

**ПУБЛИЧНОЕ АКЦИОНЕРНОЕ ОБЩЕСТВО
«СТРАХОВАЯ КОМПАНИЯ ГАЙДЕ»**



УТВЕРЖДАЮ

Генеральный директор

 Т.М. Гай

«02» марта 2015 г.

ПРАВИЛА

**комплексного страхования физических лиц, не являющихся гражданами
Российской Федерации, законно находящихся в Российской Федерации**

г. Санкт-Петербург

СОДЕРЖАНИЕ

1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ. ОПРЕДЕЛЕНИЯ
2. ОБЪЕКТ СТРАХОВАНИЯ
3. СТРАХОВЫЕ РИСКИ. СТРАХОВЫЕ СЛУЧАИ
4. СТРАХОВАЯ СУММА
5. СТРАХОВЫЕ ТАРИФЫ И СТРАХОВАЯ ПРЕМИЯ
6. ПОРЯДОК ЗАКЛЮЧЕНИЯ, ИСПОЛНЕНИЯ И ПРЕКРАЩЕНИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ
7. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН
8. ОБЯЗАТЕЛЬСТВА СТОРОН ПРИ НАСТУПЛЕНИИ СОБЫТИЯ, ИМЕЮЩЕГО ПРИЗНАКИ СТРАХОВОГО СЛУЧАЯ
9. СТРАХОВАЯ ВЫПЛАТА
10. ОСНОВАНИЯ ОТКАЗА В ПРИЗНАНИИ СОБЫТИЯ СТРАХОВЫМ СЛУЧАЕМ (В ОСУЩЕСТВЛЕНИИ СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЫ)
11. ФОРС-МАЖОР
12. ПОРЯДОК РАЗРЕШЕНИЯ СПОРОВ

1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ. ОПРЕДЕЛЕНИЯ

1.1. Настоящие Правила комплексного страхования физических лиц, не являющихся гражданами Российской Федерации, законно находящихся в Российской Федерации, (далее - Правила) приняты в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации и содержат в себе общие (стандартные) условия и порядок страхования, в соответствии с которыми Публичное акционерное общество «Страховая компания ГАЙДЕ», имеющее лицензию на осуществление страховой деятельности (далее – Страховщик), заключает со Страхователями договоры страхования физических лиц, не являющихся гражданами Российской Федерации, путешествующих или временно проживающих на территории Российской Федерации (далее – Договоры).

1.2. По Договору (Полису) (далее именуемые «Договор»), заключенному на основании настоящих Правил, Страховщик обязуется за обусловленную Договором плату (страховую премию) при наступлении события, произошедшего в период страхования (страхового покрытия), признанного Страховщиком страховым случаем, предусмотренным Договором, организовать предоставление (оказание) и произвести оплату первичной медико-санитарной помощи и специализированной медицинской помощи (а также скорой медицинской помощи, если это предусмотрено Договором и/или Программой страхования) в неотложной и экстренной форме, потребность в которой явилась следствием внезапного расстройства здоровья физического лица (Застрахованного), в т.ч. в результате несчастного случая (травмы), и (или) произвести оплату расходов по организации и осуществлению репатриации Застрахованного в страну постоянного проживания в случае его смерти, а также в случае необходимости досрочного возвращения Застрахованного по причине внезапного расстройства здоровья, в т.ч. в результате несчастного случая (травмы), повлекшего необходимость пребывания Застрахованного на стационарном лечении. Страховщик организует и оплачивает предоставление медицинских услуг и услуг по репатриации в соответствии с условиями Договора и Программой страхования, в пределах определенной Договором страховой суммы.

1.3. Возмещение расходов в связи с наступлением страхового случая может производиться медицинским организациям, находящимся на территории Российской Федерации, в которых проходил лечение Застрахованный, а также Сервисной компании (п. 1.8.14. Правил), если это предусмотрено Договором.

1.4. При заключении Договора на условиях, содержащихся в настоящих Правилах, эти Правила становятся неотъемлемой частью Договора и обязательны для исполнения Страхователем (Застрахованным) и Страховщиком. Условия, содержащиеся в Правилах и не включенные в текст Договора, обязательны для Страхователя (Застрахованного), если в тексте Договора имеется ссылка на данные Правила, а сами правила вручены Страхователю при заключении Договора и (или) размещены на официальном сайте Страховщика в сети «Интернет».

1.5. Программы страхования (п. 1.8.6. Правил) являются приложением к Правилам. Договор действует при условии указания в нем конкретной Программы страхования.

1.6. В Договоре оговариваются конкретные условия страхования. По соглашению Сторон в Договор могут быть включены иные условия, дополнения, исключения, уточнения, не противоречащие действующему законодательству Российской Федерации. При наличии расхождений между положениями Договора и настоящих Правил преимущественную силу имеют положения Договора.

1.7. Страховщик и Страхователь являются Сторонами по Договору (далее по тексту Правил по отдельности Сторона или при совместном прочтении Стороны).

1.8. Термины и понятия, применяемые в Правилах:

1.8.1. Страховщик – Публичное акционерное общество «Страховая компания ГАЙДЕ», юридическое лицо, созданное в соответствии с законодательством Российской Федерации для осуществления страховой деятельности и действующее на основании лицензии, полученной в установленном порядке.

1.8.2. Страхователь – юридическое лицо любой организационно-правовой формы, предусмотренной законодательством Российской Федерации, гражданин, занимающийся предпринимательской деятельностью без образования юридического лица (индивидуальный предприниматель), зарегистрированный в установленном порядке, дееспособное физическое лицо (гражданин Российской Федерации, иностранный гражданин, лицо без гражданства), заключившее со Страховщиком Договор в соответствии с настоящими Правилами. Страхователи - юридические лица заключают со Страховщиком Договоры о страховании третьих лиц в пользу последних (Застрахованных лиц) – договоры коллективного страхования. Страхователи - физические лица - заключают со Страховщиком Договоры в свою пользу (в этом случае они считаются Застрахованными) или о страховании третьих лиц в пользу последних (Застрахованных лиц).

1.8.3. Застрахованный (Застрахованное лицо) – физическое лицо, в отношении которого заключен Договор, на основании которого Застрахованный получает медицинскую помощь, а также расходы по репатриации которого в страну постоянного проживания являются объектом страхования.

1.8.4. Страховой риск – это предполагаемое событие, на случай наступления которого, в соответствии с настоящими Правилами, проводится страхование, обладающее признаками вероятности и случайности его наступления.

1.8.5. Страховой случай – предусмотренное настоящими Правилами, Договором, Программой страхования событие, совершившееся на территории страхования в период страхования, с наступлением которого возникает обязанность Страховщика осуществить страховую выплату - оплату за медицинские услуги, которые были или будут оказаны Застрахованному лицу в Медицинских организациях в соответствии с Программой страхования, а также за иные предусмотренные Правилами, Договором, Программой страхования расходы. Признание события страховым фиксируется решением Страховщика, отраженным в Страховом акте. До момента составления Страховщиком Страхового акта событие считается имеющим признаки страхового случая.

1.8.6. Программа медицинского страхования предоставления первичной медико-санитарной помощи и специализированной медицинской помощи (а также скорой медицинской помощи, если это в ней предусмотрено) в неотложной и экстренной форме (далее – Программа страхования) – перечень медицинской помощи, медицинских услуг, видов обслуживания, страховых рисков и возможных расходов, которые возмещаются по Договору, а также список Медицинских организаций, в которые имеет право обращаться Застрахованный. Программа страхования признается неотъемлемой частью Договора. Обслуживание Застрахованного производится только и исключительно в соответствии с Программой страхования.

1.8.7. Страховая сумма – денежная сумма, которая определена в порядке, установленном настоящими Правилами и Договором при его заключении, исходя из которой устанавливаются размер страховой премии и размер страховой выплаты при наступлении страхового случая и в пределах которой Страховщик обязуется осуществить страховую выплату по Договору. Если иное не определено Договором, сумма всех страховых выплат по всем страховым случаям по Договору не может превышать страховую сумму, указанную в Договоре.

1.8.8. Страховая выплата – денежная сумма, которая определяется в порядке, установленном настоящими Правилами и Договором, и выплачивается Страховщиком Медицинской организации либо Сервисной компании при наступлении страхового случая (признании Страховщиком наступившего события страховым случаем). Страховая выплата осуществляется в пределах определенной Договором страховой суммы. Получателем страховой выплаты, если иное не предусмотрено Договором, признается Медицинская организация, оказавшая медицинскую помощь Застрахованному и/или Сервисная компания, которая понесла расходы по репатриации Застрахованного в страну постоянного проживания, в соответствии Правилами, Договором, Программой страхования.

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

1.8.10. Страховая премия (страховой взнос) - денежная сумма, уплачиваемая Страхователем по Договору Страховщику в качестве платы за страхование. Страховая премия уплачивается Страхователем в валюте Российской Федерации, за исключением случаев, предусмотренных валютным законодательством Российской Федерации и принятыми в соответствии с ним нормативными правовыми актами органов валютного регулирования.

1.8.11. Франшиза – часть убытков, которая определена Договором и не подлежит возмещению Страховщиком Страхователю или иному лицу, интерес которого застрахован в соответствии с условиями Договора, и устанавливается в виде определенного процента от страховой суммы или в фиксированном размере. В соответствии с условиями страхования франшиза может быть условной (Страховщик освобождается от возмещения убытка, если его размер не превышает (меньше или равен) 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). Договором могут быть предусмотрены иные виды франшизы.

Условия применения и размер франшизы устанавливаются Договором. Если Договором предусмотрена франшиза, но не указаны условия ее применения (условная или безусловная), то считается, что франшиза является безусловной.

1.8.12. Период страхования (страхового покрытия) – период времени между датами, указанными в Договоре, в течение которого могут произойти события, имеющие признаки страхового случая в соответствии с условиями Договора и настоящих Правил.

1.8.13. Медицинская организация – юридическое лицо независимо от организационно-правовой формы, осуществляющее в качестве основного (уставного) вида деятельности медицинскую деятельность на основании лицензии, выданной в порядке, установленном законодательством Российской Федерации, и с которым Страховщиком заключен договор о предоставлении медицинских услуг. Список (перечень) Медицинских организаций, в которые Застрахованный имеет право обратиться за получением медицинской помощи, указывается в Договоре и/или Программе страхования (включая Приложения к ним).

1.8.14. Сервисная компания – организация, которая по договору со Страховщиком организует оказание медицинской помощи и/или медицинского сопровождения (в т.ч. консультирования и направления

на медицинское обслуживание) Застрахованных, а также услуги по репатриации Застрахованных и, при необходимости (на основании договора со Страховщиком), оплачивающая расходы, в т.ч. расходы по репатриации.

1.8.15. Медицинская помощь – комплекс мероприятий, направленных на поддержание и (или) восстановление здоровья и включающих в себя предоставление медицинских услуг.

1.8.16. Первичная медико-санитарная помощь – мероприятия по диагностике и лечению заболеваний. Перечень предоставляемой Первичной медико-санитарной помощи устанавливается Договором и/или Программой страхования.

1.8.17. Специализированная медицинская помощь – мероприятия по диагностике и лечению заболеваний, требующих использования специальных методов диагностики и лечения. Перечень предоставляемой специализированной медицинской помощи устанавливается Договором и/или Программой страхования.

1.8.18. Неотложная медицинская помощь – медицинская помощь, оказываемая при внезапных острых заболеваниях, состояниях, травмах, обострении хронических заболеваний без явных признаков угрозы жизни Застрахованного.

1.8.19. Экстренная медицинская помощь – медицинская помощь, оказываемая при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний, травмах, представляющих угрозу жизни Застрахованного.

1.8.20. Медицинская услуга – медицинское вмешательство или комплекс медицинских вмешательств, направленных на диагностику и лечение заболеваний и имеющих самостоятельное законченное значение. Конкретный перечень медицинских услуг, оказываемых Застрахованным, указывается в Договоре и/или Программе страхования.

1.8.21. Репатриация – возвращение Застрахованного в страну постоянного проживания при наступлении страхового случая.

1.8.22. Страна постоянного проживания – страна, гражданином которой является Застрахованное лицо, или имеет вид на жительство или иной документ, подтверждающий право постоянного проживания в соответствии с законодательством этой страны.

2. ОБЪЕКТЫ СТРАХОВАНИЯ

2.1. Объектом страхования в соответствии с Правилами являются не противоречащие законодательству Российской Федерации имущественные интересы Страхователя (Застрахованного лица), связанные:

2.1.1. с расходами по организации и оказанию первичной медико-санитарной помощи и специализированной медицинской помощи (а также скорой медицинской помощи, если это предусмотрено Договором и/или Программой страхования) в неотложной и экстренной форме, необходимыми вследствие внезапного расстройства здоровья физического лица (Застрахованного), в т.ч. в результате несчастного случая (травмы), требующего организации и оказания таких услуг;

2.1.2. с расходами по организации и осуществлению репатриации Застрахованного в страну постоянного проживания в случае его смерти, а также в случае необходимости досрочного возвращения Застрахованного по причине внезапного расстройства здоровья, в т.ч. в результате несчастного случая (травмы), повлекшего необходимость пребывания Застрахованного на стационарном лечении.

3. СТРАХОВЫЕ РИСКИ. СТРАХОВЫЕ СЛУЧАИ

3.1. Страховыми рисками в соответствии с настоящими Правилами признаются следующие события (указанные в кавычках краткие названия страховых рисков приведены для удобства оформления Договоров и не могут использоваться для определения событий, на случай наступления которых проводится страхование):

3.1.1. **«Амбулаторная медицинская помощь»** – обращение Застрахованного лица в течение периода страхования в Медицинские организации, указанные в Программе страхования, если это обращение согласовано и/или организовано Страховщиком (Сервисной компанией), за получением амбулаторной первичной медико-санитарной помощи и (или) специализированной медицинской помощи в неотложной и (или) экстренной форме, предусмотренной Договором и Программой страхования.

3.1.2. **«Медицинская помощь в условиях стационара»** – обращение Застрахованного лица в течение периода страхования в Медицинские организации, указанные в Программе страхования, если это обращение согласовано и/или организовано Страховщиком (Сервисной компанией), за получением первичной медико-санитарной помощи и (или) специализированной медицинской помощи в условиях стационара в неотложной и (или) экстренной форме, предусмотренной Договором и Программой страхования.

При наличии или выявлении хронического или постоянного заболевания Страховщик вправе оплатить только купирование его обострения, дальнейшее лечение Страховщиком не оплачивается.

Если состояние Застрахованного требует пребывания его на стационарном лечении и вместе с тем позволяет организовать транспортировку Застрахованного (при необходимости со специальным медицинским сопровождением, специальными средствами и приспособлениями) до ближайшего к месту постоянного проживания в Стране постоянного проживания аэропорта или вокзала, то Страховщик (Сервисная компания) вправе организовать и осуществить такую транспортировку Застрахованного. Возможность транспортировки Застрахованного определяется Страховщиком (Сервисной компанией). Необходимость медицинского сопровождения, специальных средств и приспособлений определяется Страховщиком (Сервисной компанией). Страховщик оставляет за собой право выбора между продолжением лечения или транспортировкой Застрахованного в Страну постоянного проживания.

3.1.3. **«Скорая медицинская помощь»** – возникновение непредвиденных медико-транспортных расходов, т.е. расходов на транспортировку Застрахованного медицинским транспортом, включая медицинское сопровождение (с медицинской бригадой, если это необходимо) с места заболевания (происшествия) в Медицинскую организацию из числа указанных в Договоре и (или) Программе страхования, либо в которую он направлен Страховщиком (Сервисной компанией).

3.1.4. **«Досрочное возвращение Застрахованного»** – досрочное возвращение (репатриация) Застрахованного, а именно расходы Застрахованного на проезд к месту постоянного проживания в Стране постоянного проживания в один конец экономическим классом, а также расходы на проезд до вокзала (аэропорта), в случае, если отъезд Застрахованного не состоялся вовремя, (т.е. в день, указанный в проездных документах, находящихся на руках у Застрахованного) по причине внезапного расстройства здоровья, в т.ч. в результате несчастного случая (травмы), повлекшего необходимость пребывания Застрахованного на стационарном лечении. Застрахованный обязан сделать все от него зависящее, чтобы вернуть (сдать) неиспользованные проездные документы. При несоблюдении данного условия Страховщик вправе вычесть из суммы страховой выплаты стоимость несданных Застрахованным проездных документов.

3.1.5. **«Репатриация»** – возникновение непредвиденных расходов на репатриацию в случае смерти Застрахованного, т.е. расходов на репатриацию тела умершего до ближайшего к месту постоянного проживания в Стране постоянного проживания аэропорта или вокзала.

По согласованию с родственниками умершего Застрахованного репатриация тела умершего может быть заменена кремацией на территории страхования. При этом страховая выплата за расходы на кремацию осуществляется в пределах частной страховой суммы, указанной в Договоре.

3.2. Перечень конкретных страховых рисков согласовывается между Страховщиком и Страхователем и указывается в Договоре и/или Программе страхования.

3.3. Страховым случаем, с наступлением которого возникает обязанность Страховщика произвести страховую выплату (при условии соблюдения Страхователем (Застрахованным) условий Договора и настоящих Правил), является совершившееся на территории страхования в период страхования событие из числа указанных в п. 3.1. настоящих Правил, предусмотренное Договором и Программой страхования, не являющееся исключением (т.е. событием, указанным в п. 3.7., п. 3.8., п. 3.9., п. 3.10. настоящих Правил), с учетом п. 9.5. настоящих Правил, Раздела 10 настоящих Правил и иных положений настоящих Правил.

3.4. Датой наступления страхового случая, предусмотренного п. 3.3. настоящих Правил, признается:

3.4.1. по рискам, указанным в п. 3.1.1., 3.1.2., 3.1.3., 3.1.4. Правил – дата обращения Застрахованного в Медицинскую организацию за получением медицинской помощи;

3.4.2. по риску, указанному в п. 3.1.5. Правил – дата смерти Застрахованного либо, если Застрахованный был госпитализирован по риску, указанному в п. 3.1.2. Правил не позднее даты окончания периода страхования, но при этом в связи с состоянием его здоровья продолжалось оказание ему медицинских услуг, и при этом он умер в стационаре после окончания периода страхования – дата госпитализации Застрахованного.

3.5. Страховщик при наступлении страхового случая организует предоставление медицинских услуг Застрахованному лицу, а также их оплату:

3.5.1. по рискам, указанным в п. 3.1.1., 3.1.3. Правил – до окончания периода страхования;

3.5.2. по риску, указанному в п. 3.1.2. Правил – до момента выписки из стационара или, если смерть Застрахованного произошла в стационаре, до момента смерти Застрахованного.

3.6. Положения п. 3.5.2. настоящих Правил применяются также в случае, если обращение Застрахованного лица по риску, указанному в п. 3.1.2. Правил, произошло в течение периода страхования (то есть, дата госпитализации должна быть не позднее даты окончания периода страхования), но на дату окончания периода страхования состояние здоровья Застрахованного лица требует продолжения оказания ему медицинских услуг в условиях стационара. При этом сумма страховых выплат не может превысить страховую сумму, указанную в Договоре.

3.7. Во всех случаях, если иное не предусмотрено Договором (Программой страхования), не является страховым случаем и не влечет обязанности Страховщика по осуществлению страховой выплаты обращение Застрахованного лица в Медицинскую организацию с целью получения медицинской помощи по поводу расстройства здоровья или состояния, которое является следствием:

3.7.1. событий, произошедших вне периода страхования;

3.7.2. участия Застрахованного в военных действиях, а также маневрах или иных военных мероприятиях, вторжениях, боевых действиях (независимо от того, была объявлена война или нет), действиях вооруженных формирований, бунтах, мятежах, восстаниях, революциях, гражданских волнениях, несанкционированных митингах, гражданских войнах, террористических актах (согласно ст. 205 УК РФ), забастовках;

3.7.3. службой Застрахованного лица в любых вооруженных силах и формированиях;

3.7.4. обстоятельств непреодолимой силы (форс-мажор);

3.7.5. воздействия ядерной энергии в любой форме, химического заражения, бактериологического заражения;

3.7.6. умышленного противоправного действия (бездействия) Страхователя (Застрахованного);

3.7.7. покушения на самоубийство, а также членовредительства или иных умышленных действий Застрахованного, повлекших вред его здоровью;

3.7.8. любого расстройства здоровья (состояния), травмы, полученных Застрахованным в состоянии алкогольного, наркотического или токсического опьянения, в связи с употреблением алкогольных, токсических, наркотических средств, галлюциногенов, а также расстройств здоровья (состояний), вызванных употреблением перечисленных веществ;

3.7.9. применения лекарственных и иных препаратов медицинского назначения без назначения врача, терапевтических или оперативных методов лечения, которые Застрахованное лицо применяет сам по отношению к себе или поручает другому лицу.

3.8. Во всех случаях, если иное не предусмотрено Договором (Программой страхования), не является страховым случаем и не влечет обязанности Страховщика по осуществлению страховой выплаты убытки (расходы) Застрахованного лица, возникшие вследствие следующих заболеваний, расстройств здоровья и состояний:

3.8.1. заболевания и расстройства здоровья, возникших или обострившихся в результате нарушения Застрахованным предписаний лечащего врача и/или отказа Застрахованного от рекомендованной медицинской помощи;

3.8.2. расстройства здоровья, в т.ч. в результате несчастного случая (травмы), состояния Застрахованного, которые не требуют экстренной или неотложной медицинской помощи;

3.8.3. хронические заболевания, их обострения, последствия и осложнения, за исключением экстренных медицинских расходов, минимально необходимых для диагностирования, что данное заболевание является хроническим или обострением хронического заболевания (частная страховая сумма по таким расходам может быть указана в Договоре);

3.8.4. заболевания, которое было диагностировано у Застрахованного до въезда на территорию Российской Федерации (кроме обострений хронических заболеваний);

3.8.5. психические, психосоматические, психоневрологические заболевания (в т.ч. неврозы, депрессии, панические атаки, эпилепсия и пр.), а также их обострения, осложнения и последствия, симулирование болезни; психотерапия;

3.8.6. алкоголизм, наркомания, токсикомания и их осложнения;

3.8.7. ведение беременности, роды и аборт (за исключением вынужденного прерывания беременности, явившегося следствием несчастного случая); патология беременности; лечение осложнений после прерывания беременности и родов, гормональные исследования с целью подбора методов контрацепции и заместительной гормональной терапии, контрацепция, осуществление заместительной гормональной терапии; введение и удаление ВМС, планирование семьи, диагностика и лечение бесплодия, импотенции, искусственное оплодотворение, нарушение менструального цикла (кроме маточных кровотечений);

3.8.8. стоматологические заболевания;

3.8.9. венерические заболевания, ВИЧ-инфекции, СПИД (в соответствии с Федеральным законом от 30.03.1995 N 38-ФЗ «О предупреждении распространения в Российской Федерации заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции)»), первичные и вторичные иммунодефицитные состояния и аутоиммунные заболевания, все формы заболеваний, передающихся половым путем (ЗППП), цирроз печени, хронический гепатит;

3.8.10. заболевания и состояния, требующие применения косметической и/или пластической хирургии;

3.8.11. грибковые заболевания, заболевания, вызванные вирусом герпеса;

3.8.12. онкологические заболевания, их осложнения и последствия, злокачественные заболевания крови; состояния, обусловленные наличием онкологического заболевания, с момента установления диагноза, относящегося к онкологическим;

3.8.13. аллергические заболевания;

3.8.14. особо опасные инфекционные и/или тропические заболевания, требующие заблаговременной вакцинации до начала поездки (натуральная оспа, чума, сибирская язва, холера, геморрагические лихорадки, полиомиелит, TORCH, сыпной тиф и т.п.) и редкие тяжелые инфекционные заболевания (столбняк, ботулизм, туляремия, клещевой энцефалит, малярия, бешенство, лихорадка Эбола и т.п.);

- 3.8.15. лечение варикозной болезни вен нижних конечностей, доброкачественных новообразований;
- 3.8.16. заболевания сердца, сосудов и нервов, требующих хирургического лечения (в том числе установка кардиостимуляторов, установка искусственного водителя ритма, аллопластика и ксенопластика и пр., аортокоронарное шунтирование, коррекция пороков сердца, установка стенов и искусственных клапанов, операции по поводу грыж межпозвонковых дисков и др.), коронарография;
- 3.8.17. заболевания, вызванные загрязнением окружающей среды или являющиеся следствием стихийных бедствий;
- 3.8.18. профессиональные заболевания: хронические интоксикации;
- 3.8.19. саркоидоз, муковисцидоз, псориаз, другие системные заболевания;
- 3.8.20. хронические заболевания кожи и придатков, включая микозы, лечение заболеваний кожи, волос, ногтей (мозоли, бородавки, контагиозные моллюски, кондиломы, невус, папилломы, алопеции, онихомикоз и др.);
- 3.8.21. инфекционные (в том числе туберкулез независимо от клинической формы и стадии процесса (в соответствии с Федеральным законом от 18.06.2001 N 77-ФЗ «О предупреждении распространения туберкулеза в Российской Федерации»)) и паразитарные заболевания;
- 3.8.22. дисбактериоз, синдром раздраженного кишечника (диагностика и лечение);
- 3.8.23. заболевания, сопровождающиеся хронической почечной или печеночной недостаточностью, требующие проведения гемодиализа;
- 3.8.24. заболевания органов и тканей, опорно-двигательного аппарата, последствия несчастных случаев (травм), требующие сложного и реконструктивного оперативного лечения, трансплантации, имплантации, реимплантации, протезирования и пластической хирургии; реконструктивные и восстановительные операции всех видов, вне зависимости от причин, локализации, вида дефекты;
- 3.8.25. острая и хроническая лучевая болезнь;
- 3.8.26. сахарный диабет (I и II типа) и его осложнения (любые проявления диабетической ангиопатии, трофические нарушения на нижних конечностях, диабетическая ангиопатия и др.);
- 3.8.27. врожденные аномалии и пороки развития; наследственные и генетические заболевания (включая ортопедические заболевания, хромосомные нарушения, болезни обмена веществ) вне зависимости от клинической формы и стадии процесса, генетическая диагностика;
- 3.8.28. демиелинизирующие заболевания нервной системы.
- 3.9. При страховании в соответствии с настоящими Правилами не признаются страховыми случаями и не влекут обязанности Страховщика по осуществлению страховой выплаты убытки Страхователя (Застрахованного):
- 3.9.1. размер которых не превышает (меньше или равен) размера франшизы – при установлении последней в Договоре;
- 3.9.2. произошедшие вне пределов территории страхования;
- 3.9.3. произошедшие с 00 часов 00 минут даты, следующей за датой, указанной в Договоре как дата уплаты страховой премии (очередного платежа по страховой премии), в случае неуплаты Страхователем страховой премии (очередного платежа по страховой премии) в размере и сроки, предусмотренные Договором;
- 3.9.4. расходы в части их превышения над страховой суммой;
- 3.9.5. расходы на получение медицинских и иных услуг, не согласованных со Страховщиком (Сервисной компанией);
- 3.9.6. расходы на оплату лечения, которое может быть, с медицинской точки зрения, осуществлено после возвращения Застрахованного в страну постоянного проживания;
- 3.9.7. расходы на оплату любых профилактических мероприятий, карантинных мероприятий, дезинфекций, диспансерного наблюдения;
- 3.9.8. расходы по оплате реконструктивных операций (кардиохирургических, нейрохирургических, торакальных), операций по пересадке органов и тканей;
- 3.9.9. расходы на диагностические исследования, кроме исследований, необходимых для диагностики внезапного заболевания или несчастного случая (травм), а также минимально необходимого объема диагностических исследований (частная страховая сумма по таким расходам может быть указана в Договоре) в связи с хроническим заболеванием (или его обострением), если данное заболевание потребовало оказание экстренной медицинской помощи;
- 3.9.10. расходы, не являющиеся необходимыми с точки зрения лечения заболевания;
- 3.9.11. расходы на восстановительное лечение и физиотерапию, включая в т.ч. следующие: мануальную терапию, гелиотерапию, водолечение, грязелечение, нетрадиционные методы лечения (в т.ч. акупунктура, гомеопатия, гирудотерапия и пр.), лечебную физкультуру, спа-терапию, кислородотерапию, талассотерапию;
- 3.9.12. расходы на экстракорпоральные методы лечения (гемодиализ, плазмофорез, гемосорбция, альфа-капсула, УФО крови и т.п.);
- 3.9.13. расходы на реабилитационно-восстановительное лечение (в т.ч. санаторно-курортное лечение);

- 3.9.14. расходы на оплату любого протезирования, включая эндопротезирование, зубное и глазное протезирование, а также покупку средств медицинской техники;
- 3.9.15. расходы на подбор контактных линз, очков, использование глазных тренажеров, лазерная и иная оперативная коррекция зрения;
- 3.9.16. расходы на коррекцию слуха с помощью слуховых аппаратов, их имплантацию;
- 3.9.17. расходы на диагностику и лечение косоглазия, синдрома «сухого глаза», нарушений остроты зрения, астигматизма, глаукомы, катаракты, дистрофических заболеваний глаз;
- 3.9.18. расходы на обследование и лечение тугоухости, удаление серных пробок;
- 3.9.19. расходы на вирусологические исследования, гистологические исследования на амбулаторном этапе, бактериологические исследования (кроме гинекологического мазка на микрофлору, ПЦР-диагностики), хеликобактер; диагностику аллергологических заболеваний, иммунологические исследования;
- 3.9.20. расходы на специфическую иммунизацию с различными аллергенами, гипосенсибилизирующую терапию при аллергических заболеваниях, кроме неотложных и экстренных состояний; вакцинацию;
- 3.9.21. расходы на денситометрию, позитронно-эмиссионная томографию, ЯМРТ, КТ, рентгено-эндоваскулярную терапию, остеопатические методы исследования, радионуклидные исследования и др.; ортопантограммы;
- 3.9.22. расходы на устранение косметических дефектов, коррекцию веса;
- 3.9.23. расходы на 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, в бассейн, оформление санаторно-курортных карт;
- 3.9.24. расходы на приобретение лекарственных препаратов, изделий медицинского назначения, очков, контактных линз, слуховых аппаратов, имплантантов, металлоконструкций, эндопротезов, кардиостимуляторов и т.д., в том числе и по договорам об оказании платных услуг с медицинской организацией;
- 3.9.25. расходы на манипуляции, связанные с применением лазерных установок в хирургии, гинекологии, урологии, ЛОР, чрезкожную и внутривенную лазеротерапию, манипуляции, связанные с применением ультразвуковых, криоустановок в хирургии, гинекологии, урологии, ЛОР;
- 3.9.26. расходы, связанные с предоставлением дополнительного комфорта, не предусмотренного Договором, во время пребывания в Медицинской организации, в частности: одноместные или двухместные палаты, палаты типа «люкс», телевизор, телефон, кондиционер, услуги парикмахера, переводчика и т.п.;
- 3.9.27. расходы на лечение, назначенное и проведенное членом семьи Застрахованного лица или Страхователя;
- 3.9.28. расходы за медицинские услуги, оказываемые при лечении бесплодия (в частности искусственное оплодотворение) и т.д.;
- 3.9.29. расходы за прививки, дезинфекцию, экспертизу и предоставление результатов медицинской экспертизы, лабораторные и другие исследования, не связанные со страховым случаем;
- 3.9.30. расходы возникшие в связи с занятиями любыми видами спорта на профессиональном уровне и следующими видами спорта на любительском уровне: верховая езда, авто- и мотоспорт, боевые единоборства и бокс, альпинизм, горные лыжи, слалом, прыжки с трамплина, фристайл, сноуборд, фигурное катание, конькобежный спорт, санный спорт, бобслей, буерный спорт, воднолыжный спорт, прыжки в воду с трамплина, подводное плавание и дайвинг, спуск в пещеры, любые воздушные виды спорта, легкая и тяжелая атлетика, игровые виды спорта, велоспорт, акробатика, гимнастика, фехтование, стрельба, плавание, гребля;
- 3.9.31. расходы на лечение, проведенное Медицинской организацией, не имеющей соответствующей лицензии, или лицом, не имеющим права заниматься медицинской практикой;
- 3.9.32. убытки вследствие курсовой разницы, упущенная выгода, простой, потеря дохода, другие косвенные и коммерческие убытки и расходы Страхователя (Застрахованного), такие как: суммы штрафных санкций (в т.ч. неустойки, пени), расходы на проживание в гостинице во время урегулирования события, имеющего признаки страхового, командировочные расходы, расходы на телефонные переговоры и т.п.;
- 3.9.33. причинение морального вреда.
- 3.10. Страховщик не осуществляет страховые выплаты за следующие медицинские услуги:
- 3.10.1. вызов врача на дом, медицинский уход на дому за больным Застрахованным; выполнение медицинских услуг на дому, индивидуальный пост, любые назначения без медицинских показаний, либо предписанные врачами медицинских организаций, не включенных в Программу страхования; госпитализация для реабилитационного лечения; услуги стационара одного дня;
- 3.10.2. диагностика и лечение нетрадиционными (альтернативными) методами медицины;
- 3.10.3. если они не были письменно назначены лечащим врачом Застрахованного (врачом Медицинской организации, предусмотренной Договором и/или Программой страхования);
- 3.10.4. если такие медицинские услуги не предусмотрены Договором и/или Программой страхования;
- 3.10.5. лицу, не являющемуся Застрахованным по Договору.

3.11. В Договоре и/или Программе страхования по соглашению сторон могут быть предусмотрены и иные исключения из страхования в зависимости от оцениваемой Страховщиком при заключении Договора степени риска в отношении объекта страхования, вероятности наступления страхового случая и размера возможных убытков от его наступления.

3.12. Экстренная медицинская помощь в условиях стационара оказывается в соответствии с порядками оказания медицинской помощи и стандартами медицинской помощи, утверждаемыми уполномоченным федеральным органом исполнительной власти, распространяющимися на расстройство здоровья Застрахованного, в т.ч. в результате несчастного случая (травмы), явившееся причиной госпитализации в стационаре, даже если предусмотренные этими порядками (стандартами) медицинские услуги являются исключениями в соответствии с п. 3.8., 3.9. Правил.

3.13. Для получения медицинских услуг Застрахованный обращается за организацией оказания медицинской помощи к Страховщику или в Сервисную компанию, указанную Страховщиком в Договоре страхования (или Программе страхования).

3.14. При обращении в Медицинскую организацию Застрахованный предъявляет паспорт, или иной документ, удостоверяющий его личность, а также Договор (Страховой полис).

3.15. Медицинская организация, с которой Страховщик заключил соответствующий договор на оказание медицинских услуг, в случае отсутствия у него по прејскуранту и/или роду деятельности (специализации) соответствующих услуг, может организовать оказание таких медицинских услуг в других Медицинских организациях, при обязательном письменном согласовании со Страховщиком, если иное не предусмотрено договором между Страховщиком и Медицинской организацией.

3.16. Территория страхования: действие Договора распространяется на события, произошедшие на территории Российской Федерации, если иное не предусмотрено Договором.

4. СТРАХОВАЯ СУММА

4.1. Страховая сумма – денежная сумма, которая определена в порядке, установленном настоящими Правилами и Договором при его заключении, исходя из которой устанавливаются размер страховой премии и размер страховой выплаты при наступлении страхового случая, в пределах которой Страховщик обязуется осуществить страховую выплату по Договору.

4.2. Страховая сумма устанавливается по согласованию между Страхователем и Страховщиком на всех Застрахованных или на каждого Застрахованного и определяется исходя из Программы страхования, возраста Застрахованного, периода страхования и иных условий.

4.3. Страховая сумма устанавливается в российских рублях, если иное не предусмотрено Договором.

4.4. Договором устанавливается страховая сумма (в т.ч. отдельные (частные) страховые суммы по отдельным страховым рискам, по отдельным Застрахованным и/или группам Застрахованных, по отдельным видам медицинских услуг (медицинской помощи)), в пределах которой Страховщик осуществляет страховую выплату по Договору. Страховая сумма является максимальным размером страховой выплаты, в пределах которой Страховщик осуществляет выплату по всем страховым случаям, произошедшим в период страхования. Размер суммы, в пределах которой Страховщик осуществляет последующие страховые выплаты по страховым случаям, произошедшим в период страхования, уменьшается на размер произведенных Страховщиком страховых выплат. Страховая сумма считается уменьшенной с даты наступления страхового случая. Страхователь имеет право по согласованию со Страховщиком восстановить первоначальный размер страховой суммы. Страховая сумма может быть восстановлена путем заключения дополнительного соглашения к Договору на оставшийся период страхования с уплатой соответствующей дополнительной страховой премии. Дополнительное соглашение оформляется в той же форме и том же порядке, что и Договор, с указанием восстановленной страховой суммы и дополнительной страховой премии, подлежащей оплате. Страховая сумма считается восстановленной с даты подписания дополнительного соглашения, если Договором или дополнительным соглашением не предусмотрено иное.

4.5. В Договоре по соглашению Страхователя и Страховщика может быть согласован размер франшизы (условной или безусловной). Понятие и формы франшизы приведены в Разделе 1 настоящих Правил и уточняются в Договоре.

5. СТРАХОВЫЕ ТАРИФЫ И СТРАХОВАЯ ПРЕМИЯ

5.1. Под страховой премией понимается плата за страхование, которую Страхователь обязан уплатить Страховщику в порядке и в сроки, установленные Договором. Страховая премия рассчитывается как произведение страховой суммы на страховой тариф.

5.2. Страховой тариф представляет собой ставку страховой премии с единицы страховой суммы.

Страховой тариф исчисляется как произведение базового страхового тарифа на величину поправочных коэффициентов. Размер страхового тарифа устанавливается с учетом объекта страхования и характера страхового риска, а также других условий страхования, в том числе наличия франшизы и ее

размера в соответствии с условиями страхования. Размеры страховых тарифов по конкретному Договору устанавливаются по соглашению сторон при его заключении.

5.3. Страховая премия оплачивается Страхователем единовременно, если иное не согласовано Сторонами в Договоре.

Порядок и сроки уплаты страховой премии определяется в Договоре по соглашению Сторон.

5.4. Оплата страховой премии производится Страхователем в соответствии с условиями Договора: безналичным путем или наличными денежными средствами в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации. Если страховую премию вместо Страхователя уплачивает какое-либо иное лицо, то оно никаких прав по Договору в связи с этим не приобретает.

5.5. Страхователь обязан уплатить Страховщику страховую премию или первый платеж по страховой премии (в случае оплаты страховой премии в рассрочку) путем перечисления на расчетный счет Страховщика или путем оплаты страховой премии или первого платежа по страховой премии (при оплате в рассрочку) в кассу Страховщика в течение 5-ти рабочих дней после подписания Договора, если иной срок не согласован в Договоре.

5.6. Датой оплаты страховой премии считается день поступления страховой премии на расчетный счет Страховщика (при оплате путем безналичного расчета) или дата, указанная в квитанции установленной формы на получение страховой премии (взноса) (при оплате наличными денежными средствами).

5.7. Договор считается не вступившим в силу в случае неоплаты Страхователем страховой премии (первого платежа по страховой премии) в размере и в сроки, оговоренные в Договоре, стороны не несут по нему обязательств, события, произошедшие в течение периода страхования, указанного в таком Договоре, не являются страховыми случаями и не влекут обязанности Страховщика по осуществлению страховой выплаты.

5.8. Денежные средства, оплаченные в размере меньшем, чем установлено Договором для оплаты страховой премии (первого платежа по страховой премии), а также уплаченные после даты, указанной в Договоре в качестве даты оплаты страховой премии (первого платежа по страховой премии), считаются ошибочно оплаченными и подлежат возврату лицу, оплатившему их, через кассу Страховщика или в безналичном порядке.

5.9. Если очередной платеж по страховой премии не был оплачен Страхователем в полном размере и в срок, указанный в Договоре как дата оплаты очередного платежа по страховой премии, то Договор может быть расторгнут по инициативе Страховщика с 00 часов 00 минут даты, следующей за датой, указанной в Договоре как дата оплаты очередного платежа по страховой премии, при условии письменного уведомления Страхователя. В этом случае Страховщик не возвращает Страхователю ранее оплаченную страховую премию.

5.10. Если на момент наступления страхового случая страховая премия по Договору оплачена не полностью за весь период страхования (при оплате страховой премии в рассрочку), Страховщик имеет право потребовать у Страхователя оплатить оставшуюся неоплаченную часть страховой премии до указанной в Договоре величины страховой премии вне зависимости от того, наступил ли срок уплаты очередного платежа по страховой премии. Если Страхователь возражает против оплаты страховой премии в полном объеме, Страховщик вправе удержать не невнесенную (не оплаченную) часть страховой премии из страховой выплаты.

5.11. Страховая премия по Договору оплачивается в российских рублях.

6. ПОРЯДОК ЗАКЛЮЧЕНИЯ, ИСПОЛНЕНИЯ И ПРЕКРАЩЕНИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ

6.1. Договор должен быть заключен в письменной форме. Договор может быть заключен путем составления одного документа, подписанного Страхователем и Страховщиком.

6.2. Договор заключается на основании письменного или устного заявления Страхователя (по выбору Страховщика). Если Договор заключается на основании письменного заявления Страхователя, то оно является неотъемлемой частью Договора. В этом случае заявление представляется Страхователем Страховщику по установленной Страховщиком форме. В заявлении Страхователя указываются все сведения, необходимые для заключения Договора и оценки страхового риска, указанные в п. 6.3., п. 6.4., п. 6.5. Правил.

6.3. Страхователь – юридическое лицо представляет Страховщику:

6.3.1. Реквизиты Страхователя;

6.3.2. копию свидетельства о государственной регистрации юридического лица;

6.3.3. копию выписки из единого государственного реестра юридических лиц, актуальной на дату заключения Договора;

6.3.4. копию устава;

6.3.5. копию свидетельства о постановке на учет в налоговом органе (о присвоении ИНН);

6.3.6. копия документа, подтверждающий полномочия представителя, если Договор заключается представителем;

- 6.3.7. иные запрашиваемые документы для идентификации юридического лица в соответствии с требованиями законодательства;
- 6.3.8. список Застрахованных лиц с указанием следующих сведений: ФИО, дата рождения, реквизиты паспорта (паспортные данные или данные свидетельства о рождении); данные миграционной карты; данные документа, подтверждающего право иностранного гражданина или лица без гражданства на пребывание (проживание) в Российской Федерации; данные документа, подтверждающего право иностранного гражданина или лица без гражданства на трудовую деятельность в Российской Федерации (разрешение на работу, патент); адрес регистрации или места жительства; телефон, гражданство, период страхования, Программа страхования, страховая сумма на каждого Застрахованного (при наличии таковой);
- 6.3.9. Дополнительные данные (по запросу Страховщика):
 - 6.3.9.1. Данные о возрасте и состоянии здоровья Застрахованного;
 - 6.3.9.2. Данные о перенесенных заболеваниях/болезнях Застрахованного;
 - 6.3.9.3. Данные о виде профессиональной деятельности Застрахованного, в частности занятии профессиональной деятельностью, относящейся к разряду повышенного риска (в качестве профессионального водителя автотранспорта, горняка, строителя, электромонтажника, спортсмена и т.д.);
 - 6.3.9.4. Информация о специфических рисках, которым подвержен Застрахованный;
 - 6.3.9.5. Информация об отсутствии постановки Застрахованного на учет в специальные Медицинские организации (психоневрологический диспансер, кожно-венерологический диспансер и т.д.);
 - 6.3.9.6. Информация о наличии у Застрахованного хронических заболеваний;
 - 6.3.9.7. Информация об образе жизни и наличии хобби (увлечений), способных повлиять на степень риска в отношении объекта страхования, вероятность наступления страхового случая и размер возможных убытков от его наступления;
 - 6.3.9.8. Иные сведения (по запросу Страховщика)
- 6.4. Страхователь – физическое лицо представляет Страховщику:
 - 6.4.1. копия паспорта Страхователя;
 - 6.4.2. копия паспорта лица, подлежащего страхованию (Застрахованного), если Договор заключается в отношении Застрахованного, являющегося несовершеннолетним (для лиц старше 14 лет) или копию свидетельства о рождении (для лиц младше 14 лет);
 - 6.4.3. копию миграционной карты Страхователя (Застрахованного); копию документа, подтверждающего право Страхователя (Застрахованного) на пребывание (проживание) в Российской Федерации; копию документа, подтверждающего право Страхователя (Застрахованного) на трудовую деятельность в Российской Федерации (разрешение на работу, патент);
 - 6.4.4. иные запрашиваемые документы для идентификации физического лица в соответствии с требованиями законодательства;
 - 6.4.5. список Застрахованных лиц с указанием следующих сведений: ФИО, дата рождения, реквизиты паспорта (паспортные данные или данные свидетельства о рождении); данные миграционной карты; данные документа, подтверждающего право иностранного гражданина или лица без гражданства на пребывание (проживание) в Российской Федерации; данные документа, подтверждающего право иностранного гражданина или лица без гражданства на трудовую деятельность в Российской Федерации (разрешение на работу, патент); адрес регистрации или места жительства, телефон, гражданство, период страхования, Программа страхования, страховая сумма на каждого Застрахованного;
 - 6.4.6. Дополнительные данные (по запросу Страховщика):
 - 6.4.6.1. Данные о возрасте и состоянии здоровья Застрахованного;
 - 6.4.6.2. Данные о перенесенных заболеваниях/болезнях Застрахованного;
 - 6.4.6.3. Данные о виде профессиональной деятельности Застрахованного, в частности занятии профессиональной деятельностью, относящейся к разряду повышенного риска (в качестве профессионального водителя автотранспорта, горняка, строителя, электромонтажника, спортсмена и т.д.);
 - 6.4.6.4. Информация о специфических рисках, которым подвержен Застрахованный;
 - 6.4.6.5. Информация об отсутствии постановки Застрахованного на учет в специальные Медицинские организации (психоневрологический диспансер, кожно-венерологический диспансер и т.д.);
 - 6.4.6.6. Информация о наличии у Застрахованного хронических заболеваний;
 - 6.4.6.7. Информация об образе жизни и наличии хобби (увлечений), способных повлиять на степень риска в отношении объекта страхования, вероятность наступления страхового случая и размер возможных убытков от его наступления;
 - 6.4.6.8. Иные сведения (по запросу Страховщика).

6.5. Страхователь обязан:

6.5.1. сообщить Страховщику в заявлении достоверные и полные сведения об обстоятельствах, имеющих существенное значение для определения степени риска в отношении объекта страхования, вероятности наступления страхового случая и размера возможных убытков от его наступления, обеспечить осуществление прав Страховщика, предусмотренных п. 6.6. Правил. Существенными признаются во всяком случае обстоятельства, определенно оговоренные Страховщиком в настоящих Правилах, Договоре, заявлении на страхование или в ином письменном запросе Страховщика;

6.5.2. дать достоверные и полные ответы на все поставленные ему Страховщиком вопросы для определения степени риска в отношении объекта страхования, вероятности наступления страхового случая и размера возможных убытков от его наступления.

Страхователь (и Застрахованный) несет ответственность за полноту и достоверность сведений, указанных в заявлении и в прилагаемых к заявлению документах.

6.6. Страховщик имеет право:

6.6.1. провести анкетирование Страхователя и лиц, подлежащих страхованию (Застрахованных);

6.6.2. перед заключением Договора потребовать проведения предварительного освидетельствования (осмотра) лиц, подлежащих страхованию (Застрахованных), за счет Страхователя;

6.6.3. проверить достоверность сведений, указанных в анкете.

6.7. В случае невозможности осуществления Страховщиком прав согласно п. 6.6.1., п. 6.6.2. Правил, а также в случае предоставления недостоверных сведений Страхователем (Застрахованным) Страховщику, Страховщик имеет право отказать в заключении Договора.

6.8. Страховой полис выдается Страхователю (Застрахованному) в течение 5 (пяти) рабочих дней с начала периода страхования, если иное не предусмотрено Договором.

6.9. Застрахованному лицу запрещается передавать свой Страховой полис другим лицам, с целью получения медицинских услуг по Договору. Если данный факт будет установлен и подтвержден, то Страховщик имеет право досрочно прекратить действие Договора в отношении такого Застрахованного. Возврат страховой премии в этом случае не производится;

6.10. В Договоре указывается конкретная Программа страхования (п. 1.8.6. Правил).

6.11. При заключении Договора между Страховщиком и Страхователем должно быть достигнуто соглашение:

6.11.1. о Застрахованных лицах;

6.11.2. о характере события, на случай наступления которого осуществляется страхование (страховом риске);

6.11.3. о Программе страхования, в соответствии с которой будет осуществляться предоставление медицинских услуг (медицинской помощи);

6.11.4. о размере страховой суммы;

6.11.5. о периоде страхования (страхового покрытия);

6.11.6. о территории страхования;

6.11.7. о размере и порядке оплаты страховой премии;

6.11.8. о франшизе (вид франшизы, размер);

6.12. Договор может быть заключен по соглашению сторон на срок (период) 1 год, если иное не предусмотрено Договором.

6.13. Договор считается заключенным с момента подписания. Дата начала и окончания периода страхования (страхового покрытия) (п. 1.8.12. настоящих Правил) указываются в Договоре.

Страхование, обусловленное Договором, если в Договоре не предусмотрен иной срок начала действия периода страхования, распространяется на события, произошедшие с 00 час. 00 мин. с даты, указанной в Договоре в качестве начала периода страхования, и действует до 23 час. 59 мин. 59 с. дня, указанного в Договоре как день окончания периода страхования. Ответственность Страховщика начинается с даты, указанной в Договоре в качестве начала периода страхования. Дата окончания периода страхования (ответственности Страховщика) указывается в Договоре.

6.14. Договор прекращает свое действие в случаях:

6.14.1. истечения периода страхования (до 24 час. 00 мин. дня, указанного в Договоре, как день окончания периода страхования);

6.14.2. при исполнении Страховщиком обязательств перед Страхователем по Договору в полном объеме (после того, как будет исчерпан размер страховой суммы в результате осуществления страховых выплат по Договору);

6.14.3. в 24 час. 00 мин. дня наступления события, повлекшего страховую выплату в полном размере страховой суммы по Договору;

6.14.4. в случае ликвидации Страховщика или Страхователя в порядке, установленном законодательными актами Российской Федерации;

6.14.5. полного отзыва субъектом персональных данных, являющимся Страхователем, согласия на обработку персональных данных в соответствии с п. 7.8. Правил. При этом полный отзыв такого согласия считается отказом от Договора и оплаченная по Договору премия возврату не подлежит. В случае полного отзыва субъектом персональных данных, являющимся Застрахованным, согласия на обработку

персональных данных в соответствии с п. 7.8. Правил, Договор прекращает свое действие в отношении данного Застрахованного. При этом оплаченная по Договору премия в отношении данного Застрахованного возврату не подлежит;

6.14.6. расторжения Договора по инициативе Страхователя;

6.14.7. расторжения Договора по соглашению между Страхователем и Страховщиком;

6.14.8. расторжения Договора по инициативе Страховщика в соответствии с настоящими Правилами и (или) Договором;

6.14.9. при принятии судом решения о признании Договора недействительным;

6.14.10. смерти Застрахованного (в отношении данного Застрахованного);

6.14.11. исключения Застрахованного лица из Перечня застрахованных лиц (в отношении данного Застрахованного).

6.15. В случае расторжения Договора по основаниям, предусмотренным п. 6.14.5., 6.14.6. Правил, Договор считается расторгнутым с даты, указанной в письменном заявлении от Страхователя, но не ранее получения его Страховщиком.

6.16. В случае расторжения Договора по основаниям, предусмотренным п. 6.14.7. Правил, Договор считается прекращенным с даты, указанной в письменном соглашении Страхователя и Страховщика.

6.17. Договор прекращается до окончания срока, на который он был заключен, если после его вступления в силу возможность наступления страхового случая отпала, и существование страхового риска прекратилось по обстоятельствам иным, чем страховой случай. Страховщик возвращает Страхователю часть страховой премии за не истекший период страхования, которая определяется по формуле, указанной в п. 6.19. Правил.

6.18. Страхователь вправе отказаться от Договора в любое время, если к моменту отказа возможность наступления страхового случая не отпала по обстоятельствам иным, чем страховой случай. При досрочном отказе Страхователя от Договора, оплаченная Страховщику страховая премия не подлежит возврату, кроме случаев, предусмотренных п. 6.17. Правил.

6.19. В случае досрочного прекращения Договора по обстоятельствам, изложенным в п. 6.17. Правил, Страховщик возвращает Страхователю часть страховой премии за не истекший период страхования, которая определяется по формуле:

$$P_r = \frac{P_w}{N} (N * \frac{P_i}{P_w} - d)(1 - q) - V$$

где:

P_r - возвращаемая часть страховой премии;

P_w - общая начисленная страховая премия;

P_i - уплаченная страховая премия;

d - количество дней от момента начала периода страхования до момента досрочного прекращения Договора (т.е. количество дней, в течение которых действовало страховое покрытие);

N - период страхования в днях, оговоренный при его заключении;

q - доля расходов на ведение дела в размере 30% (если иное не определено Договором);

V - сумма осуществленной или подлежащей осуществлению страховой выплаты.

При наличии убытков, не урегулированных на дату получения Страховщиком заявления Страхователя о досрочном прекращении Договора, расчет возвращаемой части страховой премии производится только после составления Страховщиком Страхового акта по этим убыткам.

6.20. В случае исключения Застрахованного из Перечня застрахованных лиц при одновременном уменьшении числа Застрахованных лиц Страховщик возвращает Страхователю часть страховой премии в отношении данного Застрахованного за не истекший период страхования, которая определяется по формуле, указанной в п. 6.19. Правил.

7. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

7.1. В период страхования **Страхователь имеет право:**

7.1.1. досрочно расторгнуть Договор в порядке, предусмотренном гражданским законодательством Российской Федерации и Правилами;

7.1.2. по согласованию сторон внести изменения в условия Договора (увеличить размер страховой суммы, количество Застрахованных лиц) с заключением дополнительного соглашения о внесении соответствующих изменений в Договор и уплатой дополнительной страховой премии;

7.1.3. получить дубликат Договора (Страхового полиса) в случае его утраты. После выдачи дубликата утраченный экземпляр Договора (Полиса) считается недействительным и никакие выплаты по нему не производятся;

7.1.4. осуществлять иные права, предусмотренные действующим законодательством РФ, Правилами и Договором.

7.2. **Страхователь обязан:**

7.2.1. своевременно и в полном объеме уплатить страховую премию в порядке и сроки, предусмотренные Договором;

7.2.2. представить (по запросу Страховщика) возможность Страховщику осуществить освидетельствование (осмотр) и/или анкетирование Застрахованных в порядке и сроки, указанные Страховщиком;

7.2.3. соблюдать настоящие Правила; не предпринимать и не допускать какие-либо действия, ведущие к увеличению степени риска в отношении объекта страхования, вероятности наступления страхового случая и размера возможных убытков от его наступления; сообщать Страховщику обо всех известных ему обстоятельствах, имеющих существенное значение для определения степени риска, вероятности наступления страхового случая и размера возможных убытков от его наступления при заключении Договора и всех изменениях степени риска вероятности наступления страхового случая и размера возможных убытков от его наступления в период страхования;

7.2.4. незамедлительно (но в любом случае не позднее 3-х рабочих дней с момента, как Страхователю (Застрахованному) стало известно о возникновении данных обстоятельств) сообщить в письменной форме Страховщику о ставших ему известными изменениях в существенных обстоятельствах, сообщенных Страховщику при заключении Договора, если эти изменения могут повлиять на увеличение степени риска в отношении объекта страхования, вероятности наступления страхового случая и размера возможных убытков от его наступления (в т.ч. в случае выявления у Застрахованного хронического заболевания или установления группы инвалидности), с приложением документов, подтверждающих эти изменения. Существенными признаются во всяком случае обстоятельства, определенно оговоренные Страховщиком в настоящих Правилах, Договоре, заявлении на страхование или в ином письменном запросе Страховщика;

7.2.5. выполнять условия настоящих Правил, довести до сведения Застрахованных лиц требования настоящих Правил, Договора, Программы страхования (нарушение Правил Застрахованным лицом расценивается как нарушение Правил самим Страхователем);

7.2.6. в пределах своей компетенции принимать меры по устранению неблагоприятных факторов воздействия на здоровье Застрахованных.

7.3. Застрахованный обязан:

7.3.1. соблюдать порядок пользования Страховым полисом, не передавать его другим лицам, при утере немедленно сообщать Страховщику;

7.3.2. своевременно сообщать Страховщику об изменении своей фамилии, имени, отчества, паспортных данных, фактического местожительства и иных данных, сообщенных при заключении Договора.

7.4. Застрахованный имеет право:

7.4.1. получать медицинские услуги в соответствии с условиями Договора, Правил и Программы страхования в Медицинских организациях, перечень которых определен в Договоре и (или) Программе страхования, либо в которые он направлен Страховщиком (Сервисной компанией);

7.4.2. на оплату расходов по репатриации в страну постоянного проживания в случаях, предусмотренных Правилами, Договором и Программой страхования;

7.4.3. требовать от Страховщика соблюдения условий Договора;

7.4.4. на получение дубликата Страхового полиса в случае утраты.

7.5. Страховщик имеет право:

7.5.1. требовать от Страхователя (Застрахованного) предоставления информации, имеющей существенное значение для определения степени риска в отношении объекта страхования, вероятности наступления страхового случая и размера возможных убытков от его наступления при заключении Договора и в течение периода страхования, проверять сообщенную Страхователем информацию (в частности, при заключении Договора и в течение периода страхования осуществлять освидетельствование (осмотр) и/или анкетирование Застрахованных, а также проверять достоверность сообщенных Страхователем сведений), а также выполнение Страхователем (Застрахованным) положений Правил и условий Договора. Страхователь обязан обеспечить Страховщику (его представителю) возможность проведения такой проверки. В случае создания Страхователем (Застрахованным) препятствий в осуществлении Страховщиком своего права проверки и (или) непредоставлении Страховщику затребованной им информации, последний вправе расторгнуть Договор в одностороннем порядке, уведомив об этом Страхователя в письменной форме. Ранее уплаченная страховая премия при этом возвращается Страхователю в полном объеме, если по Договору не осуществлялись страховые выплаты. При расторжении Договора по указанному в настоящем пункте основанию все обязательства сторон прекращаются, в том числе и те, которые существовали на дату расторжения.

7.5.2. не принимать на страхование лиц, которые на момент заключения Договора имеют злокачественные новообразования, в том числе заболевания крови, страдающие хроническим алкоголизмом, наркоманией и токсикоманией, психическими заболеваниями, больные СПИДом на любой стадии, состоят на учете в туберкулезных, кожно-венерических диспансерах, инвалидов, находящихся на стационарном лечении, лиц, имеющих особо опасные инфекционные болезни (чума, холера, оспа, желтая и другие

высококонтagioзные вирусные лихорадки), хронические гепатиты и т.п., а также лиц моложе 18 лет и старше 60 лет.

7.5.3. после получения письменного заявления от Страхователя (Застрахованного) об увеличении степени риска в отношении объекта страхования, вероятности наступления страхового случая и размера возможных убытков от его наступления, изменении перечня Застрахованных Страховщик вправе получать от Страхователя сведения о дополнительно страхуемых лицах согласно п. 6.3., п. 6.4. Правил и потребовать изменения условий Договора или уплаты дополнительной страховой премии соразмерно увеличению степени риска в отношении объекта страхования, вероятности наступления страхового случая и размера возможных убытков от его наступления;

Дополнительная страховая премия (P_n) рассчитывается по формуле:

$$P_n = (P - Pr) \cdot k,$$

где:

P_n – дополнительная страховая премия;

Pr – оплаченная страховая премия по Договору, соответствующая условиям Договора на момент его заключения;

P – страховая премия по Договору, соответствующая новым условиям Договора;

k – коэффициент, учитывающий период страхования.

Если Страхователь возражает против изменения условий Договора или не оплатил дополнительную страховую премию в размере и сроки, указанные в соответствующем уведомлении Страховщика, Договор считается расторгнутым с 00 час. 00 мин. даты, указанной в уведомлении Страховщика. При этом ранее уплаченная страховая премия возврату не подлежит.

7.5.4. произвести перерасчет и потребовать уплаты дополнительной страховой премии, если при заключении Договора у сторон отсутствовала информация о количестве и характере страховых событий, имевших место в период страхования предыдущего Договора, и отсутствие такой информации повлияло на порядок расчета страховой премии по Договору;

7.5.5. если Страхователь не сообщит Страховщику об изменениях степени риска в отношении объекта страхования, вероятности наступления страхового случая и размера возможных убытков от его наступления, которые стали известны Страховщику при уведомлении его о событии, имеющем признаки страхового случая, если эти изменения возникли до момента наступления этого события, Страховщик вправе расторгнуть Договор с даты, когда ему стало известно об этих изменениях, и потребовать возмещения убытков, причиненных расторжением Договора, включая, но не ограничиваясь дополнительной страховой премией, которую Страхователь был бы обязан уплатить в случае исполнения им обязанностей, предусмотренных п. 7.2.4. и п. 7.5.3. Правил, и расходами на ведение дела в структуре тарифной ставки в размере 30% (если иное не предусмотрено Договором) от страховой премии по Договору. В этом случае Страховщик не возвращает Страхователю ранее оплаченную страховую премию.

Страховщик не вправе требовать расторжения Договора, если обстоятельства, влекущие увеличение степени риска в отношении объекта страхования, вероятности наступления страхового случая и размера возможных убытков от его наступления, уже отпали.

7.5.6. потребовать признания Договора недействительным и применения последствий, предусмотренных п. 2 ст. 179 Гражданского Кодекса Российской Федерации если после заключения Договора будет установлено, что Страхователь (Застрахованный) сообщил Страховщику заведомо ложные сведения (либо полностью или частично не соответствующие действительности), предусмотренные п. 6.2., 6.3., 6.4., 6.5., 6.6. настоящих Правил,

7.5.7. направлять запросы в организации и компетентные органы о предоставлении соответствующих документов и информации, подтверждающих факт и причину наступления события, имеющего признаки страхового; самостоятельно выяснять причины и обстоятельства возникновения убытка, назначить независимую экспертизу. Если для получения информации из указанных органов (организаций) Страховщику требуется разрешение (доверенность) Страхователя (Застрахованного), данное лицо обязано предоставить такое разрешение (доверенность);

7.5.8. выбирать между продолжением лечения или транспортировкой Застрахованного в Страну постоянного проживания;

7.5.9. отсрочить принятие решения о признании события страховым случаем и осуществлении страховой выплаты (или отказе в признании события страховым случаем либо отказе в осуществлении страховой выплаты) в случаях, предусмотренных п. 8.8. настоящих Правил;

7.5.10. требовать предоставления всех необходимых документов для установления факта, причин, обстоятельств и последствий возникновения события, имеющего признаки страхового случая, согласно п. 8.4. настоящих Правил, включая сведения, составляющие коммерческую тайну;

7.5.11. отказать в признании события страховым случаем (отказать в осуществлении страховой выплаты) по основаниям, предусмотренным п. 3.7, п. 3.8., п. 3.9., п. 3.10., п. 10.2. настоящих Правил.

7.6. Страховщик обязан:

7.6.1. ознакомить Страхователя с Правилами, Договором, Программой страхования;

7.6.2. организовать предоставление Застрахованным лицам медицинских услуг в соответствии с условиями Правил, Договора, Программы страхования;

7.6.3. контролировать объем, сроки и качество услуг, предоставленных Застрахованному в соответствии с условиями Правил, Договора, Программы страхования;

7.6.4. обеспечить своевременную выдачу Застрахованным лицам индивидуальных Страховых полисов (если это предусмотрено Договором);

7.6.5. в случае принятия решения о намерении досрочного прекращения Договора, направить Страхователю уведомление об этом решении с использованием любых средств связи, обеспечивающих фиксирование его отправления;

7.6.6. хранить коммерческую тайну Страхователя (Застрахованных лиц), ставшую ему известной в связи с заключением Договора, не разглашать сведения об его имущественном положении, состоянии здоровья, за исключением случаев, предусмотренных действующим законодательством;

7.6.7. рассмотреть заявление Страхователя об изменении степени страхового риска и сообщить Страхователю о принятии решения по изменению, дополнению или прекращению Договора в течение 30 рабочих дней с момента получения заявления Страхователя;

7.6.8. если получателем страховой выплаты является Медицинская организация или Сервисная компания – принять решение о признании события страховым случаем и осуществлении страховой выплаты и осуществить страховую выплату или принять решение об отказе в признании события страховым случаем либо отказе в осуществлении страховой выплаты в порядке и сроки, предусмотренные договором между Страховщиком и Медицинской организацией (или Страховщиком и Сервисной компанией), и в соответствии с общими положениями настоящих Правил;

7.6.9. если получателем страховой выплаты является Застрахованный – принять решение о признании события страховым случаем и осуществлении страховой выплаты и осуществить страховую выплату или принять решение об отказе в признании события страховым случаем либо отказе в осуществлении страховой выплаты в порядке и сроки, предусмотренные Разделами 8, 9 и 10 настоящих Правил;

7.6.10. выполнять иные обязанности, предусмотренные Правилами и/или Договором;

7.7. Договором могут быть предусмотрены иные права и обязанности Сторон.

7.8. **Обработка Страховщиком персональных данных.**

Страхователь, если он является физическим лицом, а также Застрахованный в интересах которых заключается Договор, (если они являются физическими лицами), заключивший Договор со Страховщиком на условиях настоящих Правил, подтверждает свое согласие на обработку Страховщиком перечисленных ниже персональных данных Страхователя (Застрахованного) для осуществления страхования по Договору, в том числе в целях проверки качества оказания страховых услуг и урегулирования убытков по Договору, администрирования Договора, а также в целях информирования Страхователя о других продуктах и услугах Страховщика.

Персональные данные Страхователя (Застрахованного), включают в себя: фамилия, имя, отчество, год, месяц, дата и место рождения, паспортные данные, адрес проживания, другие данные, указанные в заключенном со Страховщиком Договоре (включая неотъемлемые его части – заявление на страхование, приложения и др.), которые могут быть отнесены в соответствии с законодательством РФ к персональным данным.

Страхователь (Застрахованный) предоставляет Страховщику право осуществлять все действия (операции) с персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, обезличивание, блокирование, уничтожение. Страховщик вправе обрабатывать персональные данные посредством включения их в электронные базы данных Страховщика.

Страховщик имеет право во исполнение своих обязательств по Договору передавать персональные данные Страхователя (Застрахованного) третьим лицам, при условии, что у Страховщика есть соглашение с указанными третьими лицами, обеспечивающее безопасность персональных данных при их обработке и предотвращение разглашения персональных данных.

Заключая Договор, Страхователь (если он является физическим лицом), а также Застрахованный, в чьих интересах заключается Договор, дают свое согласие на обработку персональных данных Страхователя (Застрахованного) с момента заключения Договора. Согласие Страхователя на обработку персональных данных Страхователя (Застрахованного) действует в течение 100 (сто) лет (если иное не установлено Договором).

Страхователь (Застрахованный) вправе отозвать своё согласие посредством составления соответствующего письменного документа, который должен быть направлен в адрес Страховщика заказным письмом с уведомлением о вручении либо вручен лично под расписку уполномоченному представителю Страховщика. В случае поступления Страховщику от Страхователя (Застрахованного) письменного заявления об отзыве согласия на обработку персональных данных, согласие считается отозванным с даты поступления указанного заявления Страховщику. После окончания периода страхования (в том числе при его расторжении) или отзыва согласия на обработку персональных данных Страховщик обязуется прекратить обработку персональных данных и уничтожить персональные данные Страхователя (Застрахованного) в срок, не превышающий 100 (сто) лет с даты окончания срока периода страхования или отзыва согласия на обработку персональных данных.

Указанные выше положения настоящего пункта Правил относятся и к Застрахованному в случае, когда Страхователь заключает Договор в интересах Застрахованного.

Заключение Договора на основании настоящих Правил освобождает любого врача, Медицинскую организацию и ее персонал от обязательства соблюдать врачебную тайну в связи с запросом любых документов и любой информации Страховщиком относительно состояния здоровья Застрахованных, организации и оказания медицинской и лекарственной помощи и иных услуг вследствие расстройства здоровья физического лица (Застрахованного) или состояния физического лица (Застрахованного), требующих организации и оказания таких услуг, а также проведения профилактических мероприятий, снижающих степень опасных для жизни или здоровья физического лица (Застрахованного) угроз и (или) устраняющих их.

8. ОБЯЗАТЕЛЬСТВА СТОРОН ПРИ НАСТУПЛЕНИИ СОБЫТИЯ, ИМЕЮЩЕГО ПРИЗНАКИ СТРАХОВОГО СЛУЧАЯ

8.1. Для получения медицинских услуг Застрахованный обращается за организацией оказания медицинской помощи к Страховщику (Сервисной компании).

8.2. Застрахованный обязан:

8.2.1. принять разумные и доступные в сложившихся обстоятельствах меры, чтобы уменьшить возможные расходы, и действовать так, как если бы они не были застрахованы;

8.2.2. незамедлительно уведомить о событии, имеющем признаки страхового случая, Страховщика (Сервисную компанию) по указанным в Договоре (Программе страхования) телефонам для обеспечения им возможности своевременно организовать необходимую помощь, выдать необходимые рекомендации и пр. Застрахованный (его представитель) и/или Страхователь обязаны сообщить среди прочего следующую информацию:

8.2.2.1. фамилия, имя, отчество Застрахованного;

8.2.2.2. номер Договора и период страхования;

8.2.2.3. время и обстоятельства происшедшего;

8.2.2.4. местонахождение Застрахованного;

8.2.2.5. номер контактного телефона для обратной связи.

8.2.3. строго следовать указаниям Страховщика (Сервисной компании);

8.2.4. соблюдать предписания лечащего врача, полученные при оказании медицинской помощи, соблюдать порядок, установленный Медицинской организацией;

8.2.5. сообщать Страховщику (по требованию Страховщика) всю необходимую информацию (если требуется - в письменном виде), а также предоставить ему все документы, необходимые для выяснения обстоятельств наступления события, имеющего признаки страхового;

8.2.6. выполнять другие обязанности при наступлении события, имеющего признаки страхового случая, если они предусмотрены Договором.

8.3. Если получателем страховой выплаты является Медицинская организация (Сервисная компания), то случай признается страховым и страховая выплата осуществляется в порядке, в сроки, и по расценкам, предусмотренным договором, заключенным между Страховщиком и Медицинской организацией (Сервисной компанией), за фактически оказанные медицинские услуги на основании документов, указанных в договоре между Страховщиком и Медицинской организацией (Сервисной компанией), и в соответствии с положениями настоящих Правил.

8.4. Если получателем страховой выплаты является Застрахованный, то Застрахованный обязан предоставить все предусмотренные законом, Правилами, Программой страхования, Договором, обычаями места возникновения события, имеющего признаки страхового, документы, удостоверяющие лицо (личность) Страхователя (Застрахованного), факт наступления события, его причины, дату, состав и размер расходов на оплату медицинских и иных предусмотренных Договором услуг, включая сведения, составляющие коммерческую тайну. К таким документам относятся:

8.4.1. Договор (Страховой полис);

8.4.2. Документ, подтверждающий факт уплаты страховой премии;

8.4.3. Заявление по установленной Страховщиком форме;

8.4.4. от Страхователя - физического лица и Застрахованного: паспорт или иной документ, удостоверяющий личность; свидетельство о государственной регистрации физического лица в качестве индивидуального предпринимателя; миграционная карта; документ, подтверждающий право иностранного гражданина или лица без гражданства на пребывание (проживание) в Российской Федерации; документ, подтверждающий право иностранного гражданина или лица без гражданства на трудовую деятельность в Российской Федерации (разрешение на работу, патент); от Страхователя - юридического лица: свидетельство о государственной регистрации юридического лица, копию из выписки единого государственного реестра юридических лиц, актуальной на дату события, имеющего признаки страхового случая, копию устава, доверенность на право представления интересов;

8.4.5. Свидетельство о постановке на учет в налоговом органе (о присвоении ИНН) Страхователя (Застрахованного);

8.4.6. документы, подтверждающие оказание и оплату медицинских услуг;

8.4.7. консультативное заключение от лечащего врача Медицинской организации с указанием даты первичного обращения, диагноза и перечня назначенных медицинских услуг;

8.4.8. выписка из истории болезни Застрахованного;

8.4.9. официальный протокол или справка, подтверждающая факт несчастного случая и обстоятельства происшествия (если такой протокол составляется);

8.4.10. дополнительно при наступлении события, имеющего признаки страхового случая по Договору по риску «**Скорая медицинская помощь**» от лица, которое понесло медико-транспортные расходы:

8.4.10.1. от физического лица - паспорт или иной документ, удостоверяющий личность; свидетельство о государственной регистрации физического лица в качестве индивидуального предпринимателя; миграционная карта; документ, подтверждающий право иностранного гражданина или лица без гражданства на пребывание (проживание) в Российской Федерации; документ, подтверждающий право иностранного гражданина или лица без гражданства на трудовую деятельность в Российской Федерации (разрешение на работу, патент); от юридического лица: свидетельство о государственной регистрации юридического лица, копию из выписки единого государственного реестра юридических лиц, актуальной на дату события, имеющего признаки страхового случая, копию устава, копию свидетельства о постановке на учет в налоговом органе (о присвоении ИНН), доверенность на право представления интересов;

8.4.10.2. документы, подтверждающие состав и размер понесенных медико-транспортных расходов.

8.4.11. дополнительно при наступлении события, имеющего признаки страхового случая по Договору по риску «**Досрочное возвращение Застрахованного**» от лица, которое понесло соответствующие расходы:

8.4.11.1. от физического лица - паспорт или иной документ, удостоверяющий личность; свидетельство о государственной регистрации физического лица в качестве индивидуального предпринимателя; миграционная карта; документ, подтверждающий право иностранного гражданина или лица без гражданства на пребывание (проживание) в Российской Федерации; документ, подтверждающий право иностранного гражданина или лица без гражданства на трудовую деятельность в Российской Федерации (разрешение на работу, патент); от юридического лица: свидетельство о государственной регистрации юридического лица, копию из выписки единого государственного реестра юридических лиц, актуальной на дату события, имеющего признаки страхового случая, копию устава, копию свидетельства о постановке на учет в налоговом органе (о присвоении ИНН), доверенность на право представления интересов;

8.4.11.2. документы, подтверждающие состав и размер понесенных расходов, в частности, проездные документы.

8.4.12. дополнительно при наступлении события, имеющего признаки страхового случая по Договору по риску «**Репатриация**» от лица, которое понесло расходы на репатриацию:

8.4.12.1. от физического лица - паспорт или иной документ, удостоверяющий личность; свидетельство о государственной регистрации физического лица в качестве индивидуального предпринимателя; миграционная карта; документ, подтверждающий право иностранного гражданина или лица без гражданства на пребывание (проживание) в Российской Федерации; документ, подтверждающий право иностранного гражданина или лица без гражданства на трудовую деятельность в Российской Федерации (разрешение на работу, патент); от юридического лица: свидетельство о государственной регистрации юридического лица, копию из выписки единого государственного реестра юридических лиц, актуальной на дату события, имеющего признаки страхового случая, копию устава, копию свидетельства о постановке на учет в налоговом органе (о присвоении ИНН), доверенность на право представления интересов;

8.4.12.2. свидетельство о смерти Застрахованного;

8.4.12.3. документы, подтверждающие состав и размер понесенных расходов на репатриацию.

8.5. Страховщик принимает только оригиналы документов либо копии, заверенные нотариально, либо копии, заверенные компетентным органом (организацией), выдавшим данные документы. Копии документов, предоставленных Страхователем (Застрахованным), должны быть заверены подписью уполномоченного лица и печатью организации, выдавшей оригинал документа (подписью и печатью нотариуса). Документы, оформленные с нарушением существующих норм (как то: отсутствие номера, печати, даты, незаверенные исправления, незаверенные копии, не расшифрованные подписи без указания фамилии и должности) не принимаются Страховщиком к рассмотрению. В том случае, если оригинальный текст документа выполнен на иностранном языке, необходимо предоставить Страховщику нотариально заверенный перевод на русский язык. Расходы на перевод Страховщиком не возмещаются. При этом Страховщику предоставляется безусловное право сличения оригиналов с копиями. Кроме этого, Страховщик вправе самостоятельно заверить копии представленных ему оригиналов документов.

8.6. Предоставление документов, предусмотренных Договором, а также доказывание факта наступления страхового случая и стоимости оказанных Застрахованному медицинских услуг является

обязанностью Страхователя (Застрахованного). Страхователь (Застрахованный) несет ответственность за полноту и достоверность сведений, содержащихся в представляемых Страховщику документах.

8.7. Страховщик обязан (если иное не предусмотрено договором между Страховщиком и Медицинской организацией, в которой оказываются медицинские услуги Застрахованному по направлению Страховщика):

8.7.1. принять решение о признании события страховым случаем и осуществлении страховой выплаты (или отказе в признании события страховым случаем либо отказе в осуществлении страховой выплаты) в течение 30-ти рабочих дней с момента представления Страхователем (Застрахованным, Медицинской организацией, Сервисной компанией) всех документов, необходимых для принятия решения о признании события страховым случаем и осуществлении страховой выплаты (или отказе в признании события страховым случаем либо отказе в осуществлении страховой выплаты), согласно п. 8.4. настоящих Правил. Решение о признании события страховым случаем и осуществлении страховой выплаты отражается в Страховом акте, составляемом по форме и в порядке, установленном Страховщиком;

8.7.2. осуществить страховую выплату в течение 15-ти рабочих дней с момента принятия решения о признании события, имеющего признаки страхового, страховым случаем (составления Страхового Акта);

8.7.3. в случае принятия решения о непризнании события страховым случаем или отказе в страховой выплате (при наличии оснований для принятия такого решения), Страховщик извещает об этом решении Страхователя (Застрахованного, Медицинскую организацию, Сервисную компанию). Отказ в признании события страховым случаем или Отказ в осуществлении страховой выплаты сообщается Страхователю (Застрахованному, Медицинской организации, Сервисной компании) в письменной форме с обоснованием причин отказа в течение 15-ти рабочих дней с момента принятия такого решения. Отказ направляется по почте либо иным согласованным сторонами способом.

8.8. Страховщик имеет право перенести срок принятия решения о признании события страховым случаем и осуществлении страховой выплаты (или отказе в признании события страховым случаем, либо отказе в осуществлении страховой выплаты). Основаниями этого могут являться:

8.8.1. отсутствие возможности на основании представленных Страхователем (Застрахованным, Медицинской организацией, Сервисной компанией) документов установить правомочность Страхователя (Застрахованного, Медицинской организации, Сервисной компании) на получение страховой выплаты - до тех пор, пока не будут представлены необходимые доказательства;

8.8.2. проведение Страховщиком дополнительного расследования причин и обстоятельств наступления события, имеющего признаки страхового, невозможность на основании предоставленных Страхователем (Застрахованным, Медицинской организацией, Сервисной компанией) документов определить состав оказанных медицинских услуг, дату их оказания и их стоимость – до момента окончания такого расследования, о чем Страховщик обязан письменно уведомить Страхователя (Застрахованного, Медицинскую организацию, Сервисную компанию);

8.8.3. проведение Страховщиком проверки подлинности документов, подтверждающих факт наступления события, имеющего признаки страхового, и стоимость оказанных Застрахованному медицинских услуг (в частности, но не ограничиваясь, при предоставлении Страхователем (Застрахованным, Медицинской организацией, Сервисной компанией) незаверенных копий документов, документов, подписанных лицом, не имеющим на это полномочий, и т.п.) – до тех пор, пока не будет подтверждена подлинность таких документов, либо в документах имеются исправления, подчистки, ошибки – до момента их исправления и заверения надлежащим образом;

8.8.4. направление Страховщиком запроса в компетентные органы (организации), назначение независимой экспертизы согласно п. 7.5.7. настоящих Правил - до получения Страховщиком ответа на запрос в компетентные органы (организации) или результатов независимой экспертизы соответственно. Страховщик при этом имеет право передавать документы, полученные от Страхователя (Застрахованного, Медицинской организации, Сервисной компании) и/или компетентных органов (организаций), для проведения независимой экспертизы и/или направления иных запросов в компетентные органы (организации), включая сведения, составляющие коммерческую (медицинскую) тайну Страхователя (Застрахованного, Медицинской организации, Сервисной компании);

8.8.5. если для получения информации из указанных органов (организаций) Страховщику требуется разрешение (доверенность) Страхователя (Застрахованного, Медицинской организации, Сервисной компании), то Страховщик имеет право продлить срок принятия решения о признании события страховым случаем и осуществлении страховой выплаты (или отказе в признании события страховым случаем либо отказе в осуществлении страховой выплаты) также на период времени, необходимый для получения такого разрешения;

8.8.6. возбуждение связанного с событием, имеющим признаки страхового, уголовного дела, в т.ч. против Страхователя (Застрахованного, Медицинской организации, Сервисной компании), проведение расследования обстоятельств, приведших к событию, имеющему признаки страхового, - до окончания расследования или до получения Страховщиком приговора (решения) суда либо Постановления о приостановлении производства по уголовному делу или Постановления о прекращении уголовного дела. В том случае, если предварительное следствие продлевается на срок более двух месяцев, Страховщик может принять решение об осуществлении страховой выплаты на основании постановления о возбуждении

уголовного дела и утвержденного соответствующим должностным лицом постановления о возбуждении ходатайства о продлении срока предварительного следствия;

8.8.7. в случае обжалования (опротестования) судебного решения в установленном порядке – до момента получения Страховщиком окончательного судебного решения;

8.8.8. если Страхователь (Застрахованный, Медицинская организация, Сервисная компания) не предоставил документы и информацию, подтверждающие факт наступления события, имеющего признаки страхового, и стоимость оказанных Застрахованному медицинских услуг, указанные в настоящих Правилах и (или) препятствовал Страховщику в выяснении обстоятельств произошедшего события, в результате чего Страховщик был лишен возможности принять решение о признании события страховым случаем (или отказе в признании события страховым случаем либо отказе в осуществлении страховой выплаты) – до предоставления таких документов и сведений;

8.9. Срок принятия решения о признании события страховым случаем и осуществлении страховой выплаты (или отказе в признании события страховым случаем либо отказе в осуществлении страховой выплаты) исчисляется со дня, следующего за днем предоставления Страховщику последнего запрашиваемого Страховщиком документа, в т.ч. ответа на запрос в компетентные органы (организации) или результатов независимой экспертизы.

8.10. В случае возникновения разногласий между Страховщиком и Страхователем (Застрахованным, Медицинской организацией, Сервисной компанией) по поводу обстоятельств возникновения и стоимости оказанных Застрахованному медицинских услуг, вопрос может решаться с привлечением независимых экспертов и оплатой их услуг несогласной стороной, если иное не предусмотрено Договором.

8.11. Любые действия, предпринятые Страховщиком в процессе урегулирования убытка, не могут быть истолкованы как его отказ от своих прав, а также как признание своих обязательств.

8.12. Страховщик вправе проверить соответствие оказанных Застрахованному лицу услуг их перечню по Договору и Программе страхования.

9. СТРАХОВАЯ ВЫПЛАТА

9.1. Размер страховой выплаты определяется стоимостью медицинских услуг, оказанных Застрахованному лицу в соответствии с условиями Правил, Договора и Программы страхования, а также размером расходов по репатриации (если она осуществлялась), и не может превышать соответствующей страховой суммы, указанной в Договоре.

9.2. Если получателем страховой выплаты является Медицинская организация (Сервисная компания), то случай признается страховым и страховая выплата осуществляется в порядке, в сроки, и по расценкам, предусмотренным договором, заключенным между Страховщиком и Медицинской организацией (Сервисной компанией), за фактически оказанные медицинские услуги (или услуги по репатриации Застрахованного) на основании документов, указанных в договоре между Страховщиком и Медицинской организацией (Сервисной компанией).

9.3. Страховая выплата по репатриации Застрахованного осуществляется путем оплаты Страховщиком Сервисной компании и/или иному лицу, которое произвело расходы по репатриации, на основании Страхового акта и документов, подтверждающих осуществление репатриации и понесенные расходы.

9.4. Если иное не предусмотрено договором между Страховщиком и Медицинской организацией (Сервисной компанией), в которой оказываются медицинские услуги Застрахованному по направлению Страховщика, то решение о размере страховой выплаты принимается Страховщиком на основании данных Заявления по форме, установленной Страховщиком, установленных Страховщиком и представленных Страхователем (Застрахованным, Медицинской организацией, Сервисной компанией) документов (данных), документов (сведений) от компетентных органов, требований соответствующих нормативных документов, условий Договора (а также результатов независимой экспертизы, если она проводилась). Решение о признании события страховым случаем, размере страховой выплаты и ее осуществлении отражается в Страховом акте.

9.5. Обязательными условиями страховой выплаты являются:

9.5.1. обращение Застрахованного в Медицинскую организацию (Сервисную компанию) за получением медицинских и иных услуг в соответствии с условиями Договора и Программы страхования;

9.5.2. выполнение Страхователем (Застрахованным) условий Договора, необходимых для осуществления страховой выплаты.

9.6. Общая сумма страховых выплат не может превышать частной страховой суммы по страховым рискам, Застрахованным и/или группам Застрахованных, видам медицинских услуг (медицинской помощи), расходам Застрахованного), при наличии таковых в Договоре.

9.7. Если иное не предусмотрено Договором, днем осуществления страховой выплаты считается дата списания денежных средств со счета Страховщика, дата выплаты денежных средств из кассы Страховщика.

10. ОСНОВАНИЯ ОТКАЗА В ПРИЗНАНИИ СОБЫТИЯ СТРАХОВЫМ СЛУЧАЕМ (В ОСУЩЕСТВЛЕНИИ СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЫ)

10.1. Не является страховым случаем и не подлежит возмещению (страховой выплате) по Договору возникновение убытков Страхователя (Застрахованного) вследствие событий, которые не являются страховыми рисками по Договору; событий, указанных в п. 3.7, п. 3.8., п. 3.9., п. 3.10. настоящих Правил.

10.2. Страховщик вправе отказать в признании события страховым случаем либо в осуществлении страховой выплаты полностью или частично (в той мере, в какой Страхователь (Застрахованный) способствовал увеличению убытков Страховщика), если Страхователь (Застрахованный):

10.2.1. сообщил полностью или частично не соответствующие действительности или заведомо ложные сведения об обстоятельствах, имеющих значение для суждения о степени риска в отношении объекта страхования, вероятности наступления страхового случая и размера возможных убытков от его наступления;

10.2.2. не сообщил о возникших существенных изменениях в степени риска в отношении объекта страхования, вероятности наступления страхового случая и размера возможных убытков от его наступления;

10.2.3. в порядке и в сроки, предусмотренные настоящими Правилами, не уведомил Страховщика о наступлении события, имеющего признаки страхового (если не будет доказано, что Страховщик своевременно узнал о наступлении такого события либо что отсутствие у Страховщика сведений об этом не могло сказаться на его обязанности осуществить страховую выплату);

10.2.4. не представил документы, указанные в п. 8.4. Правил, в порядке и в сроки, предусмотренные настоящими Правилами (т.е. когда Страхователь (Застрахованный) не исполнил своих обязанностей, предусмотренных Правилами, что привело к невозможности определить причины и обстоятельства события, имеющего признаки страхового);

10.2.5. препятствовал Страховщику в установлении факта наступления, причин, даты, размера убытка, наличия виновных лиц, последствий, иных обстоятельств события, имеющего признаки страхового случая;

10.2.6. сообщил Страховщику заведомо ложные сведения об обстоятельствах и причинах наступления события, имеющего признаки страхового, в том числе путем представления Страховщику недействительных или фальсифицированных (подложных) документов;

10.2.7. каким-либо иным образом преднамеренно содействовал необоснованному получению страховой выплаты;

10.2.8. не выполнил иные обязанности, предусмотренные настоящими Правилами или Договором.

10.3. Решение об отказе в признании события страховым случаем (об отказе в осуществлении страховой выплаты) с мотивированным обоснованием причин отказа Страховщик должен направить Страхователю (Застрахованному, Медицинской организации, Сервисной компании) в течение 15-ти рабочих дней с момента его принятия.

11. ФОРС-МАЖОР

11.1. Стороны освобождаются от ответственности за частичное или полное неисполнение, а также ненадлежащее исполнение обязательств по Договору, если это неисполнение или ненадлежащее исполнение обязательств явилось следствием обстоятельств чрезвычайного характера, возникших после его заключения, которые стороны не могли ни предвидеть, ни предотвратить.

11.2. К обстоятельствам чрезвычайного характера относятся: война и военные действия, бунт, мятеж, восстание, революция, государственный переворот, введение военного положения или узурпация власти, гражданские волнения, гражданская война, действия вооруженных формирований, террористический акт (согласно ст. 205 УК РФ), забастовка в отрасли или регионе.

11.3. Возможное неисполнение обязательств по Договору должно находиться в непосредственной причинной связи с указанными в настоящем подпункте обстоятельствами.

11.4. Сторона, для которой создалась невозможность исполнения обязательств, обязана в разумные сроки с момента наступления вышеуказанных обстоятельств в письменной форме уведомить другую сторону о наступлении и предполагаемом сроке их действия.

11.5. Не уведомление или несвоевременное уведомление лишает не уведомившую сторону права ссылаться на любое вышеуказанное обстоятельство как на основание, освобождающее от ответственности за неисполнение или ненадлежащее исполнение обязательств.

12. ПОРЯДОК РАЗРЕШЕНИЯ СПОРОВ

12.1. Все споры по Договору между Страхователем и Страховщиком разрешаются путем направления письменной претензии. Претензия должна быть рассмотрена получившей ее стороной в течение тридцати рабочих дней, начиная со дня, следующего за датой получения. В случае недостижения согласия споры рассматриваются в установленном действующим законодательством Российской Федерации порядке, в т.ч. в органах суда в соответствии с их компетенцией.

12.2. Право на предъявление претензий к Страховщику по Договору сохраняется в течение срока исковой давности, установленного действующим законодательством Российской Федерации.

Программа страхования «Скорая медицинская помощь (СМП, ЭГ)» (для иностранных граждан)

Настоящая Программа страхования включает следующие страховые риски:

- 1. «Скорая медицинская помощь» (СМП);**
- 2. «Медицинская помощь в условиях стационара» (экстренная и неотложная госпитализация) (ЭГ);**
- 3. «Досрочное возвращение Застрахованного»;**
- 4. «Репатриация».**

Дополнительно: **Услуги круглосуточного врачебного диспетчерского пульта**

Обращение Застрахованного лица за медицинской помощью осуществляется только через диспетчерскую службу Страховщика по телефонам **611-0017, 611-0018**.

Вызов бригады скорой помощи осуществляется через круглосуточную диспетчерскую службу Страховщика по телефону **906-58-17**.

1. «Скорая медицинская помощь» (СМП)

Выезд бригады врачей скорой (экстренной и неотложной) медицинской помощи осуществляется на специализированном автомобиле, оснащенный современной медицинской техникой для интенсивной терапии в территориальных пределах г. Санкт-Петербурга + 20 км от КАД.

Объем предоставляемых медицинских услуг:

- 1) вызов и контроль прибытия бригады скорой (экстренной и неотложной) медицинской помощи при внезапном расстройстве здоровья, в т.ч. в результате несчастного случая (травмы), требующем срочного медицинского вмешательства;
- 2) проведение экспресс-диагностики бригадой скорой (экстренной и неотложной) медицинской помощи, купирование экстренного (неотложного) состояния;
- 3) медицинское сопровождение при транспортировке Застрахованного в медицинскую организацию при наличии медицинских показаний.

Примечание: Врач бригады скорой помощи не выписывает рецептов и не выдает больничного листа. У Застрахованного остается выписка с указанием предварительного диагноза, оказанного и рекомендованного лечения, времени обслуживания, данными диагностики.

2. «Медицинская помощь в условиях стационара» (экстренная и неотложная госпитализация) (ЭГ)

Объем предоставляемых медицинских услуг:

- 1) **пребывание** во время стационарного лечения в общих палатах профильного отделения (кроме палат консультативно-диагностических отделений);
- 2) **проведение комплексного обследования** Застрахованного в условиях стационара, необходимого для постановки диагноза заболевания, снятия угрозы жизни, явившегося причиной госпитализации;
- 3) **медикаментозное обеспечение** на весь период стационарного лечения по данному страховому случаю;

- 4) **предоставление лечебной помощи** (консервативного лечения и хирургических методик), проводимой в соответствии с порядками оказания медицинской помощи и стандартами медицинской помощи, утверждаемыми уполномоченным федеральным органом исполнительной власти, распространяющимися на расстройство здоровья Застрахованного, в т.ч. в результате несчастного случая (травмы), явившееся причиной госпитализации в стационаре, даже если предусмотренные ими медицинские услуги являются исключениями в соответствии с п. 3.8., 3.9. Правил;
- 5) **оформление медицинской документации** (выписки из истории болезни, выписные рекомендации). Вся необходимая медицинская документация выдается Застрахованным лицам на общих основаниях согласно действующему законодательству;
- 6) **посещение Застрахованного в стационаре врачом Страховщика** при возникновении сложных ситуаций;
- 7) **контроль объема и качества** оказания медицинских услуг врачами-экспертами Страховщика.

3. «Досрочное возвращение Застрахованного»

Осуществляется на условиях Правил комплексного страхования физических лиц, не являющихся гражданами Российской Федерации, законно находящихся в Российской Федерации, от 02.03.2015г. (расходы Застрахованного оплачиваются Страховщиком в пределах страховой суммы по данному страховому риску, указанной в Договоре страхования).

4. «Репатриация»

Осуществляется на условиях Правил комплексного страхования физических лиц, не являющихся гражданами Российской Федерации, законно находящихся в Российской Федерации, от 02.03.2015г. (расходы на репатриацию тела умершего Застрахованного оплачиваются Страховщиком в пределах страховой суммы по данному страховому риску, указанной в Договоре страхования).

В случае смерти Застрахованного необходимо сообщить об этом по телефону ООО «Универсальная Ассистанская Компания» (Класс-Ассист): (812) 644 7292

I. МЕДИЦИНСКИЕ ОРГАНИЗАЦИИ, ПРЕДОСТАВЛЯЮЩИЕ МЕДИЦИНСКУЮ ПОМОЩЬ ПО РИСКУ «СКОРАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ»

1	ООО «КОРИС-ассистанс»	СПб, Чугунная ул., д.46
2	ООО «Петербургская неотложка»	СПб, Басков пер., д.13/15
3	СПБ ГУЗ «Городская станция скорой помощи»	СПб, ул. М. Садовая, д.1
4	Скорая помощь СПб ГМУ	СПб, ул. Л. Толстого, д.6/8
5	ООО «Экстренный медицинский консалтинг»	СПб, Московский пр., д.78
6	СПБ ФГУ "Национальный медико-хирургический Центр им. Н.И. Пирогова	СПб, наб. реки Фонтанки, д.154
7	ООО «Приоритет»	СПб, Колпино, пр. Ленина, д.101

II. МЕДИЦИНСКИЕ ОРГАНИЗАЦИИ, ПРЕДОСТАВЛЯЮЩИЕ МЕДИЦИНСКУЮ ПОМОЩЬ ПО РИСКУ «МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ В УСЛОВИЯХ СТАЦИОНАРА»

1.	Елизаветинская больница №3	СПб, ул. Вавиловых, 14
2.	Городская Мариинская больница №16	СПб, Литейный пр., 56
3.	Городская больница № 26	СПб, ул. Костюшко, 2
4.	Городская больница № 40	СПб, Сестрорецк, ул. Борисова, 9
5.	Городская больница «Святого Георгия»	СПб, пр. Северный д.1

Программа страхования «Комплексная медицинская помощь (АП, СМП, ЭГ)» (для иностранных граждан)

Настоящая Программа страхования включает следующие страховые риски:

1. «Амбулаторная медицинская помощь» (АП);
2. «Скорая медицинская помощь» (СМП);
3. «Медицинская помощь в условиях стационара» (экстренная и неотложная госпитализация) (ЭГ);
4. «Досрочное возвращение Застрахованного»;
5. «Репатриация».

Дополнительно: **Услуги круглосуточного врачебного диспетчерского пульта**

Обращение Застрахованного лица за медицинской помощью осуществляется только через диспетчерскую службу Страховщика по телефонам **611-0017, 611-0018**.

Вызов бригады скорой помощи осуществляется через круглосуточную диспетчерскую службу Страховщика по телефону **906-58-17**.

1. «Амбулаторная медицинская помощь» (АП)

Объем предоставляемых медицинских услуг:

Лечебно-диагностические приемы врачей:

- первичный, повторный, консультативный приемы: терапевта, кардиолога, эндокринолога, невролога, гинеколога (для женщин), уролога, хирурга;
- медицинская документация: экспертиза временной нетрудоспособности (оформление листков временной нетрудоспособности), оформление рецептов на лекарственные препараты (кроме льготных), выдача медицинских справок, направлений и выписок из амбулаторных карт по медицинским показаниям.

Диагностические исследования:

- лабораторная диагностика: биохимические исследования, общеклинические исследования (клинический анализ крови, общий анализ мочи, копрограмма);
- инструментальные методы диагностики: ультразвуковые исследования, ЭКГ.

Процедуры и лечебные манипуляции:

- услуги, выполняемые средним медицинским персоналом по назначению врача: в/м и в/в инъекции, в/в капельно (не более 10 процедур суммарно за период действия договора);

2. «Скорая медицинская помощь» (СМП)

Выезд бригады врачей скорой (экстренной и неотложной) медицинской помощи осуществляется на специализированном автомобиле, оснащенный современной медицинской техникой для интенсивной терапии в территориальных пределах г. Санкт-Петербурга + 20 км от КАД.

Объем предоставляемых медицинских услуг:

- 4) вызов и контроль прибытия бригады скорой (экстренной и неотложной) медицинской помощи при внезапном расстройстве здоровья, в т.ч. в результате несчастного случая (травмы), требующем срочного медицинского вмешательства;
- 5) проведение экспресс-диагностики бригадой скорой (экстренной и неотложной) медицинской помощи, купирование экстренного (неотложного) состояния;

- б) медицинское сопровождение при транспортировке Застрахованного в медицинскую организацию при наличии медицинских показаний.

Примечание: Врач бригады скорой помощи не выписывает рецептов и не выдает больничного листа. У Застрахованного остается выписка с указанием предварительного диагноза, оказанного и рекомендованного лечения, времени обслуживания, данными диагностики.

3. «Медицинская помощь в условиях стационара» (экстренная и неотложная госпитализация) (ЭГ)

Объем предоставляемых медицинских услуг:

- 8) **пребывание** во время стационарного лечения в общих палатах профильного отделения (кроме палат консультативно-диагностических отделений);
- 9) **проведение комплексного обследования** Застрахованного в условиях стационара, необходимого для постановки диагноза заболевания, снятия угрозы жизни, явившегося причиной госпитализации;
- 10) **медикаментозное обеспечение** на весь период стационарного лечения по данному страховому случаю;
- 11) **предоставление лечебной помощи** (консервативного лечения и хирургических методик), проводимой в соответствии с порядками оказания медицинской помощи и стандартами медицинской помощи, утверждаемыми уполномоченным федеральным органом исполнительной власти, распространяющимися на расстройство здоровья Застрахованного, в т.ч. в результате несчастного случая (травмы), явившееся причиной госпитализации в стационаре, даже если предусмотренные ими медицинские услуги являются исключениями в соответствии с п. 3.8., 3.9. Правил;
- 12) **оформление медицинской документации** (выписки из истории болезни, выписные рекомендации). Вся необходимая медицинская документация выдается Застрахованным лицам на общих основаниях согласно действующему законодательству;
- 13) **посещение Застрахованного в стационаре врачом Страховщика** при возникновении сложных ситуаций;
- 14) **контроль объема и качества** оказания медицинских услуг врачами-экспертами Страховщика.

4. «Досрочное возвращение Застрахованного»

Осуществляется на условиях Правил комплексного страхования физических лиц, не являющихся гражданами Российской Федерации, законно находящихся в Российской Федерации, от 02.03.2015г. (расходы Застрахованного оплачиваются Страховщиком в пределах страховой суммы по данному страховому риску, указанной в Договоре страхования).

5. «Репатриация»

Осуществляется на условиях Правил комплексного страхования физических лиц, не являющихся гражданами Российской Федерации, законно находящихся в Российской Федерации, от 02.03.2015г. (расходы на репатриацию тела умершего Застрахованного оплачиваются Страховщиком в пределах страховой суммы по данному страховому риску, указанной в Договоре страхования).

В случае смерти Застрахованного необходимо сообщить об этом по телефону ООО «Универсальная Ассистанская Компания» (Класс-Ассист): (812) 644 7292

I. МЕДИЦИНСКИЕ ОРГАНИЗАЦИИ, ПРЕДОСТАВЛЯЮЩИЕ МЕДИЦИНСКУЮ ПОМОЩЬ ПО РИСКУ «АМБУЛАТОРНАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ»

1	СПб ГУЗ «Городская п-ка № 51» Космонавтов	СПб, пр. Космонавтов, 33
2	ГУЗ «Городская поликлиника № 71»	СПб, Колпино, ул. Павловская 10

3	СПб ГУЗ «Консультативно-диагностическая поликлиника № 1 Приморского района»	СПб, Приморский пр., д.3
4	СПб ГБУЗ «Городская п-ка №74»	СПб, Кронштадт, Комсомола д.2
5	СПб ГБУЗ «Городская п-ка №117»	СПб, ул. Симонова д.5
6	СПб ГБУЗ "Городская п-ка № 22"	СПб, Колпино, Ижорский завод, д. б/н

II. МЕДИЦИНСКИЕ ОРГАНИЗАЦИИ, ПРЕДОСТАВЛЯЮЩИЕ МЕДИЦИНСКУЮ ПОМОЩЬ ПО РИСКУ «СКОРАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ»

1	ООО «КОРИС-ассистанс»	СПб, Чугунная ул., д.46
2	ООО «Петербургская неотложка»	СПб, Басков пер., д.13/15
3	СПб ГУЗ «Городская станция скорой помощи»	СПб, ул. М. Садовая, д.1
4	Скорая помощь СПб ГМУ	СПб, ул. Л. Толстого, д.6/8
5	ООО «Экстренный медицинский консалтинг»	СПб, Московский пр., д.78
6	СПб ФГУ "Национальный медико-хирургический Центр им. Н.И. Пирогова	СПб, наб. реки Фонтанки, д.154
7	ООО «Приоритет»	СПб, Колпино, пр. Ленина, д.101

III. МЕДИЦИНСКИЕ ОРГАНИЗАЦИИ, ПРЕДОСТАВЛЯЮЩИЕ МЕДИЦИНСКУЮ ПОМОЩЬ ПО РИСКУ «МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ В УСЛОВИЯХ СТАЦИОНАРА»

1.	Елизаветинская больница №3	СПб, ул. Вавиловых, 14
2.	Городская Мариинская больница №16	СПб, Литейный пр., 56
3.	Городская больница № 26	СПб, ул. Костюшко, 2
4.	Городская больница № 40	СПб, Сестрорецк, ул. Борисова, 9
5.	Городская больница «Святого Георгия»	СПб, пр. Северный д.1

**ПУБЛИЧНОЕ АКЦИОНЕРНОЕ ОБЩЕСТВО
«СТРАХОВАЯ КОМПАНИЯ ГАЙДЕ»**



УТВЕРЖДАЮ

Генеральный директор

Т.М. Гай

«02» марта 2015 г.

БАЗОВЫЕ ТАРИФНЫЕ СТАВКИ

к Правилам комплексного страхования физических лиц, не являющихся гражданами Российской Федерации, законно находящихся в Российской Федерации, от 02 марта 2015г.

(в % к страховой сумме на период страхования – один год)

№ п/п	СТРАХОВЫЕ РИСКИ	ТАРИФНЫЕ СТАВКИ
1	2	3
1.	«Амбулаторная медицинская помощь»	1,18%
2.	«Медицинская помощь в условиях стационара»	0,74%
3.	«Скорая медицинская помощь»	0,20%
4.	«Досрочное возвращение Застрахованного»	0,02%
5.	«Репатриация»	0,08%

По договорам страхования и дополнительным соглашениям, заключенным на период менее одного года, страховая премия устанавливается в следующих размерах от суммы годовой страховой премии: за 1 месяц - 25%, 2 месяца - 35%, 3 месяца - 40%, 4 месяца - 50%, 5 месяцев - 60%, 6 месяцев - 70%, 7 месяцев - 75%, 8 месяцев - 80%, 9 месяцев - 85%, 10 месяцев - 90%, 11 месяцев и более (но не менее 12 полных месяцев) - 95%.

Страховщик имеет право применять к базовым тарифным ставкам повышающие или понижающие коэффициенты, исходя из возраста Страхователя (Застрахованного) (повышающие от 1,1 до 10,0 или понижающие от 0,1 до 0,99), состояния здоровья Страхователя (Застрахованного) (повышающие от 1,1 до 10,0 или понижающие от 0,1 до 0,99), места работы Страхователя (Застрахованного) (повышающие от 1,1 до 10,0 или понижающие от 0,1 до 0,99), сферы деятельности работодателя Страхователя (Застрахованного) (повышающие от 1,1 до 10,0 или понижающие от 0,1 до 0,99), образа жизни и наличия хобби Страхователя (Застрахованного) (повышающие от 1,1 до 10,0 или понижающие от 0,1 до 0,99), других обстоятельств, имеющих существенное значение для определения степени риска в отношении объекта страхования, вероятности наступления страхового случая и размера возможных убытков от его наступления, которые определяются Страховщиком в каждом конкретном случае при заключении конкретного договора страхования по результатам оценки страхового риска (повышающие от 1,1 до 10,0 или понижающие от 0,1 до 0,99).

При определении страхового тарифа по конкретному договору страхования результирующий коэффициент не может превышать 10,0 или быть меньше 0,1.

Страховой тариф по конкретному договору страхования определяется Страховщиком путем умножения базовой тарифной ставки на повышающий или понижающий коэффициент.

В любом случае при применении повышающих или понижающих коэффициентов результирующая тарифная ставка не должна превышать 99% от страховой суммы.

Конкретные значения повышающих или понижающих коэффициентов определяются Страховщиком исходя из наличия (отсутствия) факторов риска и их влияния на повышение (понижение) вероятности наступления страхового случая и размера возможных убытков от его наступления.

Страховой тариф согласовывается со Страхователем и используется для расчета страховой премии.

В связи с тем, что конкретные факторы риска и обстоятельства, увеличивающие (уменьшающие) вероятность наступления страхового случая и размер возможных убытков от его наступления, а также конкретные размеры повышающих (понижающих) коэффициентов, которые Страховщик вправе применять к базовым тарифным ставкам, могут быть выявлены (определены) только в ходе оценки Страховщиком страхового риска при заключении конкретного договора страхования, указаны минимальные и максимальные значения повышающих и понижающих коэффициентов в определенном диапазоне их применения. Это позволяет Страховщику определить страховой тариф с учетом объекта страхования и характера страхового риска, а также других условий страхования по конкретному договору страхования, и является гарантией обеспечения его финансовой устойчивости.