

**ОБЩЕСТВО С ОГРАНИЧЕННОЙ ОТВЕТСТВЕННОСТЬЮ  
«СТРАХОВОЕ ОБЩЕСТВО «ПОМОЩЬ»**

---

**УТВЕРЖДЕНЫ**

Генеральным директором

«07» мая 2019 года

(Приказ № 39 от 07.05.2019 г.)



А.С. Локтаев

**ПРАВИЛА  
ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ  
ГРАЖДАН, НАХОДЯЩИХСЯ ВНЕ МЕСТА ПОСТОЯННОГО ПРОЖИВАНИЯ**

## 1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

1.1. В соответствии с настоящими правилами добровольного медицинского страхования граждан, находящихся вне места постоянного проживания (далее Правилами) и действующим законодательством Российской Федерации общество с ограниченной ответственностью «Страховое общество «Помощь» (далее - Страховщик) заключает с юридическими и дееспособными физическими лицами (далее — Страхователи), далее — вместе и по отдельности именуемые Стороны, договоры добровольного медицинского страхования граждан, находящихся вне места постоянного проживания (далее - договор страхования).

1.2. Страхователи вправе заключать договоры страхования в пользу третьих лиц (далее — Застрахованные лица). В случае, если Страхователь заключил договор страхования в свою пользу, на него распространяются права и обязанности Застрахованного лица.

1.3. Застрахованными лицами по настоящим условиям страхования могут быть физические лица:

- граждане Российской Федерации, находящиеся вне места постоянного проживания. Место постоянного проживания для граждан Российской Федерации - территория, в пределах 100 км. от административной границы населенного пункта, на которой зарегистрирован (временно или постоянно) гражданин. При наличии у Застрахованного лица временной и постоянной регистрации, местом постоянного проживания считается территория, в пределах 100 км. от административной границы населенного пункта, на которой Застрахованное лицо зарегистрировано постоянно.

- иностранные граждане, временно пребывающие на территории Российской Федерации.

**Иностранные граждане, имеющие разрешение на временное проживание на территории Российской Федерации и/или двойное гражданство, в том числе гражданство Российской Федерации, не могут быть застрахованы на условиях настоящих Правил.**

1.4. Факт заключения договора страхования удостоверяется выдаваемым страховщиком страхователю страховым полисом (Приложение № 2 к Правилам) с приложением настоящих Правил, которые являются неотъемлемой частью договора страхования.

1.5. Страховщик вправе присваивать маркетинговые названия программам страхования, сформированным по отдельным группам рисков, а также отдельным группам единообразных договоров страхования, заключаемых на основе настоящих Правил, в той мере, в какой это не противоречит действующему законодательству Российской Федерации.

1.6. При заключении договора страхования Страхователь и Страховщик могут договориться об изменении или исключении отдельных положений Правил и о дополнении договора страхования условиями, отличными от тех, которые содержатся в настоящих Правилах, если такие изменения и дополнения не расширяют условия страхования, предусмотренные Правилами, и не противоречат действующему законодательству Российской Федерации.

1.7. При решении спорных вопросов положения договора страхования имеют преимущественную силу по отношению к настоящим Правилам.

1.8. Принятие от Страховщика договора страхования в соответствии со ст.940 Гражданского кодекса РФ, является безоговорочным выражением согласия Страхователя (Застрахованного) заключить договор страхования на основании настоящих Правил.

1.9. Принятие от Страховщика договора страхования является выражением согласия Страхователя (Застрахованного), в соответствии с Федеральным законом от 27.07.2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных» (далее - Закон), на обработку, хранение и иное использование (включая все действия, перечисленные в статье 3 Закона) своих персональных данных в целях надлежащего исполнения договора страхования Страховщиком и его представителями, а также для осуществления информационного сопровождения исполнения договора страхования, в том числе посредством направления уведомлений с применением смс-сообщений, посредством электронной почты и иными доступными способами.

1.10. Принятие от Страховщика договора страхования является выражением согласия Страхователя (Застрахованного лица), в соответствии с Федеральным законом от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» о предоставлении Страховщику права на ознакомление со своей медицинской документацией для решения вопросов, связанных с исполнением договора страхования, иных услуг и защитой прав Застрахованного лица, а также предоставляет право медицинским учреждениям, в которых Застрахованный получал, получает или будет получать медицинские и иные услуги, передавать Страховщику сведения, составляющие врачебную тайну. Сведения, составляющие врачебную тайну в том числе включают в себя:

информацию о факте обращения Застрахованного за медицинской помощью, состоянии его здоровья, диагнозе его заболеваний, иные сведения, полученные при его обследовании и лечении, после наступления страхового случая, предусмотренного договором страхования.

1.11. На основании ч.2. ст. 160 ГК РФ стороны пришли к соглашению об использовании Страховщиком факсимильного воспроизведения подписи лица, уполномоченного подписывать договор страхования с помощью средств механического или иного копирования электронно-цифровой подписи, либо иного аналога собственноручной подписи.

1.12. Стороны пришли к соглашению о возможности использования Страховщиком факсимильного воспроизведения оттиска печати Страховщика с помощью средств механического или иного копирования.

1.13. Договор страхования не заключается в отношении имущественных интересов недееспособных лиц. В случае заключения договора страхования с недееспособным лицом, такой договор считается недействительным с момента его заключения.

## 2. ОПРЕДЕЛЕНИЯ

2.1. **«Страховщик»** – страховая организация, осуществляющая страховую деятельность в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации и имеющая лицензию на осуществление настоящего вида страховой деятельности.

2.2 **«Страхователь»** — это юридическое лицо или дееспособное физическое лицо, заключившее со Страховщиком договор страхования.

2.3. **«Застрахованное лицо»** - лицо, в отношении которого заключается договор страхования.

2.4. **«Медицинское учреждение»** - организация, осуществляющая медицинскую деятельность и имеющая на это соответствующую лицензию.

2.5. **«Лекарственные препараты»** - назначенные врачом медицинского учреждения лекарственные средства.

2.6. **«Медицинская помощь в неотложной форме»** - медицинская помощь, оказываемая при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний, не опасных для жизни и не требующих медицинской помощи, оказываемой в экстренной форме.

2.7. **«Первичная медико-санитарная помощь»** - мероприятия, проводимые в амбулаторных условиях и/или в условиях дневного стационара по профилактике, диагностике, лечению заболеваний и состояний, медицинской реабилитации, формированию здорового образа жизни, в том числе снижению факторов риска заболеваний, и санитарно-гигиеническому просвещению.

2.8. **«Сервисная компания»** - специализированная организация, которая по поручению Страховщика обеспечивает организацию услуг Застрахованному лицу.

2.9. **«Специализированная медицинская помощь»** - медицинская помощь, оказываемая врачами-специалистами в учреждениях здравоохранения при заболеваниях, требующих специальных методов диагностики, лечения и использования сложных, уникальных или ресурсоемких медицинских технологий, оказывается в стационарных условиях или условиях дневного стационара.

2.10. **«Страховая сумма»** - определенная договором страхования при его заключении, денежная сумма, исходя из которой устанавливаются размер страховой премии (страховых взносов) и размер страховой выплаты при наступлении страхового случая. При этом страховая сумма уменьшается на величину произведенной страховой выплаты. Каждая последующая страховая выплата производится в пределах уменьшившейся страховой суммы.

2.11. **«Острая травма»** - нарушение анатомической целостности и физиологической функции органов и тканей (перелом и вывих костей, ушибы, разрыв и ранение органов, сотрясения мозга).

2.12. **«Отравление»** - расстройство жизнедеятельности организма, возникшее вследствие попадания в организм яда или токсина.

2.13. Программа добровольного медицинского страхования граждан, находящихся вне места постоянного проживания, далее — **«Программа страхования»** (п.8. Правил) - перечень медицинских и иных услуг, оплачиваемых Страховщиком, а также порядок их оказания.

2.15. **«Внезапное острое заболевание»** — заболевание, возникающее внезапно и неожиданно у здорового человека и требующее неотложного медицинского вмешательства.

2.16. **«Репатриация»** – возвращение (транспортировка) тела застрахованного в случае его смерти в место или страну постоянного проживания, на ближайший к месту постоянного проживания вокзал (аэропорт, порт), имеющий международное сообщение.

### 3. ОБЪЕКТ СТРАХОВАНИЯ

3.1. Объектом страхования являются не противоречащие законодательству РФ имущественные интересы Застрахованного лица, связанные с оплатой расходов медицинскому учреждению, имеющему договорные отношения со Страховщиком, на оказание первичной медико-санитарной помощи, специализированной медицинской помощи в неотложной форме, медико-транспортной помощи и репатриации при возникновении страхового случая в период действия договора страхования и на территории страхования.

### 4. СТРАХОВЫЕ СЛУЧАИ

4.1. Страховыми случаями являются свершившиеся события, предусмотренные выбранной при заключении договора страхования Программой страхования и произошедшие на территории страхования, в течение срока действия договора страхования, связанные с оплатой медицинскому учреждению, имеющему договорные отношения со Страховщиком, расходов на оказание первичной медико-санитарной помощи в неотложной форме, специализированной медицинской помощи в неотложной форме, медико-транспортной помощи и репатриации, вызванные:

**4.1.1. внезапным острым заболеванием Застрахованного лица (кроме острой травмы и/или отравления);**

**4.1.2. острой травмой и/или отравлением Застрахованного лица;**

**4.1.3. смертью в результате внезапного острого заболевания, острой травмы и/или отравления Застрахованного лица.**

**4.2. События, указанные в п.4.1 настоящих Правил, не являются страховыми случаями и страховое возмещение по ним не выплачивается, если они наступили вследствие:**

4.2.1. совершения Застрахованным лицом противоправных действий, подтвержденным компетентными органами РФ;

4.2.2. совершения Застрахованным лицом умышленных действий, направленных на наступление страхового случая;

4.2.3. алкогольного, наркотического или токсического опьянения Застрахованного лица;

4.2.4. самоубийства (покушения на самоубийство) или умышленного причинения Застрахованным лицом себе телесных повреждений;

4.2.5. неполного выздоровления Застрахованного лица или нахождения его в процессе лечения на дату начала действия договора, а также, если в отношении Застрахованного лица существовали медицинские противопоказания для осуществления поездки;

4.2.6. нарушения Застрахованным лицом правил дорожного движения, руководств, инструкций по эксплуатации предметов, устройств, механизмов, приборов и т.п.; нарушения Застрахованным лицом правил безопасности, в том числе при занятиях любыми видами организованного, любительского, профессионального спорта;

4.2.7. военных действий, маневров, иных военных мероприятий, гражданских войн, забастовок, мятежей, народных восстаний, волнений всякого рода или диверсий, террористических актов, массовых беспорядков и прочих подобных событий;

4.2.8. воздействия ядерного взрыва, радиации, радиоактивного заражения или иного вида поражения вследствие применения оружия массового поражения и их последствий;

**4.3. Не признаются страховыми случаями события, указанные в п. 4.1. и не оплачиваются медицинские, медико-транспортные расходы и расходы на репатриацию Застрахованного лица, возникшие и связанные с:**

4.3.1. любыми онкологическими заболеваниями (в т.ч. доброкачественные новообразования) всех органов и систем, их осложнений;

4.3.2. особо опасными инфекциями (натуральная оспа, чума, сибирская язва, холера, сыпной тиф, включая «атипичную пневмонию», SARS и др.);

4.3.3. заболеваниями, передающимися половым путем (ЗППП, в т.ч. герпеса); венерическими заболеваниями (сифилис, гонорея, шанкроид, лимфогранулематоз венерический); любыми урогенитальными патологиями при верификации ЗППП; подтвержденными иммунодефицитными состояниями, ВИЧ-инфекцией; СПИДом;

4.3.4. психическими заболеваниями, расстройствами поведения и их последствий, эпилепсией и эпилептиформным синдромом; а также различными травмами и соматическими заболеваниями, возникшими в связи с указанными в настоящем пункте заболеваниями (помощь ограничивается первичной консультацией);

4.3.5. любыми профессиональными заболеваниями, лучевой болезнью;

4.3.6. заболеваниями туберкулезом, саркоидозом, лепрой, муковисцидозом, амилоидозом, микозом (включая кандидоз), полиомиелитом, энцефалитом, полиневритом, фиброзирующим альвеолитом, независимо от клинической формы и стадии процесса;

4.3.7. острым и хроническим гепатитом любой этиологии, фиброзом, циррозом печени, и их осложнениями;

4.3.8. заболеваниями (в т.ч. сердца, сосудов и нервной системы), требующие восстановительно-реконструктивного хирургического лечения, в том числе высокотехнологической помощи (ангиография, стентирование и т.д.);

4.3.9. заболеванием сахарным диабетом (I и II типа) и его осложнений (ретинопатии, ангиопатии, нейропатии, дерматита);

4.3.10. системными заболеваниями соединительной ткани, в том числе воспалительной артропатии и спондилопатии, любых форм артрита; ревматизма, всех недифференцированных коллагенозов; болезни Бехтерева;

4.3.11. заболеваниями, сопровождающимися хронической сердечной и легочно-сердечной недостаточностью;

4.3.12. заболеваниями, сопровождающимися хронической почечной и печеночной недостаточностью, в том числе требующих проведения экстракорпоральных методов лечения;

4.3.13. заболеваниями крови неопластического генеза, хроническими заболеваниями крови, тромбоцитопении до постановки диагноза;

4.3.14. дегенеративными и демиелинизирующими болезнями нервной системы, центральными и периферическими параличами, рассеянным склерозом, нейросенсорной потерей слуха;

4.3.15. заболеваниями органов и тканей, требующих их трансплантации, имплантации, все виды протезирования и эндо протезирования (в т.ч. в стоматологии, офтальмологии);

4.3.16. паразитарными заболеваниями;

4.3.17. хроническими заболеваниями, обострениями, последствиями и осложнениями хронического заболевания;

4.3.18. миомой матки; нарушением менструального цикла (кроме метроррагий);

4.3.19. эндокринными, аутоимунными заболеваниями.

#### **4.4. Страховщик не возмещает стоимость медицинских услуг, оказанных Застрахованному лицу:**

4.4.1. без медицинских показаний или выполняемых по желанию Застрахованного лица, либо предписанных врачами медицинских учреждений без согласования со Страховщиком, а также не оплачивает медицинские услуги, не перечисленные в страховой программе;

4.4.2. на дому (медицинские услуги, уход);

4.4.3. в стоматологии: все виды протезирования, подготовка к протезированию, проведение профилактических мероприятий, в том числе замена пломб старого поколения на пломбы нового поколения по желанию клиента; использование термофилов, металлических и стекловолоконных штифтов; фторирование; имплантация зубов, косметическая реконструкция и отбеливание зубов, ортодонтическое лечение, лечение не кариозных поражений твердых тканей зуба (клиновидные дефекты, эрозии), удаление ретинированных и дистопированных зубов, лечебные манипуляции на зубах покрытых ортопедическими конструкциями, лечение зубов (кроме снятия острой боли), перелечивание зубов, депофорез;

#### **4.5. Страховщик в любом случае не покрывает следующие расходы:**

4.5.1. на приобретение лекарственных препаратов и перевязочных материалов при амбулаторном лечении, очков, контактных линз, слуховых аппаратов, имплантатов, других дополнительных медицинских устройств и приспособлений, расходных материалов индивидуального назначения, в том числе требующиеся в ходе оперативного вмешательства; а также на покупку средств медицинской техники (приборы, трости, костыли, коляски и т.п.);

4.5.2. на транспортировку из лечебного учреждения после оказания медицинской помощи;

4.5.3. на снятие гипса, коррекцию и замену гипсовых повязок;

- 4.5.4. на лечение врожденных аномалий и пороков развития, лечение наследственных и генетических заболеваний (включая ортопедические заболевания, хромосомные нарушения, болезни обмена веществ), лечение ятрогенных заболеваний;
- 4.5.5. на обследование следующими методами: Фоля, иридодиагностика, аурикулодиагностика, акупунктурная диагностика, пульсодиагностика, биорезонансная диагностика и т.д.;
- 4.5.6. на лечение следующими методами: энергоинформатика, цуботерапия, электроакупунктура, гирудотерапия, фитотерапия, гомеопатия и т.д.; а также на лечение, являющееся по характеру экспериментальным или исследовательским; на услуги, связанные с телемедициной; на диагностику и лечение с использованием авторских методов;
- 4.5.7. на бальнеологические процедуры (водные процедуры: ванны, душ, бассейн); ЛФК на тренажерах, ЛФК в бассейне; грязелечение, а также услуги, оказываемые в профилактических (в том числе в стоматологии), косметических (в том числе в стоматологии), в оздоровительных целях (в том числе лечение остеохондроза вне обострения), профилактический массаж, тренажеры, водные процедуры, мониторинговая очистка кишечника, аппаратное лечение простатитов, сауна, солярий, альфа-капсула и прочее; специфическая иммунизация с различными аллергенами; вакцинация взрослых и детей (кроме введения противостолбнячного анатоксина);
- 4.5.8. на комплексное исследование липидного обмена, гормонального, иммунологического и аллергологического профиля (включая проведение десенсибилизирующей терапии), на ПЦР-диагностику инфекций, передающихся половым путем, на генетические исследования, ДНК диагностику;
- 4.5.9. на консультации, обследования, связанные с беременностью (в т.ч. внематочной) и/или лечение осложнений независимо от срока беременности, а также на дородовое наблюдение, роды, в том числе преждевременные, а также на проведение аборт, в том числе при угрозе жизни и осложнений после абортов;
- 4.5.10. на диагностику и лечение бесплодия, импотенции, услуг по планированию семьи (в том числе определение TORCH-инфекций), на подбор методов контрацепции (в том числе введение и удаление ВМС);
- 4.5.11. на экстракорпоральные методы лечения (в том числе плазмаферез, проведение гемодиализа); лазерное облучение крови, ультрафиолетовое облучение крови, нормо- и гипербарическую оксигенацию, радиоволновые методы лечения;
- 4.5.12. на проведение пластических операций и их осложнений, а также постоперационный уход;
- 4.5.13. на проведение нейрохирургических операций (кроме оперативного лечения острых травм), на процедуры и операции, проводимые с эстетической и косметической целью;
- 4.5.14. на лечение бронхиальной астмы после постановки диагноза;
- 4.5.15. на лечение заболеваний, находящихся в причинно-следственной связи с установленной инвалидностью 1-2 групп;
- 4.5.16. на лечение дисбактериоза, синдрома раздраженного кишечника;
- 4.5.17. на лечение варикозной болезни вен нижних конечностей;
- 4.5.18. на лечение подагры, метаболического синдрома, недостаточности и избыточности веса (в т.ч ожирения), нарушения толерантности к глюкозе;
- 4.5.19. на коррекцию слуха с помощью слуховых аппаратов, их имплантации;
- 4.5.20. на обследование и лечение тугоухости, удаление серных пробок;
- 4.5.21. на диагностику и лечение косоглазия, синдрома «сухого глаза», нарушений остроты зрения, астигматизма, глаукомы, катаракты, дистрофических заболеваний глаз, подбора очков;
- 4.5.22. на хирургическое лечение последствий травм, полученных вне срока страхования, и их последствий, и осложнений;
- 4.5.23. на введение в сустав жидких лекарственных структур, имеющих функции протезирования тканей и жидкостей;
- 4.5.24. на удаление металлоконструкций после оказания специализированной помощи при травме, в том числе после оказания специализированной помощи в течение срока действия договора страхования, проведение остеосинтеза;
- 4.5.25. на проведение плановых операций, в том числе по поводу нарушения рефракции и аккомодации (близорукость, дальнозоркость, астигматизм), патологии сетчатки (за исключением лазерной коагуляции сетчатки при острых травмах);

4.5.26. на лечение пяточных шпор, вальгусной деформации стопы, всех видов плоскостопия (в том числе с болевым синдромом) без признаков острого артрита и/или бурсита;

4.5.27. на лечение хронических кожных заболеваний (в т.ч. псориаза, акне, нейродермита, экземы, системных микозов и онихомикозов);

4.5.28. на лечение лейкоплакии и тубулоинтерстициального нефрита после постановки диагноза;

4.5.29. на денситометрию, позитронно-эмиссионную томографию, ЯМРТ, КТ, введение контрастных веществ, рентгено-эндоваскулярную терапию, остеопатические методы исследования, радионуклидные исследования и др, ортопантограмму;

4.5.30. на вакцинацию (кроме противостолбнячного анатоксина при травмах), специфическую аллергентерапию; на диспансерное наблюдение по заболеванию;

4.5.31. в части их превышения над страховой суммой и лимитами возмещения, предусмотренными договором страхования по данному виду расходов;

4.5.32. на получение медицинских и иных экстренных услуг, не согласованных со Страховщиком;

4.5.33. на манипуляции и лечебно-диагностические мероприятия, требующие использование дневного стационара, пребывание в стационаре для получения попечительского ухода, реабилитация в условиях диспансеров, санаториев, профилакториев, восстановительных центров и других специализированных медицинских учреждений;

4.5.34. на оплату общих медицинских осмотров, карантинных мероприятий, дезинфекций, на оплату врачебной экспертизы;

4.5.35. на надбавки за степени и должности врачей, именные консультации и операции; обследования и лечение, являющиеся по характеру экспериментальными, исследовательскими и не входящие в стандарты оказания медицинской помощи;

4.5.36. на обследование с целью выдачи справок на получение водительского удостоверения, на право ношения оружия, для трудоустройства, для посещения бассейна; для поступления в учебные заведения; для оформления выезда за рубеж; санаторно-курортной карты;

4.5.37. на оплату любого вида лечения на территории, не являющейся территорией действия договора страхования;

4.5.38. на оплату лечения, начатого до начала Срока страхования и продолжающегося в течение и/или после него;

4.5.39. на оплату лечения, которое может быть, с медицинской точки зрения, осуществлено после возвращения Застрахованного лица в страну постоянного проживания. Возможность досрочного возвращения в страну постоянного проживания определяется медицинским представителем Страховщика после консультации с лечащим врачом Застрахованного лица;

4.5.40. на услуги психотерапевта, психолога; диетолога; генетика; логопеда;

4.5.41. на коррекцию речи; диагностику и лечение храпа и апноэ во сне; коррекцию зрения с помощью методов лазерной хирургии, манипуляции с использованием аппаратно-программных комплексов в офтальмологии;

4.5.42. на устранение косметических дефектов; удаление папиллом, бородавок, моллюсков, невусов, мозолей, кондилом, атером, липом, халязион и пр.; диагностику и лечение заболеваний волос (алопеция и др.); склеротерапия вен, хирургическое изменение пола;

4.5.43. на любые виды кардиохирургических вмешательств (включая коронарное шунтирование, установку искусственных клапанов, установка постоянных кардиостимуляторов и любых иных постоянных водителей ритма); аллопластика и ксенопластика, и пр.;

3.5.44. связанные с предоставлением дополнительного комфорта во время пребывания в медицинском учреждении, в частности: одноместные или двухместные палаты, палаты типа «люкс», телевизор, телефон, кондиционер, услуг парикмахера, переводчика, индивидуальный сестринский уход и т.п.;

4.5.45. на лечение, назначенного и проведенного членом семьи Застрахованного лица или Страхователя;

4.5.46. связанные с возмещением морального вреда, упущенной выгоды, социальных компенсаций, компенсаций заработной платы в случае нахождения Застрахованного лица на больничном.

На любые иные компенсации, выплаты, пособия, штрафные санкции и/или проценты, которые отдельно не согласованы и не отражены в договоре страхования.

**4.6. Если при заключении договора страхования в графе «Дополнительный риск» или «Дополнительные условия» не предусмотрено иное, не признаются страховыми случаи,**

**указанные в п. 4.1. настоящих Правил страхования, и не оплачиваются расходы, возникшие и связанные:**

4.6.1. с занятиями любыми видами профессионального, любительского и организованного спорта; выполнением любых форм полетов, за исключением совершаемых в качестве пассажира, оплатившего проезд регулярным авиарейсом или лицензированным чартерным перелетом по определенному маршруту;

4.6.2. с занятиями активными видами отдыха – отдых с использованием спортивного инвентаря, снарядов, приспособлений и средств передвижения, предусматривающий определенные физические нагрузки с повышенным риском травматизма включая, но не ограничиваясь: самостоятельный и спортивный туризм; плавание с трубкой и маской под поверхностью воды (снорклинг), в том числе подводная охота; подвижные игры спортивного характера на суше и в воде; посещение водных аттракционов, аквапарков, катание с водных горок, прыжки в воду; катание или путешествие на лодках (гребных, моторных, парусных), плотах и маломерных судах, за исключением яхтинга, рыбалка; поездки (катание) на велосипедах всех типов, на мопедах, мотороллерах, скутерах, мотоциклах, квадроциклах, снегоходах, на водных мотоциклах, водных лыжах, развлечения на воде с использованием буксируемых плавательных средств или парашюта; пешие восхождения (трэкинг) на высоту до 1 500 метров, организованные экскурсии по пещерам без использования специального снаряжения; катание на беговых лыжах, коньках; поездки и путешествия на автомашинах внедорожного класса (джип-сафари), спортивных автомобилях; поездки (катание, экскурсии) на лошадях и других животных, участие в сафари;

4.6.3. с занятиями экстремальными видами отдыха - отдых с использованием спортивного инвентаря, снарядов, приспособлений и средств передвижения с высокой степенью опасности для жизни и здоровья включая, но не ограничиваясь: альпинизм, скалолазание, спуск в пещеры, пешие восхождения (трэкинг) на высоту более 1 500 метров, горнолыжный спорт и сноубординг (спуск по маркированным трассам, исключая черные маркированные и/или немаркированные трассы); рафтинг, яхтинг, сёрфинг, виндсёрфинг, кайтсёрфинг, дайвинг (за исключением технического дайвинга и погружений в надголовных и подледных средах); прыжки с парашютом, охота, скейтбординг.

## **5. СТРАХОВАЯ СУММА, ЛИМИТЫ ВОЗМЕЩЕНИЯ**

5.1. Страховая сумма - денежная сумма, определенная в договоре страхования, в пределах которой Страховщик несет ответственность за выполнение своих обязательств по организации и оплате услуг Застрахованному лицу в соответствии с договором страхования, и на основе которой устанавливаются размеры страховой премии и страховой выплаты при наступлении страхового случая.

5.2. Размер страховой суммы по договору страхования устанавливается по соглашению сторон на каждого Застрахованного лица и указывается в договоре страхования.

**5.3. Страховщик имеет право устанавливать лимиты возмещения (ограничение страховой выплаты) по конкретным видам услуг и/или заболеваний, в соответствии с выбранной Страхователем Программой страхования:**

Для программ А,В,С		Для программ D,D1,D2		
Общая страховая сумма, из которой:	Лимит возмещения на медицинские и медико-транспортные услуги	Общая страховая сумма, из которой:	Лимит возмещения на медицинские и медико-транспортные услуги	Лимит возмещения на репатриацию
30 000 руб.	30 000 руб.	50 000 руб.	20 000 руб.	30 000 руб.
50 000 руб.	50 000 руб.	100 000 руб.	30 000 руб.	70 000 руб.
100 000 руб.	100 000 руб.	150 000 руб.	70 000 руб.	80 000 руб.
		200 000 руб.	100 000 руб.	100 000 руб.
		300 000 руб.	150 000 руб.	150 000 руб.
		350 000 руб.	150 000 руб.	200 000 руб.

5.4. Страховая сумма является агрегатной, т.е. после каждой страховой выплаты оставшаяся страховая сумма уменьшается на величину произведенной выплаты.

5.5. Лимит возмещения на конкретную услугу/заболевание не может превышать соответствующий лимит. Общая страховая сумма за один или несколько страховых случаев,



произошедших в период действия договора страхования, не может превышать размера страховой суммы, указанной в договоре страхования.

## **6. ПОРЯДОК УПЛАТЫ СТРАХОВОЙ ПРЕМИИ**

6.1. Страховая премия рассчитывается Страховщиком, исходя из страховой суммы, срока страхования и тарифных ставок, установленных Страховщиком. Порядок определения страховой премии осуществляется посредством произведения размера страховой суммы на показатель тарифной ставки с применением либо без применения повышающих поправочных коэффициентов.

Поправочные коэффициенты могут применяться в зависимости от таких факторов, как:

- возраст Застрахованного лица;
- вид трудовой деятельности;
- наличие и специфика хронических заболеваний;
- занятия активными видами отдыха и спортом.

6.2. Страховой премией является плата за страхование, которую Страхователь обязан уплатить Страховщику или уполномоченному им представителю в соответствии с договором страхования. В случае неуплаты страховой премии договор страхования считается не вступившим в силу.

6.3. Страховая премия уплачивается единовременно путем безналичных расчетов или наличным платежом в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации в рублях.

## **7. ТЕРРИТОРИЯ СТРАХОВАНИЯ**

7.1. Территория страхования указывается в договоре страхования.

## **8. ОБЪЕМ ОТВЕТСТВЕННОСТИ СТРАХОВЩИКА**

При наступлении страхового случая из перечня, указанного в п. 4.1 настоящих Правил, Страховщик и (или) уполномоченный представитель Страховщика обязуется оплатить неизбежные и целесообразные расходы Застрахованного лица в объеме, предусмотренном Программой страхования, выбранной Страхователем при заключении договора страхования и на условиях, предусмотренных договором страхования.

### **8.1. Программа А**

Страховыми случаями по программе А являются свершившиеся события, связанные с оплатой расходов на оказание первичной медико-санитарной помощи в неотложной форме, специализированной медицинской помощи в неотложной форме, медико-транспортной помощи, вызванные острой травмой и/или отравлением Застрахованного лица, наступившие в течение срока страхования и на территории страхования (п. 4.1.1. настоящих Правил).

По данной программе оплачиваются следующие услуги:

#### **Медицинские услуги:**

##### **«Амбулаторно-поликлиническая помощь»:**

• консультация врача-травматолога/специалиста (не более 3 консультаций в течение действия Договора страхования, в том числе повторные консультации);

• оказание первичной врачебной медицинской помощи (гипсовая иммобилизация, ПХО, введение противостолбнячного анатоксина);

• инъекции - в/м, в/в, п/к инъекции - не более 10 (Десяти) в течение действия Договора;

• лабораторные методы исследования: клинические и биохимические анализы крови, анализ мочи, бактериологические, но не более 5 (Пяти) исследований каждого вида в течение срока действия договора страхования;

• инструментальные методы исследования: ультразвуковые, функциональные (ЭКГ), рентгенологические, эндоскопические, но не более 2 (Двух) любых исследований по одному страховому случаю, строго по назначению врача;

• выдача справок по болезни, оформление рецептов на приобретение лекарственных препаратов, за исключением льготных категорий.

«Стационарная помощь» - экстренная госпитализация по медицинским показаниям, не более 10 (Десяти) дней однократно, в течение срока действия договора.

Предоставляется при возникновении состояний, требующих оказания экстренной медицинской помощи в условиях стационара в следующем объёме:

- оперативные вмешательства (включая анестезиологическое пособие) с учетом исключений по поводу заболевания/состояния;
- реанимационные мероприятия по поводу заболевания/состояния;
- медикаментозное лечение (в рамках стоимости койко-дня без использования дорогостоящих препаратов и расходных материалов);
- размещение в общей палате, питание, уход медицинского персонала.
- лабораторные методы исследования: клинические и биохимические анализы крови, анализ мочи, бактериологические, но не более 5 (Пяти) исследований каждого вида в течение срока действия договора страхования;
- инструментальные методы исследования: ультразвуковые, функциональные (ЭКГ), рентгенологические, эндоскопические, но не более 2 (Двух) любых исследований по одному страховому случаю, строго по назначению врача.

#### **Медико-транспортные услуги:**

«Услуги неотложной скорой медицинской помощи»:

- вызов скорой медицинской помощи и проведение диагностических и лечебных мероприятий Застрахованному лицу на месте;
- транспортировка машиной скорой медицинской помощи Застрахованного лица в одну из ближайших больниц.

#### **Повышающие коэффициенты по возрасту:**

Для детей в возрасте от 3 до 18 лет повышающий коэффициент — 2,00

Для лиц старше 55 лет до 65 лет включительно повышающий коэффициент — 1,5

Для лиц старше 65 лет до 70 лет включительно повышающий коэффициент — 2,00

Для лиц старше 70 лет до 75 лет включительно повышающий коэффициент — 3,00

Граждане младше 3 лет и старше 75 лет не могут быть застрахованы.

## **8.2. Программа В:**

Страховыми случаями по программе **В** являются свершившиеся события, связанные с оплатой расходов на оказание первичной медико-санитарной помощи в неотложной форме, специализированной медицинской помощи в неотложной форме, медико-транспортной помощи, вызванные внезапным острым заболеванием (кроме острой травмы и отравления), наступившие в течение срока страхования и на территории страхования (п. 4.1.2. настоящих Правил).

По данной программе оплачиваются следующие услуги:

#### **Медицинские услуги:**

«Амбулаторно- поликлиническая помощь»:

- консультация врача-терапевта/специалиста: (не более 3 (Трёх) консультаций в течение действия договора страхования, в том числе повторные консультации);
- оказание первичной врачебной медицинской помощи;
- инъекции: - в/м, в/в, п/к инъекции - не более 10 (Десяти) в течение действия договора страхования;
- лабораторные методы исследования: клинические и биохимические анализы крови, анализ мочи, бактериологические, но не более 5 (Пяти) исследований каждого вида в течение срока действия договора страхования;
- инструментальные методы исследования: ультразвуковые, функциональные (ЭКГ), рентгенологические, эндоскопические, но не более 2 (Двух) любых исследований по одному страховому случаю, строго по назначению врача;
- выдача справок по болезни, оформление рецептов на приобретение лекарственных препаратов, за исключением льготных категорий.

«Стационарная помощь» - экстренная госпитализация по медицинским показаниям, не более 10 (Десяти) дней однократно, в течение срока действия договора страхования.

Предоставляется при возникновении состояний, требующих оказания экстренной медицинской помощи в условиях стационара, в следующем объёме:

- оперативные вмешательства (включая анестезиологическое пособие) с учетом исключений по поводу заболевания/состояния;
- реанимационные мероприятия по поводу заболевания/состояния;
- медикаментозное лечение (в рамках стоимости койко-дня без использования дорогостоящих препаратов и расходных материалов);
- размещение в общей палате, питание, уход медицинского персонала;
- лабораторные методы исследования: клинические и биохимические анализы крови, анализ мочи, бактериологические, но не более 5 (Пяти) исследований каждого вида в течение срока действия договора страхования;
- инструментальные методы исследования: ультразвуковые, функциональные (ЭКГ), рентгенологические, эндоскопические, но не более 2 (Двух) любых исследований по одному страховому случаю, строго по назначению врача.

#### **Медико-транспортные услуги:**

##### **«Услуги неотложной скорой медицинской помощи»:**

- вызов скорой медицинской помощи и проведение диагностических и лечебных мероприятий Застрахованному лицу на месте;
- транспортировка машиной скорой медицинской помощи Застрахованного лица в одну из ближайших больниц.

##### **Повышающие коэффициенты по возрасту:**

Для детей в возрасте от 3 до 18 лет повышающий коэффициент — 2,00

Для лиц старше 55 лет до 65 лет включительно повышающий коэффициент — 1,5

Для лиц старше 65 лет до 70 лет включительно повышающий коэффициент — 2,00

Для лиц старше 70 лет до 75 лет включительно повышающий коэффициент — 3,00

Граждане младше 3 лет и старше 75 лет не могут быть застрахованы.

### **8.3. Программа С:**

Страховыми случаями по программе С являются свершившиеся события, связанные с оплатой расходов на оказание первичной медико-санитарной помощи в неотложной форме, специализированной медицинской помощи в неотложной форме, медико-транспортной помощи, вызванные внезапным острым заболеванием, острой травмой или отравлением Застрахованного лица, наступившие в течение срока страхования и на территории страхования (п. 4.1.1., п. 4.1.2. настоящих Правил).

По данной программе оплачиваются следующие услуги:

#### **Медицинские услуги:**

##### **«Амбулаторно-поликлиническая помощь»:**

- консультация врача-терапевта/специалиста: (не более 3 (Трёх) консультаций в течение действия договора страхования, в том числе повторные консультации);
- оказание первичной врачебной медицинской помощи (гипсовая иммобилизация, ПХО, введение противостолбнячного анатоксина);
- инъекции: в/м, в/в, п/к инъекции – не более 10 (Десяти) в течение действия договора страхования;
- лабораторные методы исследования: клинические и биохимические анализы крови, анализ мочи, бактериологические, но не более 5 (Пяти) исследований каждого вида по страховому случаю в течение срока действия договора страхования;
- инструментальные методы исследования: ультразвуковые, функциональные (ЭКГ), рентгенологические, эндоскопические, но не более 2 (Двух) любых исследований по одному страховому случаю, строго по назначению врача;
- выдача справок по болезни, оформление рецептов на приобретение лекарственных препаратов, за исключением льготных категорий.

**«Стационарная помощь»** - экстренная госпитализация по медицинским показаниям, не более 10 (Десяти) дней однократно, в течение срока действия договора страхования. Предоставляется при возникновении состояний, требующих оказания экстренной медицинской помощи в условиях стационара, в следующем объёме:

- оперативные вмешательства (включая анестезиологическое пособие) с учетом исключений по поводу заболевания/состояния;
- реанимационные мероприятия по поводу заболевания/состояния;
- медикаментозное лечение (в рамках стоимости койко-дня без использования дорогостоящих препаратов и расходных материалов);
- размещение в общей палате, питание, уход медицинского персонала;
- лабораторные методы исследования: клинические и биохимические анализы крови, анализ мочи, бактериологические, но не более 5 (Пяти) исследований каждого вида по страховому случаю в течение срока действия договора страхования;
- инструментальные методы исследования: ультразвуковые, функциональные (ЭКГ), рентгенологические, эндоскопические, но не более 2 (Двух) любых исследований по одному страховому случаю, строго по назначению врача.

**«Стоматологическая помощь в случае острой зубной боли»** в размере не более 3 000 рублей:

- анестезия местная;
- рентгенография зубов;
- хирургическая стоматология: удаление зубов простое и сложное (за исключением пародонтоза и пародонтита, врожденных заболеваний и аномалий развития);
- терапевтическая стоматология: наложение девитализирующей пасты, наложение временной пломбы.

#### **Медико-транспортные услуги:**

**«Услуги неотложной скорой медицинской помощи»:**

- вызов скорой медицинской помощи и проведение диагностических и лечебных мероприятий Застрахованному лицу на месте;
- транспортировка машиной скорой медицинской помощи Застрахованного лица в одну из ближайших больниц.

#### **Повышающие коэффициенты по возрасту:**

Для детей в возрасте от 3 до 18 лет повышающий коэффициент — 2,00

Для лиц старше 55 лет до 65 лет включительно повышающий коэффициент — 1,5

Для лиц старше 65 лет до 70 лет включительно повышающий коэффициент — 2,00

Для лиц старше 70 лет до 75 лет включительно повышающий коэффициент — 3,00

Граждане младше 3 лет и старше 75 лет не могут быть застрахованы.

#### **8.4. Программы D, D1 (туристы по РФ), D2 (иностранцы студенты):**

Страховыми случаями по программе являются свершившиеся события, связанные с оплатой расходов на оказание первичной медико-санитарной помощи в неотложной форме, специализированной медицинской помощи в неотложной форме, медико-транспортной помощи, вызванные внезапным острым заболеванием, обострением хронического заболевания, острой травмой или отравлением, смертью в результате внезапного острого заболевания, обострения хронического заболевания, острой травмы или отравления Застрахованного лица, наступившие в течение срока страхования и на территории страхования (п. 4.1.1., п. 4.1.2., п. 4.1.3. настоящих Правил).

По данной программе оплачиваются следующие услуги:

#### **Медицинские услуги:**

**«Амбулаторно-поликлиническая помощь»:**

- консультация врача-терапевта/специалиста: (не более 5 (Пяти) консультаций в течение действия договора страхования, в том числе повторные консультации);
- оказание первичной врачебной медицинской помощи (гипсовая иммобилизация, ПХО, введение противостолбнячного анатоксина).
- инъекции: в/м, в/в, п/к инъекции – не более 10 (Десяти) в течение действия договора страхования.
- лабораторные методы исследования: клинические и биохимические анализы крови, анализ мочи, бактериологические, но не более 5 (Пяти) исследований каждого вида по страховому случаю в течение срока действия договора страхования.

- инструментальные методы исследования: ультразвуковые, функциональные (ЭКГ), рентгенологические, эндоскопические, но не более 3 (Трёх) любых исследований по одному страховому случаю, строго по назначению врача

- выдача справок по болезни, оформление рецептов на приобретение лекарственных препаратов, за исключением льготных категорий, выдача справок по форме 095-у.

**«Стационарная помощь»** - экстренная госпитализация по медицинским показаниям, не более 14 (Четырнадцати) дней однократно, в течение срока действия договора. Предоставляется при возникновении состояний, требующих оказания экстренной медицинской помощи в условиях стационара, в следующем объёме:

- оперативные вмешательства (включая анестезиологическое пособие) с учетом исключений по поводу заболевания/состояния;

- реанимационные мероприятия по поводу заболевания/состояния;

- медикаментозное лечение (в рамках стоимости койко-дня без использования дорогостоящих препаратов и расходных материалов);

- размещение в общей палате, питание, уход медицинского персонала;

- лабораторные методы исследования: клинические и биохимические анализы крови, анализ мочи, бактериологические, но не более 5 (Пяти) исследований каждого вида по страховому случаю в течение срока действия договора страхования;

- инструментальные методы исследования: ультразвуковые, функциональные (ЭКГ), рентгенологические, эндоскопические, но не более 3 (Трёх) любых исследований по одному страховому случаю, строго по назначению врача.

**«Стоматологическая помощь в случае острой зубной боли»** в размере не более 3 000 рублей:

- анестезия местная;

- рентгенография зубов;

- хирургическая стоматология: удаление зубов простое и сложное (за исключением пародонтоза и пародонтита, врожденных заболеваний и аномалий развития);

- терапевтическая стоматология: наложение девитализирующей пасты, наложение временной пломбы.

#### **Медико-транспортные услуги:**

**«Услуги неотложной скорой медицинской помощи»:**

- вызов скорой медицинской помощи и проведение диагностических и лечебных мероприятий Застрахованному лицу на месте;

- транспортировка машиной скорой медицинской помощи Застрахованного лица в одну из ближайших больниц.

**Услуги по репатриации** - расходы на репатриацию тела на ближайший к месту постоянного проживания (гражданства) вокзал (аэропорт, порт), имеющий международное сообщение, в том числе:

- расходы на оформление свидетельства о смерти;

- расходы по оплате услуг морга;

- расходы на приобретение гроба.

#### **Повышающие коэффициенты по возрасту по программе D:**

Для детей в возрасте от 3 до 18 лет повышающий коэффициент — 2,00

Для лиц старше 55 лет до 65 лет включительно повышающий коэффициент — 1,5

Для лиц старше 65 лет до 70 лет включительно повышающий коэффициент — 2,00

Для лиц старше 70 лет до 75 лет включительно повышающий коэффициент — 3,00

Граждане младше 3 лет и старше 75 лет не могут быть застрахованы.

#### **Повышающие коэффициенты по возрасту по программе D1 (туристы по РФ):**

Для детей в возрасте от 0 до 18 лет повышающий коэффициент — 2,00

Для лиц старше 55 лет до 65 лет включительно повышающий коэффициент — 1,5

Для лиц старше 65 лет до 70 лет включительно повышающий коэффициент — 2,00

Для лиц старше 70 лет до 75 лет включительно повышающий коэффициент — 3,00

Граждане старше 75 лет не могут быть застрахованы.

## 9. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

### 9.1. Страхователь (Застрахованное лицо) имеет право:

9.1.1. отказаться от договора до начала срока действия договора страхования (до даты, которая указана в договоре страхования как начало его действия) или расторгнуть договор страхования по соглашению сторон в порядке, установленном действующим Законодательством РФ;

9.1.2. получить дубликат в случае утраты договора страхования.

Страхователь (Застрахованное лицо) имеет также иные права, предусмотренные Базовыми стандартами саморегулируемых организаций в сфере финансового рынка, объединяющих страховые организации, утвержденными в соответствии с Федеральным законом от 13 июля 2015 года № 223-ФЗ «О саморегулируемых организациях в сфере финансового рынка» (далее – Базовые стандарты).

### 9.2. Страхователь (Застрахованное лицо) обязан:

9.2.1. сообщать Страховщику достоверную информацию, имеющую значение для определения степени риска наступления страхового случая и размера страхового возмещения;

9.2.2. при наступлении страхового события до обращения за медицинской помощью, предусмотренной договором страхования, Застрахованное лицо (его представитель) и/или Страхователь обязаны обратиться в круглосуточный диспетчерский центр Страховщика по телефонам, указанным в договоре страхования, и сообщить следующую информацию:

- номер страхового полиса, название страховой компании;
- фамилию и имя Застрахованного лица;
- причину обращения за помощью;
- точное местонахождение Застрахованного лица и номер контактного телефона для обратной связи.

Если Застрахованное лицо находился в бессознательном состоянии – в этом случае обязанность известить Страховщика наступает, когда Застрахованное лицо будет в состоянии сделать это;

9.2.3. дать согласие медицинским учреждениям на предоставление Страховщику информации в части, касающейся страхового случая;

9.2.4. соблюдать предписания врача, полученные в ходе предоставления медицинской помощи, и распорядок, установленный медицинским учреждением;

9.2.5. предоставить все затребованные Страховщиком документы, связанные со страховым случаем;

9.2.6. принять разумные и доступные в сложившихся обстоятельствах меры, чтобы уменьшить возможные убытки.

9.2.7. своевременно и в полном размере уплатить страховую премию;

### 9.3. Страховщик имеет право:

9.3.1. по мере необходимости направлять запросы в организации и органы, которые могут дать необходимую информацию по заявленному событию;

9.3.2. самостоятельно определять целесообразность запроса документов по каждому заявленному событию;

9.3.3. в случае невыполнения Застрахованным лицом (его представителем) и/или Страхователем п. 9.2.2 настоящих Правил Страховщик вправе отказать в выплате страхового возмещения или уменьшить его размер в зависимости от конкретных обстоятельств.

### 9.4. Страховщик обязан:

9.4.1. ознакомить Страхователя (Застрахованное лицо) с условиями настоящих Правил;

9.4.2. не разглашать сведения о Страхователе (Застрахованном лице), о состоянии его здоровья, а также о его имущественном положении, за исключением случаев, предусмотренных действующим законодательством;

9.4.3. при получении сообщения о наступлении событий, соответствующих определению страхового случая, Страховщик обязан организовать и/или оплатить предоставление необходимой помощи в предусмотренных договором страхования объемах.

9.4.4. Страховщик обязуется по запросу получателя страховых услуг (Страхователя/Выгодоприобретателя/Застрахованного лица) представить заверенный расчет суммы страховой премии (части страховой премии), суммы подлежащей возврату в связи с расторжением или досрочным прекращением договора страхования, бесплатно один раз по одному договору. К указанному расчету по запросу получателя страховых услуг прилагаются письменные или даются устные пояснения со ссылками на нормы права и (или) условия договора страхования, в соответствии с которыми произведет расчет.

Страховщик также имеет иные обязанности, установленные Базовыми стандартами.

## **10. ПОРЯДОК ЗАКЛЮЧЕНИЯ, ВСТУПЛЕНИЕ В СИЛУ, СРОК ДЕЙСТВИЯ И ПРЕКРАЩЕНИЕ ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА**

10.1. Договор страхования заключается на срок не более 1 года, если иное специально не оговорено в Договоре страхования, путем предоставления страхового Полиса Страхователю (Приложение № 2 к настоящим Правилам).

10.2. При заключении договора страхования Страхователь (Застрахованное лицо/Выгодоприобретатель) обязан по запросу Страховщика предоставить надлежащим образом заверенные документы и сведения, необходимые Страховщику для осуществления своих обязанностей в соответствии с Федеральным законом № 115-ФЗ от 07.08.2001 г. «О противодействии легализации (отмыванию) доходов, полученных преступным путем, и финансированию терроризма».

В случае внесения изменений в ранее представленные документы и сведения Страхователь (застрахованное лицо/выгодоприобретатель) в течение 10 (Десяти) календарных дней с даты внесения соответствующих изменений обязан письменно уведомить об этом Страховщика и представить ему надлежащим образом заверенные документы, подтверждающие внесение изменений.

Страховщик вправе приостановить денежные операции в рамках договора страхования или отказаться от их совершения в случаях и порядке, предусмотренных Федеральным законом № 115-ФЗ от 07.08.2001 г. «О противодействии легализации (отмыванию) доходов, полученных преступным путем, и финансированию терроризма».

Страховщик не несет гражданско-правовой ответственности при приостановлении денежных операций в рамках договора страхования или отказе от их совершения в случаях, предусмотренных Федеральным законом № 115-ФЗ от 07.08.2001г. «О противодействии легализации (отмыванию) доходов, полученных преступным путем, и финансированию терроризма».

Страховщик имеет право в одностороннем порядке расторгнуть договор в случаях и порядке, предусмотренных Федеральным законом № 115-ФЗ от 07.08.2001 г. «О противодействии легализации (отмыванию) доходов, полученных преступным путем, и финансированию терроризма».

Страховщик направляет Страхователю письменное уведомление о расторжении договора в одностороннем порядке. Договор считается расторгнутым с даты получения Страхователем указанного уведомления, а в случае уклонения Страхователя от получения указанного уведомления — по истечении 10 (Десяти) дней с даты отправления письменного уведомления Страховщиком.

10.3. Договор страхования заключается в офисе Страховщика/его уполномоченного представителя или самостоятельно Страхователем на сайте Страховщика/его уполномоченного представителя, на основании письменного или устного заявления Страхователя о своем намерении заключить договор страхования.

10.4. Страхователь, при заключении договора страхования, должен предоставить Страховщику/его уполномоченному представителю следующие сведения:

- фамилия, имя, отчество (последнее - при наличии) на русском языке, а также дополнительно с помощью букв латинского алфавита на основании сведений, содержащихся в документе, предусмотренном федеральным законом или признаваемом в соответствии с международным договором Российской Федерации в качестве документа, удостоверяющего личность иностранного гражданина или лица без гражданства;

- пол;

- дата рождения;

- вид и данные документа, удостоверяющего личность, предусмотренного федеральным законом или признаваемого в соответствии с международным договором Российской Федерации в качестве документа, удостоверяющего личность иностранного гражданина или лица без гражданства;

- адрес места жительства (регистрации) или адрес места пребывания на территории Российской Федерации, дата регистрации;

- гражданство (при наличии);

- выбранную Программу страхования;

- выбранные страховые суммы по группам рисков;

- контактная информация (телефон, адрес электронной почты (при наличии));

- другие сведения, имеющие существенное значение для оценки страхового риска (профессия, занятие спортом, активными и экстремальными видами отдыха, инвалидность, состояние здоровья, наличие хронических заболеваний и т.д.).

- другие данные, установленные нормативным актом Банка России в качестве обязательных для включения в полисы добровольного медицинского страхования иностранных граждан и лиц без гражданства, находящихся на территории Российской Федерации, в том числе с целью осуществления ими трудовой деятельности.

Сведения о Страхователях, сведения о Застрахованных лицах, установленные настоящими Правилами, по требованию Страховщика подтверждаются копиями соответствующих документов.

10.5. Подписывая (оплачивая) договор страхования, Страхователь признает правильность заполнения договора страхования и верность указанных в договоре данных. Если при наступлении страхового случая Страховщик обнаруживает недостоверность заявленных сведений (согласно п. 10.2. настоящих Правил), то Страховщик вправе отказать в осуществлении страхового возмещения.

10.6. Договор страхования считается заключенным с момента уплаты Страхователем суммы страховой премии (страхового взноса) и подписания договора страхования (момента вручения страхового Полиса), если иное не предусмотрено договором страхования.

а) при уплате наличными денежными средствами - не ранее 00 часов 00 минут следующего дня после уплаты всей суммы страховой премии (страхового взноса) в кассу Страховщика /его представителя либо платежному агенту(субагенту), осуществляющему деятельность по приему платежей физических лиц;

б) при уплате безналичным путем - не ранее 00 часов 00 минут дня, следующего за датой подтверждения исполнения распоряжения о переводе денежных средств обслуживающей Страхователя кредитной организации.

10.7. Договор страхования прекращается в случаях:

1) истечения срока его действия;

2) исполнения Страховщиком обязательств перед Страхователем по договору в полном объеме (исчерпания страховой суммы);

3) досрочного прекращения договора в соответствии с основаниями, предусмотренными действующим законодательством Российской Федерации;

4) ликвидации Страховщика в порядке, установленном законодательными актами Российской Федерации – с 00 часов внесения записи о ликвидации в единый государственный реестр юридических лиц;

5) принятия судом решения о признании договора страхования недействительным – с 00 часов дня вступления решения суда в законную силу;

10.8. Договор страхования может быть досрочно прекращен по требованию (инициативе) Страховщика или Страхователя, по соглашению сторон, а также по основаниям, предусмотренным п. 1 ст. 958 ГК РФ. О намерении досрочно прекратить договор страхования стороны обязаны уведомить друг друга в письменной форме.

10.9. Страхователь вправе отказаться от договора страхования до начала срока действия в порядке, установленном действующим Законодательством РФ.

10.10. В случае досрочного прекращения договора страхования (п. 10.8. настоящих Правил) или отказа от Договора страхования (п. 10.9. настоящих Правил) Страховщик возвращает Страхователю внесенную им страховую премию за не истекший период страхования полностью, за исключением случая п. 10.11. настоящих Правил. Если требование Страховщика обусловлено невыполнением Страхователем условий договора страхования и настоящих Правил, то он возвращает Страхователю часть страховой премии пропорционально не истекшему времени действия договора страхования за вычетом понесенных Страховщиком расходов на ведение дела.

10.11. В случае досрочного прекращения договора страхования (п. 10.8. настоящих Правил) по инициативе Страхователя и зафиксированных фактах обращения Застрахованного лица по страховому случаю (случаям), страховая премия возврату не подлежит.

10.12. В случае досрочного прекращения договора страхования (п. 10.8. настоящих Правил) или отказа от договора страхования (п.10.9. настоящих Правил), возврат уплаченной страховой премии Страхователю производится на основании следующих документов:

1) договора (Полиса) страхования;



- 2) заявления, содержащего мотивированное требование о расторжении договора страхования (отказа от страхования);
- 3) документа, удостоверяющего личность Страхователя;
- 4) документы, подтверждающие полномочия лица, представляющего интересы Страхователя (в случае обращения через представителя)
- 5) копия паспорта Страхователя и его представителя (в случае обращения через представителя).

10.13. Страховщик осуществляет возврат страховой премии в течение 10 (Десяти) рабочих дней со дня получения Страховщиком письменного уведомления от Страхователя об отказе от договора страхования, если договором страхования не предусмотрено иное.

10.14. Страховщик вправе требовать расторжения договора страхования в случае неисполнения Страхователем обязанности незамедлительно сообщить Страховщику о ставших ему известных значительных изменений в обстоятельствах, сообщенных Страховщику при заключении договора страхования, если эти изменения могут существенно повлиять на изменение степени риска. При досрочном прекращении договора страхования по этой причине Страховщик вправе потребовать от Страхователя возмещения убытков, причиненных расторжением договора страхования в соответствии с законодательством РФ.

10.15. Страховщик вправе потребовать признание заключенного договора страхования недействительным и применения последствий в соответствии с законодательством РФ, если после заключения договора страхования будет установлено что Страхователь при заключении договора страхования сообщил Страховщику заведомо ложные сведения об обстоятельствах, имеющих существенное значение для определения степени риска наступления страхового случая.

## **11. СТРАХОВАЯ ВЫПЛАТА**

11.1. Страховая выплата по страховым случаям п. 4.1.1. и п. 4.1.2. настоящих Правил осуществляется путем оплаты Страховщиком непосредственно медицинскому учреждению и/или Сервисной компании, имеющим договорные отношения со Страховщиком, организовавшие и/или оказавшие услуги в объеме, предусмотренном договором страхования.

11.2. Страховая выплата по страховому случаю п. 4.1.3. настоящих Правил осуществляется путем оплаты счетов Страховщиком специализированной организации и/или Сервисной компании, которая произвела расходы по страховому случаю на основании страхового акта и документов, подтверждающих расходы. Расходы, связанные с похоронами и погребением, Страховщик не возмещает.

Если оплата понесенных расходов в результате наступления страхового случая п. 4.1.3. настоящих Правил произведена самим Страхователем (представителем Страхователя, родственником Застрахованного лица) (далее-Заявитель) то страховое возмещение осуществляется непосредственно Заявителю на основании его письменного заявления. При этом все документы, подтверждающие расходы (счета, платежные поручения с отметкой банка, чеки, квитанции и т.д.), должны быть оформлены на имя Заявителя и содержать сведения об оказанных услугах. Для получения возмещения понесенных расходов Заявитель должен предоставить следующие документы:

- 1) письменное заявление Заявителя о наступлении страхового события;
- 2) Договор (Полис) страхования оригинал;
- 3) свидетельство о смерти Застрахованного лица;
- 4) общегражданский паспорт получателя страхового возмещения. В случаях, предусмотренных законом, вместо общегражданского паспорта может быть предоставлен иной документ, удостоверяющий личность;
- 5) оригиналы документов, подтверждающих расходы Заявителя.

Документы можно предоставить в офис Страховщика посредством личного обращения или почтовой связи. Адреса и часы работы офисов можно уточнить на официальном сайте Страховщика в сети Интернет.

Единый срок урегулирования требования о страховой выплате – 15 (Пятнадцать) рабочих дней от даты подачи заявления о выплате с приложением всех необходимых документов до даты осуществления страховой выплаты или направление Страхователю (Застрахованному лицу) уведомления об отсутствии оснований для страховой выплаты.

11.3. Страховщик имеет право самостоятельно запрашивать медицинскую документацию, необходимую для решения вопроса об уплате страхового возмещения в любых лечебных и других учреждениях.

**11.4. Страховщик вправе признать случай не страховым и отказать в оплате расходов, если Страхователь и/или Застрахованное лицо:**

11.4.1. нарушил обязанности, предусмотренные Договором страхования;

11.4.2. сообщил заведомо ложные сведения о здоровье Застрахованного лица;

11.4.3. не уведомил о страховом случае в порядке, предусмотренном п. 9.2.2. настоящих Правил;

11.4.4. не дает согласие на предоставление информации, касающейся страхового случая;

11.4.5. если срок действия Договора страхования истек, а лечение Застрахованного лица по заболеванию, признанному страховым случаем, не завершено, Страховщик берет на себя расходы на оплату медицинских услуг только до момента его выписки из стационара или до истечения 10 (Десяти) дней стационарного лечения в пределах страховой суммы.

11.5. Страховщик не оплачивает расходы, возникшие в связи с исключениями, указанными в п.п. 4.2, 4.3 настоящих Правил.

## **12. ПОРЯДОК РАЗРЕШЕНИЯ СПОРОВ**

12.1. Споры, возникающие по договору страхования, заключенному на основании настоящих Правил, разрешаются путем направления письменной претензии. Претензия подлежит рассмотрению получившей ее стороной в течение 30 дней с даты получения. Результатом рассмотрения является письменный ответ на претензию, который направляется второй стороне в указанный срок.

В случае уклонения стороны от получения претензии или не получения ответа на претензию другая сторона имеет право воспользоваться иными предусмотренными настоящими Правилами или действующим законодательством Российской Федерации способами урегулирования споров.

12.2. При не достижении соглашения по результатам рассмотрения претензии физические лица, являющиеся Страхователем, Выгодоприобретателем или Застрахованным лицом по заключенному на основании настоящих Правил договору страхования, не связанному с осуществлением предпринимательской деятельности указанными лицами, имеют право обратиться за защитой своих прав и законных интересов к Уполномоченному по правам потребителей финансовых услуг.

Случаи обязательного предварительного обращения за защитой своих прав и законных интересов к Уполномоченному по правам потребителей финансовых услуг, порядок такого обращения, регулируются Федеральным законом от 04.06.2018 № 123-ФЗ «Об уполномоченном по правам потребителей финансовых услуг».

12.3. При не достижении соглашения по результатам рассмотрения претензии и/или обращения к Уполномоченному по правам потребителей финансовых услуг стороны сохраняют право на рассмотрение спора в судебном порядке в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

## **13. ОСОБЫЕ УСЛОВИЯ**

13.1. При исполнении своих обязательств Стороны, их аффилированные лица, работники или посредники не выплачивают, не предлагают выплатить и не разрешают выплату каких-либо денежных средств или ценностей, прямо или косвенно, любым лицам для оказания влияния на действия или решения этих лиц с целью получить какие-либо неправомерные преимущества или для достижения иных неправомерных целей.

13.2. При исполнении своих обязательств Стороны, их аффилированные лица, работники или посредники не осуществляют действия, квалифицируемые как дача/получение взятки, коммерческий подкуп, а также иные действия, нарушающие требования применимого законодательства и международных актов о противодействии коррупции.

13.3. В случае возникновения у любой Стороны подозрений, что произошло или может произойти нарушение каких-либо положений настоящего раздела, соответствующая Сторона обязуется уведомить об этом другую Сторону в письменной форме. В письменном уведомлении Сторона обязана сослаться на факты или предоставить материалы, достоверно подтверждающие или дающие основание предполагать, что произошло или может произойти нарушение каких-либо положений настоящего раздела другой Стороной, ее аффилированными лицами, работниками или посредниками.

13.4. Сторона, получившая уведомление о нарушении каких-либо положений настоящего раздела, обязана рассмотреть уведомление и сообщить другой Стороне об итогах его рассмотрения в течение 20 (Двадцати) рабочих дней с даты получения письменного уведомления.

13.5. Стороны гарантируют осуществление надлежащего разбирательства по фактам нарушения положений настоящего раздела с соблюдением принципов конфиденциальности и применение эффективных мер по предотвращению возможных конфликтных ситуаций. Стороны гарантируют отсутствие негативных последствий как для уведомившей Стороны в целом, так и для конкретных работников уведомившей Стороны, сообщивших о факте нарушений.

13.6. В случае подтверждения факта нарушения одной Стороной положений настоящего раздела и/или неполучения другой Стороной информации об итогах рассмотрения уведомления о нарушении в соответствии с настоящим разделом, другая Сторона имеет право расторгнуть договор страхования, заключенный в рамках настоящих Правил, в одностороннем внесудебном порядке путем направления письменного уведомления не позднее чем за 15 (Пятнадцать) календарных дней до предполагаемой даты прекращения действия договора страхования.

#### **14. ПРОВЕРКА ИМУЩЕСТВЕННОГО ИНТЕРЕСА**

14.1. Страховщик проверяет наличие имущественного интереса Страхователя (Застрахованного лица/Выгодоприобретателя) при принятии решения о страховой выплате по договору страхования.

Проверка наличия имущественного интереса осуществляется Страховщиком на основании документов и информации, представленных Страхователем (Застрахованным лицом/Выгодоприобретателем) вместе с заявлением об урегулировании (о выплате страхового возмещения).

Подтверждением наличия имущественного интереса могут являться:

- документы, подтверждающие право собственности (владения, пользования, распоряжения) Страхователя (Застрахованного лица/Выгодоприобретателя) на имущество,

- документы, подтверждающие обязанность Страхователя (Застрахованного лица/Выгодоприобретателя) понести расходы в связи с наступлением страхового события и подтверждение факта реального понесения указанных расходов, их размер;

- документы, подтверждающие, что лицо, заявившее о выплате страхового возмещения, является Страхователем (Застрахованным лицом/Выгодоприобретателем) по договору страхования (либо наличие письменного согласия Страхователя (Застрахованного лица/Выгодоприобретателя) о выплате иному лицу).

14.2. Заключая Договор страхования, Страхователь подтверждает, что проинформирован Страховщиком о предусмотренных законодательством возможных последствиях отсутствия имущественного интереса в сохранении застрахованного имущества у Страхователя или Выгодоприобретателя, а именно договор страхования имущества, заключенный при отсутствии у Страхователя или Выгодоприобретателя интереса в сохранении застрахованного имущества, недействителен.

14.3. Страховщик имеет право предварительно проверить наличие имущественного интереса Страхователя на этапе заключения договора страхования. Такая проверка не лишает Страховщика права на проверку наличия имущественного интереса на этапе принятия решения о страховой выплате. Такая проверка не отменяет возможности наступления последствий, предусмотренных пунктом 2 ст. 930 ГК РФ (недействительность договора страхования имущества, заключенного в отсутствие имущественного интереса).

**Базовые страховые тарифы по добровольному медицинскому страхованию граждан,  
находящихся вне места постоянного проживания**

(в процентах от страховой суммы за каждый день действия страховой защиты)

Страховые риски	Страховой тариф
Наступление события, связанного с оплатой медицинскому учреждению расходов на оказание первичной медико-санитарной помощи в неотложной форме, специализированной медицинской помощи в неотложной форме, медико-транспортной помощи и репатриации, вызванного:  - внезапным острым заболеванием Застрахованного лица; - острой травмой и/или отравлением Застрахованного лица; - смертью в результате внезапного острого заболевания, острой травмы и/или отравления Застрахованного лица.	<b>0,00355</b>

Основываясь на базовом страховом тарифе, Страховщик, в каждом конкретном случае при заключении договора добровольного медицинского страхования граждан, находящихся вне места постоянного проживания при определении размера страхового тарифа по договору страхования, учитывающего степень страхового риска, вправе применять к базовым страховым тарифам повышающие и понижающие коэффициенты (0,1 – 10,0).

В связи с отсутствием какой-либо утвержденной органами страхового надзора методики (рекомендаций) экономического обоснования повышающих и понижающих коэффициентов, применяемых при определении страхового тарифа по конкретному договору страхования, их минимальные и максимальные значения определены с учетом многолетней практики применения системы повышающих (понижающих) коэффициентов российскими страховыми организациями, а также собственной статистики Страховщика по добровольному медицинскому страхованию и страхованию от несчастных случаев.

При наличии факторов риска, увеличивающих вероятность наступления страхового случая, Страховщик применяет к базовой тарифной ставке повышающие коэффициенты, а при отсутствии факторов риска, увеличивающих наступление страхового случая или при незначительном их влиянии на наступление страхового случая, Страховщик применяет к базовому страховому тарифу понижающие коэффициенты.

Факторы, влияющие на степень страхового риска:

- возраст, состояние здоровья и образ жизни Застрахованного лица;
- географическое месторасположение района выезда, а также цель и особенности поездки;
- условия страхования, перечень страховых рисков, размер и особенности страхового покрытия;
- наличие франшизы;
- наличие убытков и их размер вследствие случайных событий за последние три года;
- наличие и специфика заболеваний за последний год и наличие хронических заболеваний;
- иные факторы, влияющие на степень риска.