

**Общество с ограниченной ответственностью
«Международная страховая компания «АйАйСи»**

**УТВЕРЖДЕНЫ
приказом ООО «МСК «АйАйСи»
от 28.05.2025 № 35**

Генеральный директор



Е.Э. Идрисов

М.п.

Правила страхования подлежат применению с 28.05.2025 г.

**П Р А В И Л А
ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ
ИНОСТРАННЫХ ГРАЖДАН НА ВРЕМЯ ПРЕБЫВАНИЯ
НА ТЕРРИТОРИИ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
(редакция 01/2025)**

Москва

2025

СОДЕРЖАНИЕ

1.	ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ.....	4
2.	СУБЪЕКТЫ СТРАХОВАНИЯ	10
3.	ОБЪЕКТ СТРАХОВАНИЯ.....	11
4.	СТРАХОВОЙ РИСК. СТРАХОВОЙ СЛУЧАЙ	12
5.	СТРАХОВАЯ СУММА. ЛИМИТ ВОЗМЕЩЕНИЯ СТРАХОВЩИКА. ЛИМИТ ОТВЕТСТВЕННОСТИ (ЛИМИТ СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЫ)	16
6.	ФРАНШИЗА	17
7.	СТРАХОВАЯ ПРЕМИЯ. СТРАХОВОЙ ТАРИФ	18
8.	ПОРЯДОК ЗАКЛЮЧЕНИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ.....	21
9.	ОБРАБОТКА СТРАХОВЩИКОМ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ	36
10.	СРОК СТРАХОВАНИЯ. ПРЕКРАЩЕНИЕ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ	39
11.	ИЗМЕНЕНИЕ СТРАХОВОГО РИСКА.....	43
12.	ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН	44
13.	ПОРЯДОК ВЫПОЛНЕНИЯ ОБЯЗАТЕЛЬСТВ ПО ДОГОВОРУ СТРАХОВАНИЯ. ОПЛАТА СТОИМОСТИ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ. СТРАХОВАЯ ВЫПЛАТА	50
14.	ПОРЯДОК ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ.....	51
15.	ПОРЯДОК РАЗРЕШЕНИЯ СПОРОВ	52

ПРОГРАММЫ ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ ИНОСТРАННЫХ ГРАЖДАН НА ВРЕМЯ ПРЕБЫВАНИЯ НА ТЕРРИТОРИИ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ.....	54
№ 1. ПРОГРАММА СТРАХОВАНИЯ «МИГРАНТ»	56
№ 2. ПРОГРАММА СТРАХОВАНИЯ «МЕДИКО-ТРАНСПОРТНЫЕ УСЛУГИ И РЕПАТРИАЦИЯ».....	62
№ 3. ПРОГРАММА СТРАХОВАНИЯ «АМБУЛАТОРНО- ПОЛИКЛИНИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ»	64
№ 4. ПРОГРАММА СТРАХОВАНИЯ «СКОРАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ».....	66

№ 5. ПРОГРАММА СТРАХОВАНИЯ «СТОМАТОЛОГИЯ»	67
№ 6. ПРОГРАММА СТРАХОВАНИЯ «СТАЦИОНАРНАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ»	69
№ 7. ПРОГРАММА СТРАХОВАНИЯ «МЕДИКАМЕНТОЗНАЯ ПОМОЩЬ».....	71
№ 8. ПРОГРАММА СТРАХОВАНИЯ «ДОРОДОВОЕ НАБЛЮДЕНИЕ БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН, ВКЛЮЧАЯ НАБЛЮДЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ С ПАТОЛОГИЕЙ СО СТАЦИОНАРНЫМ ЛЕЧЕНИЕМ».	72
№ 9. ПРОГРАММА СТРАХОВАНИЯ «РОДОВСПОМОЖЕНИЕ» (ВКЛЮЧАЯ ОСЛОЖНЕННЫЕ РОДЫ С КЕСАРЕВЫМ СЕЧЕНИЕМ)	73
№ 10. ПРОГРАММА СТРАХОВАНИЯ «РЕАБИЛИТАЦИОННО- ВОССТАНОВИТЕЛЬНОЕ ЛЕЧЕНИЕ (ВКЛЮЧАЯ САНАТОРНО- КУРОРТНОЕ ЛЕЧЕНИЕ)».....	75
№ 11. ПРОГРАММА СТРАХОВАНИЯ «ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ОНКО- И КРИТИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЙ / ЗАБОЛЕВАНИЙ».....	77
№ 12. ПРОГРАММА СТРАХОВАНИЯ «ПРОФИЛАКТИКА ЗАБОЛЕВАНИЙ».....	83
№ 13. ПРОГРАММА СТРАХОВАНИЯ «ВАКЦИНАЦИЯ»	83
№ 14. ПРОГРАММА СТРАХОВАНИЯ «ДРУЖБА НАРОДОВ»	84
№ 15. ПРОГРАММА СТРАХОВАНИЯ «УКУС ИКСОДОВОГО КЛЕЩА»	86
№ 16. ПРОГРАММА СТРАХОВАНИЯ «ДЕТИ»	88

1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

1.1. Настоящие правила добровольного медицинского страхования иностранных граждан на время пребывания на территории Российской Федерации (далее – Правила) разработаны в соответствии Гражданским кодексом Российской Федерации, Законом Российской Федерации от 27 ноября 1992 года № 4015-1 «Об организации страхового дела в Российской Федерации, Федеральным законом от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», иными нормативными документами в области страхования, и содержат общие условия страхования, на основании которых Страховщик заключает со Страхователями договоры добровольного медицинского страхования иностранных граждан на время пребывания на территории Российской Федерации (далее – договоры страхования), и определяют порядок осуществления добровольного медицинского страхования иностранных граждан и лиц без гражданства на время пребывания их на территории Российской Федерации.

1.2. В рамках настоящих Правил Страховщик осуществляет добровольное страхование, относящееся согласно принятой в законодательстве Российской Федерации классификации к видам: «медицинское страхование» и «страхование финансовых рисков».

1.3. Страховщик вправе на основе настоящих Правил формировать Программы страхования / Оферты (далее Программы страхования) к отдельному договору страхования или отдельной группе договоров страхования, заключаемых на основе настоящих Правил страхования, ориентированные на конкретного Страхователя, – в той мере в какой это не противоречит действующему законодательству РФ и настоящим Правилам. Такие Программы страхования прилагаются к договору страхования и являются его неотъемлемой частью.

1.4. Организация взаимодействия и регулирование отношений между участниками договора страхования, заключенного на условиях настоящих Правил, осуществляется в соответствии с Базовым стандартом защиты прав и интересов физических и юридических лиц – получателей финансовых услуг, оказываемых членами саморегулируемых организаций, объединяющих страховые организации и иностранные страховые организации (утв. Банком России, протокол от 3 августа 2023 года № КФНП-26), Базовым стандартом совершения страховыми организациями и иностранными страховыми организациями операций на финансовом рынке (утв. Банком России, протокол от 27 октября 2022 года № КФНП-39), Федеральным законом от 4 июня 2018 года № 123-ФЗ «Об уполномоченном по правам потребителей финансовых услуг».

1.5. В случае изменения действующего законодательства Российской Федерации, нормативных документов органа страхового надзора и (или) саморегулируемой организации, объединяющей страховые организации, регулирующих настоящие Правила, Страховщик руководствуется в своей деятельности указанными изменениями в законодательстве Российской Федерации и нормативных документах органа страхового надзора, саморегулируемой организации, объединяющей страховые организации, до внесения изменений в настоящие Правила или издания их в новой редакции. Настоящий документ действует в части, не противоречащей действующему законодательству Российской Федерации, нормативным документам органа страхового надзора, саморегулируемой организации, объединяющей страховые организации.

1.6. Добровольное медицинское страхование осуществляется на основе программ добровольного медицинского страхования иностранных граждан на время пребывания на территории Российской Федерации (Приложение № 1 к настоящим Правилам) и обеспечивает иностранным гражданам и лицам без гражданства в соответствии с настоящими Правилами и договором добровольного медицинского страхования иностранных граждан на время пребывания на территории Российской Федерации (далее – договор страхования) получение медицинских и иных услуг. Программы страхования могут быть изменены в Программе страхования к отдельному договору страхования или отдельной группе договоров страхования, заключаемых на основе настоящих Правил страхования, ориентированные на

конкретного Страхователя, – в той мере в какой это не противоречит действующему законодательству РФ и настоящим Правилам.

1.7. В соответствии с настоящими Правилами в рамках добровольного медицинского страхования иностранных граждан и лиц без гражданства на время пребывания их на территории Российской Федерации медицинская организация или сервисное учреждение (ассистанс) оказывает Застрахованному лицу медицинские и иные услуги, а Страховщик оплачивает оказанные Застрахованному лицу медицинские и иные услуги, которые включены в программу добровольного медицинского страхования иностранных граждан на время пребывания на территории Российской Федерации (далее – Программа страхования).

1.8. Применяемые в настоящих Правилах наименования и понятия в ряде случаев специально поясняются соответствующими определениями.

Термины, наименования и понятия, указанные в настоящем пункте Правил, несут одинаковое смысловое значение по всему тексту настоящих Правил и приложений к ним, и понимаются следующим образом:

1.8.1. **Договор страхования** – письменное соглашение между Страховщиком и Страхователем, в силу которого Страховщик обязуется организовать и оплатить оказанные Застрахованным лицам медицинские и иные услуги определенного объема и качества, предусмотренные Программой страхования, в течение срока страхования (периода действия страховой защиты) в пределах определенной договором страхования суммы (страховой суммы), а Страхователь обязуется уплатить обусловленную договором страхования плату (страховую премию) в порядке и размере, установленные договором страхования.

1.8.2. **Договор индивидуального страхования** – договор страхования, заключенный в отношении единственного Застрахованного лица или нескольких Застрахованных лиц, являющихся членами одной семьи.

1.8.3. **Договор коллективного страхования** – договор страхования, заключенный в отношении нескольких Застрахованных лиц, при условии, что Застрахованные лица имеют общего работодателя или объединены другим общим интересом, помимо заинтересованности в заключении договора страхования.

1.8.4. **Иные услуги** – услуги, связанные с оказанием или организацией оказания Застрахованному лицу медицинской помощи Страховщиком и (или) сервисной организацией при наступлении страхового случая и включенные в Программу страхования, в том числе бытовые, сервисные, транспортные и иные услуги, включая: дополнительное питание, связь, телевизор, компьютер, холодильник, кондиционер, душ, туалет и др.; установление индивидуального поста при лечении в стационарных условиях; предоставление социальных услуг как с привлечением, так и без привлечения специалистов в области здравоохранения; услуги ухода за больными и (или) престарелыми и инвалидами; обеспечение питания и проживания (нахождение) при стационарном, санаторно-курортном лечении, если оно не входит в стоимость медицинской услуги (стоимости койко-дня); оформление различной медицинской документации, включая снятие копий и запись на электронные носители; предоставление спального места и питания при совместном нахождении одного из родителей (иного члена семьи или иного законного представителя) в медицинской организации в стационарных условиях с ребенком; услуги по организации медицинской помощи в медицинских и иных организациях; информационные услуги, связанные с оказанием или организацией оказания медицинской помощи; лингвистическое обеспечение (услуги перевода письменного и (или) устного); бронирование времени врача; медико-транспортные услуги, в том числе услуги репатриации тела (останков); иные услуги, предоставляемые дополнительно при оказании медицинской помощи или вне оказания медицинской помощи в целях поддержания и восстановления здоровья Застрахованного лица.

Репатриация (перевозка тела (останков)) умершего Застрахованного лица осуществляется согласно требованиям и ограничениям транспортной компании, если иное не

установлено договором страхования, в населенный пункт постоянного проживания Застрахованного лица.

1.8.5. **Ключевой информационный документ** (далее также – **КИД**) – документ, предоставляемый Страховщиком Страхователю – физическому лицу об условиях договора страхования в форме, установленной Банком России (далее – Ключевой информационный документ) по договорам страхования, заключаемым с 01.04.2023 и не связанным с осуществлением предпринимательской деятельности. Это краткая информация об условиях договора страхования – страховом покрытии и исключениях из него, сроках и сумме возврата страховой премии при досрочном расторжении договора страхования, досудебном урегулировании споров.

1.8.6. **Лекарственное обеспечение** – оплата Страховщиком стоимости медикаментозного лечения, т.е. оплата лекарственных препаратов, специализированных продуктов лечебного питания (и при необходимости их доставки), включенных в Программу страхования и выписанных (назначенных) лечащим врачом в рамках Программы страхования.

1.8.7. **Маркетинговые наименования** – наименование страховых продуктов, Программ страхования или отдельных групп единообразных договоров страхования, заключаемых на основе настоящих Правил.

1.8.8. **Медицинская организация** – юридическое лицо независимо от организационно- правовой формы, осуществляющее в качестве основного (уставного) вида деятельности медицинскую деятельность на основании лицензии, предоставленной в порядке, установленном законодательством Российской Федерации о лицензировании отдельных видов деятельности. В целях настоящих Правил к медицинским организациям приравниваются индивидуальные предприниматели, осуществляющие медицинскую деятельность.

1.8.9. **Медицинская помощь** – комплекс мероприятий, направленных на поддержание и (или) восстановление здоровья Застрахованных лиц, и включающих в себя предоставление медицинских услуг в рамках договора страхования.

1.8.10. **Медицинские услуги** – медицинское вмешательство или комплекс медицинских вмешательств, направленных на профилактику, диагностику и лечение заболеваний и имеющих самостоятельное законченное значение, в том числе включая:

- медицинскую реабилитацию и санаторно-курортное лечение;
- обеспечение лекарственными средствами и (или) изделиями медицинского назначения;
- медицинские осмотры и диспансеризацию.

1.8.11. **Обеспечение медицинскими изделиями** – оплата Страховщиком стоимости медицинских изделий, включая протезно-ортопедические изделия, одноразовые медицинские инструменты, очки, слуховые аппараты, контактные линзы, имплантаты и др., и при необходимости их доставки, включенных в Программу страхования и выписанных (назначенных) лечащим врачом в рамках Программы страхования.

1.8.12. **Период действия страховой защиты** (далее по тексту также – **период действия страхования, период ответственности Страховщика, период действия страхового покрытия**) – период времени, в течение которого наступившие события из числа указанных договоре страхования в качестве страховых рисков, являются событиями, имеющими признаки страхового случая.

1.8.13. **Период ожидания** (далее также – **временная франшиза**) – период времени, предусмотренный договором страхования, в течение которого документально подтвержденное обращение Застрахованного лица за медицинскими и иными услугами не является страховым случаем.

Период ожидания может быть установлен как по договору страхования в целом, так и по отдельным рискам, Программам страхования.

Договором страхования могут быть предусмотрены следующие периоды ожидания:

1.8.13.1. **Отсроченный период** – период времени от момента начала срока страхования до момента вступления договора страхования в силу;

1.8.13.2. **Выжидательный период** – период времени от момента вступления договора страхования в силу до момента начала периода ответственности Страховщика;

1.8.13.3. **Отлагательный период** – период времени, отсчёт которого начинается со дня наступления определенного события, истечение которого (периода) является одним из условий признания данного события страховым случаем.

Договором страхования могут быть предусмотрены иные периоды ожидания.

1.8.14. **Полномочный представитель** (далее также – уполномоченный представитель) – лицо, которое в силу закона и (или) учредительных документов юридического лица, соответствующей доверенности действует от имени и в интересах представляемого лица.

1.8.15. **Получатель страховых услуг** – физическое лицо, или физическое лицо, зарегистрированное в качестве индивидуального предпринимателя, или юридическое лицо, обратившееся в страховую организацию с намерением заключить договор страхования (потенциальный получатель), а также Страхователь, Застрахованное лицо, и (или) Выгодоприобретатель по заключенному договору страхования.

1.8.16. **Программа страхования** (Программа добровольного медицинского страхования иностранных граждан на время пребывания на территории Российской Федерации) – объем медицинских и иных услуг, установленный Страховщиком, а также порядок их оказания Застрахованному лицу в рамках договора страхования.

Полный перечень медицинских и иных услуг определяется конкретной Программой страхования.

1.8.17. **Сайт Страховщика** – официальный сайт ООО «МСК «АйАйСи» (далее по тексту – Страховщик) в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет» **www.ii-company.ru**, принадлежащий Страховщику и содержащий информацию о деятельности Страховщика, созданный в соответствии с пунктом 6 статьи 6 Закона Российской Федерации от 27 ноября 1992 года № 4015-1 «Об организации страхового дела в Российской Федерации».

Официальный сайт Страховщика также может использоваться в качестве информационной системы, обеспечивающей обмен информацией в электронной форме между Страхователем и Страховщиком, являющимся оператором этой информационной системы.

1.8.18. **Срок действия договора страхования** – период времени, установленный договором страхования, в течение которого действует страхование.

Срок действия договора страхования является периодом времени, в течение которого наступившие события из числа указанных договоре страхования в качестве страховых рисков, являются событиями, имеющими признаки страхового случая.

Срок действия договора страхования устанавливается по соглашению Страховщика и Страхователя в договоре страхования и определяется как разница дат начала и окончания действия договора страхования, указанных в договоре страхования.

1.8.19. **Срок страхования.**

В целях настоящих Правил под сроком страхования понимается:

а) по договору индивидуального страхования – срок действия договора страхования;

б) по договору коллективного страхования – срок (период времени), в течение которого действует страхование в отношении конкретного Застрахованного лица в соответствии с условиями договора страхования. Срок страхования в отношении Застрахованного лица не может выходить за границы начала и окончания срока действия договора страхования в соответствии с настоящими Правилами.

Дата начала срока страхования и дата окончания срока страхования указываются в договоре страхования.

1.8.20. **Страховая выплата** – денежная сумма, которая определена в порядке, установленном договором страхования, и выплачивается Страховщиком надлежащему лицу при наступлении страхового случая.

1.8.21. **Страховая защита** (далее по тексту также – **страхование**) – обязательство Страховщика выплатить надлежащему лицу страховую выплату по страховым событиям (страховым случаям), произошедшим в течение установленного договором страхования периода ответственности Страховщика.

Страховая защита действует в течение периода ответственности Страховщика в том объеме, который обозначен в договоре страхования и оплачен страховой премией.

1.8.22. **Страховая премия** – плата за страхование, которую Страхователь обязан уплатить Страховщику в порядке и в сроки, установленные договором страхования.

1.8.23. **Страховая сумма** – денежная сумма, которая определена договором страхования при его заключении, и исходя из которой устанавливается размер страховой премии (страховых взносов) и размер страховой выплаты при наступлении страхового случая.

1.8.24. **Страховое покрытие** (далее по тексту также – **объем страховой защиты**) – объем обязательств Страховщика по страховой выплате, который обозначен в договоре страхования и оплачен страховой премией, по страховым событиям (страховым случаям), произошедшим в период ответственности Страховщика.

1.8.25. **Страховой взнос** – часть страховой премии или периодический платеж страховой премии Страхователя при уплате страховой премии в рассрочку.

1.8.26. **Страховой продукт** – типовые условия страхования, разработанные Страховщиком на основании настоящих Правил и иных правил страхования, и предназначенные для заключения типовых договоров страхования (с ограниченным количеством изменяемых условий договора страхования) с определенной категорией Страхователей (Застрахованных лиц), объединенных по страховым интересам, видам рисков, степени рисков и иным тарификационным факторам.

1.8.27. **Страховой риск** – предполагаемое событие, на случай наступления которого проводится страхование.

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

1.8.28. **Страховой сертификат** – документ, выдаваемый Страховщиком Застрахованному лицу в подтверждение факта заключения (и действия) коллективного договора страхования в отношении данного Застрахованного лица.

1.8.29. **Страховой случай** – совершившееся событие, предусмотренное страховым риском, указанным в договоре страхования, с наступлением которого возникает обязанность Страховщика произвести страховую выплату надлежащему лицу (Страхователю, Застрахованному лицу, Выгодоприобретателю или иным третьим лицам).

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

1.8.31. **Территория страхования** – территория, в пределах которой может произойти событие, предусмотренное договором страхования, повлекшее наступление страхового случая.

1.9. Определения терминов и понятий, изложенные в настоящих Правилах, распространяются и на соответствующие термины и понятия, используемые в договоре страхования, заключаемом на основании настоящих Правил.

1.10. В конкретном договоре страхования или для группы договоров страхования Страховщик вправе разрабатывать и использовать определения отдельных страховых понятий, а также вносить дополнения, уточнения, изменения в определения, перечисленные в пункте 1.7 настоящих Правил, а также в те определения, содержание которых раскрывается в

различных разделах текста настоящих Правил, – в той мере, в какой это не противоречит действующему законодательству Российской Федерации.

1.11. Если значение какого-либо термина или понятия не оговорено настоящими Правилами или договором страхования, то его толкование осуществляется в соответствии с нормами действующего законодательства Российской Федерации. Если значение какого-либо термина или понятия не может быть определено, исходя из действующего законодательства Российской Федерации и нормативных актов, то значение такого термина или понятия определяется в соответствии с его общепринятым лексическим значением.

1.12. В соответствии с настоящими Правилами и действующим законодательством Российской Федерации Страховщик заключает со Страхователями договоры страхования.

1.13. Страхование осуществляется в индивидуальной и коллективной форме. Договор коллективного страхования заключается в пользу иностранных граждан или лиц без гражданства, находящихся на территории Российской Федерации.

1.14. Действие настоящих Правил не распространяется на добровольное медицинское страхование трудовых мигрантов (иностранцев граждан и лиц без гражданства, прибывших в Российскую Федерацию и намеревающихся осуществлять или осуществляющих трудовую деятельность на основании разрешения на работу или патента), которое осуществляется в соответствии Указанием Банка России № 3793-У от 13.09.2016 «О минимальных (стандартных) требованиях к условиям и порядку осуществления медицинского страхования в части добровольного медицинского страхования иностранных граждан и лиц без гражданства, находящихся на территории Российской Федерации с целью осуществления ими трудовой деятельности».

1.15. Договор страхования может быть заключен, в том числе на условиях отдельных страховых продуктов, Программ страхования, оферт, разработанных на основе настоящих Правил. В этом случае настоящие Правила применяются за исключением особенностей, предусмотренных страховым продуктом, Программой страхования, офертой.

1.16. Страховщик вправе разрабатывать страховые продукты, формировать Программы страхования, оферты с использованием отдельных или совокупности условий страхования, содержащихся в настоящих Правилах.

1.17. Страховщик вправе присваивать маркетинговые наименования страховым продуктам, Программам страхования, офертам или отдельным группам единообразных договоров страхования, заключаемым в соответствии с настоящими Правилами, в той мере, в какой это не противоречит действующему законодательству Российской Федерации и в том порядке, как это предусмотрено действующим законодательством Российской Федерации.

1.18. Страховщик вправе формировать выписку (выдержку) из настоящих Правил, сформированную на основе положений настоящих Правил, которые непосредственно относятся к страховому продукту, Программе страхования или к условиям конкретного договора страхования или отдельной группе договоров страхования, заключаемых на основе настоящих Правил, ориентированных на конкретного Страхователя или сегмент Страхователей, в той мере, в какой это не противоречит законодательству Российской Федерации и настоящими Правилам.

1.19. Страховщик не вправе разглашать полученные им в результате своей профессиональной деятельности сведения о Страхователе, Застрахованном лице, состоянии их здоровья и имущественном положении.

За нарушение тайны страхования Страховщик в зависимости от рода нарушенных прав и характера нарушения несет ответственность в порядке, предусмотренном гражданским законодательством Российской Федерации.

2. СУБЪЕКТЫ СТРАХОВАНИЯ

2.1. Субъектами страхования в соответствии с настоящими Правилами являются Страховщик, Страхователь, Застрахованное лицо, Выгодоприобретатель.

2.2. Сторонами договора страхования являются Страхователь и Страховщик.

2.3. Участниками добровольного медицинского страхования в соответствии с настоящими Правилами являются медицинские организации, сервисные учреждения (ассистанс) или иные аналогичные учреждения.

2.4. **Страховщик** – Общество с ограниченной ответственностью «Международная страховая компания «АйАйСи» (ООО «МСК «АйАйСи»)), созданное в соответствии с законодательством Российской Федерации для осуществления деятельности по страхованию (номер в Едином реестре субъектов страхового дела 3128), зарегистрированное в г. Москва и получившее лицензию на осуществление соответствующего вида страховой деятельности (лицензию на осуществление добровольного личного страхования, за исключением добровольного страхования жизни) в установленном законодательством Российской Федерации порядке.

Договоры страхования от имени Страховщика могут заключать уполномоченные штатные работники Страховщика, директора и работники его филиалов и иных обособленных подразделений, а также уполномоченные страховые агенты (юридические лица и физические лица, а также физические лица, зарегистрированные в качестве индивидуальных предпринимателей), действующие в пределах их полномочий на основании соответствующих договоров или доверенностей, выданных Страховщиком.

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

2.5. **Страхователь** – дееспособное физическое лицо, в том числе зарегистрированное в качестве индивидуального предпринимателя, или юридическое лицо любой организационно-правовой формы и формы собственности, заключившее со Страховщиком договор страхования.

2.6. **Застрахованные лица** – физические лица (иностранцы граждане или лица без гражданства), в отношении которых заключаются договоры страхования.

При этом Страхователи – физические лица, заключившие такие договоры страхования в свою пользу, являются одновременно Застрахованными лицами.

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

2.8. Лицо, имеющее на момент заключения договора страхования любое из следующих заболеваний и (или) связанных с ним осложнений:

2.8.1. ВИЧ-инфекция, болезнь, вызванная вирусом иммунодефицита человека, СПИД;

2.8.2. Особо опасные инфекционные болезни, заболевания, включенные в установленный органами власти перечень инфекционных болезней, требующих проведения мероприятий по санитарной охране территории Российской Федерации, включая COVID-19 и последствия COVID-19, туберкулез, оспа, полиомиелит, вызванный диким полиовирусом, человеческий грипп, вызванный новым подтипом, тяжелый острый респираторный синдром (ТОРС, SARS), холера, чума, малярия, вирусные лихорадки, передаваемые членистоногими, и вирусные геморрагические лихорадки, менингококковая инфекция; гепатиты В и С;

2.8.3. Алкоголизм, наркомания, токсикомания, заболевания, вызванные приемом алкоголя, наркотических веществ без назначения врача или с нарушением назначений врача, токсических веществ с целью опьянения;

2.8.4. Психические расстройства и расстройства поведения;

2.8.5. Злокачественные новообразования, гемобластозы;

2.8.6. Наследственные заболевания: хромосомные, моногенные, митохондриальные (болезни, аномалии, нарушения), наследственные болезни обмена; аномалии развития, врожденные пороки; детский церебральный паралич;

2.8.7. Системные поражения соединительной ткани, в том числе все недифференцированные коллагенозы;

2.8.8. Заболевания, сопровождающиеся хронической почечной или печеночной недостаточностью и требующие проведения хронического гемодиализа;

2.8.9. Хронические гепатиты С, Е, F, G;

2.8.10. Заболевания, послужившие причиной установления инвалидности (кроме инвалидности III группы),

может быть застраховано с согласия Страховщика, при условии, что до заключения договора страхования Страховщик был письменно уведомлен Страхователем о диагнозах и состоянии здоровья лица, заявленного на страхование. Условие о страховании таких лиц может указываться в договоре страхования с учетом степени риска соответствующей оговоркой или ссылкой на пункт настоящих Правил.

2.9. При страховании лиц, указанных в п. 2.8 настоящих Правил, не является страховым случаем обращение Застрахованного лица в медицинскую организацию или иное учреждение в связи с оказанием ему медицинской помощи по заболеваниям, перечисленным в п. 2.8 настоящих Правил, и связанным с ними осложнениям, если иного не будет прямо предусмотрено договором страхования.

2.10. Указанные в п. 2.8 настоящих Правил сведения (диагнозы) наряду с факторами, перечисленными в п. 7.3 настоящих Правил, признаются в соответствии со статьей 959 Гражданского кодекса Российской Федерации обстоятельствами, имеющими существенное значение для определения вероятности наступления страхового случая и размера возможных убытков от его наступления, а также обстоятельствами, влекущими увеличение страхового риска.

2.11. **Выгодоприобретатель** – физическое лицо, в пользу которого заключен договор страхования.

По настоящим Правилам Выгодоприобретателем является Застрахованное лицо – иностранный гражданин или лицо без гражданства.

2.12. Взаимоотношения между Страховщиком и медицинской организацией, сервисным учреждением (ассистанс) или иным аналогичным учреждением определяются договором на предоставление медицинской и лекарственной помощи (медицинских услуг) по добровольному медицинскому страхованию иностранных граждан на время пребывания на территории Российской Федерации, и иных услуг, включая организацию и осуществление посмертной репатриации тела, по которому медицинская организация, сервисное учреждение (ассистанс) или иное аналогичное учреждение обязуется предоставлять Застрахованным лицам медицинские и иные услуги определенного объема и качества в конкретные сроки в рамках Программ страхования. При этом указанный договор может содержать: наименование сторон; численность Застрахованных лиц; виды лечебно-профилактической помощи (медицинских услуг); перечень услуг, в том числе связанных с осуществлением посмертной репатриации тела; стоимость работ, услуг и порядок расчетов; порядок контроля качества медицинских и иных услуг, и использования страховых средств; ответственность сторон и иные не противоречащие законодательству Российской Федерации условия.

3. ОБЪЕКТ СТРАХОВАНИЯ

3.1. Объектом страхования по настоящим Правилам являются:

3.1.1. Имущественные интересы, связанные с оплатой организации и оказания медицинской и лекарственной помощи (медицинских услуг) и иных услуг вследствие расстройства здоровья Застрахованного лица или состояния Застрахованного лица,

требующих организации и оказания таких услуг, а также проведения профилактических мероприятий, снижающих степень опасных для жизни или здоровья Застрахованного лица угроз и (или) устраняющих их.

3.1.2. Имущественные интересы Страхователя (Застрахованного лица), связанные с риском возникновения непредвиденных расходов Страхователя (Застрахованного лица) в связи с оплатой организации медико-транспортных услуг, в том числе включающих в себя организацию репатриации Застрахованного лица или его труп.

4. СТРАХОВОЙ РИСК. СТРАХОВОЙ СЛУЧАЙ

4.1. В соответствии с настоящими Правилами страховым риском (п. 1.7.27 настоящих Правил) является риск затрат на оказание медицинских и иных услуг Застрахованному лицу при его обращении в медицинскую организацию, сервисное или иное учреждение по поводу ухудшения состояния здоровья и (или) состояния, требующего оказания медицинской помощи и иных услуг, предусмотренных договором страхования.

4.2. Страховым случаем (п. 1.7.29 настоящих Правил) в соответствии с настоящими Правилами является документально подтвержденное обращение Застрахованного лица в соответствии с условиями договора страхования и в течение срока его действия (в период действия страховой защиты) в медицинскую организацию, сервисную компанию или иное учреждение из числа предусмотренных договором страхования и (или) Программой страхования и (или) согласованных со Страховщиком, для получения различных видов платных медицинских и иных услуг, включенных в Программу страхования, по поводу предусмотренных Программой страхования (Программами страхования) ухудшения состояния здоровья и (или) состояния, а также обстоятельств, требующих оказания медицинской помощи, и повлекших возникновение расходов на оплату предусмотренных Программой страхования (Программами страхования) медицинской помощи и иных услуг, оказанных Застрахованному лицу, а также обязанность Страховщика произвести страховую выплату.

4.3. В случае если это прямо предусмотрено договором страхования и (или) Программой страхования, страховым случаем является документально подтвержденное обращение Застрахованного лица в соответствии с условиями договора страхования и в течение срока его действия (периода действия страховой защиты) в медицинскую организацию, сервисную компанию или иное учреждение из числа предусмотренных договором страхования и (или) Программой страхования и (или) согласованных со Страховщиком согласованных со Страховщиком для проведения профилактических мероприятий, снижающих степень опасных для жизни или здоровья Застрахованного лица угроз и (или) устраняющих их, и повлекших возникновение расходов на оплату медицинской помощи и иных услуг, оказанных Застрахованному лицу, а также обязанность Страховщика произвести страховую выплату.

4.4. В случае, когда это предусмотрено договором страхования и (или) Программой страхования, страховым случаем также является возникновение у Застрахованного лица непредвиденных расходов, предусмотренных Программой страхования и связанных с оплатой организации медико-транспортных услуг, в том числе оплатой организации репатриации Застрахованного лица или его труп.

4.5. Объем медицинских и иных услуг, оказываемых Застрахованному лицу медицинской и иной организацией и оплачиваемых Страховщиком по договору страхования, определяется выбранной Программой страхования. Программы страхования могут включаться в план страхования и содержать перечень исключений из страхового покрытия.

4.6. Договор страхования может быть заключен на условиях предоставления Застрахованному лицу страховой защиты в объеме Программ страхования, содержащих разные виды медицинской помощи и услуг, предоставляемых при наступлении страхового

случая. При страховании дополнительных рисков непредвиденных расходов Страховщик также оплачивает такие дополнительные расходы Застрахованного лица в объеме, определенном договором страхования и (или) Программой страхования.

4.7. Программы страхования, предусматривающие оказание медицинской помощи и иных услуг, могут содержать различные виды услуг, составляющих медицинскую деятельность, а также перечень иных услуг, подлежащих организации и оплате Страховщиком, в том числе лекарственное обеспечение и (или) обеспечение медицинскими изделиями.

4.8. Договор страхования может быть заключен на условиях предоставления Застрахованному лицу страховой защиты в объеме следующих Программ страхования:

- № 1. «Мигрант»;
- № 2. «Медико-транспортные услуги и репатриация»;
- № 3. «Амбулаторно-поликлиническая помощь»;
- № 4. «Скорая медицинская помощь»;
- № 5. «Стоматология»;
- № 6. «Стационарная медицинская помощь»;
- № 7. «Медикаментозная помощь»;
- № 8. «Дородовое наблюдение беременных женщин, включая наблюдение беременности с патологией со стационарным лечением»;
- № 9. «Родовспоможение» (включая осложненные роды с кесаревым сечением);
- № 10. «Реабилитационно-восстановительное лечение (включая санаторно-курортное лечение)»;
- № 11. «Диагностика и лечение онко- и критических состояний / заболеваний»;
- № 12. «Профилактика заболеваний»;
- № 13. «Вакцинация»;
- № 14. «Дружба народов»;
- № 15. «Укус иксодового клеща»;
- № 16. «Дети».

При страховании риска непредвиденных расходов, Страховщик также оплачивает такие дополнительные расходы Застрахованного лица в объеме, определенном договором страхования.

4.9. При заключении договора страхования на основании настоящих Правил Страховщик и Страхователь при условии применения к базовому страховому тарифу соответствующих поправочных коэффициентов вправе договориться об объеме медицинской помощи или иных услуг в рамках Программы страхования путем дополнения или изменения перечня организуемой и оплачиваемой Страховщиком медицинских и иных услуг, включаемых в конкретную Программу страхования, и о наименовании конкретной Программы страхования, в которой отражены вид, объем и порядок предоставляемой Застрахованному лицу медицинской помощи и иных услуг.

4.10. Если в течение срока действия договора страхования Страховщику станет известно о том, что Застрахованный или Страхователь при заключении договора страхования представил Страховщику ложные сведения и скрыл имеющиеся заболевания и (или) состояния, предусмотренные п. 2.8 настоящих Правил, Страховщик вправе в одностороннем порядке прекратить действие договора страхования в отношении этого Застрахованного лица, согласно п. 1 ст. 450.1 Гражданского кодекса Российской Федерации и (или) обратиться в суд с требованием о признании договора страхования недействительным и применении последствий, предусмотренных п. 2 ст. 179 Гражданского кодекса Российской Федерации.

4.11. Не является страховым случаем документально подтвержденное обращение Застрахованного лица в течение срока страхования в медицинскую организацию, сервисную компанию или иное учреждение из числа предусмотренных договором страхования и (или)

Программой страхования и (или) согласованных со Страховщиком за получением медицинской помощи и (или) иных услуг:

4.12. В связи с покушением на самоубийство или самоубийством, за исключением случаев, когда Застрахованное лицо было доведено до такого состояния противоправными действиями третьих лиц;

4.13. В связи с умышленным причинением себе телесных повреждений;

4.14. В состоянии алкогольного, наркотического или токсического опьянения (если такое состояние непосредственно связано с характером и объемом оказанной медицинской помощи);

4.15. В связи с получением травматического повреждения или иного расстройства здоровья, наступившего в результате совершения Застрахованным лицом умышленного преступления, находящегося в прямой причинной связи со страховым случаем.

4.16. Если в течение срока действия договора страхования у Застрахованного лица будут впервые диагностированы заболевания (состояния), из числа указанных в п. 2.8 настоящих Правил и (или) указанных в медицинской анкете лица, принимаемого на страхование, в отношении которых Застрахованное лицо дало отрицательный ответ, Страховщик оплачивает медицинскую помощь, оказанную Застрахованному лицу по медицинским показаниям, до момента подтверждения (постановки) диагноза. После подтверждения (постановки) диагноза, Страховщик будет вправе требовать уплаты дополнительной страховой премии соразмерно увеличению страхового риска или изменения условий договора страхования (в том числе сокращения срока его действия, уменьшения объема услуг, снижения страховой суммы, установления лимитов страховых выплат, введение или изменение размера франшизы и др.) как в целом по договору страхования, так и в отношении отдельных Застрахованных лиц. При отказе Страхователя от уплаты дополнительной страховой премии (изменения условий договора страхования) Страховщик вправе потребовать расторжения договора страхования в целом или прекращения страхования в отношении отдельного (отдельных) Застрахованных лиц в порядке, предусмотренном главой 29 Гражданского кодекса Российской Федерации.

4.16.1. Для целей реализации процедуры прекращения действия (изменения условий) договора страхования в соответствии с условиями настоящего пункта Правил Страховщик имеет право в договорах с медицинскими и иными организациями предусматривать условия об информировании Страховщика о факте постановки (подтверждения) диагноза, указанного в п. 2.8 настоящих Правил.

4.16.2. После получения информации, указанной в п. 4.12 настоящих Правил, Страховщик направляет Страхователю письменное уведомление об изменении условий договора страхования в целом или в отношении соответствующего Застрахованного лица. Если Страхователь возражает против изменения условий договора страхования или доплаты страховой премии, Страховщик вправе потребовать расторжения договора страхования в соответствии с положениями, предусмотренными главой 29 Гражданского кодекса Российской Федерации.

4.16.3. Договор страхования считается прекращенным в отношении Застрахованного лица, указанного в п. 4.12 настоящих Правил, с даты, указанной в соответствующем уведомлении Страховщика. Уведомление направляется Страхователю не менее чем за 5 (пять) рабочих дней до даты прекращения действия договора страхования в отношении Застрахованного лица. Страхователь обязан уведомить Застрахованное лицо о факте прекращения договора страхования в отношении последнего.

4.16.4. В том случае, если на момент прекращения договора страхования страховая премия была уплачена Страхователем полностью, Страховщик, если условиями договора страхования не предусмотрено иное, обязан в течение 30 (тридцати) рабочих дней с момента получения Страхователем уведомления о прекращении договора в отношении определенного Застрахованного лица, возвратить Страхователю часть страховой премии,

уплаченной за страхование данного Застрахованного лица, пропорциональную части общего срока действия договора страхования, в течение которого договор страхования не будет действовать в отношении такого Застрахованного лица, за исключением случаев, когда Застрахованное лицо заявило о наступлении страхового случая и (или) обратилось за получением страховой выплаты – в таких случаях возврат страховой премии не осуществляется.

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

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

4.17.1. Воздействия ядерного взрыва, радиации или радиоактивного заражения;

4.17.2. Военных действий, а также маневров или иных военных мероприятий;

4.17.3. Гражданской войны, народных волнений всякого рода или забастовок.

4.18. Не является страховым случаем лечение венерических заболеваний, наркологическая помощь, лечение заболеваний, связанных с последствиями радиоактивного облучения, если иное прямо не предусмотрено договором страхования.

4.19. Если иное прямо не предусмотрено договором страхования и (или) Программой страхования, Страховщик не оплачивает лечение заболеваний (состояний), явившихся следствием сахарного диабета (ангиопатии, нефропатии, ретинопатии и проч.), беременности и патологии беременности, а также лечение обострившихся в результате беременности хронических заболеваний; косметологическое лечение, все виды протезирования.

4.20. Страховщик не оплачивает медицинские и иные услуги, полученные по инициативе Застрахованного лица в медицинских и иных организациях, не указанных в договоре страхования (страховом полисе) и (или) Программе страхования, за исключением случаев, когда медицинские и иные услуги получены в медицинской или иной организации, не предусмотренной в договоре страхования (страховом полисе) и (или) Программе страхования, но обращение в которую согласовано (в письменном виде) и (или) организовано Страховщиком.

4.21. Страховщик также не производит страховую выплату, если Застрахованное лицо получило медицинские услуги, включая любой период пребывания в стационаре, которые не были рекомендованы и письменно засвидетельствованы медицинской организацией (лечащим врачом), как необходимые и целесообразные меры.

4.22. Не является страховым случаем обращение Застрахованного лица в медицинскую или иную организацию по событиям, указанным в Программе страхования как исключения.

4.23. Перечень исключений из страхового покрытия может быть дополнен или сокращен в договоре страхования и (или) Программе страхования.

4.24. В связи с тем, что конкурсная документация и иные документы, представляемые Страховщику для заключения договора страхования, могут содержать различные формулировки страховых рисков (страховых случаев), соответствующие по своему существу, но не являющиеся буквальным повторением формулировки страховых рисков (страховых случаев), покрываемых в рамках настоящих Правил, Страховщик при принятии риска на страхование осуществляет оценку заявленных в документации страховых рисков. Если заявленные Страхователем страховые риски (страховые случаи) не расширяют страхового покрытия и соответствуют по существу, определенным в настоящих Правилах

страховым рискам (страховым случаям), то Страховщик оставляет за собой право указывать в договоре страхования страховые риски (страховые случаи) в соответствии с заявленными Страхователем требованиями.

5. СТРАХОВАЯ СУММА. ЛИМИТ ВОЗМЕЩЕНИЯ СТРАХОВЩИКА. ЛИМИТ ОТВЕТСТВЕННОСТИ (ЛИМИТ СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЫ)

5.1. Страховая сумма (п. 1.7.23 настоящих Правил) по договору страхования устанавливается исходя из предполагаемого объема и стоимости медицинских и иных услуг, предусмотренных Программой страхования.

5.2. Страховая сумма устанавливается по соглашению сторон для каждого Застрахованного лица.

5.3. При заключении договора страхования по нескольким Программам страхования страховая сумма устанавливается отдельно по каждой Программе страхования. Страховщик несет обязательства по оплате медицинских и иных услуг в пределах страховой суммы по каждой Программе страхования.

5.4. Договором страхования может быть предусмотрен лимит ответственности Страховщика (сублимит страховой суммы) – максимальный размер страховой выплаты, которая может быть выплачена в пределах страховой суммы.

Лимит ответственности Страховщика (сублимит страховой суммы) может быть установлен, к примеру, по:

- отдельным заболеваниям (состояниям),
- отдельной медицинской организации,
- отдельным видам медицинской помощи и медицинским и иным услугам, в том числе обеспечению лекарственными препаратами и (или) медицинскими изделиями, или их различной совокупности, и т.д.

5.5. Лимитом возмещения Страховщика является установленный в договоре страхования предельный размер страховой выплаты, при достижении которого договор страхования (полностью либо в соответствующей части) прекращает свое действие, если действие договора страхования не прекратилось ранее по иным обстоятельствам, предусмотренным законодательством Российской Федерации, настоящими Правилами и (или) договором страхования.

5.6. На основании настоящих Правил договоры страхования заключаются с условием агрегатного лимита возмещения Страховщика (далее также – «агрегатная страхования сумма»).

Агрегатный лимит возмещения Страховщика – условие страхования, при котором страховая сумма является предельным совокупным лимитом возмещения Страховщика по всем страховым случаям, произошедшим в течение срока страхования (в период действия страховой защиты).

Страховая сумма, установленная договором страхования, уменьшается на сумму произведенной страховой выплаты с даты наступления страхового события, в результате которого возникла обязанность Страховщика по страховой выплате, если такая выплата не прекращает договора страхования.

Договор страхования с агрегатным лимитом возмещения Страховщика считается исполненным полностью либо в соответствующей части (по отдельной Программе страхования, в отношении конкретного Застрахованного лица и т.п.) и, соответственно, полностью либо в соответствующей части (по отдельной Программе страхования, в отношении конкретного Застрахованного лица и т.п.) прекращает свое действие с момента выплаты суммарного страхового возмещения в размере, эквивалентном размеру страховой суммы по договору страхования в целом или в его соответствующей части (по отдельной Программе страхования, в отношении конкретного Застрахованного лица и т.п.) .

5.7. В период действия договора страхования Страхователь по согласованию со Страховщиком вправе изменить (увеличить) страховую сумму, Программы страхования, перечень медицинских и иных услуг, а также поменять медицинские и иные организации, предоставляющие медицинскую помощь, медицинские и иные услуги по договору страхования.

Указанные изменения оформляются в письменном виде в форме дополнительного соглашения к договору страхования с уплатой дополнительной страховой премии. В этом случае расчет дополнительной страховой премии производится в порядке, предусмотренном подпунктами «а» – «в» пункта 7.17 настоящих Правил.

5.8. Страховая сумма и (или) лимит ответственности устанавливается в валюте Российской Федерации.

6. ФРАНШИЗА

6.1. Договором страхования по соглашению сторон может быть установлена франшиза.

6.2. Франшиза – предусмотренная договором страхования часть убытков, не подлежащая возмещению Страховщиком Застрахованному лицу (Выгодоприобретателю), устанавливаемая в виде определенного процента от страховой суммы (лимита ответственности, убытка) или в фиксированном размере.

6.3. В соответствии с условиями страхования франшиза может быть условной (Страховщик освобождается от возмещения убытка, если его размер не превышает размер франшизы, однако возмещает его полностью в случае, если размер убытка превышает размер франшизы) и безусловной (размер страховой выплаты определяется как разница между размером убытка и размером франшизы).

6.4. Заключая договор страхования на основании настоящих Правил, Страхователь и Страховщик соглашаются и признают, что если в договоре страхования установлена франшиза и указан ее размер, но не указан ее вид, то считается, что установлена безусловная франшиза.

6.5. Договором страхования может быть предусмотрена абсолютная франшиза (франшиза в денежном эквиваленте) или относительная франшиза (франшиза в процентах от страховой суммы, лимита ответственности (сублимита страховой суммы) или убытка). Наличие абсолютной или относительной франшизы и ее размер указываются в договоре страхования.

6.6. Договором страхования может быть предусмотрена временная франшиза (период ожидания), т.е. франшиза в единицах исчисления времени. Особенности временной франшизы и варианты ее применения изложены в п. 1.7.13 настоящих Правил. Наличие временной франшизы (периода ожидания) указывается в Программе страхования и (или) договоре страхования.

6.7. Франшиза может быть установлена по договору страхования, по Программе страхования, по отдельной медицинской или иной организации, или группе медицинских или иных организаций, по одному риску либо по нескольким страховым рискам в совокупности в любой их комбинации.

6.8. В соответствии с условиями договора страхования франшиза может быть различной для разных видов медицинской помощи, услуг, лимитов ответственности, уровней выплат (размеров убытков).

6.9. Франшиза действует по каждому страховому случаю. Если происходит несколько страховых случаев, франшиза учитывается при расчете страховой выплаты по каждому страховому случаю.

6.10. По соглашению сторон договором страхования может быть предусмотрена регрессная франшиза, которая взимается с Застрахованного лица после оплаты убытков Страховщиком.

Регрессная франшиза – вид франшизы, при которой в случае наступления страхового случая Страховщик сначала оплачивает медицинской или иной организации полную сумму убытка без учета франшизы, после чего Застрахованное лицо (Страхователь) обязан возместить Страховщику часть оплаченного убытка в размере установленной франшизы.

6.11. Договором страхования могут быть предусмотрены иные виды франшизы, иной порядок применения франшизы.

7. СТРАХОВАЯ ПРЕМИЯ. СТРАХОВОЙ ТАРИФ

7.1. Порядок определения страховой премии (п. 1.7.22 настоящих Правил) включает в себя расчет ее размера путем умножения страховой суммы на страховой тариф.

7.2. Конкретный размер страхового тарифа (п. 1.7.30 настоящих Правил) определяется договором страхования по соглашению сторон на основании базовых страховых тарифов с учетом поправочных коэффициентов.

Законом Российской Федерации от 27 ноября 1992 года № 4015-1 «Об организации страхового дела в Российской Федерации» осуществление оценки страхового риска возложено на Страховщика. В связи с этим, основываясь на базовых страховых тарифах, Страховщик, в каждом конкретном случае при заключении договора страхования, для определения степени страхового риска и учета особенностей страхования конкретного лица (лиц), подлежащего (-щих) страхованию, вправе применять к базовым страховым тарифам (Приложение № 2 к настоящим Правилам) поправочные (повышающие или понижающие) коэффициенты в диапазонах, указанных в Приложении № 2 к настоящим Правилам.

7.3. Порядок определения конкретного страхового тарифа включает в себя расчет его размера путем последовательного умножения базовых страховых тарифов на поправочные (повышающие или понижающие) коэффициенты в зависимости от факторов риска, влияющих на вероятность наступления страхового случая и размер убытков, возмещаемых по договору страхования, среди которых могут учитываться:

7.3.1. Пол, возраст Застрахованного лица;

7.3.2. Объем предоставляемого страхового покрытия и исключения из страхового покрытия (оплачиваемые и неоплачиваемые виды медицинской помощи и иных услуг);

7.3.3. Срок действия договора страхования;

7.3.4. Общее число лиц, принимаемых на страхование по договору страхования;

7.3.5. Ценовая категория медицинских и иных организаций;

7.3.6. Наличие франшизы, ее вид и размер, факт наличия (возникновения по предыдущим договорам страхования) у Застрахованного лица задолженности по оплате франшизы;

7.3.7. Иные факторы, влияющие на определение вероятности наступления страхового случая и размер возможных убытков от его наступления (страхового риска).

7.4. При заключении договора страхования по нескольким Программам страхования страховая премия определяется по каждой из включенных в договор страхования Программ страхования.

Размер страховой премии по договору страхования, включающему несколько Программ страхования, определяется путем суммирования страховых премий по этим Программам страхования.

7.5. По договору страхования, заключенному на срок менее 1 (одного) года (краткосрочный договор страхования), страховая премия рассчитывается в соответствии с коэффициентами краткосрочности, указанными в Таблице 1, если иной порядок расчета не указан в договоре страхования.

Таблица 1

Срок действия договора страхования не более										
1 мес.	2 мес.	3 мес.	4 мес.	5 мес.	6 мес.	7 мес.	8 мес.	9 мес.	10 мес.	11 мес.
Коэффициент краткосрочности										
0,30	0,40	0,50	0,60	0,65	0,70	0,75	0,80	0,85	0,90	0,95

7.6. По договору страхования, заключенному на срок более 1 (одного) года (долгосрочный договор страхования), если иной порядок расчета не указан в договоре страхования, к страховым тарифам применяется коэффициент долгосрочности, который определяется путем деления продолжительности срока страхования, исчисленной в месяцах, на 12. При этом неполный месяц страхования считается за полный.

7.7. При страховании на срок менее одного месяца страховая премия рассчитывается исходя из значений, указанных в таблице 2, если иной порядок расчета не предусмотрен договором страхования.

Таблица 2.

Срок страхования (дней)	От 1 до 10 дней	От 11 до 20 дней	От 21 до 30 дней
Размер страховой премии (в % от годовой премии за один день страхования)	1,17 %	1,07%	1,00%

7.8. Страховая премия уплачивается Страхователем после получения от Страховщика счета на уплату страховой премии или иного документа, содержащего информацию о размерах страховой премии, порядке и сроках ее уплаты.

7.9. Страховая премия уплачивается единовременно или, по соглашению сторон, может вноситься в рассрочку – страховыми взносами (п. 1.7.25 настоящих Правил) в соответствии с графиком уплаты страховых взносов, предусмотренным договором страхования.

7.10. Днем (моментом) уплаты страховой премии (взноса) считается:

7.10.1. При безналичной форме оплаты:

— если Страхователь – юридическое лицо: момент поступления суммы страховой премии (страхового взноса) на расчетный счет Страховщика либо его уполномоченного представителя;

— если Страхователь – физическое лицо: момент списания суммы страховой премии (страхового взноса) со счета Страхователя.

7.10.2. При уплате наличными денежными средствами – момент внесения денежных средств Страховщику либо его уполномоченному представителю.

7.11. По договору страхования, вступающему в силу с даты уплаты страховой премии (первого страхового взноса), при неуплате или уплате не в полном объеме суммы страховой премии (при единовременной уплате страховой премии) или первого страхового взноса (при уплате страховой премии в рассрочку) в срок, установленный в договоре страхования в качестве даты уплаты страховой премии (первого страхового взноса), договор считается не вступившим в силу и не влечет каких-либо правовых последствий для его сторон, страховые выплаты по нему не производятся.

При этом полученные в счет страховой премии (неполная уплата) денежные средства возвращаются Страхователю в течение 45 (сорока пяти) рабочих дней, считая со дня, следующего за днем получения от Страхователя заявления / уведомления о перечислении денежных средств, в котором указаны реквизиты для перечисления.

В случае неуплаты, Страховщик вправе прекратить (расторгнуть) договор в одностороннем порядке, направив Страхователю письменное уведомление.

7.12. Если договором страхования предусмотрено его вступление в силу с иного момента, чем уплата страховой премии или первого страхового взноса, то в случае неуплаты Страхователем страховой премии (первого страхового взноса) или уплаты их не в полном объеме в срок, установленный договором страхования, Страховщик вправе прекратить (расторгнуть) договор страхования в одностороннем порядке, направив Страхователю письменное уведомление.

Если договор страхования не вступил в силу на момент возникновения у Страховщика права прекратить договор страхования в установленном настоящим пунктом Правил порядке, договор страхования считается не вступившим в силу и не влечет каких-либо правовых последствий для его сторон, страховые выплаты по нему не производятся.

7.13. При прекращении договора страхования Страховщиком в одностороннем порядке по основаниям и в порядке, предусмотренным пунктами 7.11 и 7.12 настоящих Правил, уплаченная Страховщику страховая премия не подлежит возврату.

7.14. В случае неуплаты очередного страхового взноса в срок, установленный в договоре страхования, Страховщик в одностороннем внесудебном порядке расторгает указанный договор страхования (отказывается от исполнения договора страхования в одностороннем порядке согласно статье 450.1 Гражданского кодекса Российской Федерации). В этом случае договор страхования считается расторгнутым с 00 часов 00 минут дня, следующего за днем, когда очередной страховой взнос должен быть уплачен.

Уплата части страхового взноса (уплата очередного страхового взноса в меньшем размере, чем предусмотрено договором страхования) не принимается Страховщиком как уплата страхового взноса согласно статье 311 Гражданского кодекса Российской Федерации.

О расторжении договора страхования из-за неуплаты очередного страхового взноса Страховщик письменно уведомляет Страхователя с соблюдением положений раздела 14 настоящих Правил.

При этом стороны не вправе требовать возвращения того, что было исполнено ими по обязательству до момента расторжения договора страхования.

В случае уплаты страховой премии (страхового взноса) после досрочного прекращения договора страхования, денежные средства, уплаченные после даты прекращения договора страхования возвращаются Страхователю за вычетом задолженности Страхователя по уплате страховой премии, образовавшейся на дату прекращения договора страхования, в течение 45 (сорока пяти) рабочих дней, считая со дня, следующего за днем получения от Страхователя заявления / уведомления о перечислении денежных средств, в котором указаны реквизиты для перечисления.

7.15. Договором страхования могут быть предусмотрены иные последствия неуплаты Страхователем страховой премии (страхового взноса) или их уплаты не в полном объеме.

7.16. В случае изменения стоимости медицинских и иных услуг в период действия договора страхования, Страховщик вправе изменить размер страховой премии, если иное не установлено в договоре страхования.

При указанном в настоящем пункте изменении стоимости медицинских и иных услуг Страховщик направляет Страхователю уведомление, в котором указывает информацию о повышении стоимости медицинских и иных услуг, а также расчет измененной страховой премии за не истекший период действия договора страхования.

Договор страхования считается измененным с даты, указанной в уведомлении.

Уведомление направляется Страхователю не менее чем за 5 (пять) рабочих дней до даты изменения страховой премии по договору страхования, если иной порядок не будет предусмотрен договором страхования.

После подтверждения факта получения Страхователем уведомления, указанного в настоящем пункте, Страховщик направляет Страхователю счет на доплату суммы страховой премии в соответствии с обновленным расчетом, а в случае, если страховая премия подлежит

уплате в рассрочку – сумма каждого очередного счета на уплату страховой премии, выставленного после уведомления Страхователя об изменении суммы страховой премии, увеличивается в соответствии с измененным расчетом страховой премии.

7.17. Расчет страховой премии по дополнительному соглашению в связи с увеличением страховой суммы при изменении стоимости или расширении перечня медицинских и иных услуг, а также увеличении страхового риска производится в следующем порядке:

а) страховая премия по дополнительному соглашению делится на 12 месяцев и умножается на количество месяцев, оставшихся до конца действия основного договора страхования (неполный месяц считается за полный) – результатом является величина страховой премии по дополнительному соглашению, полученная исходя из увеличенного размера страховой суммы на оставшийся период срока действия основного договора страхования;

б) страховая премия по договору страхования делится на 12 месяцев и умножается на количество месяцев (неполный месяц считается за полный), оставшихся до конца срока действия договора страхования – результатом является величина страховой премии по основному договору страхования на оставшийся период срока его действия;

в) величина страховой премии, подлежащая уплате Страхователем по дополнительному соглашению к основному договору страхования, определяется путем вычитания из полученной величины страховой премии по дополнительному соглашению (пп. «а» настоящего пункта Правил) величины страховой премии за оставшийся период срока действия по основному договору страхования (п.п. «б» настоящего пункта Правил).

7.18. При увеличении страховой суммы соответствующие изменения в договор страхования, согласованные сторонами, оформляются путем составления и подписания дополнительного соглашения. При этом, если повышается страховой риск, Страховщик, по согласованию со Страхователем, применяет к базовым страховым тарифам повышающие коэффициенты в установленных диапазонах согласно Приложению № 2 к настоящим Правилам. Расчет дополнительной страховой премии производится в соответствии с п. 7.17 настоящих Правил.

Аналогичный порядок действует и при увеличении страхового риска в период действия договора страхования.

7.19. Если иное не предусмотрено договором страхования, в случае изменения по согласованию со Страховщиком условий договора страхования, связанных с сокращением Застрахованному лицу перечня Программ страхования, Страховщик вправе, по согласованию с Застрахованным лицом, вернуть ему часть страховой премии пропорционально времени, в течение которого прекращается пользование им медицинскими и иными услугами в рамках исключаемой Программы (Программ) страхования или зачесть данную сумму в счет оплаты страховой премии при заключении (продлонгации) договора страхования на новый срок. Указанные изменения условий договора страхования оформляются сторонами в письменном виде.

7.20. Страховая премия (страховые взносы) уплачивается Страхователем в валюте Российской Федерации.

8. ПОРЯДОК ЗАКЛЮЧЕНИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ

8.1. На стадии заключения договора страхования (при обращении Страхователя с намерением заключить договор страхования) Страховщик (представитель Страховщика) предоставляет Страхователю (Застрахованному лицу) следующую информацию:

8.1.1. Об условиях, на которых может быть заключен договор страхования, включающих: объект страхования, страховые риски, размер страховой премии, страховой суммы и (или) порядок определения размера страховой премии, страховой суммы, а также

порядок получения медицинских и иных услуг и порядок осуществления страховой выплаты (страхового возмещения), в том числе перечень документов, которые необходимо представить Застрахованному лицу вместе с заявлением на получение страхового возмещения, если договором страхования предусмотрено возмещение.

8.1.2. Об обстоятельствах, влияющих на размер страховой премии, о способах и сроках (периодичности) уплаты страховой премии (страховых взносов), последствиях неуплаты, уплаты не в полном размере или несвоевременной уплаты страховой премии (страховых взносов).

8.1.3. О применяемых Страховщиком франшизах и исключениях из перечня страховых событий, а также о действиях Страхователя (Застрахованного лица), совершение которых может повлечь отказ Страховщика в страховой выплате или сокращение ее размера.

8.1.4. О наличии дополнительных условий для заключения договора страхования, в том числе о необходимости проведения анкетирования и (или) обследования получателя страховых услуг при заключении договора страхования, а также о перечне документов и информации, необходимых для заключения договора страхования.

8.1.5. О размере (примерном расчете) страховой премии на основании представленного получателем страховых услуг заявления о заключении договора страхования с уведомлением получателя страховых услуг о возможном изменении размера страховой премии, страховой суммы или иных условий страхования по результатам оценки страхового риска.

8.1.6. О наличии условия возврата Страхователю уплаченной страховой премии (страхового взноса) в случае отказа Страхователя от договора страхования в течение определенного срока со дня его заключения или о его отсутствии в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

8.1.7. О сроках рассмотрения обращений получателей страховых услуг относительно страховой выплаты, а также о случаях продления таких сроков в связи с необходимостью получения информации от медицинских и иных организаций, непосредственно связанной с возможностью принятия Страховщиком решения о признании события страховым случаем или о размере страховой выплаты.

8.1.8. О порядке расчета налога, который будет удержан Страховщиком при расчете страховой выплаты и возврате страховой премии или ее части при досрочном прекращении договора страхования (для видов договоров страхования, к которым положениями налогового законодательства Российской Федерации установлены соответствующие требования) в случаях, когда Страховщик является налоговым агентом.

8.1.9. О праве получателя страховых услуг запросить информацию о размере вознаграждения, выплачиваемого страховому агенту или страховому брокеру.

8.1.10. Об адресах мест приема документов на страховое возмещение при наступлении событий, имеющих признаки страхового случая, в том числе о возможности приема таких документов в электронной форме, если такая возможность предусмотрена условиями договора страхования или настоящих Правил.

По требованию Страхователя (Застрахованного лица) Страховщик бесплатно разъясняет положения, содержащиеся в информации, предоставляемой при заключении договора страхования.

8.2. Заключая, подписывая договор страхования, Страхователь подтверждает, что Страховщик до заключения договора страхования предоставил ему в доступной форме полную информацию, указанную в п. 8.1 настоящих Правил.

8.3. До заключения Договора страхования Страховщик предоставляет Страхователю-физическому лицу (потенциальному Страхователю) Ключевой информационный документ (пункт 1.7.5 настоящих Правил), если его использование является обязательным, в соответствии с Внутренним стандартом «Порядок подготовки и

использования ключевых информационных документов (КИД)», утв. Постановлением Президиума ВСС (Протокол от 03.07.2020 № 11).

8.4. При заключении договора страхования между Страхователем и Страховщиком должно быть достигнуто соглашение по следующим существенным условиям:

- о Застрахованном лице (Застрахованных лицах);
- о характере события, на случай наступления которого в жизни Застрахованного лица осуществляется страхование (страховом случае);
- о Программе (Программах) страхования и перечне медицинских организаций и иных учреждений, оказывающих медицинские и иные услуги Застрахованным лицам в рамках договора страхования;
- о размере страховой суммы;
- о сроке действия договора страхования.

8.5. Договор страхования может быть заключен:

8.5.1. В виде электронного документа, в том числе (при наличии технической возможности) через официальный сайт www.ii-company.ru (мобильное приложение) Страховщика, официальный сайт (мобильное приложение) представителя Страховщика (страхового агента, страхового брокера) в порядке, предусмотренном пунктом 8.8 настоящих Правил.

8.5.2. В стандартном порядке при непосредственном обращении к Страховщику (его уполномоченному представителю) на основании устного или письменного заявления Страхователя или его представителя.

8.6. При заключении договора страхования в электронной форме, Страховщик направляет Страхователю электронный страховой полис, заверенный (подписанный) усиленной квалифицированной электронной подписью Страховщика.

Договор страхования в электронной форме считается заключенным с момента уплаты Страхователем страховой премии, если иная дата вступления в силу не будет предусмотрена Договором.

8.7. Договор страхования в стандартном порядке заключается путем:

8.7.1. Составления одного документа, подписанного обеими сторонами договора страхования, либо подписанного от имени сторон уполномоченными лицами (пункт 2 статьи 434 Гражданского кодекса Российской Федерации);

8.7.2. Вручения Страховщиком Страхователю страхового полиса (свидетельства, сертификата, квитанции), подписанного от имени Страховщика уполномоченным лицом. В последнем случае согласие Страхователя заключить договор страхования на предложенных Страховщиком условиях подтверждается принятием Страхователем документов, указанных в настоящем пункте Правил.

8.8. Заключение договора страхования в электронной форме.

8.8.1. Договор страхования в электронной форме заключается в соответствии со статьями 434 и 940 Гражданского кодекса Российской Федерации и статьей 6.1 Закона Российской Федерации от 27 ноября 1992 года № 4015-1 «Об организации страхового дела в Российской Федерации», а также статьями 6 и 7 Федерального закона от 6 апреля 2011 года № 63-ФЗ «Об электронной подписи», с учетом особенностей, установленных Федеральным законом от 7 августа 2001 года № 115-ФЗ «О противодействии легализации (отмыванию) доходов, полученных преступным путем, и финансированию терроризма».

8.8.2. Договор страхования в электронной форме заключается на основании соответствующего заявления Страхователя, созданного и отправленного Страховщику с использованием его официального сайта, мобильного приложения Страховщика, официального сайта (мобильного приложения) представителя Страховщика (страхового агента, страхового брокера) в порядке, указанном в настоящих Правилах.

Порядок использования мобильного приложения Страховщика или представителя Страховщика (при наличии технической возможности) размещается на официальных сайтах

Страховщика, представителя Страховщика в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет».

8.8.3. Для заключения договора страхования в электронной форме Страхователь подает Страховщику заявление о страховании (или анкету-заявление) через сайт Страховщика путем заполнения заявления на страхование, которое может быть оформлено по форме, предложенной Страховщиком, содержащей в том числе следующие данные:

- фамилия, имя, отчество, дата рождения, паспортные данные или данные иного документа, удостоверяющего личность, полный адрес фактического места жительства лица, принимаемого на страхование (данные о лицах, принимаемых на страхование, могут быть оформлены в виде списка, прилагаемого к заявлению на страхование);

- наименование, адрес места нахождения, телефон, электронный адрес, телефакс (при наличии), банковские реквизиты Страхователя, если Страхователем является юридическое лицо либо индивидуальный предприниматель;

- фамилия, имя, отчество, дата рождения, адрес регистрации и фактического проживания, паспортные данные или данные иного документа, удостоверяющего личность, электронный адрес, номер телефона и других средств связи Страхователя, если Страхователем является физическое лицо;

- предполагаемый вид медицинской помощи, а также перечень рисков, которые предполагается включить в договор страхования и (или) Программу страхования, страховая сумма и наименование медицинских и иных организаций, которые предположительно будут оказывать услуги;

- срок, на который заключается договор страхования;

- данные о состоянии здоровья лиц, принимаемых на страхование, если такие данные запрошены Страховщиком.

Исчерпывающий перечень сведений и документов, которые могут быть запрошены Страховщиком при заключении договора страхования, приведен в п. 8.12 настоящих Правил.

8.8.4. На основании электронного запроса, изложенного, в том числе, в виде условия страхования и (или) анкеты-заявления на сайте Страховщика, для заключения договора страхования Страхователь предоставляет информацию и документы в электронном виде (в том числе в виде электронных файлов в формате pdf, jpg и т.д.).

При заключении договора страхования в электронной форме обследование лиц, принимаемых на страхование, Страховщиком может не осуществляться.

8.8.5. Заявление о заключении договора страхования в электронной форме подписывается Страхователем-физическим лицом простой электронной подписью, Страхователем-индивидуальным предпринимателем усиленной квалифицированной электронной подписью, по отдельному соглашению сторон – неквалифицированной (иной) подписью, а Страхователем-юридическим лицом – усиленной квалифицированной электронной подписью, если действующим законодательством Российской Федерации не предусмотрено иное. Усиленная квалифицированная электронная подпись может использоваться для удостоверения подлинности копий документов, предоставляемых в электронном виде, в том числе в виде пакета электронных документов.

8.8.5.1. В целях заключения договора страхования, а также в иных случаях, для которых настоящими Правилами предусмотрена возможность использования простой электронной подписи, устанавливаются следующие требования к использованию электронных документов, порядок обмена информацией в электронной форме и правила определения лица, подписывающего электронный документ, по его простой электронной подписи (электронный документооборот осуществляется в соответствии с Гражданским кодексом Российской Федерации, Федеральным законом от 6 апреля 2011 года № 63-ФЗ «Об электронной подписи»):

- 1) Страхователь-физическое лицо, подписывающее электронный документ (в том числе анкету-заявление), для его последующего определения Страховщиком по его простой

электронной подписи предоставляет Страховщику с использованием официального сайта Страховщика, мобильного приложения Страховщика, официального сайта или мобильного приложения представителя Страховщика следующие сведения:

- фамилия, имя и отчество (при наличии);
- абонентский номер, выделенный оператором подвижной радиотелефонной связи (номер телефона), и (или) адрес электронной почты.

2) Страховщик (представитель Страховщика) направляет на указанные Страхователем – физическим лицом номер телефона и (или) адрес электронной почты текстовое сообщение, содержащее последовательность символов, являющуюся ключом простой электронной подписи, и указание лицу, использующему простую электронную подпись, на необходимость соблюдать ее конфиденциальность. Одновременно с первичным доступом к сайту Страховщика с использованием ключа простой электронной подписи, полученного в соответствии с настоящим пунктом, на сайте Страховщика автоматически создается персональная страница (далее – личный кабинет) Страхователя. Информация считается подписанной простой электронной подписью Страхователя, в том числе если ее применение подтверждено введением ключа простой электронной подписи, если подтверждение от Страхователя было получено в закрытой части (личном кабинете) сайта или мобильного приложения Страховщика (представителя Страховщика), вход в который Страхователь подтвердил введением ключа простой электронной подписи и ключа проверки простой электронной подписи в виде логина и пароля. Страховщик и лицо, подписывающее электронный документ, обязаны соблюдать конфиденциальность ключа простой электронной подписи.

3) В аналогичном порядке создается личный кабинет и используется простая электронная подпись иного клиента – физического лица, если между сторонами не заключено иных соглашений в соответствии с Федеральным законом от 6 апреля 2011 года № 63-ФЗ «Об электронной подписи».

4) Указанная простая электронная подпись физического лица также может использоваться для удостоверения подлинности копий (фото, сканов) документов, предоставляемых в электронном виде, в том числе в виде пакета электронных документов. Стороны электронного документооборота вправе также заключить соглашение об иных условиях использования простой электронной или иной подписи согласно Федеральному закону от 6 апреля 2011 года. № 63-ФЗ «Об электронной подписи».

5) Информация о подписании документа простой электронной подписью, а также информация, идентифицирующая лицо, подписавшее документ простой электронной подписью, указывается в подписанном документе. Определение лица, подписывающего электронный документ, по его простой электронной подписи осуществляется в соответствии с настоящим пунктом Правил.

6) В случае невозможности обмена документами в электронном виде, подписанными электронной подписью, по причине технического сбоя внутренних систем или по иным причинам, обмен документами производится на бумажном носителе с подписанием собственноручной подписью.

7) После осуществления доступа к сайту Страховщика в соответствии с настоящим пунктом Страхователю предоставляется возможность направления Страховщику сведений, указанных в п. 8.8.3 настоящих Правил.

Информация в электронной форме, отправленная Страховщику и подписанная простой электронной подписью Страхователя (Застрахованного лица, Выгодоприобретателя) в соответствии с требованиями настоящего пункта Правил и Федерального закона от 6 апреля 2011 года № 63-ФЗ «Об электронной подписи» (далее также – Закон об электронной подписи), признается электронным документом, равнозначным документу на бумажном носителе, подписанному собственноручной подписью этого физического лица.

8.8.6. В соответствии с действующим законодательством Российской Федерации (п. 1 ст. 6 Федерального закона от 6 апреля 2011 года № 63-ФЗ «Об электронной подписи», также п. 4 ст. 6.1 Закона Российской Федерации «Об организации страхового дела в Российской Федерации» от 27 ноября 1992 года № 4015-1) договор страхования, составленный в виде электронного документа, подписанный усиленной квалифицированной электронной подписью Страховщика, признается электронным документом, равнозначным документу на бумажном носителе, подписанному собственноручной подписью полномочного представителя Страховщика.

8.8.7. На официальном сайте Страховщика Страхователь знакомится с условиями договора страхования, выбранных им Программ страхования и настоящих Правил.

Оплата страховой премии Страхователем-физическим лицом в соответствии с п. 4 ст. 6.1 Закона Российской Федерации «Об организации страхового дела в Российской Федерации» от 27 ноября 1992 года № 4015-1 означает согласие Страхователя с заключением договора страхования на предложенных Страховщиком условиях.

8.8.8. Факт ознакомления Страхователя с условиями настоящих Правил и договора страхования может подтверждаться, в том числе, специальными отметками (подтверждениями), предоставляемыми Страхователем в электронном виде на сайте Страховщика.

8.8.9. Текст настоящих Правил либо выписка из настоящих Правил (полисные условия страхования), сформированная на основе положений настоящих Правил, относящихся к конкретному страховому продукту, Программе страхования, и на основе которых заключен договор страхования, дополнительно включается в текст договора страхования (страхового полиса или страхового сертификата, подтверждающего заключение договора страхования).

8.9. Заключение договора страхования в стандартном порядке (на бумажном носителе).

8.9.1. Договор страхования должен быть заключен в письменной форме. Несоблюдение письменной формы влечет недействительность договора страхования.

8.9.2. Страховщик при заключении договора страхования вправе применять разработанные им стандартные формы договора страхования (страхового полиса).

8.9.3. Договор страхования в случае непосредственного обращения к Страховщику (его уполномоченному представителю) заключается на основании устного или письменного заявления Страхователя о заключении договора страхования и медицинской анкеты лица, принимаемого на страхование.

8.9.4. По просьбе Страхователя и с его слов заявление на страхование и прилагаемые к нему документы (списки, анкеты и т.п.) могут быть заполнены представителем Страховщика с соблюдением следующих требований:

- использование формулировок, не допускающих неоднозначного толкования;
- при заполнении от руки – разборчивое заполнение.

8.9.5. В случае заполнения заявления на страхование в письменной форме оно должно быть подписано Страхователем или его уполномоченным представителем.

8.9.6. Заявление на страхование, если оно изложено в письменной форме, и документы, прилагаемые к нему, являются неотъемлемой частью договора страхования.

8.9.7. В письменном заявлении о заключении договора страхования могут быть указаны (если иное не установлено соглашением сторон договора страхования):

- фамилия, имя, отчество (при наличии), дата рождения, паспортные данные или данные иного документа, удостоверяющего личность, полный адрес фактического места жительства лица, принимаемого на страхование (данные о лицах, принимаемых на страхование, могут быть оформлены в виде списка, прилагаемого к заявлению на страхование), а в случае, если договор страхования заключается без указания фамилии, имени, отчества Застрахованного лица, то в заявлении должен быть четко определен

идентифицирующий признак, позволяющий однозначно установить Застрахованное лицо;

- наименование, адрес места нахождения, телефон, электронный адрес, телефакс (при наличии), банковские реквизиты Страхователя, если Страхователем является юридическое лицо либо индивидуальный предприниматель;

- фамилия, имя, отчество, дата рождения, адрес регистрации и фактического проживания, паспортные данные или данные иного документа, удостоверяющего личность, электронный адрес, номер телефона и других средств связи Страхователя, если Страхователем является физическое лицо;

- предполагаемый вид медицинской помощи (риски), страховая сумма и, при необходимости, наименование медицинских и иных организаций;

- срок, на который заключается договор страхования;

- данные о состоянии здоровья лиц, принимаемых на страхование, если такие данные запрошены Страховщиком.

Документы должны быть предоставлены исключительно на русском языке либо с переводом на русский язык. Документы, указанные выше и выданные (оформленные) за границей Российской Федерации, принимаются к рассмотрению при условии их надлежащей легализации на территории Российской Федерации (при наличии апостиля, легализации и т.д.).

Исчерпывающий перечень сведений и документов, которые могут быть запрошены Страховщиком при заключении договора страхования, приведен в п. 8.12 настоящих Правил.

8.9.8. Для принятия решения о заключении договора страхования Страховщик имеет право требовать предоставления Страхователем (лицом, принимаемым на страхование) сведений о состоянии здоровья лица, принимаемого на страхование, в том числе заполнения соответствующих форм анкет.

8.9.9. Дополнительным условием для заключения договора страхования может быть установлено медицинское обследование лица, в отношении которого заключается договор страхования.

Страховщик обязан письменно уведомить Страхователя о таких условиях и о порядке их выполнения.

Предварительное медицинское обследование производится за счет средств Страхователя (лица, принимаемого на страхование).

По соглашению сторон данное условие может быть включено в договор страхования.

В случае если Страховщик потребовал прохождения медицинского обследования для оценки страхового риска, договор страхования может быть заключен только после исполнения Страхователем (лицом, принимаемым на страхование) указанных требований.

Дата, время и место, а также порядок проведения обследования согласовывается с лицом, заявляемым на страхование.

8.9.10. Договор страхования считается заключенным с даты его подписания, если иное не установлено договором страхования.

8.9.11. Договор страхования, если в нем не предусмотрено иное, вступает в силу со дня, следующего за днем уплаты страховой премии или первого страхового взноса, но не ранее даты заключения договора страхования.

8.9.12. Последствия неуплаты или уплаты не в полном объеме страховой премии (первого или очередного страхового взноса) изложены в п.п. 7.11 – 7.14 настоящих Правил.

8.9.13. Соглашения об изменении или о расторжении договора страхования совершаются в той же форме, что и договор страхования.

8.9.14. Если в договоре страхования имеется ссылка на документ, в котором изложены условия и (или) настоящие Правила (полностью или частично), то в договоре страхования должны быть указаны признаки, позволяющие однозначно определить редакцию документа, в котором изложены условия и (или) настоящие Правила.

8.9.15. Не включенные в текст договора страхования условия, содержащиеся в настоящих Правилах, обязательны для Страхователя (Застрахованного лица), если в договоре страхования прямо указывается на применение настоящих Правил и сами настоящие Правила изложены в одном документе с договором страхования или на его оборотной стороне либо приложены к нему.

8.9.16. Настоящие Правила являются неотъемлемой частью договора страхования, если в договоре страхования прямо указано на их применение.

8.9.17. Настоящие Правила могут быть вручены Страхователю, в том числе путем информирования его об адресе размещения (путем указания в договоре страхования (полисе страхования) ссылки на место расположения) Правил на сайте Страховщика в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет», путем направления файла, содержащего текст настоящих Правил, на указанный Страхователем адрес электронной почты или путем вручения Страхователю любого электронного носителя информации (CD или DVD диск, накопитель на жестких магнитных дисках, флеш-накопители и т.д.), на котором размещен файл, содержащий текст настоящих Правил.

В случае, если настоящие Правила были вручены Страхователю одним из способов, указанных в настоящем пункте, без вручения текста настоящих Правил на бумажном носителе, это не освобождает Страхователя (Выгодоприобретателя) от обязанностей, которые предусмотрены настоящими Правилами. Страхователь имеет право в любой момент действия договора страхования обратиться к Страховщику за получением текста настоящих Правил на бумажном носителе.

8.9.18. В договоре страхования должны быть указаны фамилия, имя отчество (при наличии) или инициалы, должность (при подписании договора работником Страховщика) лица, подписывающего от имени Страховщика договор страхования, а также сведения о документе, подтверждающем полномочия данного лица. При подписании договора страхования работником Страховщика, не являющимся единоличным исполнительным органом Страховщика или руководителем коллегиального исполнительного органа Страховщика, его полномочия подтверждаются доверенностью.

При заключении договора страхования по требованию Страхователя доверенность на подписание договора должна быть представлена Страховщиком Страхователю в форме надлежаще заверенной копии.

8.10. По договору страхования, заключенному на основании настоящих Правил, страхование может быть коллективным или индивидуальным.

8.11. Если иное не предусмотрено договором страхования, в случае замены Застрахованных лиц другими лицами при коллективной форме проведения страхования без увеличения числа Застрахованных лиц Страхователь представляет Страховщику сведения об исключаемых из списка Застрахованных лиц и включаемых в него. Замена Страхователем Застрахованного лица, названного в договоре страхования, другим лицом, может быть произведена с согласия самого Застрахованного лица и Страховщика.

После возврата Страховщику страховых полисов на лиц, исключаемых из списка Застрахованных лиц, вновь Застрахованным лицам выдаются страховые полисы на условиях первоначально заключенного договора страхования.

При этом производится пересчет размера страховой премии с учетом состояния здоровья Застрахованных лиц за не истекший срок страхования.

8.12. Для заключения договора страхования, оценки страхового риска Страховщик вправе потребовать от Страхователя следующие сведения (в том числе в заявлении на страхование) и документы или их надлежащим образом удостоверенные копии:

8.12.1. Документы и сведения, идентифицирующие Страхователя:

8.12.1.1. Если Страхователем выступает юридическое лицо:

— копии учредительных документов (учредительный договор, устав, общее положение об организациях данного вида) либо надлежащим образом оформленные и

заверенные выписки из данных документов, включающие в себя разделы, содержащие сведения о местонахождении и информацию о коллегиальных органах управления Страхователя, а также документы по реорганизации при наличии таковых;

- копии паспортов руководителя, бенефициарного владельца и представителя, отличного от руководителя (при наличии), либо собственноручную надпись об отказе оставлять копию паспорта Страховщику в полностью заполненных и собственноручно подписанных анкетах руководителя, бенефициарного владельца и представителя Страхователя;

- копию документа, подтверждающего назначение на должность лица, имеющего право без доверенности представлять интересы организации (протокол Совета директоров / Правления или решение собрания акционеров / участников; приказ о вступлении в должность руководителя и т.д.), и (или) доверенность, если интересы организации представляет иное лицо, отличное от руководителя;

- анкеты по форме Страховщика, полностью заполненные и собственноручно подписанные руководителем или полномочным представителем юридического лица;

- документы (анкету, справку или т.п.), позволяющие установить бенефициарных владельцев (фамилию, имя, отчество, гражданство, дату рождения, копию документа, удостоверяющего личность);

- сведения о Выгодоприобретателях, ставшие известными при заключении Договора страхования в пользу третьего лица.

При отсутствии у Страховщика возможности получить сведения из открытых источников, Страхователь обязан предоставить:

- копию свидетельства о регистрации, выданное органами государственной регистрации в стране регистрации (для нерезидентов Российской Федерации);

- копию свидетельства о присвоении кода иностранной организации, выданное в стране регистрации (для нерезидентов Российской Федерации);

- сведения о месте нахождения (почтовый и фактический адреса), номерах телефона, факса (при наличии), адреса электронной почты и другой контактной информации;

- сведения об органах юридического лица (структура и персональный состав органов управления юридического лица, за исключением сведений о персональном составе акционеров (участников) юридического лица, владеющих менее чем пятью процентами акций (долей) юридического лица).

8.12.1.2. Если Страхователем выступает иностранная структура без образования юридического лица:

- копию свидетельства о регистрации, выданного органами государственной регистрации в стране регистрации (для нерезидентов Российской Федерации);

- копию свидетельства о присвоении кода иностранной организации, выданного в стране регистрации (для нерезидентов Российской Федерации);

- копию документа, подтверждающего назначение на должность лица, имеющего право без доверенности представлять интересы организации (протокол Совета директоров / Правления или решение собрания акционеров / участников; приказ о вступлении в должность руководителя и т.д.), и (или) доверенность, если интересы организации представляет иное лицо, отличное от руководителя;

- копии паспортов руководителя, бенефициарного владельца и представителя, отличного от руководителя (при наличии), либо собственноручную надпись об отказе оставлять копию паспорта Страховщику в полностью заполненных и собственноручно подписанных анкетах руководителя, бенефициарного владельца и представителя Страхователя;

- анкеты по форме Страховщика, полностью заполненные и собственноручно подписанные руководителем или полномочным представителем юридического лица.

- документы (анкету, справку или т.п.), позволяющие установить бенефициарных

владельцев (фамилию, имя, отчество, гражданство, дату рождения, копию документа, удостоверяющего личность);

— сведения о Выгодоприобретателях, ставшие известными при заключении Договора страхования в пользу третьего лица.

8.12.1.3. Если Страхователем выступает физическое лицо, зарегистрированное в качестве индивидуального предпринимателя, или физическое лицо, занимающееся в установленном законодательством порядке частной практикой:

а) один из следующих документов:

- паспорт гражданина Российской Федерации;
- общегражданский заграничный паспорт;
- паспорт моряка (удостоверение личности моряка);
- военный билет, временное удостоверение, выдаваемое взамен военного билета,

или удостоверение личности (для лиц, которые проходят военную службу);

— временное удостоверение личности гражданина Российской Федерации, выдаваемое органом внутренних дел до оформления паспорта;

— иные документы, признаваемые в соответствии с законодательством Российской Федерации или международными актами, участником которых является Российская Федерация документами, удостоверяющими личность;

б) свидетельство о регистрации физического лица в качестве индивидуального предпринимателя, дату государственной регистрации и данные документа, подтверждающего факт внесения в ЕГРИП записи об указанной государственной регистрации (для индивидуальных предпринимателей);

в) документы (анкету, справку или т.п.), позволяющие установить бенефициарных владельцев (фамилию, имя, отчество, гражданство, дату рождения, копию документа, удостоверяющего личность) индивидуального предпринимателя (если имеются);

г) сведения о Выгодоприобретателях, ставшие известными при заключении Договора страхования в пользу третьего лица;

д) анкету по форме Страховщика, полностью заполненную и подписанную от имени индивидуального предпринимателя или физическим лицом.

8.12.1.4. Если Страхователем выступает физическое лицо:

— анкету по форме Страховщика, полностью заполненную и собственноручно подписанную Страхователем - физическим лицом;

а) для гражданина Российской Федерации – один из следующих документов:

- паспорт гражданина Российской Федерации;
- общегражданский заграничный паспорт;
- дипломатический паспорт;
- служебный паспорт;
- паспорт моряка (удостоверение личности моряка);
- военный билет, временное удостоверение, выдаваемое взамен военного билета,

или удостоверение личности (для лиц, которые проходят военную службу);

— временное удостоверение личности гражданина Российской Федерации, выдаваемое органом внутренних дел до оформления паспорта;

— иные документы, признаваемые в соответствии с законодательством Российской Федерации или международными актами, участником которых является Российская Федерация документами, удостоверяющими личность;

б) для иностранного гражданина:

— паспорт иностранного гражданина либо иной документ, установленный федеральным законом или признаваемый в соответствии с международным договором Российской Федерации в качестве документа, удостоверяющего личность иностранного гражданина;

— документ, подтверждающий право иностранного гражданина на пребывание

(проживание) в Российской Федерации (если наличие указанных данных предусмотрено законодательством Российской Федерации) – вид на жительство, разрешение на временное проживание, виза или иной документ;

- миграционную карту – в случае непредставления документа, подтверждающего право иностранного гражданина на пребывание (проживание) на территории Российской Федерации;

- в) для иных лиц без гражданства – один из следующих документов:

- документ, выданный иностранным государством, и признаваемый в соответствии с международным договором Российской Федерации в качестве документа, удостоверяющего личность лица без гражданства;

- разрешение на временное проживание;

- вид на жительство;

- иной документ, предусмотренный федеральным законом или признаваемый в соответствии с международным договором Российской Федерации в качестве документа, удостоверяющего личность без гражданства;

- миграционную карту – в случае непредставления документа, подтверждающего право лица без гражданства на пребывание (проживание) на территории Российской Федерации;

- г) для беженцев – один из следующих документов:

- свидетельство о рассмотрении ходатайства о признании лица беженцем, выданное диппредставительством или консульским учреждением Российской Федерации либо постом иммиграционного контроля или территориальным органом федерального органа исполнительной власти по миграционной службе;

- удостоверение беженца;

- д) иные документы, предусмотренные российским законодательством или международным договором, удостоверяющие личность лица, имеющего намерение заключить Договор страхования;

8.12.1.5. Для всех категорий Страхователей:

- документ, удостоверяющий полномочия представителя Страхователя, доверенность или иной документ, свидетельствующий о наличии и объеме полномочий представителя Страхователя (наименование, дата выдачи, срок действия, номер документа, на котором основаны полномочия);

- копию документа, удостоверяющего личность представителя Страхователя;

- сведения о финансовом положении, деловой репутации, целях финансово-хозяйственной деятельности; об источниках происхождения денежных средств и (или) иного имущества (за исключением Страхователей – физических лиц).

В случае отказа физическими лицами предоставлять Страховщику копию паспорта, в анкете физического лица (в т.ч. руководителя, бенефициарного владельца, представителя, отличного от руководителя (при наличии)) должна быть сделана надлежащая надпись об отказе.

8.12.2. Согласия Страхователя - физического лица и Застрахованных лиц на обработку их персональных данных – в случаях, предусмотренных законодательством Российской Федерации.

8.12.3. Сведения о факте принадлежности Страхователя к категории публичных должностных лиц или к категории родственников публичного должностного лица (в соответствии с пунктом 8.18 настоящих Правил).

8.12.4. Информацию о лицах, принимаемых на страхование (Застрахованных лицах):

- 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 и место рождения;
- вид и данные удостоверяющего личность документа, предусмотренного федеральным законом или признаваемого в соответствии с международным договором Российской Федерации в качестве документа, удостоверяющего личность иностранного гражданина или лица без гражданства;
- данные документа, подтверждающего право иностранного гражданина или лица без гражданства на пребывание (проживание) в Российской Федерации (если наличие указанных данных предусмотрено законодательством Российской Федерации);
- адрес места жительства (регистрации) или адрес места пребывания на территории Российской Федерации;
- гражданство (при наличии);
- сведения о факте принадлежности Страхователя к категории публичных должностных лиц или к категории родственников публичного должностного лица (в соответствии с пунктом 8.18 настоящих Правил);
- контактная информация: телефон, адрес электронной почты (при наличии).

Данные о лицах, принимаемых на страхование, могут быть оформлены в виде списка, прилагаемого к заявлению на страхование. После заключения договора страхования этот список, подписанный Страхователем, становится неотъемлемой частью договора страхования.

8.12.5. Сведения о предполагаемом виде медицинской помощи, а также перечень рисков, которые предполагается включить в договор страхования и (или) Программу страхования, наименование медицинских и иных организаций, которые предположительно будут оказывать услуги, о страховой сумме, лимитах ответственности, о наличии / отсутствии франшизы, в том числе посредством согласия с вариантом страхования, предлагаемым Страховщиком;

8.12.6. Сведения о желаемом сроке страхования.

8.12.7. Сведения о состоянии здоровья лиц, принимаемых на страхование, в том числе о наличии или отсутствии имеющихся у Застрахованных лиц следующих заболеваний и (или) связанных с ним осложнений:

- ВИЧ-инфекция, болезнь, вызванная вирусом иммунодефицита человека, СПИД;
- особо опасные инфекционные болезни, заболевания, включенные в установленный органами власти перечень инфекционных болезней, требующих проведения мероприятий по санитарной охране территории Российской Федерации, включая COVID-19 и последствия COVID-19, туберкулез, оспа, полиомиелит, вызванный диким полиовирусом, человеческий грипп, вызванный новым подтипом, тяжелый острый респираторный синдром (ТОРС, SARS), холера, чума, малярия, вирусные лихорадки, передаваемые членистоногими, и вирусные геморрагические лихорадки, менингококковая инфекция; гепатиты В и С;
- алкоголизм, наркомания, токсикомания, заболевания, вызванные приемом алкоголя, наркотических веществ без назначения врача или с нарушением назначений врача, токсических веществ с целью опьянения;
- психические расстройства и расстройства поведения;
- злокачественные новообразования, в том числе гемобластозы;
- наследственные заболевания: хромосомные, моногенные, митохондриальные (болезни, аномалии, нарушения), наследственные болезни обмена; аномалии развития, врожденные пороки; детский церебральный паралич;
- системные поражения соединительной ткани, в том числе все недифференцированные коллагенозы;
- заболевания, сопровождающиеся хронической почечной или печеночной

недостаточностью и требующие проведения хронического гемодиализа;

- хронические гепатиты С, Е, F, G;
- заболевания, послужившие причиной установления инвалидности (кроме инвалидности III группы).

8.12.8. Сведения о характере, интенсивности и условиях работы и (или) учебы лица, принимаемого на страхование.

8.12.9. Сведения об образе жизни, включая любительские занятия спортом и (или) наличие хобби у лица, принимаемого на страхование.

8.12.10. Сведения об употреблении лицом, принимаемым на страхование, в настоящее время или в прошлом наркотических, токсических, психотропных, сильнодействующих средств.

8.12.11. Сведения об истории страхования по предыдущим договорам страхования, заключенным в отношении лица, принимаемого на страхование.

8.13. Документы предоставляются в виде оригиналов. По соглашению со Страховщиком Страхователем могут быть предоставлены копии указанных выше документов удостоверенных в предусмотренном действующим законодательством порядке.

8.14. Все предоставляемые Страховщику документы и сведения должны быть актуальными и действующими на момент заключения договора страхования.

8.15. Документы для заключения договора страхования должны быть предоставлены на русском языке либо с переводом на русский язык. Документы, выданные (оформленные) за границей Российской Федерации, принимаются к рассмотрению при условии признания их легитимности на территории Российской Федерации (при наличии апостиля, легализации и т.д., если их наличие обязательно).

8.16. Страховщик вправе по своему усмотрению сократить перечень запрашиваемых документов, сведений, предоставляемых для заключения договора страхования (в стандартном порядке и в виде электронного документа), если это не влияет на оценку риска, вероятность наступления страхового случая, а также определение размера убытка и получателя страхового возмещения.

8.17. В случае непредоставления Страхователем сведений и документов, необходимых для оценки риска, Страховщик имеет право отказаться от заключения договора страхования.

8.18. Лицо, заключающее со Страховщиком договор страхования на основании настоящих Правил, обязано сообщить Страховщику о факте принадлежности данного лица к категории публичных должностных лиц (ПДЛ) или к категории родственников публичного должностного лица, на момент заключения договора страхования.

8.18.1. К публичным должностным лицам (ПДЛ) относятся следующие категории:

8.18.1.1. **Иностранное публичное должностное лицо (ИПДЛ)** – любое назначаемое или избираемое лицо, занимающее какую-либо должность в законодательном, исполнительном, административном или судебном органе иностранного государства; любое лицо, выполняющее какую-либо публичную функцию для иностранного государства, в том числе для публичного ведомства или публичного предприятия; лицо, ранее занимавшее публичную должность, с момента сложения полномочий которой прошло менее 1 (одного) года.

К иностранным публичным должностным лицам (ИПДЛ) относятся лица¹, на которых возложено или было возложено ранее (с момента сложения полномочий прошло менее 1 (одного) года) исполнение важных государственных функций, а именно:

- а) главы государств (в том числе правящие королевские династии) или правительств;

¹ Перечень должностей, по которым определяется принадлежность к ИПДЛ, не является исчерпывающим и может варьироваться в зависимости от государственного устройства той или иной страны. Принадлежность лица к категории ИПДЛ определяется в соответствии с рекомендациями ФАТФ.

- б) министры, их заместители и помощники;
- в) высшие правительственные чиновники;
- г) руководители и заместители руководителей судебных органов власти «последней инстанции» (Верховный, Конституционный суд), на решение которых не подается апелляция;
- д) государственный прокурор и его заместители;
- е) высшие военные чиновники (начальники генеральных штабов, верховные главнокомандующие и т.д.);
- ж) руководители и члены Советов директоров Национальных Банков;
- з) послы иностранных государств;
- и) руководители государственных корпораций;
- к) члены Парламента или иного законодательного органа.

8.18.1.2. Должностное лицо публичной международной организации (ПДЛМО) – лицо, которому доверены или были доверены важные функции международной организацией (за исключением руководителей среднего звена или лиц, занимающих более низкие позиции в указанной категории), в частности²:

- а) руководители, заместители руководителей международных и наднациональных организаций, таких как:
 - Организация Объединенных Наций (ООН),
 - Организация экономического развития и сотрудничества (ОЭСР),
 - Экономический и Социальный Совет ООН,
 - Организация стран – экспортеров нефти (ОПЕК),
 - Международный олимпийский комитет (МОК),
 - Всемирный банк (ВБ),
 - Международный валютный фонд (МВФ),
 - Европейская комиссия,
 - Европейский центральный банк (ЕЦБ) и др.
- б) члены Европарламента;
- в) руководители и члены международных и наднациональных судебных организаций, таких как:
 - Международный суд ООН,
 - Европейский суд по правам человека,
 - Суд Европейского союза,
 - Гаагский трибунал и др.

8.18.1.3. Российские публичные должностные лица (РПДЛ) – лица, замещающие (занимающие) государственные должности Российской Федерации, должности членов Совета директоров Центрального банка Российской Федерации, должности федеральной государственной службы, назначение на которые и освобождение от которых осуществляются Президентом Российской Федерации или Правительством Российской Федерации, должности в Центральном банке Российской Федерации, государственных корпорациях и иных организациях, созданных Российской Федерацией на основании федеральных законов, включенные в перечни должностей, определяемые Президентом Российской Федерации.

8.18.2. К родственникам ПДЛ относятся: супруг или супруга ПДЛ, его близкий родственник (родственник по прямой восходящей и нисходящей линии (родители и дети, дедушки, бабушки и внуки), полнородный и неполнородный (имеющий общего отца или мать) брат и сестра, усыновитель и усыновленный).

8.19. Если на момент заключения Договора страхования Страхователь не являлся ПДЛ или родственником ПДЛ, но в течение срока действия Договора страхования стал принадлежать к категории лиц из числа указанных в пункте 8.18 настоящих Правил, то

² Принадлежность лица к категории ПДЛМО определяется в соответствии с рекомендациями ФАТФ.

Страхователь обязан сообщить Страховщику о таких изменениях в течение 5 (пяти) рабочих дней со дня изменений.

8.20. При заключении договора страхования Страхователь обязан сообщить Страховщику известные Страхователю обстоятельства, имеющие существенное значение для определения вероятности наступления страхового случая и размера возможных убытков от его наступления (страхового риска), если эти обстоятельства не известны и не должны быть известны Страховщику. При этом существенными признаются во всяком случае обстоятельства, указанные Страхователем в заявлении на страхование, а также определенно оговоренные Страховщиком в договоре страхования (страховом полисе) или в его письменном запросе, в том числе указанные в п.п. 8.12.7 – 8.12.10 настоящих Правил.

8.21. Если после заключения договора страхования будет установлено, что Страхователь сообщил заведомо ложные сведения об обстоятельствах, имеющих существенное значение для определения вероятности наступления страхового случая и размера возможных убытков от его наступления, Страховщик вправе потребовать признания договора страхования недействительным и применения последствий в соответствии с законодательством Российской Федерации, за исключением случая, когда обстоятельства, о которых умолчал Страхователь, уже отпали.

8.22. При заключении договора страхования, а также в период его действия в случаях, не противоречащих законодательству Российской Федерации, Страхователь и Страховщик могут договориться об изменении или исключении отдельных положений настоящих Правил и о дополнении настоящих Правил. Кроме того, Страховщик и Страхователь могут договориться об объеме страхового покрытия путем определения перечня заболеваний (состояний), обращение по поводу которых является страховым случаем по соответствующему договору страхования, а также путем определения исчерпывающего перечня лекарственных средств, изделий медицинского назначения, медицинских и иных услуг, включаемых в Программу страхования Застрахованного лица, а также изменения перечня исключений из Программ страхования. Перечень, медицинских и иных услуг по договору страхования в рамках конкретной Программы страхования, а также любое сочетание Программ страхования может иметь оригинальное наименование.

8.23. Если иное не предусмотрено договором страхования и при наличии соответствующей технической возможности, изменения в договор страхования могут быть внесены путем обмена информацией между Страховщиком и Страхователем в электронном виде через официальный сайт или мобильное приложение Страховщика в порядке, аналогичном порядку, предусмотренному пунктом 8.8 настоящих Правил.

8.24. В случае утраты Страхователем в период действия страхования страхового полиса, на основании его письменного заявления (в произвольной форме) в течение 3 (трех) рабочих дней ему выдается дубликат страхового полиса. После выдачи дубликата утраченный страховой полис считается недействительным и выплаты по нему не производятся.

8.25. Договор страхования исполняется сторонами в соответствии с законами Российской Федерации, иными нормативными правовыми актами и настоящими Правилами.

8.26. Вопросы, не урегулированные настоящими Правилами, определяются в соответствии с требованиями законодательства Российской Федерации.

Если после заключения договора страхования принят закон, устанавливающий обязательные для сторон правила иные, чем те, которые действовали при заключении договора страхования, условия заключенного договора страхования сохраняют силу, кроме случаев, когда в законе установлено, что его действие распространяется на отношения, возникшие из ранее заключенных договоров страхования.

8.27. Положения конкретных договоров страхования имеют преимущественную силу над положениями настоящих Правил.

8.28. Действие настоящих Правил и договора страхования, заключенного в соответствии с ними, регулируются положениями действующего законодательства

Российской Федерации. При этом статья 317.1 Гражданского кодекса Российской Федерации не применяется к условиям договоров страхования, заключаемых в рамках настоящих Правил.

8.29. Страховщик в процессе заключения и исполнения договора страхования осуществляет обработку персональных данных физических лиц (Страхователя, Застрахованного лица, Выгодоприобретателя) в соответствии с Федеральным законом от 27 июля 2006 года № 152-ФЗ «О персональных данных» и разделом 9 настоящих Правил.

9. ОБРАБОТКА СТРАХОВЩИКОМ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ

9.1. Заключая договор страхования со Страховщиком – Обществом с ограниченной ответственностью «Международная страховая компания «АйАйСи» (ООО «МСК «АйАйСи»)) (далее по тексту в рамках раздела 9 настоящих Правил – Оператор), адрес местонахождения: Российская Федерация, 111141, г. Москва, вн. тер. г. муниципальный округ Новогиреево, ул. Кусковская, д. 20А, помещ. 1/1, Страхователь (далее по тексту в рамках раздела 9 настоящих Правил – Субъект), тем самым свободно, своей волей и в своем интересе дает Оператору свое конкретное, предметное, информированное, сознательное и однозначное согласие на обработку своих персональных данных (далее по тексту в рамках раздела 9 настоящих Правил – Согласие), в соответствии со статьей 9 Федерального закона от 27 июля 2006 года № 152-ФЗ «О персональных данных», в целях обработки персональных данных, в объеме перечня персональных данных, перечня действий с персональными данными, на условиях и на срок, указанные в настоящем разделе 9 Правил.

9.2. Обработка персональных данных осуществляется Оператором в порядке и на условиях, предусмотренных действующим законодательством Российской Федерации, а также документом Оператора, определяющим политику в отношении обработки и защиты персональных данных Оператора. С текстом указанного документа, размещенного на официальном сайте Оператора по адресу: http://ii-company.ru/new/wp-content/uploads/2023/12/Положение-по-обработке-ПДн_2023.pdf, Субъект ознакомлен и согласен.

9.3. Обработке подлежат следующие персональные данные: фамилия, имя, отчество, дата и место рождения, данные документа, удостоверяющего личность, адрес, гражданство, номер телефона, адрес электронной почты и иные контактные данные, пол, семейное, социальное, имущественное положение, сведения о наличии детей и иных лиц на иждивении, страна налогового резидентства, сведения об образовании, профессии, роде занятий, сведения, связанные с работой, данные документов, подтверждающих право иностранного гражданина или лица без гражданства на пребывание в Российской Федерации, уникальный номер индивидуального лицевого счета, используемый для обработки сведений о физическом лице в системе индивидуального (персонифицированного) учета, а также для идентификации и аутентификации сведений о физическом лице при предоставлении государственных и муниципальных услуг и исполнении государственных и муниципальных функций (СНИЛС), сведения о заключенных договорах страхования (номер, дата заключения, период страхования, страховая сумма и пр.), данные миграционной карты, визы, идентификационный номер налогоплательщика, реквизиты банковского счета, данные полисов добровольного и обязательного медицинского страхования, сведения, относящиеся к специальным категориям персональных данных, сведения о состоянии здоровья и иные сведения, составляющие врачебную тайну, полученные от медицинских работников, лиц, уполномоченных осуществлять медицинскую экспертизу, медицинских и иных организаций, из иных источников, а также иные персональные данные, переданные в связи с рассмотрением вопроса возможности и (или) целесообразности заключения договоров с Оператором, подготовкой к их заключению, заключением, исполнением и прекращением действия указанных договоров.

9.4. Персональные данные могут обрабатываться посредством осуществления действий (операций) или совокупности действий (операций), совершаемых с использованием средств автоматизации или без использования таких средств, включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, включая, в случаях, предусмотренных законом или договором, передачу, обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение.

9.5. Оператор наделен правом осуществлять обработку указанных в пункте 9.3 настоящих Правил персональных данных, в том числе сформированных в электронном виде на официальном сайте Страховщика (Оператора), с помощью проставления отметок / введения соответствующей информации, и указанных в заключенном между Субъектом и Оператором договоре страхования (договорах страхования), включая неотъемлемые его части – заявление на страхование, приложения и др.

9.6. Страхователь разрешает и подтверждает Оператору наличие Согласия Застрахованного лица на передачу его персональных данных (и персональных данных Застрахованного лица) медицинским и иным организациям, с которыми у Оператора заключены соответствующие договоры, в рамках добровольного медицинского страхования. Такая передача может быть осуществлена как в электронной форме, так и на материальных носителях (бумажных или электронных).

9.7. Настоящим Согласием Страхователь разрешает и подтверждает наличие Согласия Застрахованного лица медицинским и иным организациям передавать сведения о факте обращения Застрахованного лица за оказанием медицинской помощи, состоянии его здоровья и диагнозе, иные сведения, полученные при его медицинском обследовании и лечении, Оператору. Составляющие врачебную тайну сведения, полученные в рамках заключения или исполнения договоров добровольного медицинского страхования от медицинских и иных организаций и лиц, уполномоченных осуществлять медицинскую экспертизу, могут быть использованы исключительно для целей заключения, исполнения и продления договоров добровольного медицинского страхования.

9.8. В случае заключения договора страхования с условием о франшизе, Страхователь подтверждает Согласие Застрахованного лица с тем, что Оператор имеет право передавать Страхователю сведения о наличии задолженности Субъекта/Застрахованного лица (его законного представителя) по оплате франшизы (по возмещению Страховщику расходов на оплату франшизы, которую выполнил Страховщик по поручению Застрахованного лица (его законного представителя)) в рамках исполнения договора страхования.

9.9. Персональные данные могут обрабатываться Оператором, а также медицинскими и иными организациями, с которыми у Оператора заключены соответствующие договоры, для реализации следующих целей:

- проведение анализа и оценки страховых рисков;
- организация оказания медицинских и иных услуг Субъекту;
- оплата медицинских и иных услуг, оказанных Субъекту;
- определение размера убытков и принятия решения о страховой выплате;
- возмещение расходов на оплату франшизы, которую выполнил Страховщик по поручению Субъекта (его законного представителя);
- направление рассылок в целях повышения уровня клиентоориентированности и лояльности (включая проведение исследований (опросов) в области сервисных услуг и их качества, исключая при этом направление рекламных предложений;
- статистические цели;
- предоставление Страховщиком информации об условиях продления договоров страхования со Страховщиком;
- продление договора страхования;
- совершенствование процесса оказания услуг Страховщиком.

9.10. Согласие предоставляется на срок 5 (пять) лет (за исключением согласия на запрос и получение кредитной истории, требуемого в силу норм законодательства о кредитных историях). По истечении указанного срока Согласие автоматически продлевается на каждый следующий пятилетний срок, если Согласие не будет отозвано.

9.11. Согласие может быть отозвано полностью или частично посредством передачи Оператору соответствующего заявления. Такое заявление может быть передано как на бумажном носителе за собственноручной подписью заявителя, так и посредством электронной почты (с указанием сведений, обязательных для включения в запрос на получение информации, касающейся обработки персональных данных), мобильного приложения Оператора, личного кабинета на официальном сайте Оператора. В случае подписания заявления об отзыве Согласия представителем Субъекта к заявлению должен быть приложен документ, подтверждающий соответствующие полномочия представителя (его сканированный образ).

9.12. Страхователь подтверждает, что ему в полном объеме ясны его права и обязанности в области персональных данных и ему полностью понятно значение перечисленных в настоящем Согласии терминов и их соответствие требованиям Федерального закона от 27 июля 2006 года № 152-ФЗ «О персональных данных» и Федерального закона от 30 декабря 2004 года № 218-ФЗ «О кредитных историях», Федерального закона от 6 апреля 2011 года № 63-ФЗ «Об электронной подписи».

9.13. Страхователь подтверждает, что ему разъяснено, что при отзыве им его Согласия Оператор вправе продолжить обработку его персональных данных в случаях, прямо предусмотренных действующим законодательством Российской Федерации.

9.14. Страхователь также гарантирует наличие аналогичных Согласий иных лиц, персональные данные которых могут быть переданы Оператору, в т.ч. в связи с рассмотрением вопроса возможности и целесообразности заключения им договоров страхования с Оператором, подготовкой к их заключению, заключением, исполнением и прекращением действия указанных договоров страхования.

Страхователь обязуется по требованию Оператора в течение 1 (одного) рабочего дня предоставить Оператору вышеуказанные Согласия на обработку персональных данных в виде отдельных документов, составленных и оформленных в соответствии с законодательством Российской Федерации, способом, соответствующим требованиям законодательства Российской Федерации.

9.15. Заключая (подписывая, принимая, оплачивая) договор страхования на основании настоящих Правил, Страхователь тем самым подтверждает, что Застрахованное (-ые) лицо (лица) на основании положений Федерального закона от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан Российской Федерации» разрешает(-ют) любым медицинским и иным учреждениям, в том числе страховым медицинским организациям, работающим в сфере обязательного и добровольного медицинского страхования, федеральному и территориальным фондам обязательного медицинского страхования, организациям медико-социальной экспертизы, предоставлять информацию о состоянии его (их) здоровья, о фактах обращения за оказанием медицинской помощи, диагнозе, иных любых сведений, полученных при медицинском обследовании Застрахованного (-ых) лица (лиц) и лечении (в том числе, составляющих врачебную тайну), а также предоставления соответствующих копий любых документов по запросу Страховщика. Разрешение действует на период действия договора страхования (страхового полиса), а также в течение 5 (пяти) лет после его прекращения или 5 (пяти) лет после принятия Страховщиком решения об осуществлении страховой выплаты (в зависимости от того, какая из дат наступит позднее), и может быть отозвано в любое время посредством направления письменного уведомления Страховщику. Страхователь подтверждает, что Застрахованное (-ые) лицо (лица) разрешает Страховщику использовать эту информацию только для решения вопросов, связанных со

страхованием и в обеспечение исполнения обязательств Страховщика, вытекающих из договора страхования (страхового полиса).

9.16. Договором страхования могут быть определены иные (уточненные) условия обработки персональных данных, не противоречащие законодательству Российской Федерации.

10. СРОК СТРАХОВАНИЯ. ПРЕКРАЩЕНИЕ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ

10.1. Договор страхования заключается сроком на 1 (один) год (годовой договор страхования), если иное не предусмотрено условиями конкретного договора страхования.

10.2. Договором страхования могут быть установлены различные сроки страхования для разных Застрахованных лиц, для разных рисков, Программ страхования, медицинских и иных услуг.

10.3. Страхование, обусловленное договором страхования, распространяется на страховые случаи, произошедшие после вступления договора страхования в силу, если в договоре страхования не предусмотрен иной порядок начала действия страхования.

10.4. Договор страхования оканчивается в 24 часа 00 минут дня, указанного сторонами в договоре страхования как день окончания действия договора страхования.

10.5. Договор страхования прекращается в случаях:

10.5.1. Истечения срока, на который был заключен договор страхования, – с 24 часов дня, определенного договором страхования в качестве даты окончания срока его действия.

10.5.2. Исполнения Страховщиком обязательств перед Страхователем по договору страхования в полном объеме – с момента исполнения обязательств Страховщиком в полном объеме.

10.6. Договор страхования прекращается досрочно в следующих случаях:

10.6.1. В случае смерти Страхователя-физического лица и (или) Страхователя-индивидуального предпринимателя (договор страхования прекращается в отношении такого Страхователя) – с даты смерти Страхователя, если Застрахованное лицо или иное лицо не приняло на себя исполнение обязанностей Страхователя по уплате страховой премии;

10.6.2. В случае смерти Застрахованного лица.

По договору индивидуального страхования – в день смерти Застрахованного лица, определенный соответствующим свидетельством.

По договору коллективного страхования договор страхования прекращается в отношении такого Застрахованного лица с даты смерти Застрахованного лица.

10.6.3. В случае отзыва согласия на обработку персональных данных – с даты получения Страховщиком письменного уведомления об отзыве согласия на обработку персональных данных:

– прекращается полностью – в случае полного отзыва субъектом персональных данных, являющимся Страхователем, согласия на обработку персональных данных (за исключением случаев, когда согласно законодательству Российской Федерации для исполнения договора страхования согласие субъекта персональных данных не требуется); при этом полный отзыв такого согласия считается отказом от договора страхования;

– прекращается частично – в случае полного отзыва субъектом персональных данных, являющимся Застрахованным лицом, согласия на обработку персональных данных (за исключением случаев, когда согласно законодательству Российской Федерации для исполнения договора страхования согласие субъекта персональных данных не требуется).

10.6.4. По требованию Страховщика – с даты направления Страховщиком требования о прекращении договора страхования или даты, указанной в этом требовании:

– в случае неуплаты страховой премии (страхового взноса) в установленные договором страхования размере и сроки, если Страхователь был предварительно уведомлен

Страховщиком о факте наличия задолженности и последствиях ее неуплаты – в соответствии с п.п. 7.12 – 7.14 настоящих Правил,

— в случаях, предусмотренных подпунктом «к» пункта 12.1.2 настоящих Правил, если договором страхования не установлено иное.

10.6.5. По требованию Страхователя в любое время – с даты получения Страховщиком требования о прекращении договора страхования или даты, указанной в этом требовании, если она позже даты получения.

10.6.6. По соглашению сторон – с даты подписания соглашения или с даты, указанной в таком соглашении.

10.6.7. В случае ликвидации Страховщика в порядке, установленном действующим законодательством Российской Федерации – с даты начала процедуры ликвидации.

10.6.8. В случае ликвидации Страхователя-юридического лица, если Застрахованное лицо или иное лицо не приняло на себя исполнение обязанностей Страхователя по уплате страховой премии – с даты ликвидации Страхователя.

10.6.9. В случае если Страхователь возражает против изменения условий договора страхования или доплаты страховой премии соразмерно увеличению риска (в случае значительного изменения обстоятельств, если эти изменения могут существенно повлиять на увеличение страхового риска), в частности, в случаях, указанных в п. 4.12 настоящих Правил.

10.6.10. В других случаях, предусмотренных законодательством Российской Федерации и (или) договором страхования – с даты, определенной законом или договором страхования для таких случаев.

10.7. При досрочном прекращении договора страхования в целом или отношении какого-либо Застрахованного лица по основаниям, указанным в п.п. 10.6.1, 10.6.2, 10.6.7 настоящих Правил, Страховщик возвращает уплаченную страховую премию (страховой взнос) в размере части страховой премии (страхового взноса), приходящейся на неистекший срок действия договора страхования в отношении соответствующих Застрахованных лиц.

10.8. По основаниям, предусмотренным п. 4.12 Правил, если условиями договора страхования не будет предусмотрено иное, Страховщик возвращает Страхователю часть страховой премии, уплаченной за страхование данного Застрахованного лица, пропорциональную части общего срока действия договора страхования, в течение которого договор страхования не будет действовать в отношении такого Застрахованного лица, за исключением случаев, когда Застрахованное лицо заявило о наступлении страхового случая и (или) обратилось за получением страховой выплаты, – в таких случаях возврат страховой премии не осуществляется.

10.9. По иным основаниям прекращения договора страхования возврат уплаченной страховой премии (страховых взносов) не производится. Если договором страхования устанавливается иное, в нем определяется порядок расчета размера подлежащей возврату части страховой премии (страхового взноса).

10.10. Возврат страховой премии (страхового взноса) осуществляется в течение 45 (сорока пяти) рабочих дней с момента обращения Страхователя к Страховщику с требованием о возврате страховой премии (страхового взноса), если иное не предусмотрено условиями договора страхования.

10.11. **Особые условия отказа Страхователя – физического лица от договора страхования (Период охлаждения).**

10.11.1. Страхователь-физическое лицо в дополнение к условиям о досрочном расторжении договора страхования, указанным в пункте 10.6 настоящих Правил, вправе досрочно отказаться от договора страхования в течение 14 (четырнадцати) календарных дней со дня его заключения независимо от момента уплаты страховой премии (страхового взноса), при отсутствии в данном периоде событий, имеющих признаки страхового случая.

10.11.2. В случае, если Страхователь-физическое лицо отказался от договора

страхования в срок, указанный в п. 10.11.1 настоящих Правил, и до даты возникновения обязательств Страховщика по заключенному договору страхования (далее – дата начала действия страхования), уплаченная страховая премия (страховой взнос) подлежит возврату Страховщиком Страхователю-физическому лицу в полном объеме.

10.11.3. В случае, если Страхователь-физическое лицо отказался от договора страхования в срок, указанный в п. 10.11.1 настоящих Правил, но после даты начала действия договора страхования, Страховщик при возврате уплаченной страховой премии (страхового взноса) Страхователю-физическому лицу удерживает часть страховой премии (страхового взноса) пропорционально сроку действия договора страхования, прошедшему с даты начала действия договора страхования до даты прекращения действия договора страхования.

10.11.4. При досрочном прекращении договора страхования в порядке, предусмотренном пунктом 10.11 настоящих Правил, договор страхования считается прекратившим свое действие с даты получения Страховщиком письменного заявления Страхователя-физического лица об отказе от договора страхования или иной даты, установленной по соглашению сторон, но не позднее срока, указанного в п. 10.11.1 настоящих Правил.

10.11.5. Возврат страховой премии (страхового взноса) Страхователю-физическому лицу в соответствии с п.п. 10.11.1 – 10.11.4 настоящих Правил по выбору Страхователя-физического лица производится наличными деньгами или в безналичном порядке в срок, не превышающий 10 (десять) рабочих дней со дня получения письменного заявления Страхователя-физического лица об отказе от договора страхования.

10.11.6. Действие п.п. 10.11.1 – 10.11.4 настоящих Правил не распространяется на осуществление добровольного страхования, являющегося обязательным условием допуска физического лица к выполнению профессиональной деятельности в соответствии с законодательством Российской Федерации, а также страхование, предусматривающее оплату оказанной гражданину Российской Федерации, находящемуся за пределами территории Российской Федерации, медицинской помощи и (или) оплату возвращения его тела (останков) в Российскую Федерацию.

10.12. Особые условия отказа от договора страхования Страхователя, являющегося заемщиком по договору потребительского кредита (займа).

10.12.1. Страхователь-физическое лицо в дополнение к условиям о досрочном расторжении договора страхования, указанным в пункте 10.6 настоящих Правил, вправе досрочно отказаться от договора страхования, заключенного на основании заявления о предоставлении потребительского кредита (займа), заявления о предоставлении дополнительных услуг при предоставлении потребительского кредита (займа), а также в случаях, когда при предоставлении потребительского кредита (займа) обусловленный им договор страхования был заключен без вышеуказанных заявлений, в течение 30 (тридцати) календарных дней со дня заключения такого договора страхования, независимо от момента уплаты страховой премии, при отсутствии в данном периоде событий, имеющих признаки страхового случая.

10.12.2. В случае, если Страхователь-физическое лицо отказался от такого договора страхования в срок, указанный в п. 10.12.1 настоящих Правил, и до даты начала действия страхования, то уплаченная страховая премия (страховой взнос) подлежит возврату Страховщиком Страхователю-физическому лицу в полном объеме.

10.12.3. В случае, если Страхователь-физическое лицо отказался от договора страхования в срок, указанный в п. 10.12.1 настоящих Правил, но после даты начала действия договора страхования, Страховщик при возврате уплаченной страховой премии (страхового взноса) Страхователю-физическому лицу удерживает часть страховой премии (страхового взноса) пропорционально сроку действия договора страхования, прошедшему с даты начала действия договора страхования до даты прекращения действия договора страхования.

10.12.4. При досрочном прекращении договора страхования в порядке,

предусмотренном пунктом 10.12 настоящих Правил, договор страхования считается прекратившим свое действие с даты получения Страховщиком письменного заявления Страхователя-физического лица об отказе от договора страхования или иной даты, установленной по соглашению сторон, но не позднее срока, указанного в п. 10.12.1 настоящих Правил.

10.12.5. Возврат Страховщиком Страхователю-физическому лицу уплаченной Страхователем страховой премии производится по выбору Страхователя наличными деньгами или в безналичном порядке в срок, не превышающий 7 (семи) рабочих дней со дня получения письменного заявления Страхователя об отказе от договора страхования.

10.12.6. Если в период с начала действия договора страхования и до момента возврата страховой премии при условии, что возврат страховой премии Страхователю еще не осуществлен, Страховщик будет уведомлен о наступлении события, имеющего признаки страхового случая, страховая премия не будет подлежать возврату Страхователю, а договор страхования не будет считаться прекратившим свое действие.

10.12.7. В случае если возврат страховой премии Страхователю уже осуществлен, но в период с начала действия договора страхования и до момента возврата страховой премии наступило событие, имеющее признаки страхового случая, о котором Страховщику на момент возврата страховой премии известно не было, Страховщик не несет обязательств по выплате страхового возмещения в связи с таким событием.

10.13. Особые условия отказа Страхователя-физического лица от договора страхования в случае непредоставления Страховщиком Ключевого информационного документа, либо предоставления неполной или недостоверной информации в части его содержания³.

10.13.1. Особые условия отказа Страхователя-физического лица от договора страхования, изложенные в п. 10.13 настоящих Правил, действуют только в отношении Договоров страхования, не связанных с осуществлением предпринимательской деятельности, заключаемых с 01.04.2023.

10.13.2. Страхователь-физическое лицо в дополнение к условиям о досрочном расторжении договора страхования, указанным в пункте 10.6 настоящих Правил, вправе досрочно отказаться от договора страхования в случае ненадлежащего информирования его об условиях страхования (непредоставления Страховщиком информации о договоре страхования, предоставления неполной или недостоверной информации).

10.13.3. При отказе Страхователя – физического лица от Договора страхования в случае непредоставления Страховщиком информации о Договоре страхования, предоставления неполной или недостоверной информации, уплаченная страховая премия подлежит возврату Страховщиком Страхователю за вычетом части страховой премии, исчисляемой пропорционально времени, в течение которого действовало страхование.

10.13.4. При досрочном прекращении договора страхования в порядке, предусмотренном пунктом 10.13 настоящих Правил, договор страхования считается прекратившим свое действие с даты получения Страховщиком письменного заявления Страхователя-физического лица об отказе от договора страхования.

10.13.5. Возврат страховой премии Страхователю-физическому лицу производится по выбору Страхователя производится наличными деньгами или в безналичном порядке в срок, не превышающий 7 (семи) рабочих дней со дня получения письменного заявления Страхователя об отказе от добровольного страхования.

10.14. Договор страхования может быть признан недействительным с момента его заключения по основаниям, предусмотренным Гражданским кодексом Российской Федерации.

³ См. пункты 1.7.5 и 8.3 настоящих Правил.

При недействительности договора страхования каждая из сторон обязана возвратить другой все полученное по нему, если иные последствия недействительности договора страхования не предусмотрены законом.

Признание договора страхования недействительным осуществляется в соответствии с гражданским законодательством Российской Федерации.

10.15. По запросу Страхователя Страховщик один раз по одному договору страхования бесплатно обязан предоставить ему заверенный Страховщиком расчет суммы страховой премии (части страховой премии), подлежащей возврату в связи с расторжением или досрочным прекращением договора страхования. К указанному расчету по запросу Страхователя прилагаются письменные или даются устные пояснения со ссылками на нормы права и (или) условия договора страхования и настоящих Правил, на основании которых произведен расчет.

10.16. Если иное не предусмотрено договором страхования и при наличии соответствующей технической возможности, прекращение (расторжение) договора страхования может быть совершено путем обмена информацией в электронном виде через официальный сайт или мобильное приложение Страховщика в порядке, аналогичном порядку, предусмотренному п. 8.8 настоящих Правил.

11. ИЗМЕНЕНИЕ СТРАХОВОГО РИСКА

11.1. В период действия договора страхования Страхователь (Застрахованное лицо) обязан (-но) незамедлительно сообщить Страховщику о ставших ему известными значительных изменениях в обстоятельствах, сообщенных Страховщику при заключении договора страхования, если эти изменения могут существенно повлиять на увеличение страхового риска.

11.2. Значительными во всяком случае признаются, оговоренные в договоре страхования и в переданных Страхователю настоящих Правилах.

К значительным изменениям, в частности, могут быть отнесены изменения в сведениях, указанных Страхователем в заявлении на страхование, в том числе указанные в п. 2.8 настоящих Правил сведения (диагнозы), а также определенно оговоренные Страховщиком в договоре страхования (страховом полисе) или в его письменном запросе, в том числе указанные в п.п. 8.12.7 – 8.12.10 настоящих Правил, о первичном диагностировании хронического заболевания, получении тяжелого увечья, установлении инвалидности, а также обстоятельства, предусмотренные Страховщиком и Страхователем в конкретном договоре страхования.

11.3. При получении информации об обстоятельствах, влекущих увеличение страхового риска Страховщик вправе потребовать изменения условий договора страхования или уплаты дополнительной страховой премии соразмерно увеличению риска. Расчет дополнительной страховой премии производится в порядке, определенном в п. 7.17 настоящих Правил.

11.4. Если Страхователь (Застрахованное лицо) возражает против изменения условий договора страхования или доплаты страховой премии соразмерно увеличению риска (в случае значительного изменения обстоятельств, если эти изменения могут существенно повлиять на увеличение страхового риска), в частности, в случаях, указанных в п. 4.12 настоящих Правил, Страховщик вправе потребовать расторжения договора страхования в порядке, предусмотренном гражданским законодательством Российской Федерации.

11.5. При неисполнении Страхователем (Застрахованным лицом) обязанностей по сообщению Страховщику об увеличении страхового риска последний вправе потребовать расторжения договора страхования и возмещения убытков в порядке, предусмотренном гражданским законодательством Российской Федерации.

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

12. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

12.1. Права и обязанности Застрахованного лица.

12.1.1. Застрахованное лицо имеет право:

- а) на своевременное и качественное получение медицинских и иных услуг в соответствии с избранными Страхователем Программой (Программами) страхования и медицинскими и иными организациями, определенными договором страхования;
- б) требовать от Страховщика организации оказания медицинских и иных услуг и их финансирования (оплаты) либо осуществления страховой выплаты (страхового возмещения) в соответствии с условиями договора страхования и (или) Программы страхования;
- в) сообщать Страховщику в письменном виде о случаях непредоставления, неполного или некачественного предоставления медицинских и иных услуг;
- г) при утрате страховых документов получить их дубликаты (бесплатно один раз в течение действия договора страхования);
- д) ознакомиться с информационными материалами по договору страхования в электронном виде через информационно-телекоммуникационную сеть «Интернет» – ресурс Личный кабинет на официальном сайте Страховщика и (или) в мобильном приложении Страховщика (при наличии технической возможности);
- е) требовать от Страховщика разъяснения положений, содержащихся в настоящих Правилах и договорах страхования, расчетов изменения в течение срока действия договора страхования страховой суммы, информацию о расчете суммы страховой выплаты, франшизы;
- ж) в течение срока действия договора страхования обратиться к Страховщику за информацией, необходимой для реализации своих прав по договору страхования;
- з) в случае несогласия с размером регрессной франшизы направить Страховщику обращение с изложением обстоятельств и причин и приложением при необходимости документов, обосновывающих необходимость изменения размера франшизы.

12.1.2. Застрахованное лицо обязано:

- а) соблюдать порядок оказания медицинских и иных услуг, предусмотренных Программой страхования;
- б) соблюдать указания (рекомендации) медицинского работника, предоставляющего медицинскую услугу, и назначенный режим лечения, в том числе определенный на период его временной нетрудоспособности, и правила поведения пациента в медицинских организациях; соблюдать правила внутреннего распорядка и режим дня, установленные медицинской и иной организацией;
- в) своевременно информировать Страховщика о факте выявления у него заболеваний (состояний), из числа указанных в п. 2.8 настоящих Правил;
- г) не передавать страховые документы, в том числе полис, полученные от Страхователя, другим лицам с целью получения ими медицинских и иных услуг или иных выплат, предусмотренных договором страхования и (или) программой страхования;
- д) по требованию Страховщика в соответствии с подпунктом «и» пункта 12.3.1 настоящих Правил пройти дополнительное медицинское обследование и (или) предоставить документы, подтверждающие состояние здоровья;
- е) своевременно сообщить Страхователю или Страховщику об изменении своей фамилии, имени, отчества и фактического места жительства, иных данных, необходимых для идентификации Застрахованного в соответствии с договором страхования;
- ж) при утрате страховых документов своевременно сообщить в письменном виде об этом Страховщику для получения дубликатов;

з) при отсутствии возможности, необходимости или желания посетить врача или вызывать врача на дом, установленной Застрахованным после достижения с представителями медицинской или иной организации договоренности о посещении или вызове врача, заблаговременно отказаться от забронированного ранее времени посещения врача или вызова врача на дом;

и) уплачивать страховую премию (страховые взносы), если это предусмотрено договором страхования;

к) не нарушать условия подпунктов «б», «в», «г», «д», «з», «и» пункта 12.1.2 настоящих Правил – нарушение Застрахованным указанных условий рассматривается в качестве существенного нарушения условий договора страхования, что может повлечь за собой досрочное прекращение действия договора страхования в отношении такого Застрахованного согласно условиям Правил или договора страхования;

л) соблюдать порядок получения страхового возмещения, установленный договором страхования и (или) Программой страхования.

м) в размере и в срок, указанные в счете, возмещать Страховщику оплаченную им франшизу в соответствии с условиями п. 6.10 настоящих Правил.

12.2. Права и обязанности Страхователя.

12.2.1. Страхователь имеет право:

а) получить информацию о Страховщике в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации;

б) ознакомиться с настоящими Правилами, на условиях которых заключён договор страхования;

в) получить любые разъяснения по заключённому договору страхования и положениям, содержащимся в настоящих Правилах;

г) заключить несколько договоров страхования;

д) требовать от Страховщика исполнения обязательств в соответствии с условиями договора страхования;

е) осуществлять контроль за соблюдением Страховщиком условий договора страхования;

ж) при коллективном страховании в период действия договора страхования заменять Застрахованных лиц, внося соответствующие изменения в список Застрахованных лиц;

з) расширить список Застрахованных лиц и (или) перечень медицинских услуг и медицинских организаций для Застрахованных лиц в пределах, предусмотренных настоящими Правилами и утвержденными Программами страхования, при условии подписания подготовленного Страховщиком письменного дополнительного соглашения к договору страхования и своевременной уплаты дополнительно рассчитанной Страховщиком страховой премии;

и) в случае увольнения Застрахованного работника, Страхователь – юридическое лицо вправе заменить его другим;

к) досрочно расторгнуть договор страхования в порядке, предусмотренном настоящими Правилами и гражданским законодательством Российской Федерации;

л) отказаться от замены Страховщика в случаях и порядке, предусмотренных законодательством Российской Федерации

м) получить дубликат полиса страхования или копию договора страхования в случае его утраты;

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

о) получить информацию о размере вознаграждения, выплачиваемого страховому агенту или страховому брокеру, при посредничестве которого был заключен договор страхования;

п) требовать от Страховщика разъяснения расчетов изменения в течение срока страхования страховой суммы, расчетов страховой выплаты;

р) получить по запросу копию договора страхования (страхового полиса) и иных документов, являющихся неотъемлемой частью договора страхования (настоящих Правил, Программ страхования и других документов в соответствии с условиями, указанными в договоре страхования), по действующим договорам страхования бесплатно один раз. Исключение составляет информация, не подлежащая разглашению (персональные данные других Застрахованных лиц, данные об уплаченных премиях по договорам коллективного страхования, условия страхования других категорий Застрахованных лиц и т.п.);

с) получить по запросу один раз по одному договору страхования бесплатно заверенный Страховщиком расчет суммы страховой премии (части страховой премии), подлежащих возврату в связи с расторжением или досрочным прекращением договора страхования, со ссылками на нормы права и (или) условия договора страхования и настоящих Правил, на основании которых произведен расчет.

12.2.2. Страхователь обязан:

а) предоставить Страховщику полную и достоверную информацию, необходимую для заключения договора страхования;

б) уплатить страховую премию в размере и в сроки, определенные договором страхования;

в) довести до сведения каждого Застрахованного лица условия страхования, определенные договором страхования;

г) сообщить Страховщику об обстоятельствах, влекущих увеличение страхового риска;

д) сообщить Страховщику при заключении договора страхования о факте принадлежности к категории ПДЛ (п. 8.18 настоящих Правил) лиц, поименованных в договоре страхования и приложениях к нему, включая себя (Страхователь, Застрахованное лицо, Выгодоприобретатель);

е) в течение срока страхования при наличии изменений в сведениях о принадлежности / отсутствии принадлежности лиц, поименованных в договоре страхования и приложениях к нему, включая себя (Страхователь, Застрахованное лицо, Выгодоприобретатель), к категории ПДЛ, сообщить об этом Страховщику в течение 5 (пяти) рабочих дней со дня соответствующих изменений;

ж) предоставлять Страховщику по его требованию информацию и документы, необходимые для исполнения требований законодательства Российской Федерации, в том числе Федерального закона от 7 августа 2001 года № 115-ФЗ «О противодействии легализации (отмыванию) доходов, полученных преступным путем, и финансированию терроризма», включая информацию о руководителях, представителях, отличных от руководителей, Выгодоприобретателях и бенефициарных владельцах. Информация и документы предоставляются в сроки, указанные в письменном запросе Страховщика.

В случае внесения изменений в ранее представленные документы и сведения, Страхователь в течение 10 (десяти) календарных дней с даты внесения соответствующих изменений, обязан письменно уведомить об этом Страховщика с соблюдением положений раздела 14 настоящих Правил, и представить ему надлежащим образом заверенные документы, подтверждающие внесение изменений;

з) предоставить Страховщику согласие на обработку своих персональных данных;

и) получить согласие Застрахованных лиц, Выгодоприобретателей на передачу их персональных данных (в том числе специальных и биометрических данных) на обработку Страховщику, а также третьим лицам (страховому брокеру, страховому агенту, актуариям, перестраховщикам, аудиторам и другим лицам), с которыми у Страховщика заключены соответствующие соглашения, обеспечивающие надежное хранение и предотвращение незаконного разглашения (конфиденциальность) персональных данных, включая третьих лиц, проводящих работу по передаче или записи в информационную систему Страховщика, с

целью заключения и исполнения договора страхования, а также о составе переданных Страховщику персональных данных, уведомить их о факте такой передачи и о составе переданных Страховщику персональных данных. Предоставить Страховщику по первому требованию письменные согласия Застрахованных лиц, Выгодоприобретателей;

к) письменно уведомить Страховщика в случае отзыва Застрахованным лицом своего согласия на обработку персональных данных, переданного Страхователю;

л) незамедлительно сообщать Страховщику обо всех ставших ему известными изменениях в обстоятельствах, сообщенных Страховщику при заключении договора страхования, если эти обстоятельства могут повлиять на существенное увеличение страхового риска (в соответствии с разделом 11 настоящих Правил);

м) немедленно сообщить Страховщику в письменном виде об изменении своих банковских реквизитов, места нахождения, номеров контактных телефонов и иных средств связи, а также об изменении фамилии, имени, отчества Застрахованного лица, его фактического места жительства, места работы / учебы, профессии, данных документа, удостоверяющего личность Застрахованного лица (в случае замены).

12.3. Права и обязанности Страховщика.

12.3.1. Страховщик имеет право:

а) требовать от Страхователя предоставления полной и достоверной информации, необходимой для заключения договора страхования;

б) по соглашению со Страхователем изменить страховую сумму по договору страхования путем составления дополнительного соглашения к договору страхования на условиях настоящих Правил и уплаты дополнительной страховой премии. Расчет дополнительной страховой премии производится в порядке, определенном в п. 7.11 настоящих Правил;

в) потребовать расторжения договора страхования и возмещения убытков в порядке, предусмотренном гражданским законодательством Российской Федерации, при неисполнении Страхователем (Застрахованным лицом) обязанностей по сообщению Страховщику об обстоятельствах, влекущих увеличение страхового риска;

г) перед заключением договора страхования потребовать проведения медицинских обследований (по отдельным принимаемым на страхование лицам), результаты которых могут иметь существенное значение для оценки степени страхового риска, и предоставления документов, подтверждающих состояние их здоровья;

д) требовать заполнения дополнительных анкет по форме Страховщика;

е) осуществлять обработку персональных данных в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации;

ж) проверять выполнение Страхователем (Застрахованным лицом) требований договора страхования;

з) для принятия решения о страховой выплате запрашивать у Страхователя (Застрахованного лица) медицинскую документацию, отражающую историю болезни, физическое и психическое состояние, диагноз, ход и прогноз результатов лечения, перечень которой предусмотрен настоящими Правилами или договором страхования, а также самостоятельно выяснять у медицинских организаций, правоохранительных органов и иных учреждений обстоятельства, связанные с этим фактом, и организовывать за свой счет проведение независимых медицинских экспертиз;

и) для принятия решения о страховой выплате потребовать проведения медицинского обследования Застрахованного лица и (или) предоставления документов, подтверждающих информацию о состоянии его здоровья;

к) прекратить договор страхования в отношении Застрахованного лица, если он не выполнил обязанности, предусмотренные подпунктами «б», «в», «г», «д», «з», «и» пункта 12.1.2 настоящих Правил, направив уведомление о досрочном прекращении действия договора страхования Страхователю и Застрахованному лицу;

л) разрабатывать страховые продукты, формировать Программы страхования, оферты с использованием отдельных или совокупности условий страхования, содержащихся в настоящих Правилах;

м) присваивать маркетинговые наименования страховым продуктам, Программам страхования, офертам или отдельным группам единообразных договоров страхования, заключаемым в соответствии с настоящими Правилами, в той мере, в какой это не противоречит действующему законодательству Российской Федерации и в том порядке, как это предусмотрено действующим законодательством Российской Федерации;

н) формировать выписку (выдержки) из настоящих Правил, сформированную на основе положений настоящих Правил, которые непосредственно относятся к страховому продукту, Программе страхования или к условиям конкретного договора страхования или отдельной группе договоров страхования, заключаемых на основе настоящих Правил, ориентированных на конкретного Страхователя или сегмент Страхователей, в той мере, в какой это не противоречит законодательству Российской Федерации и настоящими Правилами;

о) осуществлять иные действия в порядке исполнения положений настоящих Правил и договора страхования в соответствии с законодательством Российской Федерации.

12.3.2. Страховщик обязан:

а) заключать договоры на оказание медицинских и иных услуг иностранным гражданам и лицам без гражданства в соответствии с нормативными правовыми актами в области медицинского страхования, настоящими Правилами с любыми медицинскими организациями и иными организациями;

б) обеспечить своевременную выдачу Застрахованным лицам страховых полисов;

в) обеспечить предоставление Застрахованным лицам медицинской помощи и услуг, определенных договором страхования;

г) защищать интересы Застрахованных лиц посредством контроля за объемом, сроками и качеством оказываемой Застрахованным лицам медицинской помощи в соответствии с условиями договора страхования;

д) не разглашать полученные им в результате своей профессиональной деятельности сведения о Страхователе, его контрагентах и их имущественном положении.

е) не разглашать полученные в результате своей профессиональной деятельности сведения о состоянии здоровья Застрахованных лиц и их имущественном положении;

ж) применять актуарно (экономически) обоснованные страховые тарифы, которые рассчитываются в соответствии с методикой расчета страховых тарифов.

з) ознакомить Страхователя с настоящими Правилами и условиями договора страхования, а также разъяснить Страхователю условия договора страхования и положения настоящих Правил;

и) организовать и оплатить (осуществить страховое возмещение), если это предусмотрено условиями договора страхования, получение Застрахованным лицом лекарственных препаратов и медицинских изделий, предусмотренных Программой страхования;

к) после получения сообщения о событии, имеющем признаки страхового случая, и всех необходимых документов, согласованных при заключении договора страхования:

- выяснить все обстоятельства, принять решение о выплате или об отказе в выплате;
- составить страховой акт и определить на основании предоставленных Страхователем документов размер убытка;

- произвести расчет суммы страховой выплаты;

- произвести страховую выплату в установленный договором страхования срок;

л) информировать Страхователя о порядке расчета налога, который будет удержан Страховщиком при расчете страховой выплаты в случаях, когда Страховщик является налоговым агентом;

м) по устному или письменному запросу Страхователя (Застрахованного лица), в том числе полученному в электронной форме, в срок, не превышающий 30 (тридцати) календарных дней с момента получения такого запроса, предоставить информацию о произведенном Страховщиком расчете суммы страховой выплаты, включая: сумму страхового возмещения, подлежащую выплате; порядок расчета страховой выплаты, включая порядок расчета франшизы; исчерпывающий перечень норм права и (или) условий договора страхования и настоящих Правил, обстоятельств и документов, на основании которых произведен расчет;

н) информировать Страхователя о факте просрочки оплаты Застрахованным лицом франшизы (при наличии согласия Застрахованного лица об информировании Страхователя);

о) возратить ошибочно перечисленные денежные средства в течение 45 (сорока пяти) рабочих дней с момента принятия решения о возврате Застрахованному суммы неверно рассчитанной франшизы, на основании заявления Страхователя с приложением реквизитов для перечисления, если иное не будет предусмотрено условиями договора страхования;

п) при заключении договора страхования информировать Страхователя об адресах мест приема документов при наступлении событий, имеющих признаки страхового случая, а также своевременно информировать Страхователя (Застрахованное лицо, Выгодоприобретателя) об изменениях таких адресов на официальном сайте, а также непосредственно Страхователя (Застрахованное лицо, Выгодоприобретателя) при его обращении. В случае невозможности информирования Страхователя (Застрахованного лица, Выгодоприобретателя) до наступления события, имеющего признаки страхового случая, об адресах приема документов при наступлении таких событий, Страховщик обеспечивает своевременное получение указанных сведений посредством телефонной связи, по электронной почте, а также иным способом, в случае указания его в договоре страхования, при обращении Страхователя (Застрахованного лица, Выгодоприобретателя);

р) осуществлять взаимодействие со Страхователем посредством телефона, почты и электронной почты, указанных Страхователем при заключении договора страхования либо в период действия договора страхования;

с) проинформировать Страхователя о факте просрочки уплаты очередного страхового взноса или факте его уплаты не в полном объеме (если такой факт имеет место), а также о последствиях таких нарушений способом, согласованным со Страхователем при заключении договора страхования;

т) после того, как Страховщику стало известно о наступлении события, имеющего признаки страхового случая, по запросу Страхователя проинформировать его:

— обо всех предусмотренных договором и (или) настоящими Правилами необходимых действиях, которые Страхователь (Застрахованное лицо, Выгодоприобретатель) должен предпринять, и обо всех документах, представление которых обязательно для рассмотрения вопроса о признании события страховым случаем и определения размера страховой выплаты, а также о сроках проведения указанных действий и представления документов;

— о предусмотренных договором и (или) настоящими Правилами форме и способах осуществления страховой выплаты и порядке их изменения, направленных на обеспечение прав получателя страховой выплаты (Страхователя, Выгодоприобретателя) удобным для него способом.

12.4. Если иное не предусмотрено договором страхования, в случае увеличения списка Застрахованных лиц при коллективной форме страхования Страхователь представляет Страховщику сведения, предусмотренные настоящими Правилами, о дополнительно страхуемых лицах и уплачивает за них страховую премию за период с заключения договора страхования в отношении указанных лиц до окончания срока страхования. При этом страховая премия за неполный месяц уплачивается как за полный.

В случае уменьшения по инициативе Страхователя числа Застрахованных лиц (исключение Застрахованных лиц из списка производится только с их согласия) договор страхования в отношении этих лиц расторгается в порядке, предусмотренном Гражданским кодексом Российской Федерации. При этом уплаченная Страховщику страховая премия не подлежит возврату, если договором страхования не предусмотрено иное.

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

12.6. Ни одна из сторон не вправе передавать свои права и обязанности по договору (страховому полису) страхования третьей стороне без письменного согласия другой стороны, кроме прав и обязанностей по договорам перестрахования. Сторона, передавшая права и обязанности по договору (страховому полису) страхования третьей стороне без письменного согласия другой стороны, несет ответственность в размере денежного исполнения переданного права и (или) обязанности, в соответствии с ч. 3 ст. 388 Гражданского кодекса Российской Федерации.

13. ПОРЯДОК ВЫПОЛНЕНИЯ ОБЯЗАТЕЛЬСТВ ПО ДОГОВОРУ СТРАХОВАНИЯ. ОПЛАТА СТОИМОСТИ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ. СТРАХОВАЯ ВЫПЛАТА

13.1. Право Застрахованного лица на получение и оплату медицинской помощи, предусмотренной договором страхования, наступает с даты, указанной в договоре страхования, при условии выполнения обязательств Страхователя по уплате страховых взносов.

13.2. Предоставление медицинской помощи, обусловленной договором страхования, осуществляется путем обращения Застрахованного лица в медицинские организации, указанные в договоре страхования, если иное не предусмотрено договором страхования или Программой страхования.

При обращении Застрахованного лица в медицинскую организацию предъявляется страховой полис, выданный Страховщиком, паспорт либо другой документ, удостоверяющий личность Застрахованного лица.

По всем проблемным вопросам, возникшим в ходе реализации предоставленных страховым полисом прав, Застрахованное лицо обращается по контактному телефону Страховщика, указанному в страховом полисе.

13.3. Оплата стоимости услуг, оказанных медицинскими организациями, производится Страховщиком, исходя из фактических затрат на оказание медицинской помощи и медицинских услуг по ценам, согласованным между Страховщиком и медицинской организацией, в пределах страховой суммы, установленной по договору страхования, путем перечисления Страховщиком денежных средств на счет медицинской организации или сервисного (ассистанс) учреждения.

Если иное не предусмотрено договором с медицинской организацией или сервисным учреждением, перечисление денежных средств производится в течение 15 (пятнадцати) рабочих дней после получения Страховщиком от медицинской организации счета с указанием диагноза, сроков лечения, перечня оказанных услуг, их стоимости и общей суммы расходов, понесенных по всем услугам, оказанным Застрахованному лицу в пределах Программы страхования, предусмотренной договором страхования. В указанный выше срок входит время необходимое Страховщику для согласования им с медицинской организацией разногласий по поводу наступления страхового события и размера страховой выплаты, в случае их возникновения.

Страховщик вправе проверить соответствие оказанных Застрахованному лицу медицинских услуг их перечню по договору страхования.

13.4. В случае отсутствия правовых оснований для осуществления страховой выплаты (далее – решение об отказе) Страховщик в течение 3 (трех) рабочих дней после принятия решения об отказе информирует Страхователя / Застрахованное лицо, а также медицинскую организацию или сервисное (ассистанс) учреждение в письменном виде об основаниях принятия такого решения со ссылками на нормы права и (или) условия договора страхования и настоящих Правил, на основании которых принято решение об отказе. Указанная информация предоставляется в том объеме, в каком это не противоречит действующему законодательству.

14. ПОРЯДОК ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ

14.1. При заключении договора страхования на условиях настоящих Правил Страхователь и Страховщик (далее совместно – Стороны; по отдельности – Сторона), если иное не предусмотрено договором страхования, предусматривают следующий порядок взаимодействия – порядок направления уведомлений, извещений, запросов, претензий, заявлений и иных документов (далее – уведомление).

14.2. Все уведомления, направляемые Страховщиком в адрес Страхователя (Застрахованного лица, Выгодоприобретателя) считаются направленными надлежащим образом, если они направлены в письменной форме при соблюдении одного из следующих условий:

14.2.1. Уведомление направлено почтовым отправлением по адресу, указанному в договоре страхования или в заявлении на получение страхового возмещения;

14.2.2. Уведомление направлено в виде СМС-сообщения или сообщения с использованием иного сервиса отправки сообщений по телефону или адресу, указанному в договоре страхования или ином документе (извещение, заявление на страховую выплату) с контактными данными, поданном от лица Страхователя (Застрахованного лица, Выгодоприобретателя);

14.2.3. Уведомление направлено в виде сообщения электронной почты по адресу электронной почты, указанному в договоре страхования или в заявлении на получение страхового возмещения;

14.2.4. Уведомление направлено (при наличии технической возможности) с использованием мобильного приложения Страховщика или размещено в личном кабинете Страхователя (Застрахованного лица, Выгодоприобретателя) в соответствующем разделе сайта Страховщика www.ii-company.ru, о чем Страхователь (Застрахованное лицо, Выгодоприобретатель) проинформирован с использованием мобильного приложения Страховщика или личного кабинета Страхователя (Застрахованного лица, Выгодоприобретателя).

14.3. Все уведомления, направляемые Страхователем (Выгодоприобретателем) в адрес Страховщика в соответствии с настоящими Правилами, считаются направленными надлежащим образом, если они направлены в письменной форме при соблюдении одного из следующих условий:

14.3.1. Уведомление направлено почтовым отправлением по адресу Страховщика, указанному в договоре страхования или на сайте Страховщика. Уведомление направляется с обязательной описью прилагаемых документов.

14.3.2. Уведомление направлено путем вручения представителю Страховщика по адресу, указанному в договоре страхования или на сайте Страховщика, курьерской службой доставки Страхователя (Выгодоприобретателя). Уведомление направляется с обязательной описью прилагаемых документов.

В этом случае доказательством доставки уведомления является расписка о вручении уведомления или соответствующая отметка на копии переданного текста, в которых указываются подпись, фамилия лица, передавшего уведомление, дата и время его передачи, а

также подпись, фамилия, должность и (или) реквизиты письменного уполномочия (доверенности) лица, его принявшего.

14.3.3. Уведомление направлено в виде сообщения электронной почты по адресу электронной почты, указанному в договоре страхования или на сайте Страховщика.

14.3.4. Уведомление направлено (при наличии технической возможности) с использованием мобильного приложения Страховщика или размещено в личном кабинете Страхователя (Застрахованного лица, Выгодоприобретателя) в соответствующем разделе сайта Страховщика www.ii-company.ru.

14.4. Стороны обязаны оповещать друг друга об изменении своего наименования не позднее 10 (десяти) рабочих дней с момента такого изменения. При отсутствии подобного оповещения Сторона-получатель корреспонденции именуется в уведомлении исходя из последнего известного своего наименования.

14.5. Стороны обязаны оповещать друг друга об изменении своего адреса и (или) реквизитов во время действия договора страхования заблаговременно. Если одна Сторона не была извещена об изменении адреса и (или) реквизитов другой Стороны заблаговременно, но в любом случае не позднее 10 (десяти) рабочих дней с момента такого изменения, то все уведомления и извещения, направленные Стороной-отправителем Стороне-получателю по прежнему известному адресу, будут считаться полученными с даты их поступления по прежнему адресу.

14.6. В договоре страхования Стороны могут согласовать иной порядок и способ направления уведомлений друг другу.

15. ПОРЯДОК РАЗРЕШЕНИЯ СПОРОВ

15.1. Все споры, вытекающие из договора страхования, разрешаются Страхователем и Страховщиком путем переговоров, с обязательным направлением письменной досудебной претензии в соответствии с положениями раздела 14 настоящих Правил.

Претензия должна содержать сведения о заявителе (наименование, местонахождение, адрес); содержание спора и разногласий; сведения об объекте (объектах), в отношении которого возникли разногласия, расчет суммы претензии.

Сторона, получившая претензию, в течение 30 (тридцати) календарных дней со дня ее получения обязана рассмотреть претензию и дать письменный ответ.

15.2. В досудебном порядке Страхователь (Застрахованное лицо, Выгодоприобретатель) имеет право обратиться к финансовому уполномоченному в соответствии с Федеральным законом от 04.06.2018 № 123-ФЗ «Об уполномоченном по правам потребителей финансовых услуг», Финансовый уполномоченный рассматривает обращения в отношении Страховщика, если размер денежных требований получателя страховых услуг не превышает 500 000 рублей, и если со дня, когда получатель страховых услуг узнал или должен был узнать о нарушении своего права, прошло не более 3 (трех) лет.

Финансовый уполномоченный не рассматривает обращения:

- 1) если обращение не соответствует вышеуказанным критериям;
- 2) если получатель страховых услуг предварительно не обращался к Страховщику;
- 3) если в суде, третейском суде имеется либо рассмотрено дело по спору между теми же сторонами, о том же предмете и по тем же основаниям;
- 4) находящиеся в процессе урегулирования с помощью процедуры медиации;
- 5) по которым имеется решение финансового уполномоченного или соглашение, принятое по спору между теми же сторонами (в том числе при уступке права требования), о том же предмете и по тем же основаниям;

6) в отношении финансовых организаций, у которых отозвана (аннулирована) лицензия, которые исключены из реестра финансовых организаций соответствующего вида

или которые находятся в процессе ликвидации, ликвидированы, прекратили свое существование или были признаны фактически прекратившими свою деятельность;

7) по вопросам, связанным с банкротством юридических и физических лиц;

8) по вопросам, связанным с компенсацией морального вреда и возмещением убытков в виде упущенной выгоды;

9) по вопросам, связанным с трудовыми, семейными, административными, налоговыми правоотношениями, а также обращения о взыскании обязательных платежей и санкций, предусмотренных законодательством Российской Федерации;

10) направленные повторно по тому же предмету и по тем же основаниям, что и обращение, ранее принятое финансовым уполномоченным к рассмотрению;

11) содержащие нецензурные либо оскорбительные выражения, угрозы жизни, здоровью и имуществу финансового уполномоченного или иных лиц;

12) текст которых не поддается прочтению.

15.3. При получении претензии в связи с заключением, исполнением, изменением, расторжением договора страхования срок направления ответа на претензию составляет не более 15 (пятнадцати) рабочих дней со дня получения Страховщиком в случае, если указанное заявление (претензия) направлено в электронной форме в порядке, предусмотренном Федеральным законом от 04.06.2018 № 123-ФЗ «Об уполномоченном по правам потребителей финансовых услуг»; во всех остальных случаях, не может составлять более 30 (тридцати) календарных дней со дня получения заявления (претензии) другой стороной договора страхования.

15.4. В случае если Страхователь и Страховщик не разрешили спор и (или) разногласия путем переговоров в досудебном претензионном порядке, а также если спор не подлежит рассмотрению финансовым уполномоченным или если финансовый уполномоченный не принял решение по обращению по истечении предусмотренного законом срока, прекратил рассмотрение обращения в соответствии законом, или если заявитель не согласился с вступившим в силу решением финансового уполномоченного, спор подлежит разрешению в порядке, установленном действующим законодательством Российской Федерации, в суде или в Арбитражном суде г. Москвы.

15.5. Иск по требованиям, вытекающим из договора страхования, заключенного на условиях настоящих Правил, может быть предъявлен в течение сроков исковой давности, установленных действующим законодательством Российской Федерации.

Приложение № 1
к Правилам добровольного медицинского
страхования иностранных граждан на время
пребывания на территории Российской
Федерации (редакция 01/2025),
утвержденным приказом ООО «МСК
«АйАйСи» от 28.05.2025 №35

**ПРОГРАММЫ ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ
ИНОСТРАННЫХ ГРАЖДАН НА ВРЕМЯ ПРЕБЫВАНИЯ
НА ТЕРРИТОРИИ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

№ 1.	ПРОГРАММА СТРАХОВАНИЯ «МИГРАНТ»	56
№ 2.	ПРОГРАММА СТРАХОВАНИЯ «МЕДИКО-ТРАНСПОРТНЫЕ УСЛУГИ И РЕПАТРИАЦИЯ».....	62
№ 3.	ПРОГРАММА СТРАХОВАНИЯ «АМБУЛАТОРНО- ПОЛИКЛИНИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ»	64
№ 4.	ПРОГРАММА СТРАХОВАНИЯ «СКОРАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ».....	66
№ 5.	ПРОГРАММА СТРАХОВАНИЯ «СТОМАТОЛОГИЯ»	67
№ 6.	ПРОГРАММА СТРАХОВАНИЯ «СТАЦИОНАРНАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ»	69
№ 7.	ПРОГРАММА СТРАХОВАНИЯ «МЕДИКАМЕНТОЗНАЯ ПОМОЩЬ».....	71
№ 8.	ПРОГРАММА СТРАХОВАНИЯ «ДОРОДОВОЕ НАБЛЮДЕНИЕ БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН, ВКЛЮЧАЯ НАБЛЮДЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ С ПАТОЛОГИЕЙ СО СТАЦИОНАРНЫМ ЛЕЧЕНИЕМ».....	72
№ 9.	ПРОГРАММА СТРАХОВАНИЯ «РОДОВСПОМОЖЕНИЕ» (ВКЛЮЧАЯ ОСЛОЖНЕННЫЕ РОДЫ С КЕСАРЕВЫМ СЕЧЕНИЕМ)	73
№ 10.	ПРОГРАММА СТРАХОВАНИЯ «РЕАБИЛИТАЦИОННО- ВОССТАНОВИТЕЛЬНОЕ ЛЕЧЕНИЕ (ВКЛЮЧАЯ САНАТОРНО- КУРОРТНОЕ ЛЕЧЕНИЕ)».....	75
№ 11.	ПРОГРАММА СТРАХОВАНИЯ «ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ОНКО- И КРИТИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЙ / ЗАБОЛЕВАНИЙ».....	77
№ 12.	ПРОГРАММА СТРАХОВАНИЯ «ПРОФИЛАКТИКА ЗАБОЛЕВАНИЙ».....	83
№ 13.	ПРОГРАММА СТРАХОВАНИЯ «ВАКЦИНАЦИЯ»	83
№ 14.	ПРОГРАММА СТРАХОВАНИЯ «ДРУЖБА НАРОДОВ»	84
ООО «МСК «АйАйСи»		54

№ 15. ПРОГРАММА СТРАХОВАНИЯ «УКУС ИКСОДОВОГО КЛЕЩА»	86
№ 16. ПРОГРАММА СТРАХОВАНИЯ «ДЕТИ»	88

Договор страхования может быть заключен на основании Правил добровольного медицинского страхования иностранных граждан на время пребывания на территории Российской Федерации (далее – Правила страхования) по следующим Программам страхования.

№ 1. ПРОГРАММА СТРАХОВАНИЯ «МИГРАНТ»

1.1. По Программе страхования «Мигрант» Страховщик организует и оплачивает предоставление Застрахованному лицу первичной медико-санитарной помощи и специализированной медицинской помощи в неотложной форме в случаях следующих заболеваний и состояний:

- инфекционные и паразитарные болезни, за исключением заболеваний, передаваемых половым путем, туберкулеза, ВИЧ-инфекции и синдрома приобретенного иммунодефицита, а также особо опасных инфекционных болезней (натуральная оспа, полиомиелит, малярия ТОРС), заболеваний, включенных в утверждаемый Правительством Российской Федерации перечень заболеваний, представляющих опасность для окружающих⁴;
- новообразования, за исключением злокачественных новообразований;
- болезни эндокринной системы, за исключением сахарного диабета;
- расстройства питания и нарушения обмена веществ;
- болезни нервной системы, за исключением: психических расстройств и расстройств поведения;
- болезни крови, кроветворных органов;
- отдельные нарушения, вовлекающие иммунный механизм;
- болезни глаза и его придаточного аппарата;
- болезни уха и сосцевидного отростка;
- болезни системы кровообращения;
- болезни органов дыхания;
- болезни органов пищеварения;
- болезни мочеполовой системы;
- болезни кожи и подкожной клетчатки;
- болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани;
- травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин, за исключением следующих событий: патологических состояний, отравлений и травм, возникших у Застрахованного лица в состоянии алкогольного опьянения или под воздействием иных психоактивных веществ и (или) лекарственных препаратов, употребленных без назначения врача; травматических повреждений или иных нарушений здоровья, наступивших в результате совершения Застрахованным лицом умышленных противоправных действий; при покушении Застрахованного лица на самоубийство, за исключением тех случаев, когда Застрахованное лицо было доведено до такого состояния противоправными действиями третьих лиц; при умышленном причинении себе телесных повреждений Застрахованным лицом;
- врожденные аномалии (пороки развития);
- деформации и хромосомные нарушения.

1.2. Застрахованным лицом по настоящей Программе страхования может являться иностранный гражданин или лицо без гражданства, находящийся на территории Российской Федерации на законных основаниях.

1.3. Объем предоставляемых услуг по Программе страхования «Мигрант»:

⁴ В соответствии с частью 2 статьи 43 Федерального закона от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»

По Программе страхования «Мигрант» Страховщик организует и оплачивает в перечисленных в п. 1 настоящей Программы страхования следующие услуги:

1.3.1. Амбулаторно-поликлиническая помощь:

— Консультации, назначение обследования и лечения врачей-специалистов в поликлинике: терапевт, хирург, невролог, кардиолог, пульмонолог, ревматолог, уролог, маммолог, геронтолог, гинеколог (только в отношении заболеваний, не связанных с беременностью и её осложнениями), гастроэнтеролог, отоларинголог, офтальмолог, психиатр, инфекционист, врач мануальной терапии, травматолог-ортопед, дерматовенеролог, врач ЛФК и спортивной медицины, физиотерапевт, онколог, трансфузиолог, колопроктолог, эндокринолог, флеболог, врач функциональной диагностики, врач УЗИ – диагностики, стоматолог-хирург, стоматолог-терапевт, рефлексотерапевт, иммунолог-аллерголог, онколог (до постановки диагноза) и др. специалистов.

— Хирургические и инвазивные процедуры, выполняемые в амбулаторных условиях (по медицинским показаниям), в том числе ПХО ран, удаление вросшего ногтя, удаление кожных образований, вскрытие и дренирование абсцессов, внутрисуставные инъекции, биопсия под УЗ контролем.

— Общие манипуляции и процедуры.

— Эндоскопические исследования.

— Общие клинические лабораторные исследования.

— Биохимические лабораторные исследования.

— Микробиологические (бактериологические) лабораторные исследования.

— Иммунологические лабораторные исследования, в том числе АТ к ТГ и ТПО.

— Гистологические исследования.

— Цитологические исследования.

— Гормональные исследования.

— Вирусологические исследования.

— Рентгенологические исследования.

— Ультразвуковые диагностические исследования.

— УЗДГ и дуплексное сканирование сосудов головы и шеи.

— Электронейромиография.

— Функциональная диагностика (функция внешнего дыхания, ЭКГ, Эхо-КГ, Холтеровское мониторирование ЭКГ, суточное мониторирование артериального давления, электроэнцефалография и др.).

— Компьютерная томография и магнитно-резонансная томография (включая МР-ангиографию).

— Восстановительное лечение и реабилитация в условиях поликлиники по медицинским показаниям.

— Физиотерапия, в том числе с применением медицинского лазера.

— ЛФК, массаж.

— Классическая рефлексотерапия.

— Мануальная терапия.

— Вызов врача – терапевта на дом из поликлиники, в которой Застрахованное лицо получает медицинское обслуживание по амбулаторно – поликлинической помощи в случае, если Застрахованное лицо по состоянию здоровья не может лично обратиться в поликлинику.

— Предоставление консультаций врачом по телефону.

— Организацию и контроль медицинской помощи, предоставляемой в медицинском учреждении.

— Предгоспитализационное обследование.

— Консультации и (или) лечение в период развития острых и обострения хронических заболеваний в медицинском учреждении.

— Ведение медицинской документации, выдачу листов нетрудоспособности и

медицинских справок, а также выписывание рецептов на приобретение лекарственных препаратов, за исключением льготных.

1.3.2. Стоматологическая помощь при острой зубной боли. Под острой зубной болью понимается краткая по времени проявления боль с легко идентифицируемой причиной появления:

- Приемы, консультации стоматолога-терапевта, стоматолога-хирурга, пародонтолога.
- Местная анестезия (инфильтрационная, аппликационная, проводниковая).
- Радиовизиография, дентальные рентгеновские снимки.
- Лечение кариеса с наложением изолирующей прокладки и пломбы из композитов светового отверждения не более 24 зубов за период страхования.
- Лечение пульпита с наложением девитализирующих паст, механической, медикаментозной обработкой и пломбированием каналов.
- Лечение периодонтита с распломбировкой, механической и медикаментозной обработкой каналов, пломбировкой с применением антисептиков и остеотропных препаратов.
- Лечение некариозных поражений твердых тканей зуба (клиновидные дефекты, флюороз, гипоплазия эмали) с пломбированием композитами светового отверждения не более 24 зубов за период страхования.
- Восстановление коронковой части зуба, при разрушении ее менее $\frac{1}{2}$ с использованием анкерных штифтов и гуттаперчевых штифтов.
- Экстракция зубов, включая сложные удаления.
- Терапевтические методы лечения тканей пародонта I-II ст.
- Вскрытие поднадкостничных абсцессов.
- Лечение воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области.
- Лечение доброкачественных новообразований челюстно-лицевой области, включая резекцию верхушки, цистэктомию с гистологическим исследованием и ретроградной пломбировкой.
- Физиотерапия – 10 процедур за период страхования.

1.3.3. Скорая медицинская помощь.

Скорая медицинская помощь оказывается Застрахованному лицу при наличии в населенном пункте службы скорой медицинской помощи и только в случаях, требующих срочного медицинского вмешательства, в следующем объеме:

- выезд бригады скорой медицинской помощи; проведение необходимой экспресс-диагностики и экстренных лечебных мероприятий; транспортировка в стационар по жизненным показаниям.

1.3.4. Стационарная медицинская помощь.

Стационарная медицинская помощь оказывается Застрахованному лицу по поводу заболевания (состояния), явившегося непосредственной причиной экстренной госпитализации Застрахованного лица. Экстренная госпитализация осуществляется при таком состоянии здоровья Застрахованного лица, которое требует срочного оказания медицинской помощи в условиях стационара.

Страховщик организует и оплачивает стационарную медицинскую помощь Застрахованному лицу в следующем объеме:

- пребывание в многоместной палате в стационаре, лечебное питание и уход медицинского персонала;
- лечение и наблюдение лечащим врачом в отделении;
- консультации специалистов;
- лабораторная диагностика;
- инструментальная диагностика по медицинским показаниям;
- анестезиологические пособия;
- оперативные (хирургические) вмешательства;

- палата интенсивной терапии, реанимационные мероприятия;
- лекарственные препараты, включенные в утверждаемый Правительством Российской Федерации перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов для медицинского применения и медицинских изделий⁵, имеющиеся в наличии учреждения стационара;
- медицинские изделия, включенные в утверждаемый Правительством Российской Федерации перечень медицинских изделий, имплантируемых в организм человека⁶, имеющиеся в наличии учреждения стационара;
- донорская кровь и ее компоненты;
- экспертиза временной нетрудоспособности.

Конкретный перечень медицинских и иных услуг, включаемых в Программу страхования «Мигрант», определяется договором страхования и соглашением сторон.

1.4. Исключения из Программы страхования «Мигрант»:

1.4.1. Страховщик не оплачивает медицинские услуги и расходы в соответствии с положениями пунктов 4.7 – 4.14 Правил страхования.

1.4.2. Страховщик также не оплачивает следующие медицинские услуги и расходы:

1.4.2.1. Оказание Застрахованному лицу медицинской помощи, не назначенной врачом, оказывающим медицинскую помощь в рамках Программы страхования;

1.4.2.2. Оказание Застрахованному лицу услуг до начала действия разрешения на работу или патента;

1.4.2.3. Оказание Застрахованному лицу медицинской помощи при особо опасных инфекционных болезнях (натуральная оспа, полиомиелит, малярия торс), заболеваниях, включенных в утверждаемый Правительством Российской Федерации перечень заболеваний, представляющих опасность для окружающих, а также при злокачественных новообразованиях, сахарном диабете, психических расстройствах и расстройствах поведения;

1.4.2.4. Оказание Застрахованному лицу высокотехнологичной медицинской помощи;

1.4.2.5. Оказание Застрахованному лицу медицинской помощи при патологических состояниях, отравлениях и травмах, возникших у Застрахованного лица в состоянии алкогольного опьянения или под воздействием иных психо-активных веществ и (или) лекарственных препаратов, употребленных без назначения врача;

1.4.2.6. Оказание Застрахованному лицу медицинской помощи при возникновении травматических повреждений или иных нарушений здоровья, наступивших в результате совершения Застрахованным лицом умышленных противоправных действий;

1.4.2.7. Оказание Застрахованному лицу медицинской помощи при покушении Застрахованного лица на самоубийство, за исключением тех случаев, когда Застрахованное лицо было доведено до такого состояния противоправными действиями третьих лиц;

1.4.2.8. Оказание медицинской помощи при умышленном причинении себе телесных повреждений Застрахованным лицом;

1.4.2.9. Оказание Застрахованному лицу услуг, связанных с беременностью, родами, послеродовым периодом и абортами Застрахованного лица, диагностика и лечение бесплодия, нарушения менструального цикла, услуги по планированию семьи, подбор методов контрацепции, лечение расстройства половой функции;

1.4.2.10. Динамическое и диспансерное наблюдение хронических заболеваний;

1.4.2.11. Медицинские услуги, оказанные в плановом порядке;

1.4.2.12. Лечение, являющееся по характеру экспериментальным или исследовательским; услуги, связанные с телемедициной; диагностика и лечение с использованием авторских методов;

⁵ В соответствии с пунктом 6 статьи 4 Федерального закона от 12 апреля 2010 года № 61-ФЗ «Об обращении лекарственных средств»

⁶ В соответствии с частью 2.1 статьи 80 Федерального закона от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

- 1.4.2.13. Гипноз, услуги психотерапевта, психолога, диетолога, генетика, логопеда;
 - 1.4.2.14. Самостоятельные обращения Застрахованного лица за медицинской помощью в лечебные либо иные учреждения, не согласованные со Страховщиком;
 - 1.4.2.15. Вызов врача на дом, медицинский уход на дому, выполнение медицинских услуг на дому;
 - 1.4.2.16. Методы традиционной диагностики: иридодиагностика, аурикулодиагностика, акупунктурная диагностика, пульсодиагностика, биорезонансная диагностика, диагностика по методу Фолля и т.д.; лечение методами традиционной медицины: энергоинформатика, цуботерапия, электроакупунктура, гирудотерапия, фитотерапия, гомеопатия; ударно-волновая терапия; все виды пневмомассажа (за исключением массажа барабанных перепонок), аппаратное вытяжение позвоночника (сухое и подводное); лечение с использованием аппаратов квантовой терапии; лечение с использованием аппаратов структурно-резонансной терапии и т.д.;
 - 1.4.2.17. Бальнеологические процедуры, ЛФК, грязелечение, а также услуги, оказываемые в профилактических (в том числе психопрофилактических), косметических, оздоровительных целях, массаж, тренажеры, очистка кишечника, аппаратное лечение простатитов, сауна, солярий и прочее; специфическая иммунизация с различными аллергенами, вакцинация;
 - 1.4.2.18. Экстракорпоральные методы лечения, в т.ч. УФО крови, за исключением случаев проведения экстракорпорального воздействия на кровь и её компоненты по жизненным показаниям при нахождении больного в отделении реанимации; гипо-, нормо- и гипербарическая оксигенация; внутривенное и накожное облучение крови; озонотерапия; лечение с использованием альфа капсул; роботассистированные операции;
 - 1.4.2.19. Лечение заболеваний органов и тканей, требующие их трансплантации, имплантации, все виды протезирования, ортопедической коррекции; пластическая хирургия; кардиохирургические и нейрохирургические операции (кроме оперативного лечения острых травм); процедуры и операции, проводимые с эстетической и косметической целью;
 - 1.4.2.20. Магнитно-резонансная томография, компьютерная томография, аллергологический статус, исследования расширенного иммунологического статуса и подобные исследования;
 - 1.4.2.21. На приобретение очков, контактных линз, слуховых аппаратов, других дополнительных медицинских устройств и приспособлений, расходных материалов индивидуального назначения, полимерных фиксирующих повязок; туторов, ортезов, брейсов;
 - 1.4.2.22. Размещение в одноместных палатах и палатах повышенной комфортности, индивидуальный сестринский пост;
 - 1.4.2.23. Лечение муковисцидоза, псориаза, микозов; урогенитальных инфекций;
 - 1.4.2.24. Коррекция веса, речи; диагностика и лечение храпа и апноэ во сне;
 - 1.4.2.25. Коррекция зрения с помощью методов лазерной хирургии, манипуляции с использованием аппаратно-программных комплексов в офтальмологии;
 - 1.4.2.26. Устранение косметических дефектов; удаление папиллом, бородавок, моллюсков, невусов, мозолей, кондилом, атером, липом, халязион и пр.; диагностика и лечение заболеваний волос (алопеция и др.); склеротерапия вен;
 - 1.4.2.27. Обследование с целью выдачи справок на автовождение, на право ношения оружия, для трудоустройства, для посещения спортивно-оздоровительных мероприятий; для поступления в учебные заведения, для оформления выезда за рубеж, санаторно-курортной карты;
 - 1.4.2.28. Выдача всех видов медицинской документации (за исключением выдачи справки о перенесенном заболевании (форма 095/у) или листка нетрудоспособности);
 - 1.4.2.29. Услуги стационара одного дня;
 - 1.4.2.30. Любые виды стоматологических услуг.
- 1.5. Порядок оказания медицинских услуг.

1.5.1. Для получения услуг, предусмотренных Программой страхования «Мигрант», Застрахованное лицо или лицо, действующее в его интересах, должны обратиться к Страховщику. Сообщить полностью фамилию, имя, отчество, номер и срок действия Полиса страхования, а также контактный телефон. Дать подробное описание возникшей проблемы и вид требуемой помощи. Получить рекомендации Страховщика (представителя Страховщика) и действовать в соответствии с ними.

1.5.2. Конкретный перечень медицинских и иных учреждений, оказывающих медицинские и иные услуги Застрахованным лицам по Программе страхования «Мигрант», определяется договором страхования и соглашением сторон.

1.5.3. Услуги оказываются в режиме работы медицинского учреждения и в соответствии с регламентом работы служб скорой медицинской помощи при предъявлении оригинала Полиса страхования и, при необходимости, пропуска в медицинское учреждение, и документа, удостоверяющего личность.

1.5.4. Застрахованное лицо госпитализируется в экстренном порядке бригадой скорой медицинской помощи в одно из рекомендованных Страховщиком медицинских учреждений, которое при наличии мест способно обеспечить соответствующую медицинскую помощь. В противном случае Застрахованное лицо может быть госпитализировано в иное медицинское учреждение, имеющее договорные отношения со Страховщиком.

1.5.5. При самостоятельном обращении Застрахованного лица в медицинское учреждение без предварительного согласования со Страховщиком, возмещение потраченных средств не производится.

1.5.6. При организации услуг по Программе страхования «Мигрант» Страховщик оплачивает расходы на лечение и иные услуги, предусмотренные настоящей Программой страхования, напрямую в медицинское учреждение.

1.5.7. При необходимости отказа от согласованных и (или) организованных Страховщиком медицинских и иных услуг, Застрахованное лицо или его представитель должен заблаговременно сообщить об этом Страховщику.

1.6. Страхователь обязан возместить понесенные Страховщиком расходы в следующих случаях:

1.6.1. Вызов бригады скорой медицинской помощи по неточному, неполному или несуществующему адресу, указанному Страховщику Застрахованным лицом или лицом, действующим в его интересах;

1.6.2. Отсутствие Застрахованного лица по указанному при вызове скорой медицинской помощи адресу;

1.6.3. Вызов бригады скорой медицинской помощи для лиц, не застрахованных по настоящей Программе страхования;

1.6.4. Вызов бригады скорой медицинской помощи с целью получения плановых медицинских манипуляций: инъекций, измерения артериального давления и т.д.;

1.6.5. Вызов бригады скорой медицинской помощи к Застрахованному лицу, находящемуся в состоянии алкогольного (средней и тяжелой степени), токсического или наркотического опьянения, или с целью прерывания запоя, а также последующей его госпитализации;

1.6.6. Отмена вызова бригады скорой помощи;

1.6.7. Отказ от услуг бригады скорой помощи по ее прибытии на место вызова.

1.7. После оплаты Страховщиком услуг, указанных в п.п. 1.6.1 – 1.6.7 Программы страхования «Мигрант», Страховщик вправе потребовать возмещения Страхователем суммы оплаченного счета. При неоплате этой суммы в течение 5 (пяти) банковских дней с момента получения счета от Страховщика, Страховщик вправе прекратить действие договора страхования в отношении такого Застрахованного лица.

№ 2. ПРОГРАММА СТРАХОВАНИЯ «МЕДИКО-ТРАНСПОРТНЫЕ УСЛУГИ И РЕПАТРИАЦИЯ»

По настоящей Программе страхования «Медико-транспортные услуги и репатриация» Страховщик организует и оплачивает медико-транспортные услуги, предоставляемые Застрахованному лицу при остром заболевании (состоянии), обострении хронического заболевания, травме (в том числе ожоге, обморожении) и отравлении в случаях:

- Транспортировка Застрахованного лица в лечебное учреждение для оказания медицинской помощи амбулаторной или с целью госпитализации (по показаниям сопровождение медицинского персонала).

- Транспортировка Застрахованного лица из лечебного учреждения на постоянное место проживания, лечения (по показаниям сопровождение медицинского персонала).

- Транспортировка в случае смерти Застрахованного лица в результате внезапных острых заболеваний, состояний, обострений хронических заболеваний, травм, ожогов и обморожений, отравлений (при условии, что данные события, их причины не указаны в разделе Исклучения настоящей Программы страхования), произошедшей на территории России, но за пределами региона постоянного проживания. Выбор вида транспорта производится Страховщиком и осуществляется только прямыми маршрутами без пересадок. Медико-транспортные услуги не оказываются с территории республики Дагестан, республики Ингушетия, Чеченской республики.

Не подлежат оплате и возмещению расходы, возникшие в результате оказания услуг, оплата которых не предусмотрена настоящей Программой страхования: возникшие при оказании сервисных услуг, связанные с любой транспортировкой Застрахованного лица или иных лиц, организованной не сервисной компанией и не согласованной со Страховщиком; связанные с получением сервисных услуг с целью дополнительного комфорта, наличием дополнительных удобств, технических средств и медицинских изделий, не являющихся необходимыми в соответствии с медицинскими показаниями, имевшие место после даты истечения срока действия договора страхования.

В случае смерти Застрахованного лица – гражданина иностранного государства в результате внезапных острых заболеваний, состояний, обострений хронических заболеваний, травм, ожогов и обморожений, отравлений (при условии, что данные события, их причины не указаны в разделе Исклучения настоящей Программы страхования), произошедшей на территории действия договора страхования: оплачиваются согласованные со Страховщиком (санкционированные в письменном виде) услуги по репатриации останков до транспортного узла (аэропорта, железнодорожной станции) на территории страны постоянного проживания Застрахованного лица, ближайшего к месту жительства Застрахованного лица. Выбор вида транспорта производится Страховщиком и осуществляется только прямыми маршрутами без пересадок. Репатриация не производится с территории республики Дагестан, республики Ингушетия, Чеченской республики.

Не подлежат оплате, не подлежат возмещению расходы возникшие в результате оказания услуг, оплата которых не предусмотрена настоящей Программой страхования: возникшие при оказании ритуальных услуг, услуг по репатриации останков при суициде; связанные с причинением морального вреда; связанные с любой транспортировкой Застрахованного лица или иных лиц, организованной не сервисной компанией и не согласованной со Страховщиком.

Исклучения из Программы страхования «Медико-транспортные услуги и репатриация»:

2.1. По настоящей Программе страхования Страховщик не оплачивает медицинские услуги, оказываемые Застрахованному лицу по поводу перечисленных ниже заболеваний / состояний и связанных с ними осложнений:

2.1.1. Туберкулез, за исключением диагностики;

2.1.2. Инфекционные заболевания, передающиеся половым путем (хламидиоз, трихомониаз, генитальный герпес; за исключением их диагностики, проведения одного курса лечения и контрольных анализов; а также сифилис, гонорея, за исключением их диагностики);

2.1.3. Лечение особо опасных инфекционных заболеваний: натуральная оспа, чума, холера, сыпной тиф, «атипичная пневмония», SARS и др.), а также высоко контагиозные вирусные геморрагические лихорадки, другие вирусные инфекции (корь, ветряная оспа и др.);

2.1.4. ВИЧ-инфекция; СПИД (если первичная диагностика не предусмотрена условиями договора страхования);

2.1.5. Острые и хронические лучевые поражения;

2.1.6. Хроническая почечная недостаточность, требующая проведения внепочечного очищения крови (за исключением проведения сеансов острого гемодиализа по жизненным показаниям);

2.1.7. Беременность и родовспоможение, все технологии, способствующие и препятствующие наступлению беременности.

2.1.8. Острые отравления алкоголем и его суррогатами, наркотическими средствами; токсикомания.

2.1.9. Психические заболевания, расстройства поведения и их последствия, а также различные травмы и соматические заболевания, возникшие в связи с заболеванием психической природы.

2.1.10. Онкологические заболевания, гемобластозы;

2.1.11. Гепатиты вирусной этиологии, в том числе хронические гепатиты В, С, D и другие; хронические гепатиты алиментарного и аутоиммунного генеза, циррозы печени.

2.1.12. Заболевания, сопровождающиеся хронической печеночной недостаточностью, требующие проведения гемодиализа.

2.1.13. Врожденные аномалии и пороки развития, наследственные и генетические заболевания.

2.2. Страховщик не компенсирует медицинские услуги и затраты на них (если другое не предусмотрено условиями договора страхования):

2.2.1. Пластическая хирургия, за исключением восстановления и (или) коррекции после несчастного случая, произошедшего в период действия договора страхования;

2.2.2. Зубопротезирование и имплантация; все виды услуг по подготовке к протезированию;

2.2.3. установка анкерных штифтов, ортодонтические услуги;

2.2.4. профилактические мероприятия в стоматологии, отбеливание зубов и другие косметологические процедуры;

2.2.5. восстановление коронковой части зуба при ее разрушении более, чем на 50%;

2.2.6. иммунопрофилактика;

2.2.7. использование и подгонка корректирующих медицинских устройств или приспособлений (контактных линз, слуховых устройств, слуховых имплантов);

2.3. хирургическое лечение ожирения или изменение массы тела; модификации человеческого тела с целью улучшения психологического, умственного или эмоционального состояния Застрахованного лица, такие как хирургическое изменение пола; трансплантация органов или тканей;

2.4. лечение психических заболеваний;

2.5. эректильная дисфункция, различные нарушения менструальной и репродуктивной функций, стерилизация, искусственное оплодотворение, подбор методов контрацепции, удаление ВМС;

2.6. лекарственное обеспечение, за исключением услуг, оказанных стационарными медицинскими учреждениями или предусмотренные Программой страхования;

2.7. косметическая операция, если только она не была следствием болезни или несчастного случая, предусмотренного условиями договора страхования;

2.8. обследования с целью оформления медицинской документации для поездок за рубеж, на право ношения оружия, вождения автомобиля; для посещения спортивно-оздоровительных учреждений проводятся только по согласованию со страховой компанией;

2.9. Лечение сахарного диабета I типа, кроме его диагностики и лечения осложнений.

2.3. Не является страховым случаем и не оплачивается Страховщиком обращение Застрахованного лица в медицинскую организацию с целью получения медицинской помощи, связанной с травматическими повреждениями или иным расстройством здоровья, полученными Застрахованным лицом:

2.3.1. в состоянии алкогольного, наркотического или токсического опьянения;

2.3.2. в прямой причинной связи с совершением Застрахованным лицом умышленного преступления;

2.3.3. в связи с покушением Застрахованного лица на самоубийство, за исключением случаев, когда Застрахованное лицо было доведено до такого состояния противоправными действиями третьих лиц;

2.3.4. умышленным причинением себе телесных повреждений Застрахованным лицом;

2.3.5. вследствие воздействия ядерного взрыва, радиации или радиоактивного заражения;

2.3.6. вследствие военных действий, а также маневров или иных военных мероприятий;

2.3.7. вследствие гражданской войны, народных волнений всякого рода или забастовок;

2.3.8. Вследствие террористического акта.

№ 3. ПРОГРАММА СТРАХОВАНИЯ «АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ»

3.1. По настоящей Программе страхования «Амбулаторно-поликлиническая помощь» Страховщик организует и оплачивает амбулаторно-поликлинические медицинские услуги, предоставляемые Застрахованному лицу при остром заболевании (состоянии), обострении хронического заболевания, травме (в том числе ожоге, обморожении) и отравлении.

3.2. Объем предоставляемых услуг по Программе страхования «Амбулаторно-поликлиническая помощь»:

3.2.1. Лечебно-диагностические приемы, консультации врачей-специалистов;

3.2.2. Лабораторные и инструментальные исследования;

3.2.3. Физиотерапевтическое лечение;

3.2.4. Массаж, мануальная терапия, ЛФК;

3.2.5. Иммунопрофилактика;

3.2.6. Медицинские услуги с использованием стационара одного дня, дневного стационара и стационара на дому;

3.2.7. Забор анализов, патронажный визит, а также лечебно-диагностический прием медицинских работников по месту пребывания Застрахованного лица;

3.2.8. Проведение предварительных и периодических медицинских осмотров лиц в целях предупреждения заболеваний (в т.ч. профессиональных), в том числе водителей транспортных средств;

3.2.9. Экспертиза временной нетрудоспособности, оформление медицинской документации.

3.3. Исключения из Программы страхования «Амбулаторно-поликлиническая помощь»:

3.3.1. По настоящей Программе страхования Страховщик не оплачивает медицинские услуги, оказываемые Застрахованному лицу по поводу перечисленных ниже заболеваний / состояний и связанных с ними осложнений:

3.3.2. Туберкулез, за исключением диагностики;

3.3.3. Инфекционные заболевания, передающиеся половым путем, за исключением их диагностики;

3.3.4. Лечение особо опасных инфекционных заболеваний: натуральная оспа, чума, холера, сыпной тиф, «атипичная пневмония», SARS и др.), а также высоко контагиозные вирусные геморрагические лихорадки, другие вирусные инфекции (корь, ветряная оспа и др.);

3.3.5. ВИЧ-инфекция; СПИД (если первичная диагностика не предусмотрена условиями договора страхования);

3.3.6. Острые и хронические лучевые поражения;

3.3.7. Хроническая почечная недостаточность, требующая проведения внепочечного очищения крови (за исключением проведения сеансов острого гемодиализа по жизненным показаниям);

3.3.8. Беременность и родовспоможение, если иное не предусмотрено Программой страхования к договору страхования, все технологии, способствующие и препятствующие наступлению беременности.

3.3.9. Острые отравления алкоголем и его суррогатами, наркотическими средствами; токсикомания.

3.3.10. Психические заболевания, расстройства поведения и их последствия, а также различные травмы и соматические заболевания, возникшие в связи с заболеванием психической природы.

3.3.11. Онкологические заболевания, гемобластозы, если иное не предусмотрено Программой страхования к договору страхования;

3.3.12. Гепатиты вирусной этиологии, в том числе хронические гепатиты В, С, D и другие; хронические гепатиты алиментарного и аутоиммунного генеза, циррозы печени.

3.3.13. Заболевания, сопровождающиеся хронической печеночной недостаточностью, требующие проведения гемодиализа.

3.3.14. Врожденные аномалии и пороки развития, наследственные и генетические заболевания.

3.3.15. Страховщик не компенсирует медицинские услуги и затраты на них (если другое не предусмотрено условиями договора страхования):

3.3.16. Иммунопрофилактика;

3.3.17. Использование и подгонка корректирующих медицинских устройств или приспособлений (контактных линз, слуховых устройств, слуховых имплантов);

3.3.18. Лечение психических заболеваний;

3.3.19. Эректильная дисфункция, различные нарушения менструальной и репродуктивной функций, стерилизация, искусственное оплодотворение, подбор методов контрацепции, удаление ВМС;

3.3.20. Лекарственное обеспечение, если иное не предусмотрено Программой страхования к договору страхования, за исключением услуг, оказанных стационарными медицинскими учреждениями (дневной стационар);

3.3.21. Лечение сахарного диабета I типа, кроме его диагностики и лечения осложнений, если иное не предусмотрено Программой страхования к договору страхования.

3.4. Не является страховым случаем и не оплачивается Страховщиком обращение Застрахованного лица в медицинскую организацию с целью получения медицинской помощи, связанной с травматическими повреждениями или иным расстройством здоровья, полученными Застрахованным лицом:

3.4.1. В состоянии алкогольного, наркотического или токсического опьянения;

3.4.2. В прямой причинной связи с совершением Застрахованным лицом умышленного преступления;

3.4.3. В связи с покушением Застрахованного лица на самоубийство, за исключением случаев, когда Застрахованное лицо было доведено до такого состояния противоправными действиями третьих лиц;

- 3.4.4. Умышленным причинением себе телесных повреждений Застрахованным лицом;
- 3.4.5. Вследствие воздействия ядерного взрыва, радиации или радиоактивного заражения;
- 3.4.6. Вследствие военных действий, а также маневров или иных военных мероприятий;
- 3.4.7. Вследствие гражданской войны, народных волнений всякого рода или забастовок;
- 3.4.8. Вследствие террористического акта.

№ 4. ПРОГРАММА СТРАХОВАНИЯ «СКОРАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ»

4.1. По настоящей Программе страхования «Скорая медицинская помощь» Страховщик организует и оплачивает медицинские услуги при острых состояниях, угрожающих жизни и здоровью Застрахованного лица, возникших в период действия договора страхования и требующих скорой и неотложной медицинской помощи:

4.2. Объем предоставляемых услуг по Программе страхования «Скорая медицинская помощь».

4.2.1. Вызов бригады скорой помощи производится через диспетчерскую службу Страховщика по телефонам, указанным в Договоре страхования.

4.2.2. Услуги скорой и неотложной медицинской помощи:

Выезд бригады скорой (неотложной) медицинской помощи

- первичный осмотр больного;
- проведение необходимой экспресс – диагностики в объеме, имеющемся в автомобиле «скорой помощи»;
- экстренные лечебные манипуляции: введение лекарственных препаратов, первичная обработка ран, перевязки и т.п.;
- медицинская транспортировка и госпитализация при необходимости в стационар.

4.3. В исключительных случаях, по жизненным показаниям, неотложная помощь может быть оказана бригадой городской медицинской помощи «03» и Застрахованное лицо может быть госпитализировано в ближайшую к месту его нахождения городскую (районную) больницу с последующим переводом в лечебное учреждение, входящее в Программу страхования.

4.4. Исключения из Программы страхования «Скорая медицинская помощь»:

4.4.1. По настоящей Программе страхования Страховщик не оплачивает медицинские услуги, оказываемые Застрахованному лицу по поводу перечисленных ниже заболеваний / состояний и связанных с ними осложнений:

4.4.2. Туберкулез, за исключением диагностики;

4.4.3. Инфекционные заболевания, передающиеся половым путем, за исключением их диагностики;

4.4.4. Лечение особо опасных инфекционных заболеваний: натуральная оспа, чума, холера, сыпной тиф, «атипичная пневмония», SARS и др.), а также высоко контагиозные вирусные геморрагические лихорадки, другие вирусные инфекции (корь, ветряная оспа и др.);

4.4.5. ВИЧ-инфекция; СПИД (если первичная диагностика не предусмотрена условиями договора страхования);

4.4.6. Острые и хронические лучевые поражения;

4.4.7. Хроническая почечная недостаточность, требующая проведения внепочечного очищения крови (за исключением проведения сеансов острого гемодиализа по жизненным показаниям);

4.4.8. Беременность и родовспоможение, если иное не предусмотрено Программой страхования к договору страхования, все технологии, способствующие и препятствующие наступлению беременности.

4.4.9. Острые отравления алкоголем и его суррогатами, наркотическими средствами; токсикомания.

4.4.10. Психические заболевания, расстройства поведения и их последствия, а также различные травмы и соматические заболевания, возникшие в связи с заболеванием психической природы.

4.4.11. Онкологические заболевания, гемобластозы, если иное не предусмотрено Программой страхования к договору страхования;

4.4.12. Гепатиты вирусной этиологии, в том числе хронические гепатиты В, С, D и другие; хронические гепатиты алиментарного и аутоиммунного генеза, циррозы печени.

4.4.13. Заболевания, сопровождающиеся хронической печеночной недостаточностью, требующие проведения гемодиализа.

4.4.14. Врожденные аномалии и пороки развития, наследственные и генетические заболевания.

4.5. Страховщик не компенсирует медицинские услуги и затраты на них (если другое не предусмотрено условиями договора страхования):

4.5.1. Лечение психических заболеваний.

4.6. Не является страховым случаем и не оплачивается Страховщиком обращение Застрахованного лица в медицинскую организацию с целью получения медицинской помощи, связанной с травматическими повреждениями или иным расстройством здоровья, полученными Застрахованным лицом:

4.6.1. В состоянии алкогольного, наркотического или токсического опьянения;

4.6.2. В прямой причинной связи с совершением Застрахованным лицом умышленного преступления;

4.6.3. В связи с покушением Застрахованного лица на самоубийство, за исключением случаев, когда Застрахованное лицо было доведено до такого состояния противоправными действиями третьих лиц;

4.6.4. Умышленным причинением себе телесных повреждений Застрахованным лицом;

4.6.5. Вследствие воздействия ядерного взрыва, радиации или радиоактивного заражения;

4.6.6. Вследствие военных действий, а также маневров или иных военных мероприятий;

4.6.7. Вследствие гражданской войны, народных волнений всякого рода или забастовок;

4.6.8. Вследствие террористического акта.

№ 5. ПРОГРАММА СТРАХОВАНИЯ «СТОМАТОЛОГИЯ»

5.1. По настоящей Программе страхования «Стоматология» Страховщик организует и оплачивает стоматологическую помощь при острых заболеваниях, обострении хронических заболеваний и травмах зубов, слизистой полости рта и челюстно-лицевой области.

5.2. Объем предоставляемых услуг по Программе страхования «Стоматология».

5.2.1. Терапевтическая стоматология:

- первичный осмотр для определения объема лечения;
- лечение осложненного и не осложненного кариеса и не кариозных поражений зубов;

- пломбирование специальными композитами кариозных полостей (светои химического отверждения); восстановление коронковой части зуба при ее разрушении не более, чем на 50%; восстановление коронковой части зуба с помощью анкерного штифта;

- механическая и медикаментозная обработка и пломбирование каналов пастами с использованием гуттаперчевых штифтов и термофилов при пульпитах и периодонтитах;

- лечение заболеваний тканей пародонта и мягких тканей полости рта;

- анестезия импортными анестетиками (инфильтрационная, аппликационная, проводниковая);

- общая анестезия;

- рентгенография (прицельный и панорамный снимок), радиовизиография, КТ;

- снятие зубного камня, мягких зубных отложений;

- покрытие зубов фторсодержащими препаратами;

5.2.2. Хирургическая стоматология:

- первичный осмотр для определения объема лечения;

- анестезия импортными анестетиками (инфильтрационная, аппликационная, проводниковая);

- рентгенография (прицельный и панорамный снимок), радиовизиография по медицинским показаниям, КТ по медицинским показаниям;

- удаление зубов (простое, сложное, в т.ч. с отслаиванием слизисто-надкостничного лоскута), цистэктомии, резекция верхушки корня зуба;

- лечение острых стоматологических хирургических заболеваний и травм челюстно – лицевой области (вскрытие абсцессов).

- лечение заболеваний слизистой полости рта и языка;

- лечение заболеваний слюнных желез;

- лечение доброкачественных опухолей челюстно-лицевой области;

5.2.3. Ортодонтическое лечение, подготовка к протезированию, протезирование и имплантология в объеме, указанном в договоре страхования.

5.3. Исключения из Программы страхования «Стоматология»:

5.3.1. По настоящей Программе страхования Страховщик не оплачивает медицинские услуги, оказываемые Застрахованному лицу по поводу перечисленных ниже заболеваний / состояний и связанных с ними осложнений:

5.3.2. Туберкулез, за исключением диагностики;

5.3.3. ВИЧ-инфекция; СПИД (если первичная диагностика не предусмотрена условиями договора страхования);

5.3.4. Онкологические заболевания, гемобластозы;

5.3.5. Гепатиты вирусной этиологии, в том числе хронические гепатиты В, С, D и другие;

5.3.6. Врожденные аномалии и пороки развития, наследственные и генетические заболевания.

5.3.7. Страховщик не компенсирует медицинские услуги и затраты на них (если другое не предусмотрено условиями договора страхования):

5.3.8. Пластическая хирургия, за исключением восстановления и (или) коррекции после несчастного случая, произошедшего в период действия договора страхования;

5.3.9. Зубопротезирование и имплантация; все виды услуг по подготовке к протезированию;

5.3.10. Установка анкерных штифтов, ортодонтические услуги;

5.3.11. Профилактические мероприятия в стоматологии, отбеливание зубов и другие косметологические процедуры;

5.3.12. Восстановление коронковой части зуба при ее разрушении более, чем на 50%;

5.4. Не является страховым случаем и не оплачивается Страховщиком обращение Застрахованного лица в медицинскую организацию с целью получения медицинской помощи, связанной с травматическими повреждениями или иным расстройством здоровья, полученными Застрахованным лицом:

5.4.1. В состоянии алкогольного, наркотического или токсического опьянения;

5.4.2. В прямой причинной связи с совершением Застрахованным лицом умышленного преступления;

5.4.3. В связи с покушением Застрахованного лица на самоубийство, за исключением случаев, когда Застрахованное лицо было доведено до такого состояния противоправными действиями третьих лиц;

5.4.4. Умышленным причинением себе телесных повреждений Застрахованным лицом;

5.4.5. Вследствие воздействия ядерного взрыва, радиации или радиоактивного заражения;

5.4.6. Вследствие военных действий, а также маневров или иных военных мероприятий;

5.4.7. Вследствие гражданской войны, народных волнений всякого рода или забастовок;

5.4.8. Вследствие террористического акта.

№ 6. ПРОГРАММА СТРАХОВАНИЯ «СТАЦИОНАРНАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ»

6.1. По настоящей Программе страхования «Стационарная медицинская помощь» Страховщик организует и финансирует предоставление Застрахованному лицу медицинских и иных услуг при остром и обострении хронического заболевания, травме (в том числе ожоге, отморожении), отравлении, кроме случаев, перечисленных в разделе Исключения настоящей Программы страхования.

6.2. Объем предоставляемых услуг по Программе страхования «Стационарная медицинская помощь».

6.2.1. Экстренная госпитализация осуществляется при возникновении в период действия договора страхования состояния, угрожающие жизни и здоровью Застрахованного лица, при котором возникает необходимость немедленного оказания медицинской помощи в условиях стационара.

6.2.2. Госпитализация при обострении хронического заболевания осуществляется по направлению лечащего врача, после согласования со Страховщиком через информационно-сервисную службу в течение 7 (семи) рабочих дней с момента поступления заявки (направления) лечащего врача.

6.2.3. Страховщик оплачивает следующие медицинские услуги стационара, оказанные по поводу заболевания (состояния), явившегося непосредственной причиной госпитализации:

- пребывание в стационаре в палате (согласованной в договоре комфортности), питание, уход медицинского персонала;
- пребывание в отделении интенсивной терапии, реанимационные мероприятия;
- консультации;
- диагностические лабораторные и инструментальные исследования, проводимые по поводу заболевания (состояния) послужившего причиной госпитализации;
- хирургическое и (или) консервативное лечение, включая врачебные манипуляции, перевязки, введение лекарственных препаратов и т.п.;
- анестезиологические пособия;
- лекарственное обеспечение, препараты крови и кровезаменители;
- физиолечение, массаж, иглорефлексотерапия, мануальная терапия, магнитотерапия, лазеротерапия, занятия ЛФК и др., предписанные врачом для лечения заболевания, послужившего причиной госпитализации;
- Экспертиза временной нетрудоспособности.

6.2.4. В исключительных случаях, по жизненным показаниям, госпитализация может быть осуществлена бригадой городской скорой медицинской помощи «03» и Застрахованное лицо может быть госпитализировано в ближайшую к месту его нахождения городскую (районную) больницу с последующим переводом в лечебное учреждение, входящее в Программу страхования.

6.2.5. Инфекционные заболевания эпидемического характера (корь, дифтерия, скарлатина, и т.п.) в рамках настоящей Программы страхования подлежат только выявлению, если нет других условий в договоре. Последующее лечение осуществляется в специализированных лечебных учреждениях по месту жительства.

- Медицинская транспортировка (транспортировка Застрахованного лица в медицинскую организацию), осуществляемая по показаниям с медицинским сопровождением.

6.3. Исключения из Программы страхования «Стационарная медицинская помощь»:

6.3.1. По настоящей Программе страхования Страховщик не оплачивает медицинские услуги, оказываемые Застрахованному лицу по поводу перечисленных ниже заболеваний / состояний и связанных с ними осложнений:

6.3.2. Туберкулез, за исключением диагностики;

6.3.3. Инфекционные заболевания, передающиеся половым путем, за исключением их диагностики;

6.3.4. Лечение особо опасных инфекционных заболеваний: натуральная оспа, чума, холера, сыпной тиф, «атипичная пневмония», SARS и др.), а также высоко контагиозные вирусные геморрагические лихорадки, другие вирусные инфекции (корь, ветряная оспа и др.);

6.3.5. ВИЧ-инфекция; СПИД (если первичная диагностика не предусмотрена условиями договора страхования);

6.3.6. Острые и хронические лучевые поражения;

6.3.7. Хроническая почечная недостаточность, требующая проведения внепочечного очищения крови (за исключением проведения сеансов острого гемодиализа по жизненным показаниям) если иное не предусмотрено Программой страхования к договору страхования;

6.3.8. Беременность и родовспоможение, если иное не предусмотрено Программой страхования к договору страхования, все технологии, способствующие и препятствующие наступлению беременности.

6.3.9. Острые отравления алкоголем и его суррогатами, наркотическими средствами; токсикомания.

6.3.10. Психические заболевания, расстройства поведения и их последствия, а также различные травмы и соматические заболевания, возникшие в связи с заболеванием психической природы.

6.3.11. Онкологические заболевания, гемобластозы, если иное не предусмотрено Программой страхования к договору страхования;

6.3.12. Гепатиты вирусной этиологии, в том числе хронические гепатиты В, С, D и другие; хронические гепатиты алиментарного и аутоиммунного генеза, циррозы печени.

6.3.13. Заболевания, сопровождающиеся хронической печеночной недостаточностью, требующие проведения гемодиализа, если иное не предусмотрено Программой страхования к договору страхования;

6.3.14. Врожденные аномалии и пороки развития, наследственные и генетические заболевания.

6.4. Страховщик не компенсирует медицинские услуги и затраты на них (если другое не предусмотрено условиями договора страхования):

6.4.1. Пластическая хирургия, за исключением восстановления и (или) коррекции после несчастного случая, произошедшего в период действия договора страхования;

6.4.2. Зубопротезирование и имплантация; все виды услуг по подготовке к протезированию;

6.4.3. Установка анкерных штифтов, ортодонтические услуги;

6.4.4. Профилактические мероприятия в стоматологии, отбеливание зубов и другие косметологические процедуры;

6.4.5. Восстановление коронковой части зуба при ее разрушении более, чем на 50%;

6.4.6. Иммунопрофилактика;

6.4.7. Использование и подгонка корректирующих медицинских устройств или приспособлений (контактных линз, слуховых устройств, слуховых имплантов);

6.4.8. Лечение психических заболеваний;

6.4.9. Эректильная дисфункция, различные нарушения менструальной и репродуктивной функций, стерилизация, искусственное оплодотворение, подбор методов контрацепции, удаление ВМС;

6.4.10. Хирургическое лечение ожирения или изменение массы тела; модификации человеческого тела с целью улучшения психологического, умственного или эмоционального состояния Застрахованного лица, такие как хирургическое изменение пола; трансплантация органов или тканей;

6.4.11. Лекарственное обеспечение, за исключением услуг, оказанных стационарными медицинскими учреждениями или предусмотренные Программой страхования;

6.4.12. Косметическая операция, если только она не была следствием болезни или несчастного случая, предусмотренного условиями договора страхования;

6.4.13. Обследования с целью оформления медицинской документации для поездок за рубеж, на право ношения оружия, вождения автомобиля; для посещения спортивно-оздоровительных учреждений проводятся только по согласованию со страховой компанией;

6.4.14. Лечение сахарного диабета I типа, кроме его диагностики и лечения осложнений.

6.5. Не является страховым случаем и не оплачивается Страховщиком обращение Застрахованного лица в медицинскую организацию с целью получения медицинской помощи, связанной с травматическими повреждениями или иным расстройством здоровья, полученными Застрахованным лицом:

6.5.1. В состоянии алкогольного, наркотического или токсического опьянения;

6.5.2. В прямой причинной связи с совершением Застрахованным лицом умышленного преступления;

6.5.3. В связи с покушением Застрахованного лица на самоубийство, за исключением случаев, когда Застрахованное лицо было доведено до такого состояния противоправными действиями третьих лиц;

6.5.4. Умышленным причинением себе телесных повреждений Застрахованным лицом;

6.5.5. Вследствие воздействия ядерного взрыва, радиации или радиоактивного заражения;

6.5.6. Вследствие военных действий, а также маневров или иных военных мероприятий;

6.5.7. Вследствие гражданской войны, народных волнений всякого рода или забастовок;

6.5.8. Вследствие террористического акта.

№ 7. ПРОГРАММА СТРАХОВАНИЯ «МЕДИКАМЕНТОЗНАЯ ПОМОЩЬ»

7.1. По настоящей Программе страхования «Медикаментозная помощь» Страховщик обеспечивает Застрахованному лицу предоставление лекарственных средств, выписанных ему лечащим врачом при оказании амбулаторно – поликлинических и стационарных медицинских услуг при остром заболевании (состоянии), обострении хронического заболевания, травме (в том числе ожоге, отморожении), отравлении.

7.2. Объем предоставляемых услуг.

7.2.1. Обеспечение лекарственными препаратами, перевязочным материалом, средствами по уходу за больными, другими предметами медицинского назначения.

7.2.2. Обеспечение очками, контактными линзами, слуховыми аппаратами.

7.2.3. Обеспечение эндопротезами, искусственными водителями ритма сердца, транзиттерами, имплантатами и др.

7.2.4. Обеспечение корригирующими медицинскими устройствами и приспособлениями.

7.2.5. Консультации по медикаментозному обеспечению.

Когда Застрахованное лицо не имеет возможность по состоянию здоровья получить данные услуги, Страховщик получает и доставляет медикаментозное обеспечение к месту его нахождения (лечения).

Оплата Страховщиком услуг по обеспечению Застрахованного лица медикаментозными средствами производится путем оплаты счетов лечебно-профилактического учреждения или лечебного учреждения, в составе которого организована аптека, которая является его структурным подразделением и действует на правах отделения.

№ 8. ПРОГРАММА СТРАХОВАНИЯ «ДОРОДОВОЕ НАБЛЮДЕНИЕ БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН, ВКЛЮЧАЯ НАБЛЮДЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ С ПАТОЛОГИЕЙ СО СТАЦИОНАРНЫМ ЛЕЧЕНИЕМ».

8.1. По настоящей Программе страхования «Дородовое наблюдение беременных женщин, включая наблюдение беременности с патологией со стационарным лечением» Страховщик организует и оплачивает оказание медицинских услуг по комплексному обследованию и наблюдению беременных женщин при заключении договора страхования на любом сроке беременности и до 36-й недели включительно.

8.2. Объем предоставляемых услуг:

- наблюдение и лечение у акушера-гинеколога;
- наблюдение узких специалистов: терапевта, стоматолога, отоларинголога, офтальмолога и др.;
- инструментальная диагностика: ультразвуковое исследование, кардиомониторный контроль за состоянием плода и др.
- лабораторные исследования: исследование крови на резус-фактор, группу крови, RW, ВИЧ-инфекцию, гепатиты В и С, гемосиндром, клинический и биохимический анализы крови, анализ крови на сахар, общий анализ мочи, исследование крови на цитомегаловирус, герпес, токсоплазмоз, анализ влагалищного отделяемого на флору, а также на хламидиоз, микоплазмоз и др.
- выдача обменных карт и листков временной нетрудоспособности.
- консультативно-диагностические приемы акушера-гинеколога в течение двух недель после родов.
- услуги службы скорой медицинской помощи:
 - выезд бригады скорой медицинской помощи, включая проведение комплекса экстренных лечебных манипуляций и необходимой экспресс-диагностики;
 - медицинская транспортировка Застрахованного лица в медицинскую организацию и, при необходимости, обратно.
- услуги стационара:
 - консультации акушера-гинеколога и других специалистов;
 - лабораторные и инструментальные исследования;
 - пребывание в отделении интенсивной терапии, реанимационные мероприятия;
 - хирургическое и консервативное лечение;
 - лекарственные препараты и другие необходимые для лечения средства, имеющиеся в стационаре;
 - пребывание в палате различной комфортности, питание и уход медицинского персонала.

8.3. По настоящей Программе страхования Страховщик не оплачивает медицинские услуги, связанные со следующими заболеваниями и их осложнениями:

ВИЧ-инфекция, СПИД; особо опасные инфекционные болезни; оспа, полиомиелит, вызванный диким полиовирусом, человеческий грипп, вызванный новым подтипом, тяжелый острый респираторный синдром (ТОРС), холера, чума, малярия, вирусные лихорадки, передаваемые членистоногими и вирусные геморрагические лихорадки, менингококковая болезнь; психические расстройства и расстройства поведения, алкоголизм, наркомания, токсикомания; злокачественные новообразования, гемобластозы; туберкулез; наследственные заболевания: хромосомные, моногенные, митохондриальные (болезни, аномалии, нарушения), наследственные болезни обмена; аномалии развития, врожденные пороки; детский церебральный паралич.

Если в течение срока действия договора страхования у Застрахованной будут выявлены данные заболевания, Страховщик оплачивает медицинские услуги, оказанные Застрахованной по медицинским показаниям, до момента подтверждения (постановки) такого диагноза.

8.4. По настоящей Программе страхования Страховщик не оплачивает следующие медицинские услуги и расходы:

- услуги, проводимые без медицинских показаний;
- услуги, не являющиеся услугами по ведению беременности;
- расходы Застрахованного лица на приобретение лекарственных средств и изделий медицинского назначения, медицинского оборудования, очков, контактных линз, слуховых аппаратов, медицинских изделий, предназначенных для ухода за больными; кардиостимуляторы, стенты, а также расходные материалы для проведения ангиопластики и стентирования, искусственные хрусталики, имплантаты, трансплантаты, протезы и эндопротезы, корригирующие медицинские устройства и приспособления.
- услуги, оказанные Застрахованной после окончания срока действия договора страхования, кроме услуг, связанных с лечением Застрахованной в стационаре, госпитализированной в течение срока действия договора страхования – до момента выписки из стационара или в соответствии со сроками, указанными в договоре страхования.

№ 9. ПРОГРАММА СТРАХОВАНИЯ «РОДОВСПОМОЖЕНИЕ» (ВКЛЮЧАЯ ОСЛОЖНЕННЫЕ РОДЫ С КЕСАРЕВЫМ СЕЧЕНИЕМ)

9.1. Настоящая Программа страхования «Родовспоможение» (включая осложненные роды с кесаревым сечением) предусматривает обращение Застрахованной в течение периода действия договора страхования в медицинскую организацию из числа предусмотренных договором страхования в связи с оказанием акушерской помощи, а также иной, связанной с ней медицинской консультативной, лечебной, профилактической, восстановительной и иной помощи, предусмотренной договором страхования.

9.2. Объем предоставляемых услуг:

- Амбулаторно-поликлинические услуги:
 - консультации специалистов;
 - инструментальные исследования;
 - лабораторно-диагностические исследования (RW, ВИЧ, Rh, группа крови, HBsантиген, HCV–антиген, клинический анализ крови, общий анализ мочи, мазок на флору и др.).
- Услуги стационара:
 - госпитализация в экстренном и плановом порядке;
 - консультации акушера-гинеколога и других специалистов;
 - лабораторные и инструментальные исследования;
 - обезболивание при родовспоможении;
 - пребывание в предродовой и родовой палатах;
 - родовспоможение, включая кесарево сечение;
 - пребывание в отделении интенсивной терапии, реанимационные мероприятия;
 - лекарственные препараты и другие необходимые для лечения средства;

- пребывание в стационаре матери с новорожденным до момента их выписки;
- питание, уход медицинского персонала;
- Осмотр акушером-гинекологом в течение 28 дней после родов, в случае необходимости (осложнения после родов) – госпитализация и лечение.

По настоящей Программе страхования Страховщик не оплачивает медицинские услуги, связанные со следующими заболеваниями и их осложнениями:

ВИЧ-инфекция, СПИД; особо опасные инфекционные болезни; оспа, полиомиелит, вызванный диким полиовирусом, человеческий грипп, вызванный новым подтипом, тяжелый острый респираторный синдром (ТОРС), холера, чума, малярия, вирусные лихорадки, передаваемые членистоногими и вирусные геморрагические лихорадки, менингококковая болезнь; психические расстройства и расстройства поведения, алкоголизм, наркомания, токсикомания; злокачественные новообразования, гемобластозы; туберкулез; наследственные заболевания: хромосомные, моногенные, митохондриальные (болезни, аномалии, нарушения), наследственные болезни обмена; аномалии развития, врожденные пороки; детский церебральный паралич.

Если в течение срока действия договора страхования у Застрахованной будут выявлены данные заболевания, Страховщик оплачивает медицинские услуги, оказанные Застрахованной по медицинским показаниям, до момента подтверждения (постановки) такого диагноза.

9.3. По настоящей Программе страхования Страховщик не оплачивает медицинские услуги, связанные со следующими заболеваниями и их осложнениями:

ВИЧ-инфекция, СПИД; особо опасные инфекционные болезни; оспа, полиомиелит, вызванный диким полиовирусом, человеческий грипп, вызванный новым подтипом, тяжелый острый респираторный синдром (ТОРС), холера, чума, малярия, вирусные лихорадки, передаваемые членистоногими и вирусные геморрагические лихорадки, менингококковая болезнь; психические расстройства и расстройства поведения, алкоголизм, наркомания, токсикомания; злокачественные новообразования, гемобластозы; туберкулез; наследственные заболевания: хромосомные, моногенные, митохондриальные (болезни, аномалии, нарушения), наследственные болезни обмена; аномалии развития, врожденные пороки; детский церебральный паралич.

Если в течение срока действия договора страхования у Застрахованной будут выявлены данные заболевания, Страховщик оплачивает медицинские услуги, оказанные Застрахованной по медицинским показаниям, до момента подтверждения (постановки) такого диагноза.

9.4. По настоящей Программе страхования Страховщик не оплачивает следующие медицинские услуги и расходы:

- услуги, проводимые без медицинских показаний;
- услуги, не являющиеся услугами по ведению беременности и родовспоможению;
- расходы Застрахованного лица на приобретение лекарственных средств и изделий медицинского назначения, медицинского оборудования, очков, контактных линз, слуховых аппаратов, медицинских изделий, предназначенных для ухода за больными; кардиостимуляторы, стенты, а также расходные материалы для проведения ангиопластики и стентирования, искусственные хрусталики, имплантаты, трансплантаты, протезы и эндопротезы, корригирующие медицинские устройства и приспособления.
- услуги, оказанные Застрахованной после окончания срока действия договора страхования, кроме услуг, связанных с лечением Застрахованной в стационаре, госпитализированной в течение срока действия договора страхования – до момента выписки из стационара или в соответствии со сроками, указанными в договоре страхования.

№ 10. ПРОГРАММА СТРАХОВАНИЯ «РЕАБИЛИТАЦИОННО-ВОССТАНОВИТЕЛЬНОЕ ЛЕЧЕНИЕ (ВКЛЮЧАЯ САНАТОРНО-КУРОРТНОЕ ЛЕЧЕНИЕ)»

10.1. Настоящая Программа страхования «Реабилитационно-восстановительное лечение (включая санаторно-курортное лечение)» предусматривает предоставление Застрахованному лицу необходимого по медицинским показаниям восстановительного (реабилитационного) лечения после проведенного амбулаторного и (или) стационарного лечения.

10.2. Объем предоставляемых услуг.

- с целью предупреждения перехода болезни в хроническую стадию;
- для профилактики обострений и (или) осложнений болезненных процессов;
- для сохранения работоспособности Застрахованного лица в медицинских организациях, санаториях, профилакториях и иных лечебных учреждениях в России, СНГ и за рубежом.

- Консультации врачей.
- Лабораторные и инструментальные исследования.
- Традиционные методы диагностики, терапии и оздоровления.
- Лекарственные препараты и другие, необходимые для лечения средства.
- Грязелечение.
- Климатолечение.
- Психотерапия.
- Водолечение.
- Мануальная терапия.
- Иглорефлексотерапия.
- Лечебная физкультура в тренажерном зале и бассейне.
- Физиотерапевтическое лечение.
- Массаж.
- Диетическое питание.
- Иные процедуры и манипуляции по назначению врача.
- Оказание экстренной стоматологической помощи.
- Пребывание в номере (палате), питание и уход медицинского персонала.

10.3. Исключения из Программы страхования «Реабилитационно-восстановительное лечение»:

10.3.1. По настоящей Программе страхования Страховщик не оплачивает медицинские услуги, оказываемые Застрахованному лицу по поводу перечисленных ниже заболеваний / состояний и связанных с ними осложнений:

10.3.2. туберкулез, за исключением диагностики;

10.3.3. инфекционные заболевания, передающиеся половым путем (хламидиоз, трихомониаз, генитальный герпес; за исключением их диагностики, проведения одного курса лечения и контрольных анализов; а также сифилис, гонорея, за исключением их диагностики);

10.3.4. лечение особо опасных инфекционных заболеваний: натуральная оспа, чума, холера, сыпной тиф, «атипичная пневмония», SARS и др.), а также высоко контагиозные вирусные геморрагические лихорадки, другие вирусные инфекции (корь, ветряная оспа и др.);

10.3.5. ВИЧ-инфекция; СПИД (если первичная диагностика не предусмотрена условиями договора страхования);

10.3.6. острые и хронические лучевые поражения;

10.3.7. хроническая почечная недостаточность, требующая проведения внепочечного очищения крови (за исключением проведения сеансов острого гемодиализа по жизненным

показаниям);

10.3.8. Беременность и родовспоможение, все технологии, способствующие и препятствующие наступлению беременности.

10.3.9. острые отравления алкоголем и его суррогатами, наркотическими средствами; токсикомания.

10.3.10. психические заболевания, расстройства поведения и их последствия, а также различные травмы и соматические заболевания, возникшие в связи с заболеванием психической природы.

10.3.11. онкологические заболевания, гемобластозы, если иное не предусмотрено Программой страхования к договору страхования;

гепатиты вирусной этиологии, в том числе хронические гепатиты В, С, D и другие; хронические гепатиты алиментарного и аутоиммунного генеза, циррозы печени.

10.3.12. заболевания, сопровождающиеся хронической печеночной недостаточностью, требующие проведения гемодиализа.

10.3.13. врожденные аномалии и пороки развития, наследственные и генетические заболевания.

10.4. Страховщик не компенсирует медицинские услуги и затраты на них (если другое не предусмотрено условиями договора страхования):

10.4.1. пластическая хирургия, за исключением восстановления и (или) коррекции после несчастного случая, произошедшего в период действия договора страхования;

10.4.2. иммунопрофилактика;

10.4.3. использование и подгонка корригирующих медицинских устройств или приспособлений (контактных линз, слуховых устройств, слуховых имплантов);

10.4.4. лечение психических заболеваний;

10.4.5. эректильная дисфункция, различные нарушения менструальной и репродуктивной функций, стерилизация, искусственное оплодотворение, подбор методов контрацепции, удаление ВМС;

10.4.6. лекарственное обеспечение, за исключением услуг, оказанных стационарными медицинскими учреждениями или предусмотренные Программой страхования;

10.4.7. косметическая операция, если только она не была следствием болезни или несчастного случая, предусмотренного условиями договора страхования;

10.4.8. обследования с целью оформления медицинской документации для поездок за рубеж, на право ношения оружия, вождения автомобиля; для посещения спортивно-оздоровительных учреждений проводятся только по согласованию со страховой компанией;

10.4.9. Лечение сахарного диабета I типа, кроме его диагностики и лечения осложнений.

10.5. Не является страховым случаем и не оплачивается Страховщиком обращение Застрахованного лица в медицинскую организацию с целью получения медицинской помощи, связанной с травматическими повреждениями или иным расстройством здоровья, полученными Застрахованным лицом:

10.5.1. в состоянии алкогольного, наркотического или токсического опьянения;

10.5.2. в прямой причинной связи с совершением Застрахованным лицом умышленного преступления;

10.5.3. в связи с покушением Застрахованного лица на самоубийство, за исключением случаев, когда Застрахованное лицо было доведено до такого состояния противоправными действиями третьих лиц;

10.5.4. умышленным причинением себе телесных повреждений Застрахованным лицом;

10.5.5. вследствие воздействия ядерного взрыва, радиации или радиоактивного заражения;

10.5.6. вследствие военных действий, а также маневров или иных военных

мероприятий;

10.5.7. вследствие гражданской войны, народных волнений всякого рода или забастовок;

10.5.8. Вследствие террористического акта.

№ 11. ПРОГРАММА СТРАХОВАНИЯ «ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ОНКО- И КРИТИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЙ / ЗАБОЛЕВАНИЙ»

11.1. По настоящей Программе страхования «Диагностика и лечение онко- и критических состояний / заболеваний» Страховщик организует и оплачивает медицинские и иные услуги при наступлении страхового случая в амбулаторных условиях, в условиях стационара или дневного стационара, а также услуг скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи при одном или нескольких из перечисленных ниже состояниях и заболеваниях, впервые диагностированных у Застрахованного лица в период страхования, в объеме, предусмотренном Программой страхования, прилагаемой к договору страхования, в которую могут быть включены медицинские и иные услуги, при соблюдении всех положений, определений, исключений и ограничений, предусмотренных Правилами страхования и договором страхования:

- Онкологические заболевания;
- Состояния, угрожающие жизни Застрахованного лица, требующие применения трансплантации органов, тканей;
- Заболевания и состояния, требующие проведения эндопротезирования суставов;
- Заболевания, требующие проведения кардиохирургических операций;
- Заболевания и состояния, сопровождающиеся острой почечной или печеночной недостаточностью, требующие проведения гемодиализа, перитонеального диализа;
- Травмы позвоночника, полученные в период действия договора страхования, требующие проведения оперативного лечения;
- Черепно-мозговые травмы, полученные в период действия договора страхования, требующие оперативного лечения;
- Острые и хронические вирусные гепатиты;
- Врожденные и наследственные заболевания, врожденные аномалии развития органов и тканей и их осложнения;
- Демиелинизирующие, экстрапирамидные и другие дегенеративные заболевания нервной системы, миастения;
- Системные заболевания соединительной ткани (склеродермия, системная красная волчанка, дерматомиозит, ревматическая полимиалгия), ревматоидный артрит, ревматическая болезнь, васкулиты;
- Сахарный диабет и его осложнения.

11.2. Объем предоставляемых услуг.

11.2.1. Услуги, оказываемые в амбулаторных условиях:

Приемы, консультации, манипуляции и другие профессиональные услуги врачей по: акушерству и гинекологии, аллергологии-иммунологии, анестезиологии реаниматологии, восстановительной медицине, гастроэнтерологии, гематологии, генетике, гериатрии, дерматовенерологии, диабетологии, диетологии, инфекционным болезням, кардиологии, клинической микологии, колопроктологии, косметологии, по лечебной физкультуре и спортивной медицине, мануальной терапии, медико-социальной экспертизе, неврологии, нейрохирургии, нефрологии, общей врачебной практике (семейной медицине), онкологии, оториноларингологии, офтальмологии, паразитологии, пластической хирургии, применению методов традиционной медицины, профпатологии, психиатрии, наркологии, психотерапии, пульмонологии, радиологии, ревматологии, рентгенологии, рефлексотерапии, сексологии, сердечно-сосудистой хирургии, сурдологии, оториноларингологии, терапии, токсикологии, торакальной хирургии, травматологии ортопедии, трансфузиологии,

ультразвуковой диагностике, урологии, физиотерапии, фтизиатрии, функциональной диагностике, хирургии, челюстно-лицевой хирургии, эндокринологии, эндоскопии, эпидемиологии, а также специалистов педиатрического профиля.

По согласованию между Страхователем и Страховщиком при условии применения дополнительных коэффициентов, перечень заболеваний и состояний может быть расширен или сокращен.

Оформление медицинской документации.

Лабораторные исследования: общеклинические, биохимические исследования, иммунологические исследования, микробиологические исследования, цитологические исследования, генетические исследования, гистологические исследования.

Инструментальные исследования: функциональная диагностика, ультразвуковая диагностика, рентгенологические исследования, эндоскопические исследования, МРТ и КТ исследования, в том числе с введением контрастного вещества, ПЭТ КТ

Процедуры, манипуляции и методы лечения:

- лечебные и диагностические манипуляции;
- физиотерапевтическое лечение, восстановительное лечение, методы традиционной диагностики, методы традиционной терапии, лечение средствами природного происхождения, традиционные системы оздоровления, восстановительное аппаратное лечение, экстракорпоральные методы лечения, догоспитальная подготовка и последующее наблюдение.

- Обеспечение лекарственными средствами и изделиями медицинского назначения, необходимыми при выполнении процедур и манипуляций.

Дополнительные услуги в рамках амбулаторно-поликлинического обслуживания:

- Профилактика осложнений заболевания, послужившего причиной обращения Застрахованного лица в медицинскую или иную организацию.

- Сопровождение Застрахованного лица при проведении обследований и консультаций в медицинской организации персоналом медицинской организации.

- Сопровождение несовершеннолетнего Застрахованного лица, Застрахованного лица, неспособного к самостоятельному передвижению и (или) нуждающегося в посторонней помощи, родителем, опекуном, законным представителем или иным лицом при оказании Застрахованному лицу медицинской помощи. Данная услуга включает в себя организацию проезда одного сопровождающего лица до места оказания медицинской помощи и обратно, его проживания и питания в месте оказания медицинской помощи.

- Услуги переводчика в период получения медицинских и иных услуг, предусмотренных Программой страхования.

- Услуги по организации и предоставлению проживания и питания Застрахованного лица в период получения медицинских услуг в соответствии с Программой страхования, не входящие в состав медицинской услуги, однако требующиеся при оказании Застрахованному лицу медицинских услуг.

- Информационные и консультационные услуги, связанные с оказанием или организацией медицинской помощи в соответствии с Программой страхования.

- Транспортировка (медицинская эвакуация), в том числе, организация проезда, Застрахованного лица в медицинскую организацию и обратно либо из одной организации в другую, включая медицинское сопровождение.

11.2.2. Услуги скорой, в том числе скорой специализированной медицинской помощи:

- Выезд бригады скорой, в том числе специализированной, медицинской помощи;
- Первичный осмотр, проведение необходимой экспресс-диагностики в объеме медицинского оснащения автомобиля;
- Оказание экстренной и неотложной медицинской помощи;

- Обеспечение лекарственными средствами и изделиями медицинского назначения, необходимыми при выполнении процедур и манипуляций.
- Медицинская эвакуация бригадой скорой, в том числе специализированной, медицинской помощи в медицинскую организацию, либо из одной организации в другую, с проведением во время транспортировки мероприятий по оказанию медицинской помощи, в том числе с применением медицинского оборудования.
- Медицинская эвакуация наземным, авиационным, водным и другими видами транспорта в медицинскую организацию, либо из одной организации в другую, с проведением во время транспортировки мероприятий по оказанию медицинской помощи, в том числе с применением медицинского оборудования.

11.2.3. Услуги, оказываемые в условиях стационара:

- Приемы, консультации, манипуляции и другие профессиональные услуги врачей по: абдоминальной хирургии, акушерству и гинекологии, аллергологии и иммунологии, анестезиологии и реаниматологии, бактериологии, вирусологии, восстановительной медицине, гастроэнтерологии, гематологии, генетике, гериатрии, дерматовенерологии, диабетологии, диетологии, инфекционным болезням, кардиологии, клинической микологии, колопроктологии, косметологии (терапевтической), косметологии (хирургической), лечебной физкультуре и спортивной медицине, мануальной терапии, неврологии, нейрохирургии, нефрологии, онкологии, ортодонтии, оториноларингологии, офтальмологии, паразитологии, патологической анатомии, профпатологии, психиатрии, психиатрии-наркологии, психотерапии, пульмонологии, радиологии, ревматологии, рентгенологии, рефлексотерапии, сексологии, сердечно-сосудистой хирургии, стоматологии ортопедической, стоматологии терапевтической, стоматологии хирургической, сурдологии, оториноларингологии, терапии, токсикологии, торакальной хирургии, травматологии и ортопедии, традиционной медицины, трансфузиологии, ультразвуковой диагностике, урологии, физиотерапии, фтизиатрии, функциональной диагностике, хирургии, челюстно-лицевой хирургии, эндокринологии, эндоскопии.
- Оформление медицинской документации.
- Лабораторные исследования: общеклинические, биохимические исследования, иммунологические исследования, микробиологические исследования, цитологические исследования, генетические исследования, гистологические исследования.
- Инструментальные исследования: функциональная диагностика, ультразвуковая диагностика, рентгенологические исследования, эндоскопические исследования.
- Процедуры, манипуляции и методы лечения:
 - лечебные и диагностические манипуляции,
 - консервативные методы лечения,
 - хирургические методы лечения,
 - реконструктивно-пластические операции, после проведения онкологических операций, – реанимационные мероприятия,
 - экстракарпоральные методы лечения,
 - химиотерапия, лучевая терапия.
 - физиотерапевтическое лечение,
 - восстановительное лечение,
 - методы традиционной диагностики,
 - методы традиционной терапии,
 - лечение средствами природного происхождения,
 - традиционные системы оздоровления,
 - восстановительное аппаратное лечение в случаях, когда эти процедуры необходимы для лечения заболевания, послужившего причиной госпитализации.

- Обеспечение лекарственными средствами, включая анестезиологические пособия, и изделиями медицинского назначения, необходимыми при выполнении процедур и манипуляций.

- Обеспечение лекарственными средствами и изделиями медицинского назначения по рецепту врача медицинской организации.

11.2.4. Дополнительные услуги в рамках Программы страхования «Диагностика и лечение онко- и критических состояний / заболеваний»:

- доставка лекарственных средств и (или) изделий медицинского назначения к месту нахождения Застрахованного лица, если Застрахованное лицо по состоянию здоровья не имеет возможности самостоятельно получить их непосредственно в учреждении, осуществляющем фармацевтическую деятельность, предоставляющем лекарственную помощь или реализующем изделия медицинского назначения.

- Пребывание в специализированном отделении стационара.

11.2.5. Дополнительные услуги в рамках стационарного обслуживания:

- Питание.
- Индивидуальный медицинский пост.
- Услуги сиделки.
- Совместное нахождение родителя, опекуна, законного представителя или иного лица с несовершеннолетним Застрахованным лицом (ребенком) в стационарных условиях.

Данная услуга включает в себя организацию предоставления одному сопровождающему лицу койко-места в стационаре без лечения, питание в стационаре стандартное. Количество койко-дней сопровождающего лица не может быть более количества койко-дней сопровождаемого лица.

- Профилактика осложнений заболевания, послужившего причиной госпитализации.
- Услуги по организации и предоставлению проживания и питания Застрахованного лица в период получения медицинских услуг в соответствии с Программой страхования, не входящие в состав медицинской услуги, однако требующиеся при оказании Застрахованному лицу медицинских услуг.

- Услуги переводчика в период получения медицинских и иных услуг, предусмотренных Программой страхования.

- Информационные и консультационные услуги, связанные с оказанием или организацией медицинской помощи в соответствии с Программой страхования.

- Сопровождение Застрахованного лица при проведении обследований и консультаций в медицинской организации персоналом медицинской организации.

- Сопровождение несовершеннолетнего Застрахованного лица, Застрахованного лица, неспособного к самостоятельному передвижению и (или) нуждающегося в посторонней помощи, родителем, опекуном, законным представителем или иным лицом при оказании Застрахованному лицу медицинской помощи. Данная услуга включает в себя организацию проезда одного сопровождающего лица до места оказания медицинской помощи и обратно, его проживания и питания в месте оказания медицинской помощи.

- Транспортировка (медицинская эвакуация), в том числе, организация проезда, Застрахованного лица в медицинскую организацию и обратно либо из одной организации в другую, включая медицинское сопровождение.

11.2.6. Репатриация тела Застрахованного лица в случае его смерти.

Под репатриацией тела понимается перевозка останков Застрахованного лица до ближайшего к его месту жительства международного аэропорта страны постоянного проживания, если Застрахованное лицо не является гражданином той страны, в которой произошла смерть, либо до ближайшего административного центра постоянного места жительства, если смерть наступила в стране постоянного проживания.

Данная услуга включает в себя организацию репатриации тела, подготовку тела, покупку необходимого для перевозки гроба, перевозку останков. Репатриация тела

осуществляется в соответствии с международными стандартами. Услуги по организации похорон и погребению не являются застрахованными в рамках настоящей Программы страхования.

11.3. Исключения из Программы страхования «Диагностика и лечение онко- и критических состояний / заболеваний»

Не оплачиваются расходы или организация медицинских услуг, связанных со следующими заболеваниями или состояниями:

- Хронические заболевания, диагностированные и имевшиеся у Застрахованного лица на дату начала действия договора страхования, если иное не оговорено договором страхования.
- Уже имеющееся заболевание, которое развилось не более чем за 10 лет до даты начала страхования.
- Состояния, возникшие в течение «выжидательного периода» – периода времени (продолжительностью до нескольких месяцев), в течение которого страховые риски, предусмотренные Программой страхования «Диагностика и лечение онко- и критических состояний/заболеваний», не признаются страховыми случаями или признаются страховыми случаями с определенными ограничениями, указанными в договоре страхования. Если иное не предусмотрено договором страхования, Выжидательный период определяется как первые 90 (девяносто) календарных дней со дня вступления в силу договора страхования.
- Лечение и (или) уход при заболевании и (или) телесном повреждении, которые непосредственно или косвенно связаны с алкоголизмом, злоупотреблением наркотиками, наркоманией, или последствиями воздействия алкоголя, психотропных препаратов, психоделических препаратов и (или) наркотических средств.
- Лечение любого заболевания или в связи с требованиями, возникающими непосредственно или косвенно в связи с химическим или биологическим загрязнением, воздействием асбеста или в связи с радиоактивным загрязнением ядерным материалом каким-либо образом.
- Медицинские услуги, связанные с эпидемиями на международном и местном уровне, или пандемиями.
- Требования, прямо или косвенно связанные с медицинской ошибкой или неисправностью медицинского/хирургического оборудования или аппаратуры.
- Лечение, вызванное отказом обратиться за медицинской помощью или лечением, или несоблюдением назначений, необоснованной задержкой в поиске или применении таких предписаний или лечения, или осложнения, возникающих в результате игнорирования таких предписаний. Требования, возникающие в результате авиаперевозок, когда Застрахованное лицо путешествует на сроке беременности свыше 28 недель.
- Стоимость процедуры трансплантации, в том числе использование механических органов или органов животных, удаление органа для трансплантации другому человеку, покупка донорского органа, лечение заболевания, вызванного трансплантацией органов, за исключением случаев, когда соответствующее заболевание включено в объем страхового покрытия этим страховым полисом, если трансплантация связана с алкогольным поражением печени, проводится в качестве аутологичной трансплантации, когда Застрахованное лицо является донором для третьего лица или если трансплантация становится возможной путем покупки донорских органов.
- Осложнения, вызванные трансплантацией органов, кроме случаев, когда осложнение возникает во время ранее одобренного стационарного, дневного или послеоперационного амбулаторного лечения по поводу трансплантации органов.
- Страховщик не покрывает стоимость медицинского вмешательства, необходимого по причине заболевания СПИДом (синдром приобретенного иммунодефицита), ВИЧ (вируса иммунодефицита человека) или какого-либо заболевания, связанного с указанными болезнями (включая саркому Капоши) и любое лечение по поводу СПИД и ВИЧ.

- Страховщик не оплачивает лечение в случае пребывания в больнице больше 60 дней подряд при необратимом неврологическом повреждении или пребывании в устойчивом вегетативном состоянии.
- Медицински значимые изменения или ограничения в случае развития церебрального синдрома, старческой деменции или нарушения функции головного мозга.
- Врожденные нарушения, которые развились до даты начала действия страхования и по поводу, которого ранее обращались за лечением или консультацией.
- Хроническая почечная недостаточность или почечная недостаточность в терминальной стадии, при которой требуется регулярный или длительный диализ.
- Стоимость лечения при попытке самоубийства, преднамеренном самоповреждении, неосмотрительном или безрассудном поведении и (или) неоправданное подвержение себя опасности, за исключением попыток спасти человеческую жизнь.

11.4. Не оплачиваются следующие услуги:

- Лечение, полученное после истечения срока действия договора страхования, даже если лечение уже было предварительно разрешено, но на дату прекращения договора страхования не было получено.
- Услуги хосписа.
- Искусственное жизнеобеспечение, включая использование аппарата искусственного поддержания жизни, если, по мнению лечащего практикующего врача или специалиста, такое обеспечение не приведет к выздоровлению или восстановлению прежнего состояния здоровья.
- Косметическое или эстетическое лечение, или лечение, которое проводится для восстановления внешности по причине заболевания, травмы или предыдущей операции, если это не предусмотрено договором страхования.
- Любые расходы, связанные с лечением, обслуживанием или лекарственной терапией, которые Страховщиком определяются как экспериментальные или неподтвержденные для официального применения на основании общепринятой клинической практики и предоставленные нелицензированным врачом или близким членом семьи.
- Диетические или пищевые добавки и вещества, включая, помимо прочего, витамины, минералы, белковые добавки, детское питание и органические вещества независимо от того, назначены ли они практикующим врачом/врачом-специалистом и (или) признано, что они оказывают терапевтический эффект.
- Генетические исследования, если договором страхования не предусмотрено иное.
- Госпитализация, медико-санитарная помощь на дому или услуги, оказываемые в центре или учреждении, связанном с помощью и уходом, в хосписе или доме престарелых, если договором страхования не предусмотрено иное.
- Страховщик не покрывает расходы, понесенные до госпитализации с целью получения согласованного с ним лечения, за исключением случаев, когда они предусмотрены договором страхования о страховании и связаны с лечением, которое Страховщик подтвердил и которое необходимо осуществить до госпитализации.
- Страховщик не оплачивает рецепты свыше двух месяцев приема последующих лекарств в стране постоянного местожительства (или, в случае злокачественного новообразования, свыше ограничения размеров выплат, определенного в договоре страхования в отношении злокачественного новообразования).
- Стандартное медицинское обследование, медосвидетельствование или исследования для исключения наличия заболевания без симптомов
- Затраты на второе или последующее медицинское заключение от врача-терапевта или специалиста по тому же заболеванию, если только это не было одобрено и организовано Страховщиком.
- Стоимость телефонных звонков.

- Расходы на проезд и проживание, понесенные Застрахованным лицом или третьим лицом от имени Застрахованного лица, которые предварительно не были предусмотрены или разрешены Страховщиком.

№ 12. ПРОГРАММА СТРАХОВАНИЯ «ПРОФИЛАКТИКА ЗАБОЛЕВАНИЙ»

12.1. По настоящей Программе страхования «Профилактика заболеваний» Страховщик организует и оплачивает амбулаторно-поликлинические медицинские услуги, предоставляемые Застрахованному лицу, в объеме, предусмотренном Программой страхования, прилагаемой к договору страхования, в которую могут быть включены медицинские и иные услуги из числа предусмотренных настоящей Программой, при соблюдении всех положений, определений, исключений и ограничений, предусмотренных Правилами страхования и договором страхования.

12.2. Объем предоставляемых услуг.

- Приемы, консультации, манипуляции и другие профессиональные услуги врачей.
- Оформление медицинской документации.
- Лабораторные исследования: общеклинические, биохимические исследования, иммунологические исследования, микробиологические исследования, цитологические исследования, генетические исследования, гистологические исследования.
- Инструментальные исследования: функциональная ультразвуковая диагностика, рентгенологические исследования, исследования.
- Процедуры, манипуляции и методы лечения:
- Диагностические манипуляции диагностика, эндоскопические.
- Сбор медицинской информации, определение социально-бытовых условий и выявление факторов риска, влияющих на здоровье Застрахованного лица.
- Проведение врачебной экспертизы состояния здоровья.
- Иммунопрофилактика.
- Профилактика осложнений заболевания в соответствии с медицинскими стандартами.
- Проведение предварительных медицинских осмотров в соответствии с нормативными актами Российской Федерации.
- Проведение периодических медицинских осмотров в соответствии с нормативными актами Российской Федерации.
- Проведение предрейсовых и послерейсовых медицинских осмотров.

№ 13. ПРОГРАММА СТРАХОВАНИЯ «ВАКЦИНАЦИЯ»

13.1. По настоящей Программе страхования «Вакцинация» Страховщик организует и оплачивает предоставление Застрахованному лицу амбулаторно-поликлинических услуг по вакцинации против инфекции, с целью профилактики и снижения степени опасных для жизни или здоровья угроз и (или) устраняющих их, в том числе прием врача, стоимость препарата, проведение инъекции, выдача справки.

В договоре страхования указывается против какой конкретно инфекции может быть осуществлена вакцинация по настоящей Программе страхования.

Вакцинация может осуществляться:

- антирабическая, противостолбнячная (в случае травмы);
- сезонная иммунопрофилактика против гриппа;
- против кори;
- против коронавирусной инфекции, вызываемой вирусом SARS-CoV-2 (COVID-19);
- иного инфекционного заболевания, поименованного в договоре страхования.

13.2. Объем предоставляемых услуг:

- консультация врача с проведением предвакцинального осмотра;
- вакцинация против инфекции, указанной в договоре страхования, вакцинами российского и импортного производства;
- выдача справки о проведенной вакцинации.

13.3. Для получения вышеуказанных медицинских услуг Застрахованное лицо обращается в медицинскую организацию, указанную в договоре страхования или по телефону горячей линии, указанному в договоре страхования. Указанные услуги оказываются в режиме работы медицинской организации при наличии страхового полиса и, при необходимости, гарантийного письма.

№ 14. ПРОГРАММА СТРАХОВАНИЯ «ДРУЖБА НАРОДОВ»

14.1. Программа страхования «Дружба народов» включает в себя следующий возможный объем предоставляемых услуг и порядок оказания медицинской помощи:

- 14.1.1. «Амбулаторно-поликлиническая помощь»;
- 14.1.2. «Стоматологическая помощь»;
- 14.1.3. «Стационарная помощь»;
- 14.1.4. «Медико-транспортные услуги и репатриация»;
- 14.1.5. «Скорая медицинская помощь».

14.2. Исключения из Программы страхования «Дружба народов»:

По настоящей Программе страхования Страховщик не оплачивает медицинские услуги, оказываемые Застрахованному лицу по поводу перечисленных ниже заболеваний / состояний и связанных с ними осложнений:

- туберкулез, за исключением диагностики;
- инфекционные заболевания, передающиеся половым путем, за исключением их диагностики;
- лечение особо опасных инфекционных заболеваний: натуральная оспа, чума, холера, сыпной тиф, «атипичная пневмония», SARS и др.), а также высоко контагиозные вирусные геморрагические лихорадки, другие вирусные инфекции (корь, ветряная оспа и др.);
- ВИЧ-инфекция; СПИД (если первичная диагностика не предусмотрена условиями договора страхования);
- острые и хронические лучевые поражения;
- хроническая почечная недостаточность, требующая проведения внепочечного очищения крови (за исключением проведения сеансов острого гемодиализа по жизненным показаниям);
- беременность и родовспоможение, все технологии, способствующие и препятствующие наступлению беременности, если иное не предусмотрено Программой страхования к договору страхования;
- острые отравления алкоголем и его суррогатами, наркотическими средствами; токсикомания;
- психические заболевания, расстройства поведения и их последствия, а также различные травмы и соматические заболевания, возникшие в связи с заболеванием психической природы;
- онкологические заболевания, гемобластозы, если иное не предусмотрено Программой страхования к договору страхования;
- гепатиты вирусной этиологии, в том числе хронические гепатиты В, С, D и другие; хронические гепатиты алиментарного и аутоиммунного генеза, циррозы печени;
- заболевания, сопровождающиеся хронической печеночной недостаточностью, требующие проведения гемодиализа;
- врожденные аномалии и пороки развития, наследственные и генетические

заболевания.

14.3. Страховщик не компенсирует медицинские услуги и затраты на них (если другое не предусмотрено условиями договора страхования):

14.3.1. пластическая хирургия, за исключением восстановления и (или) коррекции после несчастного случая, произошедшего в период действия договора страхования;

14.3.2. зубопротезирование и имплантация; все виды услуг по подготовке к протезированию, если иное не указано в договоре страхования;

14.3.3. профилактические мероприятия в стоматологии, кроме услуг, прописанных в договоре страхования, отбеливание зубов и другие косметологические процедуры;

14.3.4. восстановление коронковой части зуба при ее разрушении более, чем на 50%;

14.3.5. иммунопрофилактика, кроме услуг, прописанных в договор страхования;

14.3.6. использование и подгонка корректирующих медицинских устройств или приспособлений (контактных линз, слуховых устройств, слуховых имплантатов);

14.3.7. хирургическое лечение ожирения или изменение массы тела; модификации человеческого тела с целью улучшения психологического, умственного или эмоционального состояния Застрахованного лица, такие как хирургическое изменение пола; трансплантация органов или тканей;

14.3.8. лечение психических заболеваний;

14.3.9. эректильная дисфункция, различные нарушения менструальной и репродуктивной функций, стерилизация, искусственное оплодотворение, подбор методов контрацепции, удаление ВМС;

14.3.10. лекарственное обеспечение, за исключением услуг, оказанных стационарными медицинскими учреждениями или предусмотренные Программой страхования;

14.3.11. косметическая операция, если только она не была следствием болезни или несчастного случая, предусмотренного условиями договора страхования;

14.3.12. обследования с целью оформления медицинской документации для поездок за рубеж, на право ношения оружия, вождения автомобиля; для посещения спортивно-оздоровительных учреждений проводятся только по согласованию со страховой компанией;

14.3.13. Лечение сахарного диабета I типа, кроме его диагностики и лечения осложнений.

14.4. Не является страховым случаем и не оплачивается Страховщиком обращение Застрахованного лица в медицинскую организацию с целью получения медицинской помощи, связанной с травматическими повреждениями или иным расстройством здоровья, полученными Застрахованным лицом:

14.4.1. в состоянии алкогольного, наркотического или токсического опьянения;

14.4.2. в прямой причинной связи с совершением Застрахованным лицом умышленного преступления;

14.4.3. в связи с покушением Застрахованного лица на самоубийство, за исключением случаев, когда Застрахованное лицо было доведено до такого состояния противоправными действиями третьих лиц;

14.4.4. умышленным причинением себе телесных повреждений Застрахованным лицом;

14.4.5. вследствие воздействия ядерного взрыва, радиации или радиоактивного заражения;

14.4.6. вследствие военных действий, а также маневров или иных военных мероприятий;

14.4.7. вследствие гражданской войны, народных волнений всякого рода или забастовок;

14.4.8. Вследствие террористического акта.

14.5. Объем предоставляемой по программе медицинской помощи определяется условиями договора страхования.

№ 15. ПРОГРАММА СТРАХОВАНИЯ «УКУС ИКСОДОВОГО КЛЕЩА»

15.1. По настоящей Программе страхования «Укус иксодового клеща» Страховщик организует и оплачивает медицинские услуги, предоставляемые Застрахованному лицу и направленные на профилактику и лечение заболеваний (клещевой энцефалит и болезнь Лайма), вызванных укусом клеща.

15.2. «Амбулаторно-поликлиническая помощь»

Страховщик организует и оплачивает амбулаторно-поликлинические медицинские услуги, направленные на профилактику и лечение заболеваний (клещевой энцефалит и болезнь Лайма) вызванных укусом клеща.

- Прием врача с выдачей при необходимости медицинских справок и рецептов.
- Лечебные процедуры: удаление присосавшегося клеща в амбулаторных условиях;
- Лабораторная диагностика: исследование клеща на вирулентность.
- Исследование на вирусемию или серологическая диагностика для выявления антител (иммуноглобулинов М и G) к возбудителям клещевого энцефалита, болезни Лайма
- Введение иммуноглобулина высокого титра при наличии медицинских показаний, введение антибиотиков широкого спектра.

15.3. «Скорая медицинская помощь»

Страховщик организует и оплачивает медицинские услуги при острых состояниях, угрожающих жизни и здоровью Застрахованного лица, возникших в период действия договора страхования и требующих скорой и неотложной медицинской помощи:

Вызов бригады скорой помощи производится через диспетчерскую службу Страховщика по телефонам, указанным в договоре страхования.

Услуги скорой и неотложной медицинской помощи:

Выезд бригады скорой (неотложной) медицинской помощи

- первичный осмотр больного;
- проведение необходимой экспресс – диагностики в объеме, имеющемся в автомобиле «скорой помощи»;
- экстренные лечебные манипуляции;
- медицинская транспортировка и госпитализация при необходимости в стационар.

В исключительных случаях, по жизненным показаниям, неотложная помощь может быть оказана бригадой городской медицинской помощи «03» и Застрахованное лицо может быть госпитализировано в ближайшую к месту его нахождения городскую (районную) больницу с последующим переводом в лечебное учреждение, входящее в Программу страхования.

15.4. «Стационарная медицинская помощь»

15.4.1. Страховщик оплачивает следующие медицинские услуги стационара, оказанные по поводу клещевого энцефалита и болезни Лайма:

- пребывание в стационаре, питание, уход медицинского персонала;
- пребывание в отделении интенсивной терапии, реанимационные мероприятия;
- консультации специалистов;
- диагностические лабораторные и инструментальные исследования, проводимые по поводу заболевания (состояния) послужившего причиной госпитализации;
- лечение, включая врачебные манипуляции, введение лекарственных препаратов и т.п.;
- анестезиологические пособия;
- лекарственное обеспечение;

15.4.2. В исключительных случаях, по жизненным показаниям, госпитализация может быть осуществлена бригадой городской скорой медицинской помощи «03» и Застрахованное лицо может быть госпитализировано в ближайшую к месту его нахождения городскую (районную) больницу с последующим переводом в лечебное учреждение, входящее в

Программу страхования.

15.5. «Реабилитационно-восстановительное лечение»

Программа страхования предусматривает предоставление Застрахованному лицу необходимого по медицинским показаниям восстановительного (реабилитационного) лечения в связи с перенесенным в период действия договора страхования заболеванием клещевым энцефалитом или болезнью Лайма.

- Психотерапия.
- Лечебная физкультура
- Физиотерапевтическое лечение.
- Массаж.
- Диетическое питание.
- Иные процедуры и манипуляции по назначению врача.
- Консультации врачей.

15.6. Исключения из Программы страхования «Укус иксодового клеща»:

15.6.1. По настоящей Программе страхования Страховщик не оплачивает медицинские услуги, оказываемые Застрахованному лицу по поводу перечисленных ниже заболеваний / состояний и связанных с ними осложнений:

- туберкулез, за исключением диагностики;
- инфекционные заболевания, передающиеся половым путем (хламидиоз, трихомониаз, генитальный герпес; за исключением их диагностики, проведения одного курса лечения и контрольных анализов; а также сифилис, гонорея, за исключением их диагностики);
- лечение особо опасных инфекционных заболеваний: натуральная оспа, чума, холера, сыпной тиф, «атипичная пневмония», SARS и др.), а также высоко контагиозные вирусные геморрагические лихорадки, другие вирусные инфекции (корь, ветряная оспа и др.);
- ВИЧ-инфекция; СПИД (если первичная диагностика не предусмотрена условиями договора страхования);
- острые и хронические лучевые поражения;
- хроническая почечная недостаточность, требующая проведения внепочечного очищения крови (за исключением проведения сеансов острого гемодиализа по жизненным показаниям);
- Беременность и родовспоможение, все технологии, способствующие и препятствующие наступлению беременности.
- острые отравления алкоголем и его суррогатами, наркотическими средствами; токсикомания.
- психические заболевания, расстройства поведения и их последствия, а также различные травмы и соматические заболевания, возникшие в связи с заболеванием психической природы.
- онкологические заболевания, гемобластозы;
- гепатиты вирусной этиологии, в том числе хронические гепатиты В, С, D и другие; хронические гепатиты алиментарного и аутоиммунного генеза, циррозы печени.
- заболевания, сопровождающиеся хронической печеночной недостаточностью, требующие проведения гемодиализа.
- врожденные аномалии и пороки развития, наследственные и генетические заболевания.

15.6.2. Страховщик не компенсирует медицинские услуги и затраты на них (если другое не предусмотрено условиями договора страхования):

- пластическая хирургия, за исключением восстановления и (или) коррекции после несчастного случая, произошедшего в период действия договора страхования;
- зубопротезирование и имплантация; все виды услуг по подготовке к протезированию;

- установка анкерных штифтов, ортодонтические услуги;
- профилактические мероприятия в стоматологии, отбеливание зубов и другие косметологические процедуры;
- восстановление коронковой части зуба при ее разрушении более, чем на 50%;
- иммунопрофилактика;
- использование и подгонка корректирующих медицинских устройств или приспособлений (контактных линз, слуховых устройств, слуховых имплантов);
- хирургическое лечение ожирения или изменение массы тела; модификации человеческого тела с целью улучшения психологического, умственного или эмоционального состояния Застрахованного лица, такие как хирургическое изменение пола; трансплантация органов или тканей;
- лечение психических заболеваний;
- эректильная дисфункция, различные нарушения менструальной и репродуктивной функций, стерилизация, искусственное оплодотворение, подбор методов контрацепции, удаление ВМС;
- лекарственное обеспечение, за исключением услуг, оказанных стационарными медицинскими учреждениями или предусмотренные Программой страхования;
- косметическая операция, если только она не была следствием болезни или несчастного случая, предусмотренного условиями договора страхования;
- обследования с целью оформления медицинской документации для поездок за рубеж, на право ношения оружия, вождения автомобиля; для посещения спортивно-оздоровительных учреждений проводятся только по согласованию со страховой компанией;
- Лечение сахарного диабета I типа, кроме его диагностики и лечения осложнений.

15.7. Не является страховым случаем и не оплачивается Страховщиком обращение Застрахованного лица в медицинскую организацию с целью получения медицинской помощи, связанной с травматическими повреждениями или иным расстройством здоровья, полученными Застрахованным лицом:

- в состоянии алкогольного, наркотического или токсического опьянения;
- в прямой причинной связи с совершением Застрахованным лицом умышленного преступления;
- в связи с покушением Застрахованного лица на самоубийство, за исключением случаев, когда Застрахованное лицо было доведено до такого состояния противоправными действиями третьих лиц;
- умышленным причинением себе телесных повреждений Застрахованным лицом;
- вследствие воздействия ядерного взрыва, радиации или радиоактивного заражения;
- вследствие военных действий, а также маневров или иных военных мероприятий;
- вследствие гражданской войны, народных волнений всякого рода или забастовок;
- вследствие террористического акта.

№ 16. ПРОГРАММА СТРАХОВАНИЯ «ДЕТИ»

16.1. По настоящей Программе страхования «Дети» Страховщик организует и оплачивает медицинские услуги, предоставляемые Застрахованному ребенку в возрасте до 17 лет включительно.

16.2. Объем предоставляемых услуг.

16.2.1. «Амбулаторно-поликлиническая помощь»

Страховщик организует и оплачивает амбулаторно-поликлинические медицинские услуги, предоставляемые Застрахованному ребенку (после года) при остром заболевании (состоянии), обострении хронического заболевания, травме (в том числе ожоге, обморожении) и отравлении.

- Прием врачей педиатрического профиля, с выдачей при необходимости медицинских справок и рецептов.
- Профилактические приемы специалистов педиатрического профиля, согласно Приказу Министерства здравоохранения РФ от 10 августа 2017 года № 514н «О порядке проведения профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних».
- Патронаж.
- Инструментальная диагностика.
- Лабораторная диагностика.
- Лечебные процедуры по назначению лечащего врача в случаях, когда необходимость их проведения возникла в связи с острым заболеванием, обострением хронического заболевания:
 - физиотерапевтическое лечение;
 - лечебный массаж;
 - ЛФК;
- Вызов врача на дом. При острых состояниях, не позволяющих с ребенком обратиться в медицинскую организацию.
- Осмотр Застрахованного лица на дому, забор материала для лабораторных исследований, проведение функциональных исследований (ЭКГ, УЗИ), если данные исследования необходимы по медицинским показаниям. Выполнение врачебных назначений.
- Медицинские услуги с использованием дневного стационара и стационара на дому.
- Иммунопрофилактика заболеваний, согласно национальному календарю профилактических прививок.

16.2.2. «Скорая медицинская помощь»

Страховщик организует и оплачивает медицинские услуги при острых состояниях, угрожающих жизни и здоровью Застрахованного лица, возникших в период действия договора страхования и требующих скорой и неотложной медицинской помощи:

Вызов бригады скорой помощи производится через диспетчерскую службу Страховщика по телефонам: _____.

Услуги скорой и неотложной медицинской помощи:

Выезд бригады скорой (неотложной) медицинской помощи

- первичный осмотр больного;
- проведение необходимой экспресс – диагностики в объеме, имеющемся в автомобиле «скорой помощи»;
- экстренные лечебные манипуляции: введение лекарственных препаратов, первичная обработка ран, перевязки и т.п.;
- медицинская транспортировка и госпитализация при необходимости в стационар.

В исключительных случаях, по жизненным показаниям, неотложная помощь может быть оказана бригадой городской медицинской помощи «03» и Застрахованное лицо может быть госпитализировано в ближайшую к месту его нахождения городскую (районную) больницу с последующим переводом в лечебное учреждение, входящее в Программу страхования.

16.2.3. «Стоматология»

Страховщик организует и оплачивает стоматологическую помощь при острых заболеваниях, обострении хронических заболеваний и травмах зубов, слизистой полости рта и челюстно-лицевой области.

Терапевтическая стоматология:

- первичный осмотр для определения объема лечения;
- лечение осложненного и не осложненного кариеса и не кариозных поражений зубов;

- пломбирование специальными композитами кариозных полостей (светом химического отверждения); восстановление коронковой части зуба при ее разрушении не более, чем на 50%.

- лечение заболеваний мягких тканей полости рта;
- анестезия по показаниям;
- рентгенография (прицельный и панорамный снимок), радиовизиография по медицинским показаниям;
- покрытие зубов фторсодержащими препаратами (строго в лечебных целях при гиперестезии твердых тканей зубов).

Хирургическая стоматология:

- первичный осмотр для определения объема лечения;
- анестезия импортными анестетиками (инфильтрационная, аппликационная, проводниковая);
- рентгенография (прицельный и панорамный снимок), радиовизиография по медицинским показаниям;
- удаление зубов (простое, сложное).
- лечение острых стоматологических хирургических заболеваний и травм челюстно – лицевой области (вскрытие абсцессов).
- лечение заболеваний слизистой полости рта и языка.
- лечение заболеваний слюнных желез.
- лечение доброкачественных опухолей челюстно-лицевой области (по согласованию со Страховщиком).
- ортодонтическое лечение.

16.2.4. «Стационарная медицинская помощь»

Страховщик организует и финансирует предоставление Застрахованному лицу медицинских и иных услуг при остром и обострении хронического заболевания, травме (в том числе ожоге, отморожении), отравлении, кроме случаев, перечисленных в разделе Исключения настоящей Программы страхования.

Экстренная госпитализация осуществляется при возникновении в период действия договора страхования состояния, угрожающие жизни и здоровью Застрахованного ребенка, при котором возникает необходимость немедленного оказания медицинской помощи в условиях стационара.

Госпитализация при обострении хронического заболевания осуществляется по направлению лечащего врача, после согласования со Страховщиком через информационно-сервисную службу в течение 3 (трех) рабочих дней с момента поступления заявки (направления) лечащего врача.

Страховщик оплачивает следующие медицинские услуги стационара, оказанные по поводу заболевания (состояния), явившегося непосредственной причиной госпитализации:

- пребывание в стационаре в палате (согласованной в договоре комфортности) с мамой для детей до 6 лет, питание, уход медицинского персонала;
- пребывание в отделении интенсивной терапии, реанимационные мероприятия;
- консультации;
- диагностические лабораторные и инструментальные исследования, проводимые по поводу заболевания (состояния) послужившего причиной госпитализации;
- хирургическое и (или) консервативное лечение, включая врачебные манипуляции, перевязки, введение лекарственных препаратов и т.п.;
- анестезиологические пособия;
- лекарственное обеспечение, препараты крови и кровезаменители;
- физиолечение, массаж, занятия ЛФК и др., предписанные врачом для лечения заболевания, послужившего причиной госпитализации.

В исключительных случаях, по жизненным показаниям, госпитализация может быть

осуществлена бригадой городской скорой медицинской помощи «03» и Застрахованное лицо может быть госпитализировано в ближайшую к месту его нахождения городскую (районную) больницу с последующим переводом в лечебное учреждение, входящее в Программу страхования.

Инфекционные заболевания эпидемического характера (корь, дифтерия, скарлатина, и т.п.) в рамках настоящей Программы страхования подлежат только выявлению, если нет других условий в договоре. Последующее лечение осуществляется в специализированных лечебных учреждениях по месту жительства.

Медицинская транспортировка (транспортировка Застрахованного лица в медицинскую организацию), осуществляемое по показаниям с медицинским сопровождением.

16.2.5. «Реабилитационно-восстановительное лечение, включая санаторно-курортное лечение»

Программа страхования предусматривает предоставление Застрахованному ребенку необходимого по медицинским показаниям восстановительного (реабилитационного) лечения после проведенного амбулаторного и (или) стационарного лечения

- с целью предупреждения перехода болезни в хроническую стадию;
- для профилактики обострений и (или) осложнений болезненных процессов;

в медицинских организациях, санаториях, профилакториях и иных лечебных учреждениях.

- Консультации врачей педиатрического профиля.
- Лабораторные и инструментальные исследования.
- Традиционные методы диагностики, терапии и оздоровления.
- Лекарственные препараты и другие, необходимые для лечения средства.
- Грязелечение.
- Климатолечение.
- Психотерапия.
- Водолечение.
- Мануальная терапия.
- Иглорефлексотерапия.
- Лечебная физкультура в тренажерном зале и бассейне.
- Физиотерапевтическое лечение.
- Массаж.
- Диетическое питание.
- Иные процедуры и манипуляции по назначению врача.
- Оказание экстренной стоматологической помощи.
- Пребывание в номере (палате), питание и уход медицинского персонала.

16.3. Исключения из Программы страхования «Дети»:

16.3.1. По настоящей Программе страхования Страховщик не оплачивает медицинские услуги, оказываемые Застрахованному лицу по поводу перечисленных ниже заболеваний / состояний и связанных с ними осложнений:

16.3.2. туберкулез, за исключением диагностики;

16.3.3. инфекционные заболевания, передающиеся половым путем (хламидиоз, трихомониаз, генитальный герпес; за исключением их диагностики, проведения одного курса лечения и контрольных анализов; а также сифилис, гонорея, за исключением их диагностики);

16.3.4. лечение особо опасных инфекционных заболеваний: натуральная оспа, чума, холера, сыпной тиф, «атипичная пневмония», SARS и др.), а также высоко контагиозные вирусные геморрагические лихорадки, другие вирусные инфекции (корь, ветряная оспа и др.);

16.3.5. ВИЧ-инфекция; СПИД (если первичная диагностика не предусмотрена условиями договора страхования);

16.3.6. острые и хронические лучевые поражения;

16.3.7. хроническая почечная недостаточность, требующая проведения внепочечного

очищения крови (за исключением проведения сеансов острого гемодиализа по жизненным показаниям);

16.3.8. Беременность и родовспоможение, все технологии, способствующие и препятствующие наступлению беременности.

16.3.9. острые отравления алкоголем и его суррогатами, наркотическими средствами; токсикомания.

16.3.10. психические заболевания, расстройства поведения и их последствия, а также различные травмы и соматические заболевания, возникшие в связи с заболеванием психической природы.

16.3.11. онкологические заболевания, гемобластозы;

16.3.12. гепатиты вирусной этиологии, в том числе хронические гепатиты В, С, D и другие; хронические гепатиты алиментарного и аутоиммунного генеза, циррозы печени.

16.3.13. заболевания, сопровождающиеся хронической печеночной недостаточностью, требующие проведения гемодиализа.

16.3.14. врожденные аномалии и пороки развития, наследственные и генетические заболевания.

16.4. Страховщик не компенсирует медицинские услуги и затраты на них (если другое не предусмотрено условиями договора страхования):

16.4.1. пластическая хирургия, за исключением восстановления и (или) коррекции после несчастного случая, произошедшего в период действия договора страхования;

16.4.2. зубопротезирование и имплантация; все виды услуг по подготовке к протезированию;

16.4.3. установка анкерных штифтов, ортодонтические услуги;

16.4.4. профилактические мероприятия в стоматологии, отбеливание зубов и другие косметологические процедуры;

16.4.5. восстановление коронковой части зуба при ее разрушении более, чем на 50%; иммунопрофилактика;

16.5. использование и подгонка корректирующих медицинских устройств или приспособлений (контактных линз, слуховых устройств, слуховых имплантов);

16.6. хирургическое лечение ожирения или изменение массы тела; модификации человеческого тела с целью улучшения психологического, умственного или эмоционального состояния Застрахованного лица, такие как хирургическое изменение пола; трансплантация органов или тканей;

16.7. лечение психических заболеваний;

16.8. эректильная дисфункция, различные нарушения менструальной и репродуктивной функций, стерилизация, искусственное оплодотворение, подбор методов контрацепции, удаление ВМС;

16.9. лекарственное обеспечение, за исключением услуг, оказанных стационарными медицинскими учреждениями или предусмотренные Программой страхования;

16.10. косметическая операция, если только она не была следствием болезни или несчастного случая, предусмотренного условиями договора страхования;

16.11. обследования с целью оформления медицинской документации для поездок за рубеж, на право ношения оружия, вождения автомобиля; для посещения спортивно-оздоровительных учреждений проводятся только по согласованию со страховой компанией;

16.12. Лечение сахарного диабета I типа, кроме его диагностики и лечения осложнений.

16.13. Не является страховым случаем и не оплачивается Страховщиком обращение Застрахованного лица в медицинскую организацию с целью получения медицинской помощи, связанной с травматическими повреждениями или иным расстройством здоровья, полученными Застрахованным лицом:

16.14. в состоянии алкогольного, наркотического или токсического опьянения;

16.15. в прямой причинной связи с совершением Застрахованным лицом умышленного

преступления;

в связи с покушением Застрахованного лица на самоубийство, за исключением случаев, когда Застрахованное лицо было доведено до такого состояния противоправными действиями третьих лиц;

16.16. умышленным причинением себе телесных повреждений Застрахованным лицом;

16.17. вследствие воздействия ядерного взрыва, радиации или радиоактивного заражения;

16.18. вследствие военных действий, а также маневров или иных военных мероприятий;

16.19. вследствие гражданской войны, народных волнений всякого рода или забастовок;

16.20. Вследствие террористического акта.

Приложение № 2
к Правилам добровольного медицинского
страхования иностранных граждан на время
пребывания на территории Российской
Федерации (редакция 01/2025),
утвержденным приказом ООО «МСК
«АйАйСи» от 28.05.2025 № 35

**БАЗОВЫЕ СТРАХОВЫЕ ТАРИФЫ И ПОПРАВочНЫЕ КОЭФФИЦИЕНТЫ
ПО ДОБРОВОЛЬНОМУ МЕДИЦИНСКОМУ СТРАХОВАНИЮ ИНОСТРАННЫХ
ГРАЖДАН
НА ВРЕМЯ ПРЕБЫВАНИЯ НА ТЕРРИТОРИИ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

1. БАЗОВЫЕ СТРАХОВЫЕ ТАРИФЫ

При осуществлении добровольного медицинского страхования граждан применяются базовые страховые тарифы, значения которых указаны в таблице 1.

В этой таблице значения базовых страховых тарифов указаны в процентах от страховой суммы и соответствуют сроку действия договора страхования продолжительностью один год.

Таблица 1.

Номер Программы	Наименование Программы страхования	Базовый страховой тариф, % от страховой суммы
№ 1.	«Мигрант»	13,3
№ 2.	«Медико-транспортные услуги и репатриация»	5,4
№ 3.	«Амбулаторно-поликлиническая помощь»;	16,5
№ 4.	«Скорая медицинская помощь»	5,8
№ 5.	«Стоматология»	25,3
№ 6.	«Стационарная медицинская помощь»	12,2
№ 7.	«Медикаментозная помощь»	5,3
№ 8.	«Дородовое наблюдение беременных женщин, включая наблюдение беременности с патологией со стационарным лечением»	15,4
№ 9.	«Родовспоможение» (включая осложненные роды с кесаревым сечением)	5,2
№ 10.	«Реабилитационно-восстановительное лечение (включая санаторно-курортное лечение)»	14,9
№ 11.	«Диагностика и лечение онко- и критических состояний / заболеваний»	12,7
№ 12.	«Профилактика заболеваний»	8,7
№ 13.	«Вакцинация»	3,9

Номер Программы	Наименование Программы страхования	Базовый страховой тариф, % от страховой суммы
№ 14.	«Дружба народов»	10,8
№ 15.	«Укус иксодового клеща»	0,5
№ 16.	«Дети»	13,4

2. ПОПРАВочНЫЕ КОЭФФИЦИЕНТЫ

Цель применения поправочных коэффициентов – обеспечение принципа эквивалентности обязательств Страхователя и Страховщика в каждом договоре страхования. Если Страховщик будет принимать плату за страхование, исходя только из размера базового страхового тарифа, то Страхователь, у которого степень риска ниже «нормальной» будет переплачивать за Страхователя, у которого она выше. Коэффициент 1,0 соответствует нормальной степени риска, для которой рассчитан базовый страховой тариф.

В связи с тем, что конкретные факторы риска и обстоятельства, увеличивающие (уменьшающие) вероятность наступления страхового события, а также конкретные размеры повышающих (понижающих) коэффициентов, которые Страховщик вправе применять к базовым страховым тарифам, могут быть выявлены (определены) только в ходе оценки Страховщиком страхового риска при заключении конкретного договора страхования, поэтому в настоящем приложении к Правилам добровольного медицинского страхования иностранных граждан на время пребывания на территории Российской Федерации указаны минимальные и максимальные значения повышающих и понижающих коэффициентов в определенном диапазоне их применения. Это позволяет Страховщику определить реальный страховой тариф, учитывающий особенности объекта страхования и характер страхового риска по конкретному договору страхования, и является гарантией обеспечения его финансовой устойчивости.

Страховщик имеет право применять к настоящим базовым тарифным ставкам повышающие или понижающие коэффициенты из диапазона, указанного в таблице 2.

Таблица 2.

Обстоятельства, влияющие на степень страхового риска	Диапазон поправочных коэффициентов	
	от	до
Пол и возраст Застрахованного лица	0,6	5,0
Общее состояние здоровья Застрахованного лица (наличие хронических заболеваний, их количество и тяжесть, наличие перенесенных заболеваний и т.п.) Застрахованного лица	0,5	5,5
Характер производственной деятельности Застрахованного лица, а также род его увлечений и способы проведения досуга	0,5	3,0
Территория проживания Застрахованного лица	0,7	3,0
Расширение объема ответственности Страховщика по сравнению со стандартными Программами страхования	1,0	3,0

Обстоятельства, влияющие на степень страхового риска	Диапазон поправочных коэффициентов	
	от	до
Сужение объема ответственности Страховщика по сравнению со стандартными Программами страхования (список исключений из Программы страхования)	0,4	1,0
Количество Застрахованных лиц по договору страхования	0,7	1,0
Ценовая категория медицинской и иной организации	0,2	4,0
Уплата страховой премии в рассрочку	1,0	1,2
Размер страховой суммы, установление лимитов ответственности (лимитов выплаты)	0,6	2,0
Страхование с франшизой	0,1	1,0
Сложившаяся убыточность по портфелю за предыдущий период страхования	0,8	2,0

В случае если результирующий страховой тариф превышает 100%, то считается, что страховой риск не обладает признаками случайности его наступления и договор страхования в отношении данного риска не заключается.

При страховании на срок менее одного года (краткосрочное страхование) Страховщик вправе применять к страховому тарифу коэффициент краткосрочности, указанный в таблице 3, если иной порядок расчета не указан в договоре страхования.

Таблица 3.

Срок действия договора страхования не более										
1 мес.	2 мес.	3 мес.	4 мес.	5 мес.	6 мес.	7 мес.	8 мес.	9 мес.	10 мес.	11 мес.
Коэффициент краткосрочности										
0,30	0,40	0,50	0,60	0,65	0,70	0,75	0,80	0,85	0,90	0,95

При страховании на срок менее одного месяца страховая премия рассчитывается исходя из значений, указанных в таблице 4, если иной порядок расчета не предусмотрен договором страхования.

Таблица 4.

Срок страхования (дней)	От 1 до 10 дней	От 11 до 20 дней	От 21 до 30 дней
Размер страховой премии (в % от годовой премии за один день страхования)	1,17 %	1,07%	1,00%

При страховании на срок более одного года (долгосрочное страхование), если иной порядок расчета не указан в договоре страхования, к страховым тарифам применяется коэффициент долгосрочности, который определяется путем деления продолжительности

срока страхования, исчисленной в месяцах, на 12. При этом неполный месяц страхования считается за полный.

Страховщик вправе использовать иные поправочные коэффициенты страхового риска в зависимости от субъективных факторов риска и, исходя из величины страхового риска, экспертно определенной на основании совокупности данных, представленных в заявлении на страхование, а также результатов предварительного медицинского обследования Застрахованного лица, иных обстоятельств, имеющих существенное значение для определения вероятности наступления страхового случая и размера возможных убытков от его наступления в диапазоне от 0,01 до 18,0.

Страховой тариф считается равным базовому страховому тарифу или исчисляется путем умножения базового страхового тарифа и поправочного (-ых) коэффициента (-ов), если имеются основания для применения таких коэффициентов.