

УТВЕРЖДЕНЫ

решением Правления ОАО «ЖАСО»

(Протокол от 22 марта 2013 № 7)

**ПРАВИЛА
ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО
СТРАХОВАНИЯ**

1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

1.1. Настоящие Правила добровольного медицинского страхования (далее по тексту – Правила) разработаны в соответствии с Гражданским кодексом Российской Федерации, Законом Российской Федерации «Об организации страхового дела в Российской Федерации».

В соответствии с законодательством Российской Федерации и на основании настоящих Правил, за обусловленную договором страхования плату (страховую премию), открытое акционерное общество «Страховое общество ЖАСО» (далее по тексту – Страховщик) заключает договоры добровольного медицинского страхования с юридическими лицами и дееспособными физическими лицами.

Добровольное медицинское страхование осуществляется на основе страховых медицинских программ и обеспечивает оплату/возмещение Страховщиком медицинских расходов Застрахованного лица.

1.2. При заключении Договора добровольного медицинского страхования/Полиса добровольного медицинского страхования (далее по тексту – Договор страхования/Полис) на условиях настоящих Правил в Договоре страхования (Полисе) должно быть прямо указано на применение Правил. Вручение Страхователю Правил должно быть удостоверено записью в Договоре страхования (Полисе).

При заключении Договора страхования (Полиса) Страховщик и Страхователь могут договориться об изменении или исключении из условий Договора страхования (Полиса) отдельных положений настоящих Правил, при условии, что такие изменения, исключения не противоречат законодательству Российской Федерации и настоящим Правилам.

1.3. Страховщик вправе на основании настоящих Правил разрабатывать различные страховые медицинские программы и присваивать им маркетинговые названия.

1.4. По настоящим Правилам используются следующие определения:

Медицинская помощь – комплекс мероприятий, включая медицинские и иные, связанные с ними услуги (далее по тексту – иные услуги), направленных на поддержание и (или) восстановление здоровья Застрахованных лиц.

Медицинская услуга – медицинское вмешательство или комплекс медицинских вмешательств, направленных на профилактику, диагностику и лечение заболеваний, медицинскую реабилитацию, имеющих самостоятельное законченное значение и определенную цену.

Профилактика - комплекс мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннее выявление, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания.

Диагностика - комплекс медицинских вмешательств, направленных на распознавание состояний или установление факта наличия либо отсутствия заболеваний, осуществляемых посредством сбора и анализа жалоб Застрахованного лица, данных его анамнеза и осмотра, проведения лабораторных, инструментальных и иных исследований в целях определения диагноза, выбора мероприятий по лечению Застрахованного лица и (или) контроля за осуществлением этих мероприятий.

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.

Лечение - комплекс медицинских вмешательств, выполняемых по назначению медицинского работника, целью которых является устранение или облегчение проявлений заболевания или заболеваний либо состояний Застрахованного лица, восстановление или улучшение его здоровья, трудоспособности и качества жизни

Иные услуги – услуги, непосредственно связанные с оказанием или организацией оказания медицинских услуг, имеющие определенную цену. К иным услугам относятся в частности: организационно-технические и санитарно-противоэпидемические мероприятия; фармакологическая помощь, включая обеспечение лекарственными препаратами/средствами, медицинскими изделиями, лечебным питанием и иными средствами и предметами медицинского назначения, а также организацию их доставки; услуги медицинского сервиса, включая услуги по обеспечению комфортности пребывания в медицинском учреждении (в том числе, палаты улучшенной комфортности, дополнительное питание, обеспечение душем и санузлом индивидуального пользования, холодильником, кондиционером и др.); питание и проживание (нахождение) во время стационарного лечения, реабилитационно-восстановительного лечения в стационарных, в том числе санаторно-курортных условиях, если оно не входит в стоимость медицинской услуги (стоимость койко-дня); оказание тяжелобольным Застрахованным лицам социально-психологической помощи, медицинского ухода; нахождение вместе с Застрахованным лицом (ребенком) одного из родителей или иного члена семьи (по усмотрению родителей или иных законных представителей ребенка) с обеспечением питанием и койкой указанного лица при наличии медицинских показаний для ухода; организация медицинской эвакуации; оформление медицинским учреждением и иной организацией различной документации, связанной с оказанием медицинской помощи; услуги справочно-информационных служб с использованием компьютерных и телекоммуникационных технологий; информационные услуги, связанные с оказанием или организацией оказания медицинской помощи; другие услуги, оказываемые медицинскими и иными организациями Застрахованному лицу в ходе получения им медицинской помощи.

Лекарственное обеспечение (фармакологическая помощь) – часть медицинской помощи, предусматривающая отпуск Застрахованным лицам необходимых лекарственных средств/препаратов, медицинских изделий, продуктов лечебного питания, минеральных вод, биологически активных добавок, а также иных средств и предметов медицинского назначения, назначенных лечащим врачом при амбулаторном и стационарном лечении для проведения диагностики, лечения, профилактики, реабилитации, ухода, лечебного питания, и предполагающая оплату Страховщиком их стоимости и/или стоимости их доставки.

Лекарственные средства – вещества или их комбинации, применяемые для профилактики, диагностики, лечения заболевания, реабилитации.

Лекарственные препараты – лекарственные средства в виде лекарственных форм, имеющие определенную цену.

Медицинские изделия – инструменты, аппараты, приборы, оборудование, материалы и прочие изделия, имеющие определенную цену, применяемые в медицинских целях отдельно или в сочетании между собой, а также вместе с другими принадлежностями, необходимыми для применения указанных изделий по назначению (включая специальное программное обеспечение), предназначенные для профилактики, диагностики, лечения и медицинской реабилитации Застрахованных лиц, мониторинга состояния организма человека, проведения медицинских исследований, восстановления, замещения, изменения анатомической структуры или физиологических функций организма.

Продукты лечебного питания – определенные пищевые продукты и их сочетания, обеспечивающие удовлетворение потребностей организма человека в пищевых веществах и энергетических ресурсах с лечебной и/или профилактической целью.

Иные средства и предметы медицинского назначения – средства для дезинфекции, дезинсекции, дератизации; посуда для медицинских целей; предметы и средства личной гигиены; предметы и средства, предназначенные для ухода за больными, новорожденными и детьми; очковая оптика, средства ухода за ней и другие средства и предметы медицинского назначения.

Страховая медицинская программа (далее по тексту – Программа) – совокупность видов, форм, условий и порядка предоставления медицинской помощи Застрахованным лицам. Перечень медицинских и иных, связанных с ними услуг, из числа перечисленных в соответствующей Программе, может быть изменен по соглашению между Страхователем и Страховщиком (Вариант Программы). Договор страхования может быть заключен как на условиях одной Программы, так и нескольких Программ, предусмотренных настоящими Правилами, которые могут комбинироваться между собой в любом их сочетании, с учетом особенностей каждой из них и потребностей Страхователя (Варианты Программ).

Вариант страхования – объем и виды медицинской помощи, условия и порядок ее предоставления, определяемый Программой(ами), реализуемый на базе Перечня медицинских учреждений, в рамках отдельного Договора страхования. Вариант страхования в рамках отдельного Договора страхования может иметь буквенное, цифровое или буквенно-цифровое обозначение.

2. СУБЪЕКТЫ СТРАХОВАНИЯ

2.1. Субъектами страхования выступают Страховщик, Страхователь, Застрахованное лицо, Медицинское учреждение.

2.1.1. **Страховщик** – открытое акционерное общество «Страховое общество ЖАСО», осуществляющее свою деятельность в соответствии с законодательством Российской Федерации и лицензиями, выданными органом государственного страхового надзора.

2.1.2. **Страхователь** – дееспособное физическое или юридическое лицо, заключившее со Страховщиком Договор страхования (Полис) в свою пользу или в пользу третьих лиц (Застрахованных лиц).

2.1.3. **Застрахованное лицо** – физическое лицо, в пользу которого заключен Договор страхования (Полис).

2.1.4. **Медицинское учреждение** – российские и/или иностранные организации, заключившие со Страховщиком договор на оказание (или организацию) и оплату медицинской помощи по добровольному медицинскому страхованию.

2.2. В целях настоящих Правил к медицинским учреждениям относятся:

2.2.1. юридическое лицо независимо от организационно-правовой формы, осуществляющее медицинскую деятельность на основании лицензии, выданной в порядке, установленном законодательством Российской Федерации. К медицинским учреждениям приравниваются индивидуальные предприниматели, осуществляющие медицинскую деятельность;

2.2.2. юридическое лицо независимо от организационно-правовой формы, или индивидуальный предприниматель, осуществляющие фармацевтическую деятельность на основании лицензии, выданной в порядке, установленном законодательством Российской Федерации (далее по тексту – аптечная организация);

2.2.3. юридическое лицо, созданное в соответствии с законодательством иностранного государства, расположенное за пределами территории Российской Федерации, при условии, что у медицинского учреждения, оказавшего (организовавшего) предоставление медицинских и иных услуг, имеются соответствующие разрешающие документы (далее по тексту – иностранная медицинская организация);

2.2.4. юридическое лицо, независимо от организационно-правовой формы, осуществляющее организацию предоставления и/или содействие получению Застрахованными лицами медицинской помощи (далее по тексту – сервисная или ассистанская организация).

2.3. Конкретный перечень медицинских учреждений, в которые Застрахованное лицо вправе обратиться за получением медицинской помощи, приводится в Договоре страхования.

3. ОБЪЕКТ СТРАХОВАНИЯ

Объектом добровольного медицинского страхования являются имущественные интересы Страхователя (Застрахованного лица), связанные с оказанием ему медицинских и иных услуг и затратами на оказание медицинской помощи при возникновении страхового случая.

4. СТРАХОВЫЕ РИСКИ, СТРАХОВЫЕ СЛУЧАИ

4.1. Страховым риском является предполагаемое событие, обладающее признаками вероятности и случайности, на случай наступления которого проводится страхование.

4.2. Страховым случаем является событие, свершившееся в период действия Договора страхования, с наступлением которого возникает обязанность Страховщика осуществить страховую выплату.

По настоящим Правилам страховым случаем является обращение Застрахованного лица в течение срока действия Договора страхования (Полиса) в медицинские учреждения из числа предусмотренных Договором страхования (Полисом) за получением медицинской помощи (лечебной, диагностической, консультативной, реабилитационной - восстановительной, профилактической, фармакологической и др.) в соответствии с Договором страхования (Полисом), повлекшее возникновение обязательств Страховщика произвести оплату медицинских и иных услуг.

4.3. Договор страхования (Полис) может быть заключен по следующим страховым медицинским программам:

4.3.1. Страховая медицинская программа № 1

«Предоставление медицинских и иных услуг при амбулаторном лечении»;

4.3.2. Страховая медицинская программа № 2

«Предоставление медицинских и иных услуг при стационарном лечении»;

4.3.3. Страховая медицинская программа № 3

«Предоставление медицинских и иных услуг при амбулаторном и стационарном лечении»;

4.3.4. Страховая медицинская программа № 4

«Предоставление медицинских и иных услуг при амбулаторном и стационарном лечении при заболевании клещевым энцефалитом, болезнью Лайма, клещевым сыпным тифом»;

4.3.5. Страховая медицинская программа № 5

«Предоставление медицинских и иных услуг при амбулаторном и стационарном лечении при несчастном случае»;

- 4.3.6. Страховая медицинская программа № 6 «Медицинский ассистанс»;
- 4.3.7. Страховая медицинская программа №7 «Врач офиса»;
- 4.3.8. Страховая медицинская программа №8 «Диспансеризация»;
- 4.3.9. Страховая медицинская программа № 9 «Стоматологическая помощь»;
- 4.3.10. Страховая медицинская программа № 10 «Дистанционная консультативно-диагностическая медицинская помощь (дистанционные видеоконсультации и/или видеоконсилиумы)».

Не является страховым случаем:

4.4.1. обращение Застрахованного лица за получением медицинской помощи, не предусмотренной Договором страхования (Полисом);

4.4.2. обращение Застрахованного лица за получением медицинской помощи в связи с патологическими состояниями и травмами, возникшими или полученными в результате алкогольного, наркотического, токсического воздействия; в связи с намеренным причинением Застрахованным лицом вреда своему здоровью, суицидальными попытками и иными умышленными действиями Застрахованного лица, направленными на наступление страхового случая за исключением случаев, когда Застрахованный был доведен до такого состояния противоправными действиями третьих лиц, что должно быть подтверждено решениями соответствующих органов;

4.4.3. обращение Застрахованного лица за получением медицинской помощи в связи с получением травматического повреждения или иного расстройства здоровья, наступившего в результате совершения Застрахованным лицом противоправных действий;

4.4.4. обращение Застрахованного лица за получением медицинской помощи, которая не была рекомендована, письменно засвидетельствована лечащим врачом Застрахованного лица и/или уполномоченным представителем Страховщика как необходимая и разумная; была выполнена по желанию Застрахованного лица /Страхователя, их представителя;

4.4.5. обращение Застрахованного лица за медицинской помощью во время пребывания Страхователя (Застрахованного лица) в учреждениях уголовно-исполнительной системы;

4.4.6. обращение Застрахованного лица в медицинские учреждения, не предусмотренные Договором страхования (Полисом), или если обращение не было организовано и/или согласовано Страховщиком;

4.4.7. иные исключения, предусмотренные Договором страхования (Полисом).

4.5. Страховщик освобождается от страховой выплаты, если иное не предусмотрено Договором страхования (Полисом), когда страховой случай наступил вследствие:

4.5.1. воздействия ядерного взрыва, радиации или радиоактивного заражения;

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

4.5.3. гражданской войны, а также народных волнений всякого рода или забастовок.

5. СТРАХОВАЯ СУММА

5.1. Страховая сумма – денежная сумма, которая определена Договором страхования (Полисом), исходя из которой устанавливаются размер страховой премии и размер страховой выплаты при наступлении страхового случая.

Страховая сумма по Договору страхования (Полису) устанавливается по соглашению Страховщика и Страхователя в соответствии с выбранным объемом и видами медицинской помощи, исходя из перечня и стоимости медицинских и иных услуг, предусмотренных Вариантом страхования (Программой), иных условий страхования.

5.2. Договором страхования (Полисом) может быть предусмотрена страховая сумма по отдельному Варианту страхования (отдельной Программе), по совокупности Вариантов страхования (совокупности Программ), по отдельным видам медицинской помощи (амбулаторно-поликлинической, стоматологической, стационарной, лекарственному обеспечению и др.), по отдельным заболеваниям (состояниям) или их различной совокупности, а также по всему Договору страхования (Полису) в целом.

5.3. Страхователь вправе в период действия Договора страхования (Полиса) по согласованию со Страховщиком изменить страховую сумму путем оформления дополнительного соглашения.

5.4. В Договоре страхования (Полисе) может быть установлена условная, безусловная или временная франшиза.

5.4.1. При условной франшизе Страховщик освобождается от оплаты расходов, связанных с оказанием Застрахованному лицу медицинских и иных услуг, если их размер не превышает франшизу.

5.4.2. При безусловной франшизе обязательства Страховщика определяются размером расходов за минусом франшизы.

5.4.3. Франшиза устанавливается в процентном отношении к страховой сумме или в абсолютной величине.

5.4.4. В Договоре страхования (Полисе) может быть установлена временная франшиза – период времени с момента вступления Договора страхования (Полиса) в силу, в течение которого страховые выплаты при возникновении страхового случая или отдельно оговоренных заболеваний (состояний, травм, повреждений) не производятся.

5.4.5. Страховая сумма устанавливается в российских рублях. По соглашению сторон в Договоре страхования (Полисе) страховая сумма может быть указана в иностранной валюте, эквивалентом которой является соответствующая сумма в рублях, рассчитанная по курсу Центрального Банка Российской Федерации на дату вступления Договора страхования в силу (в дальнейшем – страхование в валютном эквиваленте).

6. СТРАХОВОЙ ТАРИФ, СТРАХОВАЯ ПРЕМИЯ

6.1. Страховой тариф – ставка страховой премии с единицы страховой суммы с учетом объекта страхования и характера страхового риска.

6.2. Страховой премией является плата за страхование, которую Страхователь обязан уплатить Страховщику в соответствии с Договором страхования (Полисом).

6.3. Размер страховой премии устанавливается Страховщиком исходя из страховой суммы, страхового тарифа, наличия франшизы.

6.4. Страховщик при определении размера страховой премии вправе провести оценку страхового риска и, в зависимости от наличия или отсутствия факторов риска, применить поправочные (повышающие или понижающие) коэффициенты к базовым страховым тарифам (ставкам страховой премии).

6.5. В целях оценки страхового риска Страховщик вправе запросить у Страхователя (кандидата на страхование) следующие документы: медицинскую анкету,

результаты медицинского обследования, заверенные медицинскими учреждениями выписки из медицинской документации и пр., а также иные документы и/или информацию, позволяющие судить о степени страхового риска.

6.6. Основанием для применения Страховщиком повышающих или понижающих коэффициентов являются результаты проведенной им оценки страхового риска, осуществляемой на основании: заявления на страхование; информации и документов, представленных Страхователем; информации, самостоятельно полученной Страховщиком об опыте (истории) работы со Страхователями; заключений экспертов и андеррайтеров, которые позволяют Страховщику в совокупности выявить факторы риска, повышающие или понижающие вероятность наступления страхового случая по Договору страхования (Полису).

6.7. Поправочные коэффициенты (конкретное значение определяется исходя из вида, количества и значимости факторов риска по своему воздействию на наступление страхового случая) устанавливаются в зависимости от следующих факторов риска: пола и возраста Застрахованного лица, состояния здоровья Застрахованного лица, индекса массы тела Застрахованного лица, рода профессиональной деятельности и условий труда Застрахованного лица; занятий Застрахованным лицом спортом; объема предоставляемого покрытия (видов, форм, условий и порядка предоставления медицинской помощи), включенных в Вариант страхования; численности Застрахованных лиц; ценовой категории медицинского учреждения, включенной в Вариант страхования; эпидемиологической обстановки на территории страхования; вида экономической деятельности Страхователя и/или других факторов, влияющих на степень риска, не учтенных в данном перечне.

6.8. Итоговый страховой тариф при заключении Договора страхования (Полиса) рассчитывается путем умножения базового страхового тарифа на установленные Страховщиком поправочные коэффициенты.

6.9. В случае, если Страховщик не воспользовался своим правом на оценку риска, Договор страхования (Полис) заключается на условиях применения базового страхового тарифа.

6.10. Размер страховой премии определяется также в зависимости от срока действия Договора страхования (Полиса):

6.10.1. При заключении Договора страхования (Полиса) на срок менее одного года, если иное не предусмотрено Договором страхования (Полисом), страховая премия рассчитывается пропорционально сроку страхования.

6.10.2. При страховании на срок более одного года (несколько полных лет) общая страховая премия по Договору страхования (Полису) в целом устанавливается как сумма страховых премий за каждый год.

Если срок страхования устанавливается как год (несколько лет) и несколько месяцев, то страховая премия за указанные месяцы определяется как 1/12 годовой страховой премии за каждый месяц страхования (при этом неполный месяц считается за полный), если иное не предусмотрено Договором страхования (Полисом).

Если срок страхования устанавливается как год (несколько лет) и несколько дней, то страховая премия за указанные дни рассчитывается пропорционально сроку страхования, если иное не предусмотрено Договором страхования (Полисом).

6.11. Порядок уплаты страховой премии (страховых взносов) оговаривается в Договоре страхования (Полисе):

6.11.1. Страховая премия по Договору страхования (Полису) может быть уплачена Страхователем единовременно или в рассрочку. В последнем случае рассрочка уплаты страховой премии должна быть прямо предусмотрена Договором страхования (Полисом) и в нем должны быть указаны порядок, сроки и размеры платежей.

6.11.2. В случае уплаты страховой премии в рассрочку Договором страхования (Полисом) могут быть предусмотрены последствия неуплаты в установленные сроки очередных страховых взносов.

6.11.3. Если иное не предусмотрено Договором страхования (Полисом), страховая премия уплачивается:

- безналичным перечислением денежных средств на расчетный счет Страховщика в сроки, предусмотренные Договором страхования (Полисом);
- наличными денежными средствами в кассу Страховщика (его уполномоченному представителю) в день заключения Договора страхования (Полиса) или в сроки, предусмотренные Договором страхования (Полисом).

6.12. Днем уплаты страховой премии (страховых взносов) считается день поступления денежных средств на расчетный счет или в кассу Страховщика (его уполномоченному представителю).

6.13. При неуплате Страхователем в предусмотренные Договором страхования (Полисе) сроки очередного страхового взноса или уплаты его в меньшем размере Страховщик вправе прекратить Договор страхования (Полис) путем направления Страхователю письменного уведомления о своем намерении. Если Договором страхования (Полисом) не предусмотрено иное, уведомление направляется Страхователю в течение 10-ти рабочих дней со дня просрочки уплаты очередного страхового взноса, указанного в Договоре страхования (Полисе).

Договор страхования (Полис) считается досрочно расторгнутым (прекратившим свое действие) при неполучении от Страхователя ответа в срок, указанный в уведомлении, или получения от Страхователя отказа от исполнения обязательств по Договору страхования (Полису).

6.14. При неуплате Страхователем в предусмотренный Договором страхования (Полисом) срок очередного страхового взноса или уплаты его в меньшем размере, Страховщик вправе предоставить Страхователю льготный срок для уплаты очередного страхового взноса путем направления Страхователю уведомления об этом.

6.15. В случае неуплаты Страхователем в течение льготного срока очередного страхового взноса или уплаты его в меньшем размере, Договор страхования (Полис) прекращается со дня, следующего за последним днем льготного срока.

6.16. При страховании в валютном эквиваленте страховая премия уплачивается в рублях по курсу Центрального Банка Российской Федерации, установленному для соответствующей иностранной валюты на дату уплаты страховой премии наличными денежными средствами или на дату перечисления страховой премии по безналичному расчету, если иное не предусмотрено Договором страхования (Полисом).

7. ЗАКЛЮЧЕНИЕ, СРОК ДЕЙСТВИЯ И ПРЕКРАЩЕНИЕ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ

7.1. Договор страхования (Полис) заключается на основании письменного или устного заявления Страхователя. Договор страхования (Полис) должен быть заключен в письменной форме и отвечать общим условиям действительности сделки, предусмотренным гражданским законодательством Российской Федерации.

7.2. По Договору страхования (Полису) Страховщик принимает на себя обязательство при наступлении страхового случая организовать предоставление и произвести оплату медицинской помощи необходимого объема и надлежащего качества в медицинских учреждениях, предусмотренных Договором страхования (Полисом).

При отсутствии возможности оказания услуг, предусмотренных страховой медицинской программой, в медицинских учреждениях, указанных в Договоре страхования (Полисе), Страховщик организует их выполнение в иных медицинских учреждениях. При этом выбор медицинского учреждения производится Страховщиком

7.3. При подписании Договоров страхования (Полисов) Страховщик вправе использовать факсимильное (с помощью средств механического, электронного или иного копирования) воспроизведение печати Страховщика и подписей лиц, уполномоченных от имени Страховщика подписывать Договоры страхования (Полисы) и приложения к ним.

7.4. Факсимильное воспроизведение печати Страховщика и подписей уполномоченных лиц Страховщика в Договорах страхования (Полисах) и приложениях к ним, а также в сопровождающей их документации (письмах, актах, заявлениях и пр.), признается аналогом печати Страховщика и собственноручной подписи уполномоченных лиц Страховщика.

7.5. При заключении Договора страхования (Полиса) должно быть достигнуто соглашение:

- о Застрахованном лице;
- о характере события, на случай наступления которого в жизни Застрахованного лица осуществляется страхование (страхового случая);
- о размере страховой суммы;
- о сроке действия Договора страхования (Полиса).

7.6. Договор страхования (Полис) заключается сроком на один год, если иное не предусмотрено Договором страхования (Полисом).

7.7. При заключении Договора страхования (Полиса) Страхователь (Застрахованное лицо) обязан сообщить Страховщику обо всех известных ему обстоятельствах, имеющих существенное значение для определения вероятности наступления страхового случая.

Существенными признаются обстоятельства, определенно оговоренные Страховщиком в Договоре страхования (Полисе) или в представленной Страхователем (кандидатом на страхование) ответе на запрос Страховщика в соответствии с пунктом 6.5 настоящих Правил.

7.8. Если после заключения Договора страхования (Полиса) будет установлено, что Страхователь (Застрахованное лицо) сообщил Страховщику заведомо ложные сведения об обстоятельствах, имеющих существенное значение для определения вероятности наступления страхового случая и страхового риска, Страховщик вправе потребовать признания Договора страхования (Полиса) недействительным и применения последствий недействительности сделки, предусмотренных пунктом 2 статьи 179 Гражданского Кодекса Российской Федерации.

7.9. Договор страхования (Полис) может быть заключен путем составления одного документа, подписанного Страховщиком и Страхователем либо вручения Страхователю страхового Полиса, подписанного Страховщиком.

7.10. В случае утраты Договора страхования в период его действия Страхователю на основании его письменного заявления выдается копия Договора страхования.

При утрате Застрахованным лицом страхового Полиса Страхователь (Застрахованное лицо) должен незамедлительно известить об этом Страховщика. В случае утраты страхового Полиса в период его действия Страхователю на основании его письменного заявления выдается дубликат страхового Полиса, после чего утраченный страховой Полис считается аннулированным.

7.11. При заключении коллективного Договора страхования Страхователь-юридическое лицо обязан предоставить Страховщику списки Застрахованных лиц по форме, установленной Договором страхования.

7.12. При заключении коллективного Договора страхования каждому Застрахованному лицу (непосредственно или через Страхователя) выдается полис добровольного медицинского страхования (далее по тексту – полис ДМС) и/или индивидуальная страховая карточка, подтверждающая его право на получение медицинской помощи.

7.13. Застрахованному лицу запрещается передавать полис ДМС и/или индивидуальную страховую карточку третьим лицам с целью получения ими медицинских и иных услуг по Договору страхования.

7.14. В течение срока действия Договора страхования по соглашению Сторон возможно внесение изменений в Список Застрахованных лиц.

7.14.1. В случае увеличения численности Застрахованных лиц по коллективному Договору страхования, Страхователь представляет Страховщику списки дополнительно застрахованных лиц и уплачивает за них страховую премию за период с момента включения в список Застрахованных лиц до момента окончания срока действия Договора страхования, исчисленную пропорционально количеству дней оставшегося срока страхования, если Договором страхования не предусмотрено иное.

7.14.2. В случае сокращения численности Застрахованных лиц по коллективному Договору страхования, Страхователь обязан сообщить об этом Страховщику в сроки, предусмотренные Договором страхования, предоставив списки лиц, в отношении которых прекращается Договор страхования, а Страховщик вправе произвести перерасчет страховой премии путем оформления дополнительного соглашения к Договору страхования. При этом Страхователю возвращается (или учитывается в дальнейших взаиморасчетах) страховая премия за лиц, исключаемых из списка Застрахованных лиц, исчисленная пропорционально количеству дней неистекшего срока действия Договора страхования в отношении данных Застрахованных лиц с учетом удержания расходов на ведение дела Страховщика, если Договором страхования не предусмотрено иное.

7.14.3. В случае замены Застрахованных лиц другими лицами (при коллективной форме Договора страхования) без изменения числа Застрахованных лиц, Страхователь представляет Страховщику списки по установленной Страховщиком форме.

Если условиями Договора страхования не предусмотрено иное, в случае исключения из списка лиц, застрахованных по определенному Варианту страхования (Программе), и одновременного включения в список Застрахованных лиц с одной и той же даты по этому же Варианту страхования (Программе) равного количества лиц, Страховщик не производит возврат части страховой премии Страхователю в связи с уменьшением количества Застрахованных лиц, а Страхователь, в свою очередь, не производит уплату дополнительной страховой премии за лиц, включаемых в список Застрахованных лиц.

При этом замена Страхователем Застрахованного лица, названного в Договоре, другим лицом может быть произведена лишь с согласия самого Застрахованного лица и Страховщика.

7.15. Договор страхования (Полис), если в нем не предусмотрено иное, вступает в силу после уплаты Страхователем страховой премии или первого ее взноса в срок, указанный в Договоре страхования (Полисе):

- при уплате страховой премии (страхового взноса) наличными денежными средствами в кассу Страховщика – со дня, указанного в Договоре страхования (Полисе);
- при уплате страховой премии (страхового взноса) путем безналичного расчета – с 00 часов 00 минут дня, следующего за днем зачисления средств на расчетный счет Страховщика.

7.16. Договор страхования (Полис) прекращается в следующих случаях:

7.16.1. истечения срока действия, указанного в Договоре страхования (Полисе) как день его окончания;

7.16.2. исполнения Страховщиком обязательств по Договору страхования (Полису) в полном объеме;

7.16.3. ликвидации Страхователя-юридического лица, кроме случаев, когда законом или иными нормативными актами исполнения обязательств ликвидируемого юридического лица возлагается на другое лицо;

7.16.4. смерти Страхователя при условии, если Застрахованное лицо не приняло на себя обязанности Страхователя по уплате страховых взносов;

7.16.5. смерти Застрахованного лица (в отношении данного Застрахованного);

7.16.6. по соглашению сторон;

7.16.7. в других случаях, предусмотренных законодательными актами Российской Федерации или Договором страхования (Полисом).

7.17. Договор страхования (Полис) прекращается досрочно в следующих случаях:

7.17.1. если после его вступления в силу возможность наступления страхового случая отпала, и существование страхового риска прекратилось по обстоятельствам иным, чем страховой случай, в частности, вследствие смерти Застрахованного лица (при индивидуальном страховании).

В этом случае Страховщик имеет право на часть страховой премии пропорционально времени, в течение которого действовало страхование;

7.17.2. при отказе Страхователя от Договора страхования (Полиса).

Страхователь вправе отказаться от Договора страхования (Полиса) в любое время, если к моменту отказа возможность наступления страхового случая не отпала по обстоятельствам иным, чем страховой случай. При отказе Страхователя от Договора страхования (Полиса) уплаченная страховая премия в соответствии со ст. 958 Гражданского кодекса Российской Федерации не подлежит возврату, если Договором страхования (Полисом) не предусмотрено иное;

7.18. О намерении прекращения Договора страхования (Полиса) Страхователь и Страховщик должны уведомить друг друга не менее чем за 30 (тридцать) дней до даты предполагаемого расторжения, если Договором страхования (Полисом) не предусмотрено иное.

8. ПОСЛЕДСТВИЯ ИЗМЕНЕНИЯ СТЕПЕНИ РИСКА

8.1. В период действия Договора страхования (Полиса) Страхователь (Застрахованное лицо) обязан незамедлительно сообщать Страховщику о ставших ему известными значительных изменениях в обстоятельствах, сообщенных Страховщику при заключении Договора страхования (Полиса), если эти изменения могут существенно повлиять на увеличение страхового риска.

8.2. Страховщик, уведомленный об обстоятельствах, влекущих увеличение страхового риска, вправе потребовать изменения условий Договора страхования (Полиса) или уплаты дополнительной страховой премии соразмерно увеличению риска, что оформляется дополнительным соглашением к Договору страхования (Полису). Если Страхователь возражает против изменения условий Договора страхования (Полиса) или доплаты страховой премии, Страховщик вправе потребовать расторжения Договора страхования (Полиса).

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

8.4. Изменение условий Договора страхования (Полиса) производится по обоюдному согласию Страхователя и Страховщика на основании заявления одной из Сторон и оформляется дополнительным соглашением, которое становится неотъемлемой частью

Договора страхования (Полиса). Если какая-либо из Сторон не согласна на внесение изменений в Договор страхования (Полис), то Сторонами решается вопрос о действии Договора страхования (Полиса) на прежних условиях или о его прекращении.

9. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН ПО ДОГОВОРУ СТРАХОВАНИЯ

9.1. Страховщик обязан:

9.1.1. ознакомить Страхователя с настоящими Правилами;

9.1.2. выдать Страхователю (Застрахованным лицам) полис ДМС и/или индивидуальную страховую карточку, с приложением настоящих Правил;

9.1.3. организовать предоставление Застрахованным лицам медицинской помощи, предусмотренной Договором страхования (Полисом);

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

9.1.5. не разглашать полученные в результате своей профессиональной деятельности сведения о Страхователе, Застрахованном лице, их состоянии здоровья и имущественном положении, если это не вступит в противоречие с законодательными актами Российской Федерации;

9.1.6. заключать договоры на предоставление (организацию) медицинских и иных услуг с медицинскими учреждениями (в т.ч. с учреждениями, осуществляющими фармацевтическую деятельность) для исполнения Договора страхования (Полиса);

9.1.7. контролировать объем, сроки и качество услуг, предоставленных Застрахованным лицам в соответствии с условиями Договора страхования (Полиса).

9.2. Страховщик имеет право:

9.2.1. при заключении Договора страхования (Полиса) требовать анкетирования, медицинского обследования Застрахованного лица, предоставления выписки из медицинских документов о состоянии здоровья. Медицинское обследование проводится за счет Страхователя в медицинских учреждениях, имеющих Лицензию на предоставление необходимых видов медицинской помощи;

9.2.2. требовать заключения дополнительного соглашения к Договору страхования (Полису) в случае изменения условий страхования, которые были согласованы при заключении Договора страхования (Полиса), в том числе:

- при изменении численности и/или персонального состава Застрахованных лиц;
- при изменении Варианта страхования (Программы);
- при увеличении стоимости медицинских и иных услуг в медицинских учреждениях, предусмотренных Договором страхования (Полисом). При этом Страховщик направляет Страхователю (Застрахованному лицу) уведомление, в котором указывает информацию о повышении стоимости медицинских и иных услуг, а также расчет дополнительной страховой премии за неистекший период действия Договора страхования (Полиса). Уведомление направляется не менее чем за 10 рабочих дней до даты изменения страховой премии по Договору страхования (Полису). Страхователь обязан внести дополнительную страховую премию, указанную в уведомлении, заключив дополнительное соглашение к Договору страхования (Полису).

Если Страхователь возражает против изменения условий Договора страхования (Полиса) и/или уплаты дополнительной страховой премии, Страховщик вправе потребовать прекращения Договора страхования (Полиса), уведомив об этом Страхователя в письменной форме не позднее 10 календарных дней до даты расторжения

Договора страхования (Полиса), если Договором страхования (Полисом) не предусмотрено иное;

9.2.3. требовать признания Договора страхования (Полиса) недействительным, если после заключения Договора страхования (Полиса) будет установлено, что Страхователь сообщил Страховщику заведомо ложные сведения об известных ему обстоятельствах, имеющих существенное значение для определения вероятности наступления страхового случая и размера возможных убытков от его наступления;

9.2.4. требовать расторжения Договора страхования (Полиса):

– при неисполнении Страхователем обязанности по незамедлительному сообщению Страховщику о ставших известными значительных изменениях в обстоятельствах, сообщенных Страховщику при заключении Договора страхования (Полиса), если эти изменения могут существенно повлиять на увеличение страхового риска и прямо предусмотрены Договором страхования (Полисом);

– если Страхователь возражает против изменения условий Договора страхования (Полиса) или доплаты страховой премии в случае изменений в обстоятельствах, указанных в заявлении при заключении Договора страхования (Полиса), если это прямо предусмотрено Договором страхования (Полисом);

– в случае неявки Застрахованного лица на заранее согласованные с медицинским учреждением процедуры, приемы и исследования, необоснованных и ложных вызовах скорой и неотложной медицинской помощи, нарушениях лечебного режима, невыполнении медицинских предписаний и рекомендаций врачебного персонала в отношении этого Застрахованного лица;

– в случае если будет установлено, что Застрахованное лицо передало другому лицу полис ДМС и/или индивидуальную страховую карточку с целью получения последним услуг по Договору страхования (Полису) в отношении этого Застрахованного лица;

9.2.5. требовать изменения условий Договора страхования (Полиса) или уплаты дополнительной страховой премии соразмерно увеличению страхового риска;

9.2.6. на всю страховую премию, уплаченную Страховщику, при досрочном отказе Страхователя от Договора страхования (Полиса), если Договором страхования (Полисом) не предусмотрено иное;

9.2.7. на обработку персональных данных Застрахованного лица, сообщенных Страхователем при заключении Договора страхования, в целях исполнения Договора страхования (Полиса), в соответствии с законодательством о персональных данных;

9.2.8. в случае отсутствия возможности предоставления медицинских и иных услуг Застрахованному лицу в медицинских учреждениях, определенных Договором страхования (Полисом), организовать предоставление необходимых и соответствующих по объему и качеству услуг Застрахованному лицу в иных учреждениях соответствующего профиля, определенных по усмотрению Страховщика;

9.2.9. требовать выполнения Страхователем (Застрахованным лицом) иных условий, предусмотренных законодательством Российской Федерации и Договором страхования (Полисом).

9.3. Страхователь обязан:

9.3.1. своевременно уплачивать страховую премию (страховые взносы) в размере, порядке и сроки, предусмотренные Договором страхования (Полисом);

9.3.2. при заключении Договора страхования (Полиса) сообщить Страховщику известные обстоятельства, имеющие существенное значение для определения вероятности наступления страхового случая;

9.3.3. в период действия Договора страхования (Полиса) незамедлительно сообщать Страховщику о ставших ему известными значительных изменениях в обстоятельствах, сообщенных Страховщику при заключении Договора страхования

(Полиса), если эти изменения могут существенно повлиять на увеличение страхового риска.

9.3.4. сообщить Страховщику о наступлении страхового случая в сроки, установленные Договором страхования (Полисом) и настоящими Правилами.

9.4. Страхователь имеет право:

9.4.1. получить от Страховщика настоящие Правила;

9.4.2. заключить Договор страхования (Полис) через своего представителя, имеющего документально подтвержденные полномочия;

9.4.3. уплачивать страховую премию в рассрочку, если это предусмотрено Договором страхования (Полисом);

9.4.4. досрочно прекратить Договор страхования (Полис) в соответствии с настоящими Правилами и законодательством Российской Федерации;

9.4.5. получить информацию о Страховщике в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации;

9.4.6. требовать выполнения Страховщиком иных условий, предусмотренных Договором страхования (Полисом) и не противоречащих законодательству Российской Федерации.

9.5. Застрахованное лицо имеет право:

9.5.1. получить настоящие Правила;

9.5.2. требовать предоставления медицинской помощи, в соответствии с условиями Договора страхования (Полиса);

9.5.3. требовать от Страховщика возмещения личных средств, израсходованных на получение медицинской помощи, если это предусмотрено Договором страхования (Полисом);

9.5.4. обращаться к Страховщику за разъяснениями по особенностям медицинского страхования, для получения медико-организационной консультации, а также при возникновении спорных ситуаций, связанных с оказанием медицинской помощи;

9.5.5. принять на себя обязанности Страхователя, а также приобрести все его права по Договору страхования (Полису) в случае смерти Страхователя-физического лица, ликвидации Страхователя-юридического лица в порядке, предусмотренном законодательством Российской Федерации;

9.5.6. получить дубликат полиса ДМС и/или индивидуальной страховой карточки в случае их утраты.

9.6. Застрахованное лицо обязано:

9.6.1. соблюдать предписания лечащего врача, полученные в ходе предоставления медицинской помощи, соблюдать распорядок, установленный медицинским учреждением, своевременно являться на ранее согласованные консультации, госпитализацию, реабилитационно-восстановительное лечение;

9.6.2. заботиться о сохранности страховых документов (полиса ДМС, индивидуальной страховой карточки и иных носителей информации, предусмотренных Договором страхования/Полисом), не передавать их третьим лицам, при утрате немедленно сообщить Страховщику;

9.6.3. дать свое согласие на ознакомление представителя Страховщика с медицинской документацией (историей болезни, амбулаторной картой и т.д.) в отношении медицинских и иных услуг, оказанных Застрахованным лицам по Договору страхования (Полису);

9.6.4. своевременно сообщать Страхователю об изменении своей фамилии, имени, отчества и фактического места жительства;

9.6.5. незамедлительно сообщать Страхователю об изменении существенных обстоятельств, влияющих на степень страхового риска, если иное не предусмотрено Договором страхования (Полисом).

10. ОБРАБОТКА СТРАХОВЩИКОМ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ СТРАХОВАТЕЛЯ (ЗАСТРАХОВАННЫХ ЛИЦ)

10.1. Страхователь обязан получить согласие Застрахованных лиц на обработку Страховщиком их персональных данных.

10.2. Заключая Договор страхования (Полис), Страхователь выражает свое согласие на осуществление Страховщиком обработки указанных в Договоре страхования (Полисе) персональных данных Застрахованных лиц.

10.3. Страхователь несет ответственность за предоставление согласия Застрахованных лиц на обработку их персональных данных.

10.4. Под обработкой персональных данных в настоящих Правилах понимается: сбор, запись, систематизация, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, передача (распространение, предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, уничтожение персональных данных физических лиц в целях исполнения Договора страхования (Полиса).

10.5. В целях исполнения Договора страхования (Полиса) Страховщик имеет право передавать персональные данные, ставшие ему известными в связи с заключением и исполнением Договора страхования (Полиса), третьим лицам, с которыми у Страховщика заключены соответствующие соглашения, обеспечивающие надежное хранение и предотвращение незаконного разглашения (конфиденциальность) персональных данных.

10.6. Страховщик обязуется обеспечивать сохранность и неразглашение персональных данных Застрахованного лица в целях иных, нежели предусмотренных настоящими Правилами.

10.7. Застрахованное лицо и Страхователь вправе отозвать свое согласие на обработку персональных данных путем направления письменного заявления Страховщику способом, позволяющим достоверно установить дату получения данного заявления Страховщиком.

10.8. В случае отзыва Застрахованным лицом своего согласия на обработку персональных данных действие Договора страхования (Полиса) в отношении такого лица прекращается, а в случае отзыва такого согласия Страхователем, Договор страхования (Полис) прекращается полностью. При этом действие Договора страхования (Полиса) прекращается с даты получения Страховщиком соответствующего заявления об отзыве согласия на обработку персональных данных.

10.9. После прекращения действия Договора страхования (Полиса) (в том числе при его расторжении), а также в случае отзыва Застрахованным лицом или Страхователем согласия на обработку персональных данных, Страховщик обязуется уничтожить такие персональные данные в срок, установленный законодательством Российской Федерации.

11. ПОРЯДОК ОРГАНИЗАЦИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ, ПОРЯДОК ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ СТРАХОВЫХ ВЫПЛАТ

11.1. Для получения медицинских и иных услуг, предусмотренных Программой, Застрахованное лицо обращается в медицинские учреждения, определенные Договором страхования (Полисом) или непосредственно к Страховщику по телефонам, указанным в полисе ДМС и/или индивидуальной страховой карточке, памятке для получения

информации о порядке предоставления медицинской помощи.

11.2. При отсутствии возможности оказания медицинских и иных услуг, предусмотренных Программой, в медицинских учреждениях, определенных в Договоре страхования (Полисе), Страховщик организует их выполнение в иных медицинских учреждениях. При этом выбор учреждения производится Страховщиком.

11.3. При обращении в медицинское учреждение Застрахованное лицо предъявляет полис ДМС или индивидуальную страховую карточку и документ, удостоверяющий личность.

11.4. Конкретный порядок организации медицинской помощи зависит от выбранного Варианта страхования (Программы) и определяется Договором страхования (Полисом).

11.5. Страховщик производит оплату медицинских и иных услуг в пределах страховой суммы, установленной Договором страхования, только по тем страховым случаям, которые предусмотрены Договором страхования (Полисом), при предъявлении соответствующих документов.

11.6. Страховая выплата осуществляется:

11.6.1. В соответствии с условиями договора на предоставление (или организацию) медицинской помощи по добровольному медицинскому страхованию на основании счета медицинского учреждения путем безналичного перечисления денежных средств на ее расчетный счет в соответствии с согласованным сторонами Прейскурантом.

11.6.2. В соответствии с условиями договора на отпуск лекарственных препаратов, медицинских изделий, продуктов лечебного питания и иных средств и предметов медицинского назначения (предоставление медикаментов) на основании счета аптечной организации путем безналичного перечисления денежных средств на ее расчетный счет в соответствии с согласованным на дату отпуска указанных средств Прейскурантом.

11.6.3. В виде возмещения Застрахованному лицу его документально подтвержденных расходов (затрат) по оплате медицинской помощи, включенной в Программу, если это предусмотрено Договором страхования (Полисом) и/или согласовано со Страховщиком.

11.7. Основанием для страховой выплаты в виде возмещения Застрахованному лицу его документально подтвержденных расходов (затрат) является заявление на выплату Страхователя/Застрахованного лица (опекуна, иного представителя Застрахованного лица), к которому должны быть приложены:

11.7.1. в случае получения Застрахованным лицом медицинских и иных услуг:

а) оригиналы или заверенные медицинским учреждением копии документов, обосновывающих необходимость получения медицинских и иных услуг (направление лечащего врача на обследование/лечение, выписка из первичной медицинской документации, а в случае госпитализации – документов, послуживших основанием для госпитализации);

б) оригиналы или заверенные медицинским учреждением копии документов, подтверждающих получение Застрахованным лицом соответствующих медицинских и иных услуг (заключение о проведенном обследовании/лечении или договор с медицинским учреждением на предоставление медицинских услуг и т.д.);

в) оригиналы документов, подтверждающих оплату Застрахованным лицом медицинских и иных услуг за наличный расчет или расчет с использованием платежных карт.

11.7.2. в случае приобретения Застрахованным лицом лекарственных препаратов, медицинских изделий, продуктов лечебного питания и иных средств и предметов медицинского назначения:

а) рецепты/назначения, оформленные медицинским учреждением, предусмотренной Договором страхования (Полисом) и/или иным медицинским

учреждением, если обращение в нее было организовано и/или согласовано Страховщиком. Рецепт должен быть оформлен в соответствии с требованиями законодательства Российской Федерации;

б) оригиналы документов, подтверждающих оплату Застрахованным лицом лекарственных препаратов, медицинских изделий, продуктов лечебного питания и иных средств и предметов медицинского назначения за наличный расчет или расчет с использованием платежных карт: товарно-кассовый чек или товарный и кассовый чек или другие документы, подтверждающие прием наличных денег.

11.7.3.Страховщик вправе запросить иные документы.

11.7.4.Страховая выплата осуществляется Страховщиком на основании заявления Страхователя/Застрахованного лица (опекуна, иного представителя Застрахованного лица) о страховой выплате и разрешения на оплату медицинских услуг (страхового акта).

11.7.5.После получения всех документов, указанных в пунктах 11.7.1, 11.7.2., 11.7.3., необходимых для установления наличия страхового случая и размера убытков, Страховщик составляет разрешение на оплату медицинских услуг (страховой акт) в течение 30 (Тридцать) дней.

11.7.6.Выплата Страхователю/Застрахованному лицу (опекуну, иному представителю Застрахованного лица) наличными денежными средствами осуществляется в срок до 30 (Тридцать) дней после составления страхового акта (разрешения на оплату медицинских услуг).

11.7.7.Страховщик имеет право увеличить сроки составления страхового акта и страховой выплаты в случае:

- если у него имеются мотивированные сомнения в достоверности информации, указанной в документах, подтверждающих страховой случай или подлинности данных документов. Проверка факта достоверности информации и подлинности документов лежит на Страховщике. Проверка производится путем направления в адрес организаций/структур, выдавших данные документы, запросов или путем обращения в специализированную организацию для проведения соответствующей экспертизы. В этом случае первоначально установленный срок составления страхового акта может быть увеличен на срок получения из организаций/структур ответа на отправленный запрос или срок проведения экспертизы;

- если соответствующими компетентными органами возбуждено уголовное дело, связанное со страховым случаем, или ведется расследование обстоятельств, приведших к наступлению страхового случая, – до окончания или приостановления производства по уголовному делу (до события, которое наступит ранее).

11.8. Если иное не предусмотрено Договором страхования (Полисом), при страховании в валютном эквиваленте страховая выплата осуществляется в рублях по курсу Центрального Банка Российской Федерации, установленному для соответствующей валюты на дату перечисления денежных средств. При расчете страховой выплаты данное условие применяется в случае, если курс валюты не превышает максимального курса для выплат, под которым понимается курс соответствующей валюты, установленной Центральным Банком Российской Федерации на дату перечисления страховой премии, увеличенной на 1 (Один) % за каждый месяц (в том числе неполный), прошедший с даты перечисления страховой премии. В случае, если курс валюты превысит вышеуказанный максимальный курс, размер страховой выплаты определяется по максимальному курсу.

12. ПРЕТЕНЗИИ И СПОРЫ

Спорные вопросы и разногласия, а также претензии, вытекающие из Договора страхования (Полиса), которые не могут быть улажены по взаимному согласию сторон, рассматриваются в порядке, установленном законодательством Российской Федерации.

ПРИЛОЖЕНИЕ №1
к Правилам добровольного
медицинского страхования

СТРАХОВЫЕ МЕДИЦИНСКИЕ ПРОГРАММЫ

Страховая медицинская программа № 1
«Предоставление медицинских и иных услуг при амбулаторном
лечении»

Данная страховая медицинская программа предусматривает предоставление Застрахованным лицам различных видов медицинской помощи, определенных Договором страхования, и может включать:

1. Лечебно-профилактические и диагностические мероприятия, процедуры, манипуляции, консультации и курсы лечения, осуществляемые в амбулаторных условиях, в том числе в условиях «дневного стационара», включая фармакологическую помощь.

2. Лечебно-профилактические и диагностические мероприятия, процедуры, манипуляции, консультации и курсы лечения, проводимые Застрахованным лицам на дому (для лиц, которые по состоянию здоровья и характеру заболевания не могут посетить медицинское учреждение), включая фармакологическую помощь.

3. Проведение медицинских осмотров и профилактических прививок.

4. Стоматологическое обследование и лечение.

5. Оказание скорой и неотложной помощи Застрахованным лицам при возникновении угрожающих жизни медицинских состояниях, требующих неотложного медицинского вмешательства.

6. Реабилитационно-восстановительное лечение: физиотерапия. ЛФК, массаж и иные виды лечения.

Договором страхования могут быть предусмотрены исключения из страхования, согласованные Сторонами, в зависимости от выбранных Страхователем вариантов страхования.

Страховая медицинская программа № 2 «Предоставление медицинских услуг и иных услуг при стационарном лечении»

Данная страховая медицинская программа предусматривает предоставление Застрахованным лицам различных видов медицинской помощи, определенных Договором страхования, и может включать:

1. Экстренная госпитализация по медицинским показаниям.

2. Плановая госпитализация по медицинским показаниям.

Лечебно-диагностические мероприятия, процедуры, манипуляции, консультации и курсы лечения, оперативные вмешательства, оказываемые в стационарных условиях, включая фармакологическую помощь.

3. Малые оперативные вмешательства, оказываемые в условиях «дневного стационара», «стационара одного дня», включая фармакологическую помощь.

4. Реабилитационно - восстановительное лечение, в том числе в санаторно-курортных учреждениях по медицинским показаниям.

5. Оказание скорой и неотложной медицинской помощи Застрахованным лицам при возникновении угрожающих жизни медицинских состояний, требующих неотложного медицинского вмешательства.

Договором страхования могут быть предусмотрены исключения из страхования, согласованные Сторонами, в зависимости от выбранных Страхователем вариантов страхования.

Страховая медицинская программа № 3 «Предоставление медицинских и иных услуг при амбулаторном и стационарном лечении»

Данная страховая медицинская программа предусматривает предоставление Застрахованным лицам различных видов медицинской помощи, определенных Договором страхования, и может включать:

Амбулаторно-поликлиническая помощь.

1. Лечебно-профилактические и диагностические мероприятия, процедуры, манипуляции, консультации и курсы лечения, осуществляемые в амбулаторных условиях, в том числе в условиях «дневного стационара», включая фармакологическую помощь.

2. Лечебно-профилактические и диагностические мероприятия, процедуры, манипуляции, консультации и курсы лечения, проводимые Застрахованным лицам на дому (для лиц, которые по состоянию здоровья и характеру заболевания не могут посетить медицинское учреждение), включая фармакологическую помощь.

3. Проведение медицинских осмотров и профилактических прививок.

4. Стоматологическое обследование и лечение.

5. Оказание скорой и неотложной помощи Застрахованным лицам при возникновении угрожающих жизни медицинских состояниях, требующих неотложного медицинского вмешательства.

6. Реабилитационно-восстановительное лечение.

Стационарная помощь:

1. Эстренная госпитализация по медицинским показаниям;

2. Плановая госпитализация по медицинским показаниям.

Лечебно-профилактические и диагностические мероприятия, процедуры, манипуляции, консультации и курсы лечения, оперативные вмешательства, оказываемые в стационарных условиях, включая фармакологическую помощь;

3. Малые оперативные вмешательства, оказываемые в условиях «дневного стационара», «стационара одного дня», включая фармакологическую помощь;

4. Реабилитационно - восстановительное лечение, в том числе в санаторно-курортных учреждениях по медицинским показаниям.

Договором страхования могут быть предусмотрены исключения из страхования, согласованные Сторонами, в зависимости от выбранных Страхователем вариантов страхования.

Страховая медицинская программа № 4
«Предоставление медицинских и иных услуг при амбулаторном и стационарном лечении от заболевания клещевым энцефалитом, болезнью Лайма, клещевым сыпным тифом»

Данная страховая медицинская программа предусматривает предоставление Застрахованным лицам различных видов медицинской помощи, определенных Договором страхования, и может включать:

Амбулаторно-поликлиническая помощь (после укуса клеща).

1. Лечебно-профилактические и диагностические мероприятия, процедуры, манипуляции, консультации и курсы лечения, осуществляемые в амбулаторных условиях, включая фармакологическую помощь и предусматривает:

удаление клеща, обработку места укуса, лабораторные исследования клеща на зараженность клещевым энцефалитом и другими инфекциями или исследование крови укушенного, профилактическое введение иммуноглобулина человека против клещевого энцефалита одноразовым шприцем не позднее 4-го дня после укуса клеща, для чего Застрахованному лицу необходимо обратиться в медицинское учреждение, из числа имеющих соответствующие договоры со Страховщиком.

При необходимости, проведение антибактериальной терапии для профилактики болезни Лайма.

После введения иммуноглобулина, медицинским работником производится на страховом полисе отметка (дата, наименование медицинского учреждения, подпись медицинского работника) о проведении серопротекции.

Если Застрахованный в течение 4 дней после укуса клеща не обратился в пункт серопротекции, Страховщик в этом случае ответственность по договору добровольного медицинского страхования не несет.

Реабилитационно - восстановительное лечение в случае заболевания клещевым энцефалитом, болезнью Лайма, клещевым сыпным тифом.

При первых признаках заболевания Застрахованный должен обратиться к невропатологу по месту жительства (через участкового терапевта или в службу "Скорой помощи"), для наблюдения и при необходимости направляется на госпитализацию в специализированное отделение медицинского учреждения, где ему гарантируется дополнительное фармакологическую помощь, при необходимости - обеспечение иммуноглобулином для лечебных целей.

Стационарная помощь (при заболевании клещевым энцефалитом, болезнью Лайма, клещевым сыпным тифом).

Экстренная госпитализация по медицинским показаниям.

Плановая госпитализация по медицинским показаниям.

Лечебно-профилактические и диагностические мероприятия, процедуры, манипуляции, консультации и курсы лечения, оперативные вмешательства, оказываемые в стационарных условиях, включая фармакологическую помощь.

Реабилитационно - восстановительное лечение, в санаторно-курортных учреждениях по медицинским показаниям, для лиц, перенесших заболевание клещевым энцефалитом, болезнь Лайма, клещевой сыпной тиф, в случае установления инвалидности.

По настоящей страховой медицинской программе Страховщик не оплачивает и не несет ответственности, если Застрахованный обратился:

в сроки и (или) в медицинские учреждения, не предусмотренные договором страхования;

за получением экстренной профилактической иммунизации (экстренное профилактическое введение иммуноглобулина человека против клещевого энцефалита) по истечению 4-х дней после укуса клеща;

по поводу оплаты медицинских услуг и медикаментов, которые не были назначены лечащим врачом;

по поводу гнойно-септических осложнений, связанных с удалением клеща вне медицинских учреждений, предусмотренных договором;

по поводу заболеваний центральной нервной системы, вызванных другими вирусными инфекциями, не связанными с укусом иксодового клеща;

заболеваний, требующих нейрохирургических методов лечения.

Страховая медицинская программа № 5 «Предоставление медицинских и иных услуг при амбулаторном и стационарном лечении при несчастном случае»

Данная страховая медицинская программа предусматривает предоставление Застрахованным лицам различных видов медицинской помощи при возникновении несчастного случая, произошедшего в период действия Договора страхования.

Под несчастным случаем в данной страховой медицинской программе понимается фактически происшедшее, внезапное, скоротечное, непредвиденное событие, произошедшее с Застрахованным лицом, повлекшее за собой травматическое повреждение (переломы костей, вывихи костей, повреждение зубов, повреждение органов, ранения, разрывы, ожоги, обморожения, поражения электрическим током), пищевое отравление (острое отравление ядовитыми растениями, химическими веществами, пищевыми продуктами), укусов змей и ядовитых насекомых.

Данная страховая медицинская программа предусматривает предоставление Застрахованным лицам различных видов медицинской помощи, определенных Договором страхования, и может включать:

Амбулаторно-поликлиническая помощь.

1. Лечебно-профилактические и диагностические мероприятия, процедуры, манипуляции, консультации и курсы лечения, осуществляемые в амбулаторных условиях, включая фармакологическую помощь.

2. В случае челюстно-лицевой травмы, повлекшей за собой необходимость зубопротезирования, выполняются протезно-ортопедические услуги без имплантации зубов и применения драгоценных металлов и металлокерамики. Для организации и оплаты зубопротезных и протезно-ортопедических услуг Застрахованное лицо должно обратиться к Страховщику, представив заключение врача о факте травмы (с приложением необходимых рентгеновских снимков) и рекомендуемом объеме зубопротезирования или протезно-ортопедических услуг. Окончательный объем протезно-ортопедических услуг, включая стоимость протеза, а также необходимое медицинское учреждение определяет Страховщик.

3. Реабилитационно - восстановительное лечение.

Стационарная помощь:

1. Эстренная госпитализация по медицинским показаниям;

2. Плановая госпитализация по медицинским показаниям.

Лечебно-профилактические и диагностические мероприятия, процедуры, манипуляции, консультации и курсы лечения, оперативные вмешательства, оказываемые в стационарных условиях, включая фармакологическую помощь.

3. Малые оперативные вмешательства, оказываемые в условиях «дневного стационара», «стационара одного дня», включая фармакологическую помощь;

4. Реабилитационно - восстановительное лечение, в том числе в санаторно-курортных учреждениях по медицинским показаниям, в случае установления инвалидности.

Договором страхования могут быть предусмотрены исключения из страхования, согласованные Сторонами, в зависимости от выбранных Страхователем вариантов страхования.

Страховая медицинская программа № 6 «Медицинский ассистанс»

Данная страховая медицинская программа предусматривает предоставление Застрахованным лицам различных видов медицинской и иной помощи, определенной Договором страхования и может включать:

а) амбулаторную помощь, включая расходы на медицинские услуги, диагностические исследования, назначенные врачом медикаменты, перевязочные средства и средства фиксации (гипс, бандаж и т.п.);

б) стоматологическую помощь в связи с острой зубной болью;

в) лечение в стационаре (в палате стандартного типа), включая расходы на медицинские услуги, на проведение операций, диагностические исследования, а также по оплате назначенных врачом медикаментов, перевязочных средств и средств фиксации (гипс, бандаж и т.п.);

г) транспортировку Застрахованного лица автомашиной «скорой помощи» или иным транспортным средством в ближайшее медицинское учреждение;

д) организацию перевозки (экономическим классом) Застрахованного лица до ближайшего к месту постоянного жительства транспортного узла (аэропорта, железнодорожной станции). В каждом конкретном случае решение о перевозке и выборе транспортного средства принимается совместно врачом сервисной и/или ассистанской компании и местным лечащим врачом;

е) организацию перевозки (посмертную репатриацию) тела Застрахованного лица до ближайшего к месту постоянного жительства транспортного узла (аэропорта, железнодорожной станции), при условии обращения Застрахованного лица в сервисную/ассистанскую компанию за получением медицинской помощи и/или медико-транспортных услуг.

По данной программе не подлежат возмещению следующие расходы:

- связанные с лечением онкологических заболеваний;
- связанные с лечением хронических заболеваний, (кроме состояний, представляющих угрозу для жизни Застрахованного лица);
 - связанные с лечением солнечных ожогов, фотодерматитов;
- связанные с лечением простейших форм герпеса, туберкулеза, венерических заболеваний, СПИДа (ВИЧ-инфицированием) или любого подобного синдрома, а также заболеваний, являющихся их следствием;
- связанные с оплатой ритуальных услуг;
- на проведение пластической хирургии и любого протезирования, включая стоматологическое;

- с предоставлением услуг, не являющихся экстренными с медицинской точки зрения, или с лечением, не назначенным врачом, то же касается приобретаемых лекарственных препаратов;

- с лечением «нетрадиционными» методами (методами народной медицины);

- с оказанием услуг медицинским учреждением, не имеющим соответствующей лицензии, либо лицом, не имеющим права на осуществление медицинской деятельности;

- с восстановительной и физической терапией, с приемом общеукрепляющих и витаминных препаратов;

- с проведением курса лечения на всех видах курортов, и санаториев, пансионатах, домах отдыха и других подобных учреждениях;

- с проведением дезинфекции, профилактической вакцинации, инъекции, прививки, медицинских экспертиз и лабораторных исследований без назначения врача;

- на предоставление дополнительного комфорта, а именно: телевизора, телефона, кондиционера, увлажнителя, услуг парикмахера, массажиста, косметолога и т.д.;

- связанные со случаями, произошедшими до начала действия договора/полиса страхования и после даты истечения его срока, а также случаями, которые имели место после возвращения Застрахованного на место постоянного проживания;

- с лечением Застрахованного и уходом за ним, осуществляемыми его родственниками, независимо от того, являются ли они профессионалами;

- по транспортировке Застрахованного в случаях незначительных болезней или травм, которые поддаются лечению по месту пребывания Застрахованного лица;

- по оплате хирургических вмешательств на сердце и сосудах (аортокоронарное шунтирование и др.) даже при наличии медицинских показаний к их проведению;

- по оплате стоимости трансплантантов, протезов, эндопротезов, имплантантов и ряда других аналогичных медицинских изделий;

- связанные с полетом Застрахованного лица на летательном аппарате, управления им, кроме случаев полета в качестве пассажира на самолете гражданской авиации, управляемым профессиональным пилотом;

- связанные с полетом Застрахованного лица на безмоторных летательных аппаратах, моторных планерах, суперлегких летательных аппаратах, а также прыжков с парашютом.

Для получения медицинской помощи Застрахованное лицо обязано информировать сервисную/ассистанскую компанию. Сервисная/ассистанская компания организует оказание услуг, предусмотренных Договором страхования, а Страховщик оплачивает данные услуги.

Настоящая страховая медицинская программа предусматривает предоставление экстренной медицинской и иной помощи, определенной Договором страхования, Застрахованным лицам при нахождении их вне постоянного места жительства или основного места работы (более 50 км от административной границы населенного пункта – постоянного места жительства или основного места работы) на всей территории Российской Федерации.

Постоянное место жительства Застрахованного лица определяется:

- для граждан Российской Федерации - на основании наличия в общегражданском паспорте или ином документе, его заменяющем, Застрахованного лица отметки о его государственной регистрации по месту жительства;

- для иностранных граждан и лиц без гражданства, постоянно или преимущественно проживающих на территории Российской Федерации, на основании наличия у Застрахованного лица разрешения и вида на жительство в Российской Федерации, выданных органами внутренних дел, а также пребывающего на территории Российской Федерации на ином законном основании;

- для иностранных граждан и лиц без гражданства, пребывающих на территории Российской Федерации - адрес постоянного или преимущественного места жительства в стране постоянного проживания.

Медицинские и иные услуги, предусмотренные договором страхования оказываются в медицинских учреждениях, находящихся на территории Российской Федерации и имеющих договоры со Страховщиком, его Сервисной и/или ассистанской компанией.

Договором страхования могут быть предусмотрены исключения из страхования, согласованные Сторонами, в зависимости от выбранных Страхователем вариантов страхования.

Страховая медицинская программа № 7 «Врач офиса»

Данная страховая медицинская программа предусматривает предоставление Застрахованным лицам необходимого объема медицинской помощи, определенной Договором страхования, в офисе Страхователя и может включать:

1. приемы врача-терапевта в офисе Страхователя;
2. оказание медицинской помощи в офисе Страхователя с выполнением процедур и манипуляций, утвержденных соответствующими нормативными документами Минздравсоцразвития Российской Федерации к выполнению врачами общей практики и среднего медперсонала;
3. консультативные приемы врача – терапевта в офисе Страхователя;
4. анализ результатов исследований;
5. составление индивидуальной программы лечебно-оздоровительных и профилактических мероприятий;
6. динамическое наблюдение за состоянием здоровья пациента;
7. организация, при необходимости, экстренной и плановой госпитализации;
8. выписка рецептов на лекарства в соответствии с медицинскими показаниями, за исключением рецептов на льготное приобретение медикаментов;
9. информационная поддержка Застрахованных лиц (по вопросам, касающимся объема и условий оказания медицинской помощи, входящей в страховую медицинскую программу, информационное сопровождение Застрахованных лиц);
10. организация медицинской помощи в медицинском учреждении: направление на прием к врачам, оформление медицинских документов, контроль за проведением диагностических исследований;
11. проведение врачебно-трудовой экспертизы с выдачей листков нетрудоспособности;
12. выдача медицинских справок (кроме справок для ГИБДД, ношения оружия, выезда за рубеж, оформления на МСЭК).

Договором страхования могут быть предусмотрены исключения из страхования, согласованные Сторонами, в зависимости от выбранных Страхователем вариантов страхования.

Страховая медицинская программа № 8 «Диспансеризация»

Данная страховая медицинская программа предусматривает предоставление Застрахованным лицам следующих видов медицинской помощи, определенных Договором страхования, и может включать:

1. доврачебная медицинская помощь;
2. прием специалистами, консультации, осуществляемый в амбулаторных условиях;
3. лабораторные и инструментальные исследования;
4. расширенный объем диагностического обследования с применением (по показаниям) высокотехнологичных специализированных методик;
5. консультации Застрахованных лиц специалистами кафедр медицинских ВУЗов и научно-исследовательских учреждений, клиник;
6. проведение медицинских осмотров.

Договором страхования могут быть предусмотрены исключения из страхования, согласованные Сторонами, в зависимости от выбранных Страхователем вариантов страхования.

Страховая медицинская программа № 9 «Стоматологическая помощь»

Данная страховая медицинская программа предусматривает предоставление Застрахованным лицам следующих видов стоматологической помощи, определенных Договором страхования, и может включать:

1. приемы и консультации специалистов: зубного врача, терапевта, хирурга, пародонтолога; ортопеда, ортодонта;
2. рентгенологическая диагностика, включая рентгенографию, радиовизиографию, ортопантомографию;
3. функциональная диагностика;
4. анестезия: инфильтрационная, проводниковая, внутривульпарная, интралигаментарная, аппликационная;
5. терапевтическое стоматологическое лечение:
 - лечение кариеса, пульпита, периодонтита с использованием современных импортных светоотверждаемых и химиотверждаемых композитных материалов; пломбирование каналов, в том числе с применением гуттаперчевых штифтов;
 - лечение заболеваний слизистой оболочки полости рта (включая гингивиты, стоматиты, глосситы);
 - лечение заболеваний слюнных желез;
 - восстановление зуба при разрушении коронковой части с применением внутриканальных штифтов;
 - лечение заболеваний тканей пародонта;
 - снятие зубных отложений;
 - покрытие зубов фторлаками.
6. хирургическое стоматологическое лечение:
 - лечение гнойно-воспалительных заболеваний и травматических повреждений челюстно-лицевой области;
 - лечение заболеваний слюнных желез;
 - удаление зубов различной степени сложности;
 - лечение заболеваний тканей пародонта;
 - лечение доброкачественных новообразований мягких тканей полости рта;
 - резекция верхушки корня, цистэктомия, цистотомия.
7. зубопротезирование, имплантация зубов и подготовка к ним, ортодонтическая стоматология.
8. физиотерапевтическое лечение.

Договором страхования могут быть предусмотрены исключения из страхования, согласованные Сторонами, в зависимости от выбранных Страхователем вариантов страхования.

Страховая медицинская программа № 10
«Дистанционная консультативно-диагностическая медицинская помощь
(дистанционные видеоконсультации и /или видеоконсилиумы)»

Данная страховая медицинская программа предусматривает предоставление Застрахованным лицам следующих видов медицинской помощи, определенных Договором страхования, и может включать:

1. Дистанционная консультативно-диагностическая медицинская помощь - предоставление Застрахованным лицам на базе медицинского учреждения (по назначению и с участием лечащего врача) дистанционных экстренных и плановых видеоконсультаций и/или видеоконсилиумов специалистами-консультантами ведущих российских и/или зарубежных клиник, в том числе в многоточечном режиме (сеанса непосредственного общения между специалистами - консультантами и лечащим врачом, при необходимости - с участием Застрахованного лица.

Консультации и консилиумы могут включать:

- 1.1 Оценку физического состояния больного;
- 1.2 Оценку результатов лабораторных исследований;
- 1.3 Оценку результатов инструментальных и аппаратных исследований с возможностью непосредственного просмотра рентгенограмм, томограмм, ангиограмм, снимков КТ, МРТ, УЗИ- и проч.;
- 1.4 Оценку проведенного ранее лечения (терапевтического, хирургического и проч.);
- 1.5 Разработку дальнейшей тактики ведения (внесение корректив в ранее назначенное лечение, назначение рекомендаций по дальнейшей диагностике и лечению);
- 1.6 Проведение под дистанционным контролем необходимых дополнительных исследований во время консультации (если такая возможность имеется);
- 1.7 Повторные консультации по результатам проведенного обследования и лечения, контроль отдаленных результатов оперативного лечения, проведенного в специализированных ведущих российских или зарубежных медицинских клиниках;
- 1.8 Решение, при необходимости, организационных вопросов о срочном переводе или возможности плановой госпитализации (включая направление на высокотехнологичные методы обследования и лечения) в ведущие российские или зарубежные клиники.

2. **Диагностические исследования** (на базе медицинских учреждений, предусмотренных договором страхования) - проведение (по назначению специалистов-консультантов) дополнительных диагностических исследований, необходимых для уточнения диагноза заболевания, дальнейшей тактики лечения или направления для дальнейшего лечения в российские или зарубежные медицинские клиники:

2.1 лабораторная диагностика:

- общеклинические исследования;
- биохимические исследования;
- гормональные исследования (кроме исследования на бесплодие);
- серологические исследования;
- гистологические исследования;
- цитологические исследования;
- бактериологические исследования;
- иммунологические исследования (кроме расширенного иммунного статуса);

- исследования на онкомаркеры и др. методы исследования.

2.2 лучевая диагностика:

-рентгенологическая (рентгенография, рентгеноскопия, флюорография);

- компьютерная томография;
- магнитно-резонансная томография;
- радиоизотопные методы исследования;
- ультразвуковая диагностика;

2.3 эндоскопическая диагностика;

2.4 функциональная диагностика.

Договором страхования могут быть предусмотрены исключения из страхования, согласованные Сторонами, в зависимости от выбранных Страхователем вариантов страхования.

**Размеры
ставок страховых взносов по добровольному медицинскому
страхованию**

№№	Страховая медицинская программа	Ставка, %
1.	Страховая медицинская программа №1 "Предоставление медицинских и иных услуг при амбулаторном лечении"	0,0242
2.	Страховая медицинская программа № 2 "Предоставление медицинских и иных услуг при стационарном лечении"	0,0173
3.	Страховая медицинская программа № 3 "Предоставление медицинских и иных услуг при амбулаторном и стационарном лечении"	0,041
4.	Страховая медицинская программа №4 «Предоставление медицинских и иных услуг при амбулаторном и стационарном лечении при заболевании клещевым энцефалитом, болезнью Лайма, клещевым сыпным тифом»	0,0032
5.	Страховая медицинская программа № 5 «Предоставление медицинских и иных услуг при амбулаторном и стационарном лечении при несчастном случае»	0,002
6.	Страховая медицинская программа № 6 «Медицинский ассистанс»	0,019
7.	Страховая медицинская программа № 7 «Врач офиса»	0,03
8.	Страховая медицинская программа № 8 «Диспансеризация»	0,13
9.	Страховая медицинская программа № 9 «Стоматологическая помощь»	0,10
10.	Страховая медицинская программа №10 «Дистанционная консультативно-диагностическая медицинская помощь (дистанционные видеоконсультации и /или видеоконсилиумы)»	0,11

Страховщик при определении размера страховой премии вправе установить повышающие (от 1,1 до 20,0) или понижающие (от 0,9 до 0,1) к базовым страховым тарифам, в зависимости от индивидуальной оценки риска с учетом результатов анкетирования, предварительного обследования Застрахованных, а также предшествующего опыта страхования, программы страхования, количества Застрахованных и других условий договора страхования. Индивидуальный тариф определяется как произведение базового тарифа на поправочный коэффициент, характеризующий индивидуальный риск.

При определении размера страховой премии Страховщик вправе установить повышающий коэффициент (до 95,0) к базовым страховым тарифам лицам, являющимся инвалидами I, II группы или которым установлена категория «ребенок-инвалид», ВИЧ-инфицированным, больным СПИДом, больным злокачественными онкологическими заболеваниями, состоящим на учете в наркологических, туберкулезных, кожно-венерологических диспансерах (по поводу венерологических заболеваний) и психоневрологических диспансерах, находящимся на амбулаторном или стационарном лечении, проходящих медицинское обследование на дату заключения Договора страхования (Полиса), проходящим срочную военную службу в рядах Вооруженных сил Российской Федерации, других войсках, воинских формированиях и органах, принимающих участие в военных действиях и подавлении беспорядков.

Лицам, являющимся инвалидами III группы, при определении размера страховой премии Страховщик вправе установить повышающий (до 25,0) коэффициент к базовым страховым тарифам.