, свидетельствующий о наличии и объеме полномочий представителя Страхователя (наименование, дата выдачи, срок действия, номер документа, на котором основаны полномочия);
  - сведения о представителе Страхователя в объеме сведений, предусмотренных для Страхователя – физического лица (п. 7.6.1 Правил);
  - сведения о выгодоприобретателях в объеме сведений, предусмотренных для Страхователя физического лица (п. 7.6.1 Правил), юридического лица (п. 7.6.3 Правил), иностранной структуры без образования юридического лица (п. 7.6.4 Правил);
  - сведения о финансовом положении, деловой репутации, целях финансово-хозяйственной деятельности; об источниках происхождения денежных средств и (или) иного имущества.
- 7.7.** Документы должны быть предоставлены исключительно на русском языке либо с переводом на русский язык. Документы, указанные в п. 7.6. и выданные (оформленные) за границей РФ принимаются к рассмотрению при условии признания их легитимности на территории РФ (при наличии апостиля, легализации и т.д.). Перевод документов и их легализация осуществляются за счет Страхователя.
- 7.8.** Страховщик вправе сократить указанный в п. 7.6. Правил перечень документов и сведений.
- 7.9.** До заключения Договора страхования, с целью оценки Страховых рисков, Страховщик вправе произвести обследование (медицинское освидетельствование) лиц, принимаемых на страхование, для оценки фактического состояния их здоровья в соответствии с п. 2 статьи 945 Гражданского кодекса Российской Федерации или потребовать заполнения Страхователем Медицинской анкеты/Декларации о состоянии здоровья по установленной Страховщиком форме, предоставить медицинскую документацию (выписки, справки и аналогичные документы) подтверждающую информацию и сведения, указанные в Медицинской анкете/Декларации о состоянии здоровья. Обследование осуществляется за счет Страховщика и в Медицинской организации по выбору Страховщика. Отказ Страхователя (заявляемого на страхование лица) от заполнения Анкеты/Декларации или от прохождения обследования считается отказом Страхователя (заявляемого на страхование лица) от заключения Договора страхования в отношении страхуемого лица.
- 7.9.1.** О необходимости прохождения медицинского обследования (медицинского освидетельствования) Страховщик письменно уведомляет Страхователя (заявляемое на страхование лицо) при обращении Страхователя к Страховщику с заявлением о заключении Договора страхования. В случае если Страховщик потребовал прохождения медицинского обследования для оценки страхового риска, Договор страхования может быть заключен только после исполнения Страхователем (заявляемым на страхование лицом) указанных требований.
- Прохождение медицинского обследования может потребоваться в случаях:
- наличия отягощенного анамнеза;
  - наличия хронических заболеваний;
  - наличия отклонений от референсных значений в предоставленных анализах;
  - наличия заболеваний на момент заключения договора страхования;
  - наличия группы инвалидности;
  - если принимаемое на страхование лицо старше 60 лет;
  - если страховая сумма более 10 000 000 рублей на одно Застрахованное лицо;
  - в иных случаях, предусмотренных настоящими Правилами, Договором и Программой страхования.
- Дата, время и место, а также порядок проведения обследования согласовываются с лицом, принимаемым на страхование.
- 7.9.2.** Договор страхования может заключаться без медицинского обследования лица принимаемого на страхование. Заключение Договора страхования без обследования и/или медицинского освидетельствования принимаемого на страхование лица не освобождает Страхователя от обязанности сообщать достоверные данные о состоянии здоровья лица, принимаемого на страхование, и не лишает Страховщика права на оспаривание Договора



страхования при выявлении факта сообщения заведомо ложных сведений о состоянии здоровья Застрахованного лица.

**7.10.** Если после заключения Договора страхования будет установлено, что Страхователь сообщил Страховщику заведомо ложные сведения, существенно влияющие на оценку риска, Страховщик вправе потребовать признания Договора недействительным и применения последствий, предусмотренных п.2 ст.179 Гражданского кодекса Российской Федерации.

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

**7.11.** Для заключения Договора страхования в форме электронного документа, с использованием Сайта или Мобильного приложения Страховщика, страхового агента, страхового брокера в сети Интернет, Страхователь направляет Страховщику Заявление на страхование и, если предусмотрено Страховщиком, Медицинскую анкету/Декларацию о состоянии здоровья в электронном виде, путем заполнения полей формы на специально сделанных для этой цели страницах Сайта или Мобильного приложения Страховщика, страхового агента, страхового брокера.

Документы, необходимые для заключения Договора страхования (п. 7.6 Правил), предоставляются Страхователем путем размещения электронных документов или электронных копий этих документов на специальных страницах Сайта или Мобильного приложения Страховщика, страхового агента, страхового брокера, созданных для целей направления информации Страховщику в электронной форме, электронных документов или электронных копий документов, в том числе в Личном кабинете Страхователя (при заключении Договора страхования в форме электронного документа с использованием Личного кабинета Страхователя).

**7.12.** Заключая Договор страхования в форме электронного или бумажного документа Страхователь гарантирует Страховщику наличие согласия Застрахованных лиц на обработку Страховщиком их персональных данных, в том числе специальных категорий персональных данных (включая данные о здоровье), включая право на передачу указанных данных медицинской организацией в адрес Страховщика. При заключении Договора в электронном виде Согласие Страхователя (Застрахованного) на обработку персональных данных, в том числе специальных категорий персональных данных (включая данные о здоровье), оформляется путем заполнения полей соответствующих форм на Сайте или в Мобильном приложении Страховщика, страхового агента, страхового брокера.

В случае, если Договор страхования заключается со Страхователем Юридическим лицом, то необходима последующая передача оригинала Согласия, собственноручно подписанного Застрахованным лицом, в адрес Страховщика любым доступным Страхователю способом в разумный срок, но не более 30 календарных дней с даты заключения Договора страхования, включая, но не ограничиваясь, почтовым отправлением, нарочным, если иной порядок передачи оригинала подписанного Согласия не предусмотрен Договором страхования.

В случае заключения Договора страхования со страхователем Физическим лицом последующая передача оригинала Согласия, собственноручно подписанного Застрахованным лицом, в адрес Страховщика не требуется.

**7.13.** При заключении Договора страхования в форме электронного документа, Страховщик предоставляет Страхователю Правила, Программы, Варианты, Условия страхования, и прочие документы, являющиеся неотъемлемой частью Договора страхования, в электронном виде. Страхователь подтверждает, что с указанными документами ознакомился и согласен, путем проставления специальных отметок (подтверждений) в электронной форме на Сайте, в Личном кабинете или в Мобильном приложении Страховщика, страхового агента, страхового брокера.

**7.14.** При заключении Договора страхования в форме электронного документа Страхователь, уплачивает Страховую премию (Страховой взнос) после ознакомления с настоящими Правилами и условиями Договора страхования, Программой/Вариантом страхования и стоимостью Договора страхования (Страховая премия), тем самым подтверждая, в

соответствии со ст. 6.1 Закона РФ «Об организации страхового дела в Российской Федерации» № 4015-1 от 27.11.1992, свое согласие заключить этот Договор страхования на предложенных Страховщиком Условиях.

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

- 7.15.** Страхователи, являющиеся физическими лицами, могут использовать при заключении Договора страхования в электронном виде, как простую электронную подпись, так и усиленную (квалифицированную и неквалифицированную) электронную подпись.
- 7.16.** Страхователи, являющиеся юридическими лицами, имеют право подписывать Договор страхования только с применением усиленной квалифицированной электронной подписи.
- 7.17.** Страховщик использует для подписания Договора страхования, заключаемого в электронном виде, усиленную квалифицированную электронную подпись. В соответствии с п. 1 ст. 6 Федерального закона № 63-ФЗ от 06.04.2011 «Об электронной подписи», также п. 4 ст. 6.1 Закона РФ «Об организации страхового дела в Российской Федерации» № 4015-1 от 27.11.1992, договор страхования (полис), составленный в виде электронного документа, подписанный усиленной квалифицированной электронной подписью Страховщика, признается Сторонами электронным документом, равнозначным договору страхования на бумажном носителе, подписанному собственноручной подписью полномочного представителя АО «Зетта Страхование».
- 7.18.** Договором страхования может быть предусмотрено размещение электронной формы Полиса страхования, Правил, Условий Договора страхования, Программ, Вариантов, списка контактов Медицинских, Фармацевтических и Иных организаций, предусмотренных Договором и Программой / Вариантом страхования, а также контактов Сервисной компании, в Личном кабинете Страхователя и Застрахованного лица.
- 7.19.** При заключении Договора страхования между Страховщиком и Страхователем может быть достигнуто соглашение об использовании сторонами факсимильного воспроизведения подписи с помощью средств механического или иного копирования, электронной подписи или иного аналога собственноручной подписи в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.
- 7.20.** Договор страхования может быть заключен путем составления одного документа (пункт 2 статьи 940 Гражданского кодекса Российской Федерации) либо вручения Страховщиком Страхователю на основании его письменного или устного заявления Страхового полиса (свидетельства, сертификата, квитанции), подписанного Страховщиком.
- 7.21.** Договор страхования, заключенный со Страхователем - юридическим лицом, заключается путем составления одного документа, подписанного сторонами Договора страхования в отношении всех Застрахованных с приложением Списка Застрахованных. При этом по требованию Страхователя Страховщик выдаёт индивидуальные Полисы страхования на каждого Застрахованного.
- 7.22.** В случае изменения списка Застрахованных лиц Страхователь представляет Страховщику сведения, предусмотренные настоящими Правилами о каждом Застрахованном лице, включаемом в список Застрахованных лиц, и дополнительно уплачивает соответствующую Страховую премию (Страховой взнос) за период с момента включения указанных лиц в список Застрахованных лиц до окончания срока действия Договора страхования в соответствии с условиями Договора страхования.
- 7.23.** После заключения Договора страхования Страховщик по требованию Страхователя передаёт Застрахованному именной документ без права передачи третьим лицам, удостоверяющий заключение Договора страхования в пользу Застрахованного лица – индивидуальный Полис страхования (Страховой сертификат), а также различные информационные документы: страховую карточку, памятку, инструкцию и т.п.

- 7.23.1.** Индивидуальный Полис страхования для лиц, исключаемых из списка Застрахованных, аннулируется с даты исключения данного лица из Списка Застрахованных и не может быть далее использован для получения услуг.
- 7.24.** При утрате Договора страхования, Полиса страхования, индивидуального Полиса страхования, пропуска в Медицинскую или Иную организацию Страхователь (Застрахованный) должен незамедлительно известить об этом Страховщика. Взамен утерянных документов Страхователю (Застрахованным) выдаются дубликаты.
- 7.25.** Список Застрахованных лиц с указанием сведений, необходимых для идентификации, в соответствии с требованием действующего законодательства Российской Федерации, Программы/Варианты страхования, Правила, Условия, список контактов Медицинских, Фармацевтических и Иных организаций, предусмотренных Договором и Программами страхования, а также контакты Сервисной компании прилагаются к Договору страхования (Полису страхования) или излагаются в одном документе с ним.
- 7.26.** Договор страхования считается заключенным на основании настоящих Правил в том случае, если в Договоре страхования прямо указывается на их применение.
- 7.26.1.** При заключении Договора страхования на Условиях настоящих Правил, эти Условия становятся неотъемлемой частью Договора страхования и являются обязательными к исполнению Страхователем, Страховщиком и Застрахованным.
- 7.26.2.** Если в Договоре страхования (Полисе страхования) имеется ссылка на документ, в котором изложены Условия страхования (полностью или частично), то данные Условия должны быть изложены в Договоре страхования (Полисе страхования) либо на его оборотной стороне, либо приложены к Договору страхования, как его неотъемлемая часть, либо Договор должен содержать ссылку на адрес размещения таких Условий на Сайте Страховщика, в Личном кабинете или в Мобильном приложении Страховщика, страхового агента, страхового брокера в сети Интернет, либо Страхователь должен быть проинформирован о таких Условиях путем направления файла, содержащего текст данного документа на указанный Страхователем адрес электронной почты или путём вручения Страхователю электронного носителя информации, на котором размещён файл, содержащий текст данного документа.
- 7.26.3.** В случае если документ, в котором изложены Условия страхования был представлен Страхователю без вручения текста на бумажном носителе, Страховщик обязан по требованию Страхователя выдать ему текст указанного документа на бумажном носителе.
- 7.27.** Вручение Страхователю при заключении Договора Правил страхования удостоверяется записью в Договоре страхования (Полисе страхования). При заключении договора страхования в форме электронного документа факт ознакомления Страхователя с условиями страхования может подтверждаться, в том числе специальными отметками (подтверждениями), проставляемыми Страхователем в электронном виде на Сайте Страховщика, в Личном кабинете или в Мобильном приложении Страховщика, страхового агента, страхового брокера в сети Интернет.
- 7.28.** В случаях, не противоречащих законодательству Российской Федерации, Страхователь и Страховщик могут договориться об изменении, дополнении или исключении отдельных положений настоящих Правил при заключении Договора страхования. При наличии противоречий между положениями Договора страхования и настоящих Правил преимущественную силу имеют положения, содержащиеся в Договоре.
- 7.29.** Договор страхования заключается сроком на один календарный год, если условиями Договора не предусмотрено иное.
- 7.30.** Период действия Договора страхования - период времени, определенный Договором страхования, в течение которого на Застрахованное лицо распространяется действие страхования (страховой защиты).

## 8. ПОРЯДОК ПРЕКРАЩЕНИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ

**8.1.** Договор страхования прекращается в случае:

**8.1.1.** истечения срока его действия;

**8.1.2.** если возможность наступления Страхового случая отпала и существование Страхового риска прекратилось по обстоятельствам иным, чем Страховой случай, в частности, в случае смерти Застрахованного лица. При страховании по коллективному договору страхования в этом случае прекращается страхование только в отношении умершего Застрахованного лица, за исключением случаев, когда Договором или Программой / Вариантом страхования предусмотрена услуга по репатриации тела Застрахованного лица в случае его смерти. В этом случае страхование в отношении умершего Застрахованного лица прекращается с момента доставки тела до ближайшего к его месту жительства международного аэропорта страны постоянного проживания, если Застрахованное лицо не являлось гражданином той страны, в которой произошла смерть, либо до ближайшего административного центра постоянного места жительства, если смерть Застрахованного лица произошла в стране, гражданином которой он являлся.

При прекращении Договора страхования в соответствии с п. 8.1.2 настоящих Правил в целом или прекращении страхования в отношении какого-либо Застрахованного лица, Страховщик возвращает Страхователю часть уплаченной Страховой премии пропорционально неистекшему сроку действия Договора страхования в отношении Застрахованного лица, возможность наступления Страхового случая по которому отпала и существование Страхового риска прекратилось по обстоятельствам иным, чем Страховой случай, в частности, в случае смерти Застрахованного лица.

**8.1.3.** исполнения Страховщиком обязательств перед Страхователем (Застрахованным) по Договору страхования в полном объеме.

При страховании по коллективному договору страхования в этом случае прекращается страхование только в отношении Застрахованного лица по страховому риску (рискам), по которому общий объем оказанной Медицинской, Лекарственной помощи и Иных услуг, предусмотренных Договором страхования, достиг величины Страховой суммы по данному страховому риску (рискам);

**8.1.4.** по соглашению сторон. Страхование может быть прекращено, в том числе, в отношении отдельных Застрахованных лиц по коллективному Договору страхования. При досрочном прекращении Договора страхования по соглашению сторон порядок взаиморасчетов определяется соглашением сторон;

**8.1.5.** в случае смерти Страхователя – физического лица, заключившего договор страхования в отношении другого лица (Застрахованного лица), права и обязанности, определённые этим Договором страхования, переходят к Застрахованному лицу с его согласия. При невозможности выполнения Застрахованным лицом обязанностей по Договору страхования, права и обязанности Страхователя, перешедшие к Застрахованному лицу, осуществляются лицами, несущими в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации обязанности по охране прав и законных интересов Застрахованного лица.

Если Застрахованное лицо или лицо, несущее в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации обязанности по охране прав и законных интересов Застрахованного лица, отказалось от перехода к нему прав и обязанностей Страхователя, Договор страхования прекращается.

Если Страховая премия по Договору страхования уплачена Страхователем полностью, договор страхования действует до даты его окончания, согласие Застрахованного лица на переход к нему прав и обязанностей Страхователя не требуется;

**8.1.6.** в других случаях, предусмотренных законодательными актами Российской Федерации или Договором страхования. При досрочном прекращении Договора страхования в данном случае порядок взаиморасчетов определяется действующим законодательством.

**8.2.** Страхователь вправе отказаться от Договора страхования в любое время, если к моменту отказа возможность наступления Страхового случая не отпала по обстоятельствам, указанным в п. 8.1.2 настоящих Правил.

**8.2.1.** При отказе Страхователя - юридического лица или индивидуального предпринимателя от Договора страхования уплаченная Страховая премия в соответствии со ст. 958 Гражданского кодекса Российской Федерации не подлежит возврату, если Договором

страхования не предусмотрено иное. При этом Договор страхования расторгается с даты, указанной в этом заявлении как дата расторжения Договора страхования, но не ранее даты получения от Страхователя письменного заявления.

В случае досрочного прекращения действия Договора страхования в части одного или нескольких Застрахованных лиц по инициативе Страхователя, неиспользованная Страховая премия за этих лиц возврату не подлежит, если иное не предусмотрено Договором страхования.

**8.2.2.** При отказе Страхователя - физического лица от Договора страхования по истечении 14 (четырнадцати) календарных дней со дня его заключения (Период охлаждения) (если иной срок не установлен Указанием Банка России от 20.11.2015 № 3854-У «О минимальных (стандартных) требованиях к условиям и порядку осуществления отдельных видов добровольного страхования» (далее - Указание № 3854-У) в редакции, действующей на дату заключения Договора страхования) уплаченная Страховая премия в соответствии со ст. 958 Гражданского кодекса Российской Федерации не подлежит возврату, если Договором страхования не предусмотрено иное.

При этом Договор страхования расторгается с даты, указанной в этом заявлении, как дата расторжения Договора страхования, но не ранее даты получения от Страхователя письменного заявления.

**8.2.3.** Если Страхователь - физическое лицо отказался от Договора страхования в течение 14 (четырнадцати) календарных дней со дня его заключения – **Период охлаждения** (если иной срок не установлен Указанием № 3854-У в редакции, действующей на дату заключения Договора страхования), независимо от момента уплаты Страховой премии, при отсутствии в данном периоде событий, имеющих признаки Страхового случая, Страхователь имеет право получить возврат уплаченной Страховой премии частично либо в полном объеме на следующих условиях:

– в случае если Страхователь отказался от Договора страхования в срок, установленный настоящим пунктом, и до даты возникновения обязательств Страховщика по Договору страхования (далее – дата начала действия страхования), уплаченная Страховая премия подлежит возврату Страховщиком Страхователю в полном объеме.

– в случае если Страхователь отказался от Договора страхования в срок, установленный настоящим пунктом, но после даты начала действия страхования, Страховщик при возврате уплаченной Страховой премии Страхователю вправе удержать ее часть пропорционально сроку действия Договора страхования, прошедшему с даты начала действия страхования до даты прекращения действия Договора страхования.

Возврат Страхователю страховой премии за не истекший период страхования производится по выбору Страхователя наличными деньгами или в безналичном порядке в течение 7 (семь) рабочих дней со дня получения письменного заявления Страхователя об отказе от Договора страхования в порядке, установленном настоящим пунктом. Страхователем в заявлении указываются полные реквизиты для перечисления денежных средств.

В случае, указанном в настоящем пункте, Договор страхования считается прекратившим свое действие с даты подачи Страхователем заявления об отказе от Договора страхования или иной даты, установленной по соглашению сторон, но не позднее срока, определенного в соответствии с настоящим пунктом.

**8.2.4.** при отказе Страхователя – физического лица от страхования в случае непредоставления Страховщиком информации о договоре страхования, предоставления неполной или недостоверной информации о договоре страхования в соответствии с требованиями Банка России .

**8.2.4.1.** При отказе от страхования в случае, указанном в п. 8.2.4. настоящих Правил, и при отсутствии событий, имеющих признаки страхового случая, Страховщик возвращает Страхователю страховую премию по данному страхованию за вычетом ее части, исчисляемой пропорционально времени, в течение которого действовало страхование, в срок, не превышающий 7 (семи) рабочих дней со дня получения Страховщиком письменного заявления Страхователя об отказе от страхования.

Действие страхования прекращается с даты получения Страховщиком письменного заявления Страхователя об отказе от страхования, если договором страхования или соглашением сторон к нему не предусмотрено иное.

**8.2.4.2.** Положения п. 8.2.4. настоящих Правил не применяются к договорам страхования, связанным с осуществлением предпринимательской деятельности, если иное не предусмотрено законодательными или нормативными актами.

**8.3.** В случае неуплаты или уплаты не в полном объеме Страховой премии (или Страхового взноса - при уплате Страховой премии в рассрочку)

**8.3.1.** Если иное не предусмотрено Договором страхования, в случае неуплаты Страхователем всей суммы страховой премии (при уплате страховой премии единовременно) или первого страхового взноса (при уплате страховой премии в рассрочку), или уплаты Страхователем страховой премии (первого страхового взноса) в размере меньшем, чем установлено Договором страхования, Договор страхования считается не вступившим в силу и Стороны не несут по нему обязательств.

**8.3.2.** Если иное не предусмотрено Договором страхования, в случае неуплаты Страхователем очередного страхового взноса (при уплате в рассрочку) в установленный Договором страхования срок или оплаты очередного страхового взноса в размере меньшем, чем установлено Договором страхования, Страховщик имеет право расторгнуть Договор страхования в одностороннем порядке, о чем письменно уведомляет Страхователя путем направления в адрес Страхователя соответствующего уведомления о прекращении Договора страхования. Денежные средства, оплаченные в размере меньшем, чем установлено Договором страхования для оплаты страховой премии (страхового взноса), а также оплаченные после даты, установленной в качестве даты оплаты страховой премии (страхового взноса), считаются ошибочно оплаченными и подлежат возврату лицу, оплатившему их. Возврат ошибочно оплаченных денежных средств осуществляется по письменному заявлению Страхователя в течение 15 (пятнадцати) рабочих дней с момента получения Страховщиком заявления Страхователя.

Дата досрочного прекращения Договора страхования указывается Страховщиком в уведомлении, Договор прекращается с 00 часов 00 минут даты, указанной в уведомлении, как дата прекращения Договора страхования, но не ранее даты получения данного уведомления Страхователем. Если дата прекращения не указана в уведомлении, то Договор страхования прекращается с 00 часов 00 минут тридцать первого календарного дня с даты получения уведомления Страхователем, если иное не предусмотрено Договором или уведомлением.

Датой получения уведомления является дата, указанная на почтовом штемпеле или в документе, подтверждающем передачу почтового отправления почтовой службой Страхователю, или дата вручения уведомления Страхователю при доставке нарочным.

При этом досрочное прекращение Договора страхования не освобождает Страхователя от обязанности уплатить часть Страховой премии за период действия Договора страхования до даты его досрочного прекращения.

**8.3.3.** В случае прекращения Договора страхования по причине, указанной в п.8.3. настоящих Правил, Страховщик уведомляет Медицинские, Фармацевтические, Иные организации и Сервисные компании о прекращении оказания медицинских и иных услуг по данному Договору страхования.

**8.4.** Если Договором страхования предусмотрен возврат части страховой премии в случае отказа Страхователя от договора страхования согласно п. 8.2.1., 8.2.2. возврат осуществляется исходя из фактически поступившей по Договору страхования страховой премии (страховых взносов), при этом возврату подлежит часть оплаченной страховой премии за не истекший период действия страхования за вычетом расходов Страховщика на ведение дел в размере, предусмотренном условиями Договора страхования. Договором страхования может быть установлен иной порядок расчета суммы возврата.

**8.5.** Для возврата и получения части Страховой премии при досрочном прекращении Договора страхования, в случаях, предусмотренных Договором страхования, Страхователь (его представитель) представляет Страховщику следующие документы:

- заявление Страхователя о досрочном прекращении Договора страхования, составленное в произвольной форме;
- документ, удостоверяющий личность Страхователя - физического лица;
- документ, удостоверяющий личность представителя Страхователя - юридического лица, и надлежащим образом оформленную доверенность, выданную представителю.

- 8.6.** Обязательства сторон в случае прекращения Договора страхования по соглашению сторон считаются прекращёнными с момента заключения соглашения сторон о прекращении Договора страхования, если иное не вытекает из соглашения.
- 8.7.** При наступлении Страхового случая до прекращения Договора страхования, по которому в срок предусмотренный этим Договором, не поступила Страховая премия (Страховой взнос) Страховщик несет ответственность по Договору страхования, и обязан произвести Страховую выплату в полном объёме. При этом сумма просроченной Страховой премии (просроченного Страхового взноса) может быть взыскана со Страхователя, в пользу Страховщика, в порядке, предусмотренном законодательством Российской Федерации.

## **9. УВЕЛИЧЕНИЕ СТРАХОВОГО РИСКА**

- 9.1.** В период действия Договора страхования Страхователь (Застрахованный) обязан незамедлительно сообщать Страховщику о ставших ему известными значительных изменениях в обстоятельствах, сообщенных Страховщику при заключении Договора, если эти изменения могут существенно повлиять на увеличение Страхового риска. Существенными признаются, во всяком случае, обстоятельства, определенно оговоренные Страховщиком в Договоре страхования (Полисе страхования), Заявлении на страхование, Медицинской анкете и в письменном запросе Страховщика. В том числе, к существенным изменениям относится первичное диагностирование (выявление) заболеваний (состояний), из числа указанных в п.2.1. и п.п. 4.4.1.7. настоящих Правил, а также иных заболеваний (состояний) предусмотренных Договором и Программой страхования, существенно влияющих на степень страхового риска. Указанные сведения являются существенными обстоятельствами, влияющими на степень страхового риска в целях ст. 944 и 959 ГК РФ, об изменении которых Страхователь (Застрахованное лицо) обязан, в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации, сообщить Страховщику.

Страховщик, уведомленный (Страхователем, Застрахованным, Медицинской организацией, иным лицом) об обстоятельствах, влекущих увеличение Страхового риска (заболевания и состояния, указанные в п.2.1 и п.п. 4.4.1.7. настоящих Правил, хронические заболевания, инвалидность, другие обстоятельства, если они указаны в Договоре страхования, анкете Страхователя/Застрахованного или медицинской документации, вправе потребовать изменения условий Договора страхования, Программы/Варианта страхования и/или потребовать от Страхователя уплаты дополнительной Страховой премии соразмерно увеличению риска.

- 9.2.** Если Страхователь (Застрахованный) возражает против изменения условий Договора страхования, Программы/Варианта страхования и/или доплаты Страховой премии, Страховщик вправе потребовать расторжения Договора страхования в соответствии с правилами, предусмотренными главой 29 ГК РФ. Если договор страхования является коллективным, то Страховщик вправе потребовать расторжения договора в отношении конкретного Застрахованного лица.
- 9.3.** При неисполнении Страхователем, либо Застрахованным, обязанности, предусмотренной пунктом 9.1. настоящих Правил, Страховщик вправе потребовать расторжения Договора страхования и возмещения убытков, причиненных расторжением Договора (п.5 ст.453 ГК РФ).
- 9.4.** Страховщик не вправе требовать расторжения Договора страхования, если обстоятельства, влекущие увеличение Страхового риска, уже отпали.

## **10. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТРАХОВАТЕЛЯ, ЗАСТРАХОВАННОГО, СТРАХОВЩИКА**

### **10.1. Страхователь имеет право:**

- 10.1.1.** контролировать и требовать от Страховщика в законном порядке соблюдения условий

Договора страхования;

- 10.1.2. требовать организации оказания и финансирования (оплаты), либо только оплаты, Застрахованному лицу Медицинской и Лекарственной помощи и Иных услуг в Медицинских, Фармацевтических, Иных организациях и Сервисных компаниях, предусмотренных Договором и Программой / Вариантом страхования или согласованных со Страховщиком, в соответствии с условиями Договора страхования;
- 10.1.3. в случае не предоставления Медицинской и Лекарственной помощи и Иных услуг надлежащего качества, в объеме, предусмотренном Программой страхования, письменно сообщать об этом Страховщику;
- 10.1.4. в течение срока действия Договора страхования, обратившись с письменным заявлением к Страховщику и с согласия Страховщика, изменять Программы/Варианты страхования, перечень Медицинских, Фармацевтических, Иных организаций и Сервисных компаний, или иные условия Договора, заключая, при этом, со Страховщиком дополнительные соглашения к Договору страхования с соответствующим, возможным, перерасчетом размера Страховой премии, если иное не установлено в Договоре страхования;
- 10.1.5. досрочно прекратить действие Договора страхования, письменно обратившись по этому поводу к Страховщику;
- 10.1.6. письменно обратившись к Страховщику включить, с согласия Страховщика, дополнительное количество Застрахованных лиц в действующий Договор страхования. При этом, условия страхования для вновь Застрахованных определяются отдельными условиями Договора страхования по соглашению сторон;
- 10.1.7. письменно уведомив Страховщика прекратить в отношении Застрахованного действие Договора страхования;
- 10.1.8. письменно уведомив Страховщика произвести замену Застрахованных по Договору. Замена Застрахованных по Договору страхования производится в соответствии с п. 2 ст. 955 ГК РФ.
- 10.1.9. требовать от Страховщика разъяснения положений, содержащихся в Правилах и Договоре страхования, расчетов изменения Страховой суммы в течение срока действия Договора, расчетов Страховой премии и Страховой выплаты.
- 10.1.10. один раз в течение действия Договора страхования бесплатно запросить у Страховщика копии действующего Договора страхования (Полиса страхования) и иных документов, являющихся его неотъемлемой частью или предусмотренных Договором страхования. Исключение составляет информация, не подлежащая разглашению (персональные данные других застрахованных лиц, данные об уплаченных премиях по коллективным договорам страхования, условия страхования других категорий застрахованных лиц и пр.).
- 10.1.11. получить по запросу один раз по одному Договору страхования, бесплатно, заверенный Страховщиком расчет суммы Страховой премии (части Страховой премии), подлежащей возврату в связи с расторжением или досрочным прекращением Договора страхования, со ссылками на нормы права и (или) условия Договора страхования и Правил страхования, на основании которых произведен расчет.
- 10.1.12. Получить информацию о размере вознаграждения, выплачиваемого Страховщиком страховому агенту или страховому брокеру, при посредничестве которых со Страхователем заключается договор страхования.

## 10.2. Страхователь обязан:

- 10.2.1. представлять Страховщику необходимые для заключения Договора страхования документы и данные, предусмотренные гл.7 настоящих Правил, достоверные сведения, а также иную необходимую информацию, связанную с исполнением настоящего Договора страхования, сведения об обстоятельствах, имеющих существенное значение для определения вероятности наступления Страхового случая и размера возможных убытков от его наступления (Страхового риска), если эти обстоятельства не известны и не должны быть известны Страховщику;
- 10.2.2. незамедлительно сообщить Страховщику об изменении данных документов, предусмотренных гл.7 настоящих Правил, как в отношении самого Страхователя, так и в отношении Застрахованных лиц;
- 10.2.3. уплатить Страховую премию (Страховые взносы) в размерах и сроки, определенные Договором (Полисом) страхования;
- 10.2.4. незамедлительно сообщать Страховщику о ставших ему известными значительных изменениях в обстоятельствах, сообщенных Страховщику при заключении Договора



страхования, если эти изменения могут существенно повлиять на увеличение Страхового риска;

- 10.2.5. довести до сведения Застрахованных лиц условия предоставления услуг, предусмотренных Программой страхования, условия Договора страхования, условия Правил страхования, если эти условия обязательны для Застрахованных лиц в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации;
- 10.2.6. передать Застрахованному страховые документы, предусмотренные Договором страхования (Договор страхования, Полис страхования и т.п.), а при их утрате - дубликаты, выпущенные Страховщиком, а также разъяснить Застрахованному порядок ознакомления с информационным материалом по Договору страхования в Личном кабинете на Сайте или в Мобильном приложении Страховщика;
- 10.2.7. получать от Застрахованных лиц и предоставлять Страховщику, в срок и на условиях, предусмотренных Договором страхования, согласия Застрахованных лиц на обработку персональных данных, в том числе персональных данных специальных категорий в т.ч., но не ограничиваясь, данных о состоянии здоровья, оформленные в соответствии с требованиями законодательства Российской Федерации;
- 10.2.8. предоставлять документы и сведения, запрошенные Страховщиком для целей проведения расследования обстоятельств заявленного события.

### 10.3. Застрахованный имеет право:

- 10.3.1. на получение Медицинской и (или) Лекарственной помощи и Иных услуг в соответствии с условиями, предусмотренными Договором страхования и Программой/Вариантом страхования;
- 10.3.2. на получение от Страховщика возмещения личных средств, израсходованных на получение Медицинской и Лекарственной помощи и Иных услуг при наступлении Страхового случая в соответствии с настоящими Правилами и условиями Договора/Программы/Варианта страхования;
- 10.3.3. сообщать Страховщику в письменном виде о случаях непредоставления, неполного или некачественного предоставления Медицинской и Лекарственной помощи и Иных услуг, предусмотренных Программой страхования;
- 10.3.4. при утрате страховых документов, предусмотренных Договором страхования (Полис страхования и т.п.) получить их дубликаты;
- 10.3.5. получать разъяснения положений, содержащихся в Правилах и Договоре страхования.

### 10.4. Застрахованный обязан:

- 10.4.1. ознакомиться с информационными материалами по Договору страхования, в том числе с приложениями к Договору страхования (Правила, Условия, Программы/Варианты, тарифы и т.д.) в печатном или электронном виде - в Личном кабинете на Сайте или в Мобильном приложении Страховщика в сети Интернет;
- 10.4.2. соблюдать требования Договора страхования, Правил и Программы/Варианта страхования, являющихся неотъемлемой частью Договора страхования, предписания Лечащего врача в ходе получения Медицинской помощи, распорядок, установленный Медицинскими организациями;
- 10.4.3. заботиться о сохранности страховых документов, дающих право на получение Медицинской помощи (Договор / Полис страхования, пропуск в Медицинскую организацию) и не передавать их другим лицам с целью получения ими Медицинской помощи;
- 10.4.4. сообщать своевременно Страховщику об изменении своей фамилии, имени, отчества (при наличии), контактной информации (в т.ч. номер мобильного телефона, адрес электронной почты) и места жительства, указанных в Договоре страхования (Полисе страхования);
- 10.4.5. по запросу Страховщика для оценки фактического состояния здоровья пройти медицинское анкетирование и/или медицинское обследование и/или предоставить документы о состоянии здоровья;
- 10.4.6. при утрате Договора / Полиса страхования, пропуска в Медицинскую организацию незамедлительно извещать об этом Страховщика;
- 10.4.7. посещать заранее согласованные со Страховщиком, с Медицинскими и (или) Иными организациями и Сервисными компаниями процедуры, приемы и исследования, соблюдать лечебный режим, вызывать скорую медицинскую помощь и врача на дом только

в случае необходимости;

- 10.4.8.** соблюдать правила поведения пациента в медицинских организациях, а также, морально-этические нормы и правила поведения, принятые в обществе, при взаимодействии со Страховщиком, Медицинскими, Фармацевтическими и Иными организациями, в том числе, не использовать при общении ненормативную лексику, целенаправленно оскорблять, унижать и грубить, проявлять неуважение;
- 10.4.9.** в срок не позднее 24 часов до назначенного времени уведомить Медицинскую и (или) Иную организацию и/или Сервисную компанию о желании отказаться от получения ранее согласованной с Медицинской или Иной организацией или Сервисной компанией Медицинской и (или) Иной услуги (процедуры, приема, исследования, Медицинские вмешательства и т.п.).
- 10.4.10.** При наступлении Страхового случая следовать инструкциям Страховщика для организации оказания услуг, предусмотренных Договором, Программой/Вариантом страхования.
- 10.4.11.** предоставлять Страховщику, в срок и на условиях, предусмотренных Договором страхования, согласие Застрахованного лица на обработку персональных данных, в том числе персональных данных специальных категорий, в т.ч., но не ограничиваясь, данных о состоянии здоровья, оформленные в соответствии с требованиями законодательства Российской Федерации;
- 10.4.12.** предоставлять Страховщику право на ознакомление с медицинской документацией из любых медицинских и иных организаций для решения вопросов, связанных с реализацией Договора страхования и оплатой оказанных Застрахованному услуг;
- 10.4.13.** соблюдать иные права и обязанности, не противоречащие законодательству РФ и установленные Договором страхования и настоящими Правилами.

#### **10.5. Страховщик имеет право:**

- 10.5.1.** требовать от Страхователя (Застрахованного) предоставления достоверной информации, необходимой для заключения Договора страхования;
- 10.5.2.** потребовать признания договора недействительным в отношении Застрахованного, если в течение срока действия Договора Страховщику станет известно о том, что Застрахованный (Страхователь), при заключении Договора страхования представил Страховщику ложные сведения и скрыл имеющиеся Заболевания, предусмотренные п.2.1 и п.п. 4.4.1.7. настоящих Правил;
- 10.5.3.** досрочно прекратить Договор страхования в случае неуплаты Страхователем страховой премии (Страхового взноса) в установленные Договором страхования сроки и в определенном Договором страхования размере.
- 10.5.4.** требовать проведения дополнительных медицинских обследований принимаемого на страхование лица и предоставления документов, подтверждающих состояние его здоровья, до принятия его на страхование;
- 10.5.5.** организовать Застрахованному лицу Медицинскую помощь в экстренной форме, по жизненным показаниям, с привлечением муниципальных и бюджетных учреждений здравоохранения (скорая медицинская помощь «03»; госпитализация в ближайший муниципальный стационар и пр.) с дальнейшей организацией перевода по желанию Страхователя (Застрахованного), в том числе при возможности организации транспортировки в регионе обслуживания, и с согласия медицинского учреждения, запланированного для перевода, а также и при отсутствии медицинских противопоказаний, в одно из медицинских учреждений, предусмотренных Договором страхования;
- 10.5.6.** требовать от Страхователя уплаты дополнительной Страховой премии (Страхового взноса) и/или изменения условий Договора страхования при увеличении степени Страхового риска. Если Страхователь возражает против изменения условий Договора страхования или доплаты Страховой премии (Страхового взноса), Страховщик вправе потребовать расторжения Договора в целом или прекращения страхования в отношении отдельного (отдельных) Застрахованных лиц в порядке, предусмотренном главой 29 Гражданского кодекса Российской Федерации;
- 10.5.7.** проверять сообщенную Страхователем и Застрахованным информацию, в том числе путем получения от Застрахованного или от организаций, оказывавших услуги Застрахованному, документов, подтверждающих наступление Страхового случая, в том числе медицинских документов, содержащих информацию об обращении Застрахованного за Медицинской помощью, Лекарственной помощью, об оказанных Медицинских и (или)

- Иных услугах, о применявшихся медицинских изделиях и лекарственных средствах;
- 10.5.8.** контролировать выполнение Страхователем (Застрахованными) требований и условий Договора страхования, Правил и Программ страхования;
  - 10.5.9.** прекратить действие Договора страхования в отношении Застрахованного лица в случае если это Застрахованное лицо отказалось предоставить согласие на обработку Страховщиком своих персональных данных или отозвало его. Такой отказ признается Страховщиком и Страхователем в качестве волеизъявления Страхователя и Застрахованного лица об отказе от оказания услуг в отношении данного Застрахованного лица по Договору страхования, в связи с чем Страхователь подает Страховщику заявление о прекращении Договора страхования в отношении данного Застрахованного лица.
  - 10.5.10.** привлекать третьих лиц в целях заключения и исполнения Договора страхования.
  - 10.5.11.** по согласованию со Страхователем изменять Программу / Вариант страхования в случае прекращения взаимоотношений с Медицинской, Фармацевтической и Иной организацией, предусмотренной Договором страхования.
    - 10.5.11.1.** В случае ликвидации, прекращения деятельности, приостановления или отзыва лицензии медицинского учреждения / Медицинской организации, указанн(-ого/-ой) в Договоре (приложениях к нему), Страховщик в течение 15 рабочих дней с момента как ему стало известно о таких изменениях, уведомляет о них Страхователя/Застрахованного в письменном виде, путем направления письма с указанием изменений. Данное изменение не требует подписания Сторонами дополнительного соглашения к Договору страхования, если Договором не предусмотрено иное.
- 10.6. Страховщик обязан:**
- 10.6.1.** предоставить Страхователю Договор страхования (Полис страхования), и все приложения (Правила, Условия, Программы / Варианты, тарифы) предусмотренные Договором страхования и являющиеся неотъемлемой его частью, ссылка на которые имеется по тексту Договора страхования, в печатном или электронном виде, в соответствии с положениями Договора страхования (в случае, если Договор страхования заключался с использованием Личного кабинета, указанные документы предоставляются посредством Личного кабинета).
  - 10.6.2.** по запросу Страхователя, позволяющему подтвердить факт его получения Страховщиком, предоставить ему копию Договора страхования (Полиса страхования) и все приложения (Правила, Условия, Программы / Варианты, тарифы) предусмотренные Договором страхования и являющиеся неотъемлемой его частью, ссылка на которые имеется по тексту Договора страхования, бесплатно один раз по действующему Договору страхования. Исключение составляет информация, не подлежащая разглашению (персональные данные других Застрахованных лиц, данные об уплаченных Премиях по коллективным Договорам страхования, Условия страхования других категорий Застрахованных лиц и пр.).
  - 10.6.3.** по требованию Страхователя / Застрахованного лица бесплатно разъяснять положения, содержащиеся в настоящих Правилах, Договоре страхования, Программах и Условиях страхования к нему;
  - 10.6.4.** организовать и оплатить, либо только оплатить, оказание Застрахованному Медицинской и Лекарственной помощи и Иных услуг, при наступлении Страхового случая, в Медицинских, Фармацевтических и Иных организациях, предусмотренных Договором и Программой страхования или согласованных со Страховщиком, в соответствии с условиями настоящих Правил и Договора страхования;
  - 10.6.5.** возместить Застрахованному личные средства, израсходованные на получение Медицинской и Лекарственной помощи и Иных услуг при наступлении Страхового случая в соответствии с условиями настоящих Правил и Договора страхования;
  - 10.6.6.** выдавать Страхователю для каждого Застрахованного лица индивидуальный Полис страхования, а при его утрате - дубликат (бесплатно в течение действия Договора страхования);
  - 10.6.7.** проинформировать Страхователя о факте просрочки уплаты очередного Страхового взноса или факте его уплаты не в полном объеме, а также о последствиях таких нарушений способом, согласованным со Страхователем при заключении Договора страхования.
  - 10.6.8.** производить Страховые выплаты при наступлении Страховых случаев в порядке, установленном настоящими Правилами и Договором страхования путем организации и

оплаты (или только оплаты) Медицинской, Лекарственной помощи и Иных услуг, оказываемых в течение действия Договора страхования Застрахованным лицам Медицинскими, Фармацевтическими или Иными организациями и Сервисными компаниями по существующим технологиям (Порядкам оказания Медицинской помощи, с учетом Стандартов оказания Медицинской помощи,) в соответствии с условиями Договора страхования в пределах обусловленной в нем Страховой суммы;

- 10.6.9.** по запросу Страхователя (Застрахованного лица) полученному им после заявления о наступлении события, имеющего признаки страхового случая предоставить информацию в соответствии с положениями, предусмотренными договором страхования и/или правила страхования:
- а) обо всех необходимых действиях, которые Страхователь (Застрахованное лицо) должен предпринять, и обо всех документах, представление которых обязательно для рассмотрения вопроса о признании события Страховым случаем и определения размера Страховой выплаты, а также о сроках проведения указанных действий и представления документов;
  - б) о форме и способах осуществления Страховой выплаты, и порядке их изменения, направленных на обеспечение прав Страхователя (Застрахованного лица) на получение Страховой выплаты удобным для него способом из числа указанных в Договоре страхования в той же форме, в которой был сделан запрос Страхователя (Застрахованного лица), либо в форме, указанной в запросе.
- 10.6.10.** обеспечивать конфиденциальность в отношениях со Страхователем (Застрахованными) в соответствии со ст. 13 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации». Информация о диагнозах Застрахованных, их обращениях за Медицинской помощью и ее объеме может быть представлена Страхователю только по письменному разрешению Застрахованных;
- 10.6.11.** контролировать объем, сроки и условия предоставления Медицинской помощи, оказанной Застрахованному лицу в Медицинских организациях, в которых Медицинская помощь была организована Страховщиком, а также проводить медико-экономическую проверку оказанных услуг.
- 10.6.12.** обеспечивать защиту информации, полученной при осуществлении страховой деятельности, включая обеспечение целостности указанной информации, ее доступности и конфиденциальности, защиту персональных данных Страхователя (Застрахованного) и соблюдать требования законодательства Российской Федерации, национальных стандартов в указанной сфере;
- 10.6.13.** по устному или письменному запросу Страхователя/Застрахованного, в том числе полученному в электронной форме, в срок, не превышающий 30 (тридцати) дней с момента получения такого запроса, при условии возможности идентификации Страхователя (Застрахованного) в соответствии с требованиями Федерального закона от 27 июля 2006 года №152-ФЗ «О персональных данных» и после принятия решения о страховой выплате предоставить в письменном виде информацию о порядке расчёта суммы страховой выплаты;
- 10.6.14.** по письменному запросу Страхователя (Застрахованного) в срок, не превышающий 30 (тридцати) дней с момента получения такого запроса, предоставить в письменном виде исчерпывающую информацию о документах (в том числе копии документов и (или) выписки из них), на основании которых Страховщиком было принято решение о Страховой выплате либо об отказе в Страховой выплате (за исключением документов, которые свидетельствуют о возможных противоправных действиях Страхователя (Застрахованного), направленных на получение Страховой выплаты), бесплатно один раз по каждому Страховому случаю (указанная информация и документы предоставляются в том объеме, в каком это не противоречит действующему законодательству).
- 10.6.15.** Обеспечить рассмотрение претензий от Страхователя/Застрахованного, связанных с исполнением условий договора страхования, в порядке, установленном законодательством Российской Федерации, базовым стандартам саморегулируемой организации на финансовом рынке, членом которой является Страховщик и/или определенном в договоре страхования.
- 10.6.16.** в случаях, предусмотренных законодательством страховщик обязан предоставить физическому лицу, имеющему намерение заключить договор добровольного страхования информацию о договоре добровольного страхования, в том числе о его условиях и рисках,

связанных с его исполнением в виде ключевого информационного документа по форме, установленной законодательством.

- 10.7. Договором страхования могут быть предусмотрены иные права и обязанности Страхователя, Застрахованного и Страховщика.

## 11. ПОРЯДОК ОРГАНИЗАЦИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

- 11.1. Объем Медицинской помощи, Лекарственной помощи и Иных услуг, подлежащих организации и оплате Страховщиком при наступлении Страхового случая, определяется Программой/Вариантом страхования, являющихся неотъемлемой частью Договора страхования.
- 11.2. Для получения предусмотренной Договором (Программой/Вариантом) страхования Медицинской, Лекарственной помощи и Иных услуг Застрахованный обращается в Медицинскую организацию, Фармацевтическую организацию, Сервисную компанию (ассистанс) или Иную организацию, являющуюся Участником страхования, предусмотренную Договором (Программой/Вариантом) страхования или согласованную со Страховщиком, либо к Страховщику, в порядке, определенном Договором (Программой/Вариантом) страхования.
- 11.3. Организация оказания Медицинских и (или) Иных услуг в российских и иностранных Медицинских и (или) Иных организациях может осуществляться, как на основе прямых договоров Страховщика с Медицинскими организациями, так и, с привлечением и при посредничестве провайдеров (поверенные, агенты, комиссионеры, Сервисные компании).
- 11.4. Страховщик вправе организовать оказание Медицинских и (или) Иных услуг Застрахованному в Медицинских и Фармацевтических организациях, не предусмотренных Договором и Программой/Вариантом страхования. При этом выбор указанных организаций производится Страховщиком.
- 11.5. Медицинская помощь оказывается Застрахованному в соответствии с режимом работы Медицинской организации.
- 11.6. При обращении в Медицинскую, Фармацевтическую, Иную организацию или Сервисную компанию Застрахованный должен быть готов предъявить Договор (Полис) страхования или иной документ, выданный Страховщиком, подтверждающий действие Договора страхования в отношении данного Застрахованного, а также паспорт или иной документ, удостоверяющий личность.
- 11.7. Страховщик имеет право организовывать экстренную Медицинскую помощь Застрахованным по жизненным показаниям с привлечением муниципальной медицины (скорая медицинская помощь «03»; госпитализация в ближайший стационар и пр.) в порядке согласно п.10.5.5 настоящих Правил.

## 12. ПОРЯДОК И УСЛОВИЯ ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЫ

- 12.1. Страховая выплата определяется стоимостью Медицинской, Лекарственной помощи и Иных услуг, предусмотренных Программой/Вариантом и Договором страхования, оказываемых Застрахованному лицу в соответствии с условиями Договора страхования, и не может превышать установленной для данного Застрахованного лица Страховой суммы или лимита ответственности, указанных в Договоре страхования.
- 12.2. Страховая выплата за оказанные Застрахованному лицу Медицинскую, Лекарственную помощь и Иные услуги производится в следующем порядке:
- 12.2.1. оплата в Медицинскую, Фармацевтическую, Иную организацию или Сервисную компанию в порядке, в сроки, и по расценкам, предусмотренным договором, заключенным между Страховщиком и Медицинской, Фармацевтической, Иной организацией или Сервисной компанией.

Оплата производится на основании счета (счета-фактуры) и акта выполненных работ, выставленного Страховщику Медицинской, Фармацевтической, Иной организацией или Сервисной компанией. К счету прилагаются документы с указанием перечня Застрахованных лиц, оказанных услуг, их стоимости, дат оказания услуг, общей суммы расходов по всем услугам, оказанным Застрахованным лицам и прочих данных, определенных договором с Медицинской, Фармацевтической, Иной организацией или Сервисной компанией.

Из списка услуг, оказанных Застрахованному лицу, оплате подлежат только услуги, предусмотренные Программой/Вариантом и Договором страхования;

**12.2.2.** в форме возмещения Страховщиком расходов Страхователя (Застрахованного лица) на оплату Медицинской, Лекарственной помощи и Иных услуг, в порядке, предусмотренном Договором страхования (Программой/Вариантом), либо в случае согласования Страхователем (Застрахованным лицом) такой формы возмещения со Страховщиком. Сумма возмещения, если иное не установлено Договором страхования (Программой/Вариантом), определяется исходя из расчета средней стоимости аналогичных услуг в Медицинских и Иных организациях, указанных в Программе/Варианте страхования Застрахованного лица, либо, по согласованию со Страховщиком, сумма возмещения определяется стоимостью оказанных Медицинских и Иных услуг, предусмотренных Программой/Вариантом и Договором страхования.

Предъявленные к возмещению расходы, не превышающие средней стоимости аналогичных услуг в Медицинских и Иных организациях, определенных Программой/Вариантом страхования в Договоре страхования, возмещаются полностью.

Из списка услуг, оказанных Застрахованному лицу, возмещению подлежат только услуги, предусмотренные Программой/Вариантом и Договором страхования;

**12.3.** Для получения страховой выплаты в соответствии с п. 12.2.2. настоящих Правил Застрахованное лицо (представитель Застрахованного лица) должно в течение трех месяцев со дня получения Застрахованным лицом медицинских и иных услуг (если иное не предусмотрено Договором) предоставить Страховщику следующие документы (в зависимости от конкретного страхового случая перечень документов может быть сокращен Страховщиком):

**12.3.1.** Для получения возмещения Застрахованным всегда предоставляются Страховщику:

**12.3.1.1.** Заявление на Страховую выплату по установленной Страховщиком форме;

**12.3.1.2.** Копия документа, удостоверяющего личность Застрахованного лица (страница с личными данными и регистрацией по месту жительства);

**12.3.1.3.** Документы, подтверждающие оплату Медицинской, Лекарственной помощи и Иных услуг (могут быть предоставлены такие документы как: кассовый чек (в том числе и электронный) и/или бланк строгой отчетности, приравненный к нему, с оригинальной (синей) печатью медицинской организации и/или заверенная выписка из банка);

**12.3.1.4.** Медицинская документация с печатью организации с указанием диагноза, проведенного обследования и назначенного лечения (могут быть предоставлены такие документы как: протокол приема врача, и/или выписной эпикриз, и/или направление на лечение, и/или выписка из медицинской карты больного, и/или результаты диагностических и/или лабораторных исследований (протоколы МРТ, КТ, УЗИ, рентгенологического исследования и т.п.));

**12.3.2.** Дополнительно Страховщиком могут быть запрошены следующие документы:

**12.3.2.1.** В случае возмещения расходов на Медицинскую помощь и иные услуги – реестр/акт/счет с печатью организации на оказанные медицинские и иные услуги с их построчным перечислением и указанием их наименования, количества, дат оказания и стоимости;

**12.3.2.2.** В случае возмещения расходов за Лекарственную помощь, необходимо предоставить выписанные врачом рецепты с печатью организации на приобретение лекарственных препаратов, с указанием фамилии, имени, отчества Застрахованного и врача, название лекарственного препарата, количества, дозы и порядка применения, даты оформления рецепта (при наличии), либо копии протоколов приёма врача с назначением указанных препаратов;

**12.3.2.3.** В случае возмещения расходов на Дородовое ведение/Родовспоможение, необходимо предоставить Медицинскую документацию с печатью организации с указанием диагноза и назначенного лечения (могут быть предоставлены такие документы как: обменная карта беременной, и/или обменная карта роженицы, и/или

- выписной эпикриз из родильного дома, и/или выписка из амбулаторной карты, и/или протоколы приемов (дневники врача), и/или результаты диагностических исследований (протоколы МРТ, КТ, УЗИ, рентгенологического исследования и т.п.);
- 12.3.2.4.** Свидетельство о рождении (если Застрахованный является несовершеннолетним);
- 12.3.2.5.** Миграционная карта и документ, подтверждающий право на пребывание в РФ (если Застрахованный является нерезидентом);
- 12.3.2.6.** Лицензия медицинского учреждения, оказавшего услуги (предоставляется в случае, если обращение было в медицинскую организацию, не предусмотренную Программой/Вариантом страхования);
- 12.3.2.7.** Надлежащим образом оформленная действующая доверенность, подтверждающая полномочия на подписание заявления (или на получение Страховой выплаты) и копия документа, удостоверяющего личность (если с заявлением на страховую выплату обращается представитель Застрахованного или если Застрахованный поручает перечислить возмещение на счет иного лица);
- 12.3.2.8.** В случае предоставления документов, составленных на иностранном языке, перевод указанных документов на русский язык, заверенный нотариально либо выполненный специализированной организацией, осуществляющей деятельность по переводу документов;
- 12.3.2.9.** Свидетельство о праве на наследство или иные документы, свидетельствующие о принятии наследства (в случае смерти Застрахованного, который обратился за страховой выплатой, но не успел её получить);
- 12.3.2.10.** В случае если Медицинская, Лекарственная помощь и Иные услуги потребовались в результате наступления несчастного случая - документ, выданный соответствующим органом МВД, МЧС, прокуратуры, суда, в пределах компетенции которого находится установление факта и обстоятельств соответствующего события, или копия документа, заверенного должностным лицом и печатью МВД, МЧС, прокуратуры;
- 12.3.2.11.** Заграничный паспорт с отметками пограничного контроля о пересечении Государственной границы Российской Федерации, а в случаях, когда в соответствии с установленным порядком перемещения отметки в заграничный паспорт не проставляются и/или билеты, счета из гостиниц и аналогичные документы, подтверждающие факт нахождения Застрахованного лица на территории страхования и сроки пребывания в ее пределах.
- 12.3.2.12.** Документы, подтверждающие факт оплаты телефонных переговоров (факсимильного сообщения) со Страховщиком или представителем Сервисной службы (выписка, с приложением детализированного счета за оказанные услуги связи, заверенная (подтвержденная) оператором сотовой связи, либо счет об оплате услуг связи из отеля);
- 12.3.2.13.** Банковские реквизиты для осуществления страховой выплаты (если лицо, обратившееся за страховой выплатой, выбрало вариант безналичного перечисления страховой выплаты), а также распоряжение Застрахованного лица о порядке осуществления страховой выплаты.
- 12.3.3.** В случае выявления факта предоставления Страхователем (Застрахованным лицом) документов, недостаточных для принятия Страховщиком решения об осуществлении страховой выплаты, и (или) ненадлежащим образом оформленных документов в соответствии с требованиями настоящих Правил и (или) Договора страхования, Страховщик обязан:
- принять их, при этом срок, указанный в п. 12.4.2 настоящих Правил, не начинается до предоставления последнего из необходимых и надлежащим образом оформленных документов;
  - уведомить об этом подавшее заявление на страховую выплату лицо с указанием перечня недостающих и/или ненадлежащим образом оформленных документов.
- Срок уведомления обратившихся за выплатой физических лиц о выявлении факта предоставления ими документов, недостаточных для принятия Страховщиком решения об осуществлении Страховой выплаты, и/или ненадлежащим образом оформленных документов, не должен превышать 15 (пятнадцать) рабочих дней с даты получения заявления на Страховую выплату.

- 12.4.** После получения всех необходимых надлежащим образом оформленных документов и сведений (п.п. 12.2 - 12.3 настоящих Правил) Страховщик:
- 12.4.1.** по п. 12.2.1. настоящих Правил - осуществляет Страховую выплату в Медицинскую, Фармацевтическую, Иную организацию и/или Сервисную компанию в порядке и в сроки в соответствии с условиями договора между Страховщиком и Медицинской, Фармацевтической или Иной организацией;
- 12.4.2.** По п. 12.2.2 настоящих Правил - рассматривает их в течение 15 рабочих дней с даты следующей за датой получения последнего из документов (если иной срок не предусмотрен Договором страхования). В течение указанного срока Страховщик:
- если случай признан страховым - производит Страховую выплату Страхователю (Застрахованному лицу);
  - если отсутствуют основания для признания случая страховым и осуществления Страховой выплаты - оформляет соответствующее решение письмом, в адрес Застрахованного, в котором информирует лицо, обратившееся за выплатой, об основаниях принятия такого решения со ссылками на нормы права и/или условия Договора страхования и/или настоящих Правил, на основании которых принято данное решение, в течение трех рабочих дней после его подписания при соблюдении общего срока, указанного в первом абзаце настоящего пункта.
  - если по фактам, связанным с наступлением события, имеющего признаки Страхового случая, в соответствии с действующим законодательством назначена дополнительная проверка, возбуждено уголовное дело или начат судебный процесс - принимает решение об отсрочке Страховой выплаты до окончания проверки, расследования или судебного разбирательства либо устранения других обстоятельств, предусмотренных настоящими Правилами и препятствующих выплате, о чем письменно извещает Страхователя (Застрахованного, Выгодоприобретателя) в срок не более указанного в первом абзаце настоящего пункта.
- Страховая выплата по п. п. 12.2.2 настоящих Правил производится Застрахованному лицу (представителя Застрахованного лица) путем перечисления денежных средств на банковский счёт, указанный Застрахованным лицом (представителем Застрахованного лица), или иным способом по согласованию с Застрахованным лицом (представителем Застрахованного лица).
- 12.4.3.** Расходы по зачислению на счет и получению (списанию) со счета получателя подлежащих выплате сумм осуществляется за счёт средств получателя.
- 12.4.4.** Перевод подлежащих выплате сумм получателю иным способом, чем перевод на счет получателя в банке, осуществляется за счёт средств получателя.
- 12.4.5.** Выплата может быть произведена представителю лица, имеющего по настоящим Правилам право на ее получение, по доверенности, оформленной в установленном порядке.
- 12.5.** Налогообложение Страховых выплат производится в соответствии с действующим налоговым законодательством Российской Федерации.
- 12.6.** При «страховании в эквиваленте», а также в случаях компенсации расходов, понесенных за пределами Российской Федерации, Страховая выплата производится в рублях по курсу Центрального банка Российской Федерации, установленному для соответствующей иностранной валюты на дату оплаты услуг Застрахованным (Для валют из Перечня иностранных валют, официальные курсы которых по отношению к рублю устанавливаются Банком России. Для иностранных валют, не включенных в указанный Перечень, Страховые выплаты производятся по курсу, представленному в информационных системах Reuters ([www.reuters.com](http://www.reuters.com)) или Bloomberg ([www.Bloomberg.com](http://www.Bloomberg.com))), если иное не предусмотрено Договором, Программой/Вариантом страхования / договором между Страховщиком и Медицинской, Фармацевтической, Сервисной и Иной организацией.
- Страховщик вправе установить максимальный курс для выплат. Под максимальным курсом для выплат понимается курс соответствующей иностранной валюты на дату заключения Договора страхования, увеличенный на ожидаемый процент роста курса соответствующей иностранной валюты, согласованный сторонами при заключении Договора страхования.
- Если курс соответствующей иностранной валюты на дату Страховой выплаты превысит максимальный курс для выплат, то размер Страховой выплаты определяется исходя из максимального курса для выплат.



- 12.7.** Страховщик вправе принять решение по заявленному событию на основании Заявления о страховой выплате и документов в форме сканированных копий или фотографий в читаемом виде, не содержащих искажений, исправлений и прочих следов изменений их содержания, которые были направлены в адрес Страховщика электронными средствами связи в том числе по адресу электронной почты Страховщика, указанному в Договоре страхования или в извещении (заявлении) о страховой выплате, либо путем загрузки документов в Личный кабинет. Заявление о страховой выплате, направленное Страховщику посредством Личного кабинета, подписанное простой электронной подписью, признается электронным документом, равнозначным документу на бумажном носителе, подписанному собственноручной подписью Застрахованного / Выгодоприобретателя - физического лица.
- 12.8.** По результатам рассмотрения копий документов, направленных электронными средствами связи, Страховщик вправе затребовать у Страхователя (Выгодоприобретателя, Застрахованного лица) оригиналы или заверенные надлежащим образом компетентными органами копии документов. При этом указанные лица обязаны по запросу Страховщика предоставить заявление, а также оригиналы и/или надлежащим образом заверенные копии необходимых документов на бумажном носителе. В случае запроса Страховщиком оригиналов или заверенных надлежащим образом компетентными органами копий документов срок осуществления страховой выплаты исчисляется с момента получения оригиналов или заверенных надлежащим образом компетентными органами копий документов, указанных в настоящих Правилах.
- 12.9.** Взаимодействие между Страховщиком и Страхователем и/или Застрахованным лицом при рассмотрении заявления о Страховой выплате осуществляется способом, указанным в Договоре страхования или согласованным между Страховщиком и Страхователем и/или Застрахованным лицом при направлении заявления о Страховой выплате.
- 12.9.1.** Страховщик имеет право не оплачивать медицинские и иные услуги в случаях:
- 12.9.1.1.** предусмотренных настоящими Правилами;
  - 12.9.1.2.** в других случаях, предусмотренных Гражданским кодексом Российской Федерации, Договором и Программой/Вариантом страхования.

## **13. ПОРЯДОК РАЗРЕШЕНИЯ СПОРОВ**

- 13.1.** Споры, вытекающие из Договоров страхования, заключенных на основе настоящих Правил, рассматриваются в порядке, предусмотренном действующим законодательством Российской Федерации.
- 13.2.** Разрешение споров с юридическими лицами или индивидуальными предпринимателями осуществляется с соблюдением досудебного (претензионного) порядка, если иное не предусмотрено Договором страхования. При разрешении спора в досудебном (претензионном) порядке, до обращения в суд, направляется мотивированная письменная претензия с приложением копии документов, на которые имеется ссылка в претензии. Лицо, которому направлена претензия, обязано в течение 30 календарных дней, если иной срок не предусмотрен Договором страхования, с даты поступления претензии рассмотреть ее и письменно уведомить направившее претензию лицо о результатах ее рассмотрения. Если спор не урегулирован в досудебном (претензионном) порядке, то он разрешается в судебном порядке в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.
- 13.3.** В случае, если спор относится к категории споров, для которой законодательством Российской Федерации предусмотрено обязательное досудебное урегулирование уполномоченным по правам потребителей финансовых услуг (финансовым уполномоченным), то он разрешается в порядке и в сроки, установленные законодательством о финансовом уполномоченном.

## **14. УВЕДОМЛЕНИЯ**

- 14.1.** Все письма и уведомления, направляемые Страховщиком в адрес Страхователя, Застрахованного лица, Выгодоприобретателя в соответствии с настоящими Правилами,

считаются направленными надлежащим образом при направлении их одним из следующих способов, указанным в договоре страхования или заявлении о выплате страхового возмещения:

- почтовым отправлением по адресу, указанному в Договоре страхования или в извещении (заявлении) о страховом случае.
- в виде СМС-сообщения или сообщения с использованием иного сервиса отправки сообщений по телефону или адресу, указанному в Договоре страхования или ином документе (извещение, заявление на страховую выплату) с контактными данными, поданном от Страхователя, Застрахованного лица, Выгодоприобретателя.
- в виде сообщения электронной почты по адресу электронной почты, указанному в Договоре страхования или в извещении (заявлении) о страховом случае.
- с использованием специализированного программного обеспечения, предоставленного Страховщиком, или размещено в Личном кабинете Страхователя (Выгодоприобретателя, Застрахованного) в соответствующем разделе сайта Страховщика, о чем Страхователь (Выгодоприобретатель, Застрахованный) проинформирован, с использованием специализированного программного обеспечения, предоставленного Страховщиком.

**14.1.1.** При наличии нескольких отличающихся контактных данных Страхователя/Застрахованного лица/Выгодоприобретателя выбор конкретного номера телефона, почтового адреса или адреса электронной почты для отправки уведомления осуществляет Страховщик.

Гражданско-правовые последствия, связанные с направлением Страховщиком в адрес Страхователя (Выгодоприобретателя, Застрахованного) уведомлений, извещений и сообщений, считаются наступившими для Страхователя (Выгодоприобретателя, Застрахованного) с момента, указанного в тексте уведомления, извещения или сообщения, а если данный момент не указан — с момента направления Страховщиком уведомления, извещения или сообщения в адрес Страхователя.

**14.1.2.** В случае изменения адресов и (или) реквизитов Страхователь (Застрахованное лицо, Выгодоприобретатель) обязуется заблаговременно известить Страховщика об этом. Если Страховщик не был извещен об изменении адреса и (или) реквизитов другой стороны заблаговременно, то все уведомления и извещения, направленные Страхователю (Застрахованному лицу, Выгодоприобретателю) по прежнему известному адресу, будут считаться полученными с даты их поступления по прежнему адресу.

**14.2.** Все письма и уведомления, направляемые Страхователем (Застрахованным, Выгодоприобретателем) в адрес Страховщика в соответствии с настоящими Правилами, считаются направленными надлежащим образом при направлении их одним из следующих способов:

- почтовым отправлением по адресу Страховщика, указанному в Договоре страхования или в извещении (заявлении) о страховом случае.
- в виде сообщения электронной почты по адресу электронной почты Страховщика, указанному в Договоре страхования или в извещении (заявлении) о страховом случае.
- с использованием специализированного программного обеспечения, предоставленного Страховщиком, или посредством обратной связи в Личном кабинете Страхователя (Застрахованного, Выгодоприобретателя) в соответствующем разделе сайта Страховщика, о чем Страхователь (Застрахованный, Выгодоприобретатель) проинформирован, с использованием специализированного программного обеспечения, предоставленного Страховщиком.

## ПРИЛОЖЕНИЯ

1. Комплексная программа добровольного медицинского страхования «Стандарт»;
2. Комплексная программа добровольного медицинского страхования «Стандарт» для детей от 0 до 18 лет;
3. Комплексная программа добровольного медицинского страхования «Мега»;
4. Комплексная программа международного медицинского страхования;
5. Страховая программа «ДМС Бюджет»;

6. Программа экстренной медицинской помощи;
7. Программа медикаментозного лечения;
8. Типовой страховой продукт «ДМС Кроха»;
9. Базовые условия медицинского страхования граждан на время путешествий «Travel ДМС Плюс»;
10. Расширенные условия медицинского страхования граждан на время путешествий «Travel ДМС Плюс»;
11. Программа ДМС «Лекарственное обеспечение в аптеке»;
12. Страховая программа «ДМС Экстренная помощь»;
13. Страховые программы «ДМС Для будущей мамы»;
14. Индивидуальные программы добровольного медицинского страхования;
15. Страховая программа «ДМС Защита от клеща»;
16. Программа добровольного медицинского страхования «Защита +» для юридических лиц;
17. Программа добровольного медицинского страхования «Защита+» для физических лиц;