

**Общество с ограниченной ответственностью  
«Страховая компания «АК БАРС-Мед»**

---

**УТВЕРЖДАЮ**

**Генеральный директор**

**Приказ № 38 от «15» апреля 2019 г.**



**Тагир Равилевич Каримов**

**П Р А В И Л А**

**ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ № 6**

**г. Казань  
2019 г.**

## 1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

1.1. В соответствии с законодательством Российской Федерации, Гражданским кодексом РФ, Законом «Об организации страхового дела в Российской Федерации», нормативными документами Центрального Банка Российской Федерации, остальными подзаконными актами, касающимися страхового дела, настоящие Правила добровольного медицинского страхования (именуемые в дальнейшем – Правила) регулируют отношения, возникающие между субъектами добровольного медицинского страхования.

1.2. Для целей настоящих Правил используются следующие специальные термины:

- *субъекты* - это стороны, участвующие в добровольном медицинском страховании;
- *страховщик* – страховая организация Общество с ограниченной ответственностью «Страховая компания «АК БАРС - Мед», созданная в соответствии с законодательством Российской Федерации для осуществления страховой деятельности и получившая, в установленном Законом «Об организации страхового дела в Российской Федерации» порядке лицензию на осуществление страховой деятельности на территории РФ;
- *страхователи* - юридические лица любой организационно-правовой формы и дееспособные физические лица, заключившие со Страховщиком Договор добровольного медицинского страхования (именуемый в дальнейшем – Договор (Полис) страхования);
- *застрахованный* - названное в Договоре (Полисе) страхования физическое лицо, в пользу которого Страхователем заключен Договор (Полис) страхования. В случае если Договор (Полис) страхования заключен Страхователем в свою пользу, на него распространяются права и обязанности Застрахованного.
- *получатель страховых услуг* – физическое лицо, в том числе зарегистрированное в качестве индивидуального предпринимателя, или юридическое лицо, обратившееся к Страховщику с намерением заключить Договор (Полис) страхования (потенциальный получатель), а также Страхователь, Застрахованное лицо и/или выгодоприобретатель по заключенному Договору (Полису) страхования.
- *медицинские организации* - находящиеся как на территории РФ, так и на территории иностранных государств лечебно-профилактические медицинские организации, научно-исследовательские и медицинские институты, другие организации, а также лица, осуществляющие медицинскую деятельность как индивидуально, так и коллективно, имеющие соответствующие лицензии и оказывающие Медицинскую помощь и/или осуществляющие медицинскую деятельность в соответствии с законодательством страны нахождения Медицинской организации;
- *аптечные организации* – юридические лица любой организационно-правовой формы (аптеки, аптечные пункты, аптечные магазины, аптечные киоски, в том числе в составе медицинских организаций), а также индивидуальные предприниматели, осуществляющие фармацевтическую деятельность (розничную торговлю лекарственными препаратами, хранение, перевозку, изготовление и отпуск лекарственных препаратов) в соответствии с требованиями действующего законодательства РФ и имеющие лицензию на право осуществления фармацевтической деятельности;
- *иные организации* – сервисные или ассистанские компании и организации, в том числе зарубежные, заключившие со Страховщиком договоры на предоставление услуг медицинского ассистанса;
- *медицинский ассистанс* – услуги, связанные с оказанием и/или организацией оказания медицинской помощи;
- *медицинская помощь (медицинская услуга)* – мероприятие или комплекс мероприятий, непосредственно направленных на профилактику, диагностику и лечение Заболевания, имеющих определенную цену. Медицинская помощь может быть консультативной, диагностической, лечебной, реабилитационно-восстановительной, профилактической, в том числе иммунопрофилактической.
- *иные услуги* – услуги, непосредственно связанные с оказанием или организацией оказания Медицинской помощи, имеющие определенную цену. К Иным услугам относятся в

частности: организационно-технические и санитарно-противоэпидемические мероприятия; услуги медицинского сервиса, включая услуги по обеспечению комфортного пребывания в Медицинской организации (палата улучшенной комфортности, дополнительное питание и др.); питание и проживание (нахождение) во время стационарного лечения, реабилитационно-восстановительного лечения в стационарных, в т.ч. санаторно-курортных условиях, если оно не входит в стоимость Медицинской помощи (стоимость койко-дня); оформление Медицинской и Иной организацией различной документации, связанной с оказанием Медицинской помощи; услуги с использованием компьютерных и телекоммуникационных технологий (телемедицина); информационные услуги, связанные с оказанием или организацией оказания Медицинской помощи; другие услуги, оказываемые Медицинскими и Иными организациями Застрахованному лицу в ходе получения им Медицинской помощи;

- *телемедицинские консультации* - передача медицинской информации по электронным каналам связи.

- *медико-транспортные услуги* – услуги, связанные с транспортировкой адекватным состоянию здоровья Застрахованного транспортным средством в Медицинскую организацию и/или из Медицинской организации до места постоянного проживания Застрахованного (при необходимости, в сопровождении медицинского персонала).

- *услуги по репатриации* – услуги, связанные с транспортировкой адекватным состоянию здоровья Застрахованного транспортным средством:

если Застрахованный является иностранным гражданином – до транспортного узла прямого международного сообщения, ближайшего к месту постоянной регистрации Застрахованного, от места пребывания Застрахованного на территории Российской Федерации;

если Застрахованный является гражданином Российской Федерации – из страны пребывания до ближайшей к месту постоянного проживания или гражданства Застрахованного Медицинской организации.

- *лекарственная помощь* – обеспечение Застрахованных необходимыми лекарственными препаратами, изделиями медицинского назначения, продуктами лечебного питания, минеральными водами, а также иными средствами и предметами медицинского назначения, назначенными лечащим врачом для проведения диагностических, лечебных, реабилитационно-восстановительных и профилактических мероприятий, предполагающая оплату Страховщиком их стоимости и/или стоимости их доставки;

- *лекарственные препараты* - лекарственные средства в виде лекарственных форм, применяемые для диагностики, лечения, реабилитации и профилактики Заболеваний, имеющие определенную цену;

- *изделия медицинского назначения* – инструменты, аппараты, приборы, оборудование, материалы и прочие изделия, имеющие определенную цену. Применяемые в медицинских целях отдельно или в сочетании между собой, а также вместе с другими принадлежностями, необходимыми для применения указанных изделий по назначению врача, предназначенные для диагностики, лечения, реабилитации и профилактики Заболеваний.

- *продукты лечебного питания* – определенные пищевые продукты и их сочетания, обеспечивающие удовлетворение потребностей организма человека в пищевых веществах и энергетических ресурсах с лечебной целью;

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

- *страховой риск* – совокупность предполагаемых событий, на случай наступления которых проводится добровольное медицинское страхование и которые могут быть признаны Страховым случаем;

- *страховой случай* – совершившееся документально подтвержденное событие из числа Страховых рисков предусмотренных Программой добровольного медицинского страхования к

Договору (Полису) страхования, с наступлением которого возникает обязанность Страховщика произвести Страховую выплату;

- *страховая выплата (выплата страхового возмещения)* – денежная сумма, которую Страховщик в соответствии с Договором (Полисом) страхования обязан выплатить при наступлении Страхового случая;

- *страховая сумма* – определенная Договором (Полисом) страхования денежная сумма, в пределах которой Страховщик обязуется осуществить Страховую выплату;

- *неагрегатная страховая сумма* – денежная сумма, в пределах которой Страховщик обязуется выплатить Страховое возмещение по каждому Страховому случаю (независимо от их числа), произошедшему в период срока действия Договора (Полиса) страхования. Неагрегатная страховая сумма не уменьшается на сумму выплаченного Страхового возмещения в течение срока действия Договора (Полиса) страхования, но не более одного года.

- *агрегатная страховая сумма* – денежная сумма, в пределах которой Страховщик обязуется выплатить Страховое возмещение по всем Страховым случаям, произошедшим в период срока действия Договора (Полиса) страхования. Агрегатная страховая сумма уменьшается на сумму выплаченного Страховщиком в период действия Договора (Полиса) страхования Страхового возмещения.

- *лимит ответственности* – ограничение обязательств Страховщика по осуществлению Страховой выплаты при наступлении Страхового случая;

- *франшиза* – определенная часть убытков Страхователя, не подлежащая возмещению Страховщиком в соответствии с условиями Договора (Полиса) страхования. Франшиза может быть условной и безусловной (устанавливается в процентах от Страховой суммы, либо как абсолютная величина – в денежном выражении).

При условной Франшизе Страховщик освобождается от ответственности за убыток, если его размер не превышает размера Франшизы, и убыток подлежит возмещению полностью, если его размер превышает Франшизу.

При безусловной Франшизе ответственность Страховщика определяется размером убытка за минусом размера Франшизы.

Временная Франшиза предполагает исключение из страхового покрытия конкретного периода времени.

- *страховая премия (взнос)* – плата за добровольное медицинское страхование, которую Страхователь обязан уплатить Страховщику в порядке и в сроки, установленные Договором (Полисом) страхования. Страховой взнос – часть Страховой премии при ее уплате в рассрочку.

- *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.

- *программа добровольного медицинского страхования* – включает: виды, формы, объем и условия предоставления Медицинской помощи Застрахованным.

- *договор (Полис) добровольного медицинского страхования* – соглашение между Страхователем и Страховщиком, согласно которому Страховщик принимает на себя обязательства по финансированию и организации Медицинской и/или Лекарственной помощи и/или Иных услуг Страхователю/Застрахованному при наступлении Страхового случая. Договор (Полис) страхования может быть составлен как с обязательными подписями сторон (Страхователя и Страховщика), так и с оговоренными условиями Договора (Полиса) страхования аналогам подписей (цифровая подпись, факсимиле и др.).

- *дата заключения Договора (Полиса) страхования* – дата выдачи Полиса, дата оформления Полиса на сайте Страховщика.

В случае активации Страховой карты датой заключения Договора (Полиса) страхования является дата активации Страховой карты. При принятии Страхователем Оферты Страховщика – дата уплаты Страховой премии (дата вручения Договора (Полиса) страхования Страховщиком Страхователю).

- *страховая карта* – сертификат на предъявителя, определенной формы, содержащий в себе идентификаторы в виде номера карты и защищенного уникального кода доступа к сайту Страховщика в сети Интернет <https://www.акбарсмед.рф/>, посредством которого осуществляется оформление Договора (Полиса) страхования. Порядковый номер карты при ее активации присваивается номеру Договора (Полиса) страхования. Страховая карта передается Страхователю при уплате авансового платежа по Договору (Полису) страхования.

- *активация Страхователем Страховой карты* – внесение Страхователем данных в форму Полиса на официальном сайте Страховщика в сети «Интернет» и отправка запроса Страховщику на формирование Договора (Полиса) страхования.

- *автоматическая активация Страховой карты* – Страховая карта активируется автоматически Страховщиком с 00 час.00 мин на 15 (Пятнадцатый) день с даты ее покупки (приобретения).

Дата активации Страховой карты является датой заключения Договора (Полиса) страхования.

- *оферта Страховщика* – предложение Страховщика заключить Договор (Полис) страхования. Акцептом (принятием) Оферты Страховщика на предложенных условиях считается уплата Страховой премии и вручение Договора (Полиса) страхования Страхователю.

- *активация Страхователем Полиса-Оферты* – проставление специальной отметки Страхователем в электронном виде на официальном сайте Страховщика в сети «Интернет».

- *автоматическая активация Полиса-Оферты* – Полис активируется Страховщиком автоматически с 00 час.00 мин на 15 (Пятнадцатый) день с даты уплаты Страховой премии.

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

- *офис* – специально оборудованное помещение, в котором осуществляется заключение, изменение и/или расторжение Договора (Полиса) страхования, и/или прием документов для рассмотрения вопроса о признании события страховым случаем, и/или прием заявлений и других обращений Получателей страховых услуг и иных лиц, обращающихся к Страховщику.

- *обращение (жалоба)* - направленная Страховщику Получателем страховых услуг в письменной форме на бумажном носителе или в виде электронного документа просьба о восстановлении или нарушении прав, свобод и законных интересов, связанных с деятельностью Страховщика по оказанию страховых услуг.

1.3. Добровольное медицинское страхование осуществляется на основе Программ добровольного медицинского страхования (Приложение № 8 к настоящим Правилам) и обеспечивает получение Медицинской помощи сверх установленной Программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи. Добровольное медицинское страхование может быть коллективным и индивидуальным.

1.4. Договор (Полис) страхования заключается в соответствии с Программами добровольного медицинского страхования и предусматривает финансирование и организацию Медицинской и/или Лекарственной помощи и/или Иных услуг в Медицинских и/или Аптечных и/или Иных организациях, определенных Договором (Полисом) страхования.

Договор (Полис) страхования может быть заключен, как на условиях одной Программы добровольного медицинского страхования, так и нескольких Программ добровольного медицинского страхования, предусмотренных настоящими Правилами.

Перечень Медицинских услуг, перечисленных в соответствующей Программе добровольного медицинского страхования, может быть изменен по соглашению между Страхователем и Страховщиком, о чем в Договоре (Полисе) страхования должно быть оговорено специально.

1.5. Страховщик вправе на основе настоящих Правил формировать Полисные условия страхования (в том числе выдержки из Правил), Программы добровольного медицинского страхования к отдельному Договору (Полису) страхования или отдельной группе Договоров

(Полисов) страхования, заключаемых на основе настоящих Правил страхования, ориентированные на конкретного Страхователя или сегмент Страхователей, в той мере, в какой это не противоречит действующему законодательству Российской Федерации и настоящим Правилам. Такие Полисные условия прилагаются к Договору (Полису) страхования и являются его неотъемлемой частью.

1.6. Страховщик вправе присваивать маркетинговые названия отдельным группам единообразных Договоров (Полисов) страхования, заключаемым на основе настоящих Правил, в той мере, в какой это не противоречит действующему законодательству Российской Федерации, и в том порядке, как это предусмотрено действующим законодательством Российской Федерации.

Под маркетинговыми названиями понимаются названия отдельных групп единообразных Договоров (Полисов) страхования, заключаемых на основании настоящих Правил.

1.7. Страховщик имеет право на ознакомление с медицинской документацией Застрахованного, отражающей его историю заболевания, физическое и психическое состояние, диагноз, ход и прогноз результатов лечения, а также имеет право использовать данную информацию для решения вопросов, связанных с реализацией Договора (Полиса) страхования.

Страховщик не вправе разглашать полученные им в результате своей профессиональной деятельности сведения о Страхователе, Застрахованном, состоянии их здоровья и имущественном положении и гарантирует соблюдение врачебной тайны.

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

1.8. Взаимоотношения между Страховщиком и Медицинской организацией определяются Договором на предоставление медицинских услуг гражданам по добровольному медицинскому страхованию, по которому Медицинская организация обязуется предоставлять Застрахованным Страховщика Медицинскую помощь определенного объема и качества в рамках Программы (Программ) добровольного медицинского страхования. При этом указанный Договор на предоставление медицинских услуг гражданам по добровольному медицинскому страхованию должен содержать: наименование сторон, предмет договора, стоимость работ и порядок расчетов, порядок контроля качества Медицинской помощи, ответственность сторон и иные не противоречащие законодательству РФ условия.

## 2. СУБЪЕКТЫ СТРАХОВАНИЯ

2.1. В качестве Субъектов добровольного медицинского страхования выступают: Страховщик, Страхователь, Медицинская организация, Аптечная организация, Иные организации, Застрахованный.

2.2. Договор (Полис) страхования может быть заключен физическими лицами (Страхователями) как в отношении самих себя, то есть Страхователь и Застрахованный в заключаемом Договоре (Полисе) страхования одно и то же лицо, так и в отношении других лиц (Застрахованных), а также юридическими лицами в отношении физических лиц, являющихся как работниками данного юридического лица, так и не являющихся таковыми.

2.3. На условиях настоящих Правил заключаются Договоры (Полисы) страхования в пользу физических лиц в возрасте до 90 лет включительно, на момент заключения Договора страхования проживающих на территории РФ.

В рамках настоящих Правил Программами добровольного медицинского страхования может устанавливаться ограничение по возрасту лиц, подлежащих страхованию.

## 3. ОБЪЕКТЫ СТРАХОВАНИЯ

3.1. Объектами медицинского страхования являются имущественные интересы, связанные с оплатой организации и оказания медицинской и лекарственной помощи и иных услуг вследствие расстройства здоровья физического лица или состояния физического лица,

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

#### 4. СТРАХОВЫЕ СЛУЧАИ И ОБЪЕМ ОТВЕТСТВЕННОСТИ СТРАХОВЩИКА

##### 4.1. Страховым случаем признается:

- обращение Застрахованного в течение срока действия Договора (Полиса) страхования в Медицинскую и/или Аптечную и/или Иную организацию из числа определенных Договором (Полисом) страхования за получением Медицинской и/или Лекарственной помощи и/или Иных услуг предусмотренной (предусмотренных) Программой (Программами) добровольного медицинского страхования к Договору (Полису) страхования;

- обращение Застрахованного в течение срока действия Договора (Полиса) страхования в Медицинскую и/или Аптечную и/или Иную организацию из числа не определенных Договором (Полисом) страхования, если это обращение согласовано и/или организовано Страховщиком, за получением Медицинской и/или Лекарственной помощи и/или Иных услуг предусмотренной (предусмотренных) Программой (Программами) добровольного медицинского страхования к Договору (Полису) страхования;

4.2. Объем ответственности Страховщика по Договору (Полису) страхования определяется перечнем Медицинской и/или Лекарственной помощи и/или Иных услуг, включенной (включенных) в Программу (Программы) добровольного медицинского страхования, и Перечнем медицинских и/или аптечных и/или иных организаций, оказывающих медицинскую и/или лекарственную помощь и/или иные услуги Застрахованным по договорам добровольного медицинского страхования, в которых Застрахованные вправе получить в пределах Страховой суммы Медицинскую и/или Лекарственную помощь и/или Иные услуги предусмотренную (предусмотренные) Договором (Полисом) страхования.

Страхователь вправе в течение срока действия Договора (Полиса) страхования по согласованию со Страховщиком изменить перечень Программ добровольного медицинского страхования. Изменение количества Программ добровольного медицинского страхования по Договору (Полису) страхования оформляется на условиях настоящих Правил в письменной форме в виде дополнительного соглашения и является приложением к основному Договору (Полису) страхования.

4.3. При заключении Договора (Полиса) страхования Страховщик принимает на себя обязательство по финансированию и организации: Медицинской помощи и/или Иных услуг, оказываемой (оказываемых) Застрахованным по технологиям, применяемым в Медицинских и/или Иных организациях определенных Договором (Полисом) страхования; Лекарственной помощи, оказываемой Застрахованным в Аптечных организациях, определенных Договором (Полисом) страхования.

4.4. На добровольное медицинское страхование не принимаются (если иное не предусмотрено Договором (Полисом) страхования):

а) лица, состоящие на учете в наркологических, психоневрологических, противотуберкулезных, кожно-венерологических диспансерах, центрах по профилактике и борьбе со СПИД;

б) инвалиды I группы или дети – инвалиды;

в) больные онкологическими заболеваниями;

г) лица старше 90 лет.

4.5. Страховщик не несет страховой ответственности (если иное не предусмотрено Договором (Полисом) страхования), если Застрахованный обратился в Медицинскую организацию:

а) по поводу получения травматического повреждения или иного расстройства здоровья, наступившего в связи с совершением Застрахованным действий, в которых судом или следственными органами установлены признаки умышленного преступления;

б) в связи с умышленным причинением себе телесных повреждений, в том числе суицидальных попыток;

в) в связи с расстройством здоровья, произошедшим в состоянии алкогольного, наркотического или иных форм опьянения, либо явившимся следствием любых форм опьянения;

г) с целью получения Медицинской помощи, которая не была рекомендована врачом как необходимая и разумная мера;

д) в случае применения косметической или пластической хирургии, кроме необходимости ее использования после несчастного случая или других случаях, когда ее применение обусловлено прямыми медицинскими показаниями;

е) по поводу коррекции зрения с целью назначения линз или очков, или их подбора, кроме факта нарушения зрения в результате несчастного случая или в других случаях, определенных прямыми медицинскими показаниями;

ж) по поводу коррекции слуха с целью назначения слуховых аппаратов или их подбора, кроме факта нарушения слуха в результате несчастного случая или в других случаях, определенных прямыми медицинскими показаниями;

з) с целью лечения ВИЧ/СПИД инфекции и ее осложнений;

и) по поводу лечения онкологических заболеваний, психических заболеваний, туберкулеза, венерических заболеваний, алкоголизма, наркомании, токсикомании.

4.6. Страховщик не производит Страховую выплату в связи с Заболеваниями, вызванными:

а) воздействием ядерного взрыва, радиацией или радиоактивным заражением;

б) военными действиями, а также маневрами или иными военными мероприятиями;

в) гражданской войной, народными волнениями всякого рода или забастовками;

г) стихийными бедствиями.

4.7. Страховщик не оплачивает Медицинскую и/или Лекарственную помощь и/или Иные услуги, полученную (полученные) по инициативе Застрахованного без согласования со Страховщиком, в Медицинских и/или Аптечных и/или Иных организациях, не определенных Договором (Полисом) страхования.

4.8. При заключении Договора (Полиса) страхования в отношении инвалидов II и III группы не покрываются страхованием, если иное не предусмотрено Договором (Полисом) страхования, возникновение или обострения Заболеваний, связанных с причиной инвалидности или являющихся сопутствующими этому Заболеванию.

4.9. В пределах объема страховой ответственности по Договору (Полису) страхования Страховщик вправе установить Лимиты ответственности и/или Франшизы.

Договором (Полисом) страхования могут быть предусмотрены Лимиты ответственности по Программе добровольного медицинского страхования, Страховому риску, Страховому случаю, виду Медицинской и/или Лекарственной помощи и/или Иной услуги, Медицинской и/или Аптечной и/или Иной организации, периоду оказания Медицинской помощи, прочим основаниям.

Лимит ответственности может быть коллективным (ограничивает ответственность Страховщика по всем Застрахованным, подпадающим под действие Лимита ответственности) и индивидуальным (ограничивает ответственность Страховщика индивидуально для каждого Застрахованного, подпадающего под действие Лимита ответственности).

## 5. СТРАХОВАЯ СУММА

5.1. Страховая сумма по Договору (Полису) страхования определяется Страховщиком и Страхователем по согласованию.

Страховая сумма отражает предельный уровень страхового возмещения по Договору (Полису) страхования, то есть общая сумма Страховых выплат в течение срока действия Договора (Полиса) страхования ни при каких условиях не может превышать установленную Страховую сумму.

5.2. Страхователь вправе в течение срока действия Договора (Полиса) страхования по согласованию со Страховщиком изменить уровень страхового возмещения (увеличить и/или уменьшить Страховую сумму) с уплатой дополнительной Страховой премии (взноса) (в случае увеличения Страховой суммы) или уменьшения части Страховой премии (взноса) (в случае уменьшения Страховой суммы) пропорционально истекшему сроку действия основного Договора (Полиса) страхования.

Изменение Страховой суммы по Договору (Полису) страхования оформляется на условиях настоящих Правил в письменной форме в виде дополнительного соглашения и является приложением к основному Договору (Полису) страхования.

5.3. О предполагаемом изменении стоимости Медицинской и/или Лекарственной помощи и/или Иных услуг, гарантированной (гарантированных) Программой (Программами) добровольного медицинского страхования, Страховщик уведомляет Страхователя.

5.4. При заключении Договора (Полиса) страхования по нескольким Программам добровольного медицинского страхования одновременно, Страховщик несет обязательства по оплате Медицинской и/или Лекарственной помощи и/или Иных услуг в пределах Страховой суммы по каждой из Программ добровольного медицинского страхования.

5.5. Страхование осуществляется на условиях агрегатной Страховой суммы, т.е. после Страховой выплаты Страховая сумма по Договору (Полису) страхования уменьшается на размер Страховой выплаты.

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

6.1. При определении размера Страховой премии (взноса), подлежащей уплате по Договору (Полису) страхования, Страховщик, в каждом конкретном случае, применяет рассчитанные им страховые тарифы (Приложение 1 к настоящим Правилам), определяющие Страховую премию (взнос), с учетом размера Страховой суммы, выбранной (выбранных) Страхователем Программы (Программ) добровольного медицинского страхования, стоимости Медицинской и/или Лекарственной помощи и/или Иных услуг, уровня Медицинской организации, срока действия Договора (Полиса) страхования, состояния здоровья Застрахованного, рода деятельности Застрахованного, численности Застрахованных и иных условий.

Страховщик вправе применить коэффициенты (повышающие или понижающие) к базовым тарифам.

6.2. Страховая премия (взнос) по Договору (Полису) страхования может быть уплачена Страхователем одновременно или в рассрочку, наличными денежными средствами либо в безналичном порядке.

Порядок уплаты Страховой премии (взноса) и форма проведения расчетов определяются в Договоре (Полисе) страхования.

Уплата Страховой премии по Договору (Полису) страхования путем акцепта (принятия) Оферты Страховщика производится только одновременно.

При приобретении Страховой карты уплаченная денежная сумма является авансовым платежом в счет причитающихся платежей по Договору (Полису) страхования, а при активации Страховой карты, уплаченные Страхователем денежные средства, засчитываются в счет уплаты Страховой премии по Договору (Полису) страхования.

6.3. Страхователь обязан уплатить Страховщику Страховую премию (взнос) в течение 5 (Пяти) банковских дней (если иное не предусмотрено Договором (Полисом) страхования) с даты заключения Договора (Полиса) страхования.

6.4. При неуплате Страховой премии (взноса) Договор (Полис) страхования расторгается по инициативе Страховщика в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации, если стороны не договорились об отсрочке уплаты очередного Страхового взноса. Договоренность об отсрочке уплаты очередного Страхового взноса оформляется

дополнительным соглашением и является приложением к основному Договору (Полису) страхования.

6.5. Если иное не установлено Договором (Полисом) страхования, датой уплаты Страховой премии (Страхового взноса) признается:

- дата внесения денежных средств в кассу Страховщика или получения денежных средств уполномоченным представителем Страховщика при наличных расчетах;
- дата поступления денежных средств на расчетный счет Страховщика;
- дата зачета встречных требований.

Факт уплаты Страховой премии (взноса) наличными денежными средствами должен быть подтвержден квитанцией (Форма № А-7) или кассовым чеком Страховщика.

Уплата Страховой премии (взноса) не считается состоявшейся, если платеж произведен с нарушением законодательства, регулирующего порядок расчетов.

Страховщик не освобождается от обязанности исполнения Договора (Полиса) страхования в случае несвоевременного либо перечисления Страховщику Страховой премии не в полном объеме уполномоченным представителем Страховщика.

6.6. В случае, если Договором (Полисом) страхования предусмотрено внесение Страховой премии в рассрочку, то Договором (Полисом) страхования могут быть предусмотрены следующие последствия:

- зачет суммы просроченного Страхового взноса при определении размера Страховой выплаты;
- досрочное прекращение Договора (Полиса) страхования;
- изменение условий страхования соразмерно фактически уплаченным в установленный срок Страховым взносам, в том числе пропорциональное сокращение срока страхования, пропорциональное снижение Страховой суммы, введение или изменение размера франшизы;
- расторжение Договора (Полиса) страхования и взыскание со Страхователя неуплаченной части Страховой премии за период действия Договора (Полиса) страхования до даты его расторжения в судебном порядке;
- иные последствия, предусмотренные законодательством.

Страхователь не освобождается от обязанности уплатить Страховую премию, если исполнение такой обязанности к моменту прекращения Договора (Полиса) страхования просрочено.

## 7. ПОРЯДОК ЗАКЛЮЧЕНИЯ ДОГОВОРА ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

7.1. Договор (Полис) страхования является соглашением между Страхователем и Страховщиком, в соответствии с которым последний обязуется финансировать и организовывать Застрахованным Медицинскую и/или Лекарственную помощь и/или Иные услуги, определенного объема и качества, согласно Программе (Программам) добровольного медицинского страхования.

Договор (Полис) страхования заключается сроком до одного года, на один год или на срок более одного года. Срок действия Договора (Полиса) страхования может быть продлен по письменному соглашению сторон, с уплатой дополнительной Страховой премии.

Договор (Полис) страхования по настоящим Правилам может быть заключен:

- в виде электронного документа через официальный сайт Страховщика ([www.akbarsmed.rf](http://www.akbarsmed.rf));
- в стандартном порядке при непосредственном обращении к Страховщику (его уполномоченному представителю) с устным или письменным заявлением о своем намерении заключить Договор (Полис) страхования;
- путем акцепта (принятия) публичной Оферты объявленной Страховщиком.

Договор страхования заключается на основании устного или письменного заявления Страхователя.

По просьбе Страхователя и с его слов заявление о заключении Договора (Полиса) страхования и прилагаемые к нему документы (при наличии) могут быть заполнены представителем Страховщика с соблюдением следующих требований:

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

Заявление подписывается Страхователем.

Договор страхования оформляется в соответствии с требованиями действующего гражданского законодательства РФ. К Договору страхования прилагается Заявление Страхователя со списком Застрахованных, являющиеся неотъемлемой частью Договора страхования.

Отдельными Программами добровольного медицинского страхования допускается заключение Договора страхования в упрощенной форме в виде полиса, без оформления Заявления от Страхователя.

Если в Договоре (Полисе) страхования имеется ссылка на документ, в котором изложены условия страхования (полностью или частично), то данные условия должны быть изложены в Договоре (Полисе) страхования либо на его оборотной стороне, либо приложены к Договору (Полису) страхования как его неотъемлемая часть, либо Договор (Полис) страхования должен содержать ссылку на адрес размещения таких условий на официальном сайте Страховщика, либо Страхователь должен быть проинформирован о таких условиях путем направления файла, содержащего текст данного документа, на указанный Страхователем адрес электронной почты или путем вручения Страхователю электронного носителя информации, на котором размещен файл, содержащий текст данного документа.

Настоящие Правила могут быть вручены Страхователю, в том числе путем информирования его об адресе размещения Правил на официальном сайте Страховщика, путем направления файла, содержащего текст Правил на указанный Страхователем адрес электронной почты или путем вручения Страхователю электронного носителя информации, на котором размещен файл, содержащий текст настоящих Правил.

Направление Правил по указанному Страхователем адресу электронной почты или ссылки на Правила, размещенные на официальном сайте Страховщика, или вручение Страхователю электронного носителя информации, является надлежащим вручением Правил.

При заключении Договора (Полиса) страхования через официальный сайт Страховщика или уполномоченного представителя Страховщика Страхователю необходимо ознакомиться и принять условия Пользовательского соглашения (Приложение № 9).

7.2. Договор страхования содержит следующие сведения:

- наименование сторон;
- срок действия Договора Страхования;
- численность Застрахованных, подтвержденную точным списком Застрахованных по Договору (Полису) страхования;
- размер, сроки и порядок внесения Страховой премии (взноса);
- размер Страховой суммы;
- Программа (Программы) добровольного медицинского страхования;
- Перечень медицинских и/или аптечных и/или иных организаций, оказывающих медицинскую и/или лекарственную помощь и/или иные услуги Застрахованным по договорам добровольного медицинского страхования;
- права, обязанности, ответственность сторон;
- иные не противоречащие законодательству Российской Федерации условия.

Договор страхования с юридическими лицами заключается по форме, приведенной в Приложении № 6 к настоящим Правилам.

Договор страхования с физическими лицами заключается по форме, приведенной в Приложении № 7 к настоящим Правилам.

При подписании Договора (Полиса) страхования Страховщик, руководствуясь пунктом 2 статьи 160 Гражданского кодекса РФ, вправе согласовать со Страхователем использование факсимильного (с помощью средств механического или иного копирования) воспроизведения подписей (электронных подписей) лиц, уполномоченных от имени Страховщика подписывать Договор (Полис) страхования и приложения к нему.

В указанном случае факсимильное воспроизведение подписей уполномоченных лиц Страховщика в Договоре (Полисе) страхования и приложениях к нему, а также в сопровождающих их документах (письмах, актах, заявлениях и пр.) признается сторонами Договора (Полиса) страхования аналогом собственноручной подписи уполномоченных лиц Страховщика и является надлежащим подписанием документов со стороны Страховщика.

7.3. При заключении Договора (Полиса) страхования в электронной форме Страховщик направляет Страхователю электронный страховой полис, заверенный усиленной квалифицированной электронной подписью Страховщика.

Договор электронного страхования считается заключенным с момента уплаты Страхователем Страховой премии, если Договором (Полисом) страхования не предусмотрено иное.

В соответствии с пунктом 1 статьи 6 Федерального закона № 63-ФЗ от 06.04.2011 «Об электронной подписи», п. 4 ст. 6.1 Закона РФ «Об организации страхового дела в Российской Федерации» № 4015-1 от 27.11.1992 г. Договор (Полис) страхования, составленный в виде электронного документа, подписанный усиленной квалифицированной электронной подписью Страховщика, признается электронным документом, равнозначным документу на бумажном носителе, подписанному собственноручной подписью полномочного представителя Страховщика.

Не допускается заключение Договора (Полиса) страхования в электронной форме при содействии страховых агентов и страховых брокеров.

7.4. В соответствии с главой 28, ст. 940, 943 Гражданского кодекса Российской Федерации вручение Договора (Полиса) страхования на основании устного или письменного заявления Страхователя может быть осуществлено путем его направления Страхователю курьером, посредством информационно-телекоммуникационной сети Интернет, а также с помощью почтовой, электронной и иной связи (в том числе в форме электронного) документа, содержащего настоящие Правила, что является Офертой для заключения Договора (Полиса) страхования на условиях, содержащихся в Договоре (Полисе) страхования и Правилах. Уплата Страховой премии или первого Страхового взноса (если Договором (Полисом) страхования предусмотрена оплата Страховой премии в рассрочку) в срок, указанный в Договоре страхования, подтверждает согласие Страхователя заключить Договор (Полис) страхования на предложенных условиях и факт получения Правил, а также всех приложений к Договору (Полису) страхования. При заключении Договора (Полиса) страхования в электронной форме факт ознакомления Страхователя с условиями настоящих Правил и Договора (Полиса) страхования может подтверждаться, в том числе, специальными отметками (подтверждениями), предоставляемыми Страхователем в электронном виде на сайте Страховщика.

7.5. При заключении Договора (Полиса) страхования путем акцепта (принятия) Оферты Страховщика или путем покупки на сайте Страховщика, а также при активации Страховой карты бумажный экземпляр Договора (Полиса) страхования у Страховщика отсутствует. Информация по Договору (Полису) страхования хранится в базе данных системы учета Договоров (Полисов) страхования Страховщика.

7.6. Перед заключением Договора (Полиса) страхования Страховщик обязан:

- ознакомить Страхователя с настоящими Правилами, порядком их применения, вручить Страхователю настоящие Правила, о чем делается соответствующая отметка в Договоре (Полисе) страхования или приложениях к нему;

- разъяснить условия, на которых может быть заключен Договор (Полис) страхования, включающие информацию об: объекте страхования, Страховых рисках, порядке расчета Страхового тарифа, размере Страховой премии, порядке и условиях осуществления Страховой выплаты, в том числе перечне документов, которые необходимо представить вместе с заявлением о наступлении события, имеющего признаки Страхового случая;

- разъяснить обстоятельства, влияющие на размер Страховой премии, способах и сроках (периодичности) уплаты Страховой премии, последствиях неуплаты, уплаты не в полном размере или несвоевременной уплаты Страховой премии (Страховых взносов);

- давать разъяснения о порядке применения франшизы (если применяется), исключениях из перечня страховых событий, о действиях Получателя страховых услуг, совершение которых может повлечь отказ в Страховой выплате или сокращение ее размера;

- разъяснить дополнительные условия, связанные с заключением Договора (Полиса) страхования, в том числе о необходимости проведения обследования Получателя страховых услуг при заключении Договора (Полиса) страхования, а также о перечне документов и информации, необходимых для заключения договора страхования;

- разъяснить примерный расчет размера Страховой премии, сформированный на основании представленного Страхователем письменного заявления на страхование, уведомить Страхователя о возможном изменении размера Страховой премии, Страховой суммы или иных условий страхования по результатам оценки Страхового риска;

- разъяснить условия возврата Страхователю уплаченной Страховой премии в случае его отказа от Договора (Полиса) страхования в течение определенного срока со дня его заключения или о отсутствии возврата в соответствии с действующим законодательством;

- разъяснить сроки рассмотрения обращений относительно Страховой выплаты, о случаях продления таких сроков в связи с необходимостью получения информации от компетентных органов и/или сторонних организаций, непосредственно связанной с возможностью принятия решения Страховщиком о признании события Страховым случаем или о размере Страховой выплаты;

- довести до Получателя страховой услуги информацию о праве Получателя страховой услуги запросить информацию о размере вознаграждения, выплачиваемого страховому агенту или страховому брокеру;

- информировать Получателя страховой услуги об адресах мест приема документов при наступлении события, имеющего признаки Страхового случая, в том числе о возможности приема таких документов в электронной форме, если такая возможность предусмотрена условиями Договора (Полиса) страхования, а также своевременно информировать Получателей страховых услуг об изменениях таких адресов на официальном сайте Страховщика, а также непосредственно получателя страховых услуг при его обращении. В случае невозможности информирования Получателя страховых услуг до наступления события, имеющего признаки Страхового случая, об адресах приема документов при наступлении таких событий, Страховщик обеспечивает своевременное получение указанных сведений посредством телефонной связи, по электронной почте, а также иным способом, в случае указания его в Договоре (Полисе) страхования, при обращении Получателя страховых услуг.

7.7. Информация, указанная в п. 7.6. настоящих Правил, доводится до Получателя страховой услуги (любого обратившегося лица без исключения) бесплатно в устной форме при

его личном взаимодействии с представителем Страховщика или третьим лицом, действующим от имени Страховщика при обращении с намерением заключить Договор (Полис) страхования.

По запросу Получателя страховой услуги информация, указанная в п. 7.6. настоящих Правил, может быть предоставлена в удобной для него форме, в том числе на бумажном носителе, в электронной форме, в том числе посредством информационно-телекоммуникационной сети «Интернет».

Страховщик обязан обеспечить возможность взаимодействия с Получателем страховых услуг способами, указанными в Договоре (Полисе) страхования, а также посредством телефонной и почтовой связи.

Перед заключением Договора (Полиса) страхования Страховщик предлагает Страхователю указать номер мобильного телефона и/или адрес электронной почты для направления Страхователю в случаях, предусмотренных законодательством Российской Федерации, информации об исполнении обязательств по Договору (Полису) страхования.

Заключая Договор (Полис) страхования на основании настоящих Правил, Получатель страховой услуги подтверждает, что он:

- ознакомлен Страховщиком (его уполномоченным представителем) и согласен с условиями настоящих Правил, условиями страхования, Программами добровольного медицинского страхования и условиями Договора (Полиса) страхования;

- получил экземпляр Правил, дополнительных условий страхования, Программу добровольного медицинского страхования;

- ознакомлен Страховщиком (его уполномоченным представителем) с информацией, указанной в п. 7.6. настоящих Правил, что подтверждается или подписью Получателя страховой услуги на Договоре (Полисе) страхования, проставлением Получателем страховых услуг специальных отметок (подтверждений) в электронной форме на официальном сайте Страховщика или в Личном кабинете, или аудио- и/или видеозаписью, осуществляемой Страховщиком с согласия Получателя страховых услуг в Офисе или ином месте совершения действий, связанных с осуществлением страховой деятельности, или иным способом, предусмотренным законом или согласованным с Получателем страховых услуг.

7.8. Заключать от имени Страховщика Договор (Полис) страхования имеет право работник Страховщика, страховой агент (страховой брокер) полномочия которого подтверждены соответствующим документом (доверенность, агентский договор, договор поручения и т.п.).

По требованию Страхователя документ, подтверждающий полномочия лица, подписывающего от имени Страховщика Договор (Полис) страхования, предоставляется Страхователю в форме надлежаще заверенной копии.

В Договоре (Полисе) страхования обязательно указываются:

- фамилия, имя, отчество (при наличии) или инициалы, должность (при подписании Договора (Полиса) страхования работником Страховщика) лица, подписывающего от имени Страховщика Договор (Полис) страхования, сведения о документе, подтверждающем его полномочия;

- фамилия, имя, отчество (при наличии) агента (брокера) (при подписании Договора (Полиса) страхования агентом (брокером) - физическим лицом, в том числе индивидуальным предпринимателем), лица, подписывающего Договор (Полис) страхования, сведения о документе, подтверждающем его полномочия;

- наименование агента (брокера) - юридического лица, фамилия, имя, отчество (при наличии) представителя агента (брокера), подписывающего Договор (Полис) страхования от имени Страховщика, сведения о документе, подтверждающем его полномочия.

7.9. При заключении Договора (Полиса) страхования Страховщик имеет право произвести предварительное медицинское обследование и/или медицинское анкетирование лица (лиц), подлежащего (подлежащих) страхованию и/или запросить выписку из амбулаторной карты и/или истории болезни. Страховщик уведомляет Получателя страховых услуг о необходимости проведения предварительного медицинского обследования лица, в отношении которого заключается Договор (Полис) страхования и о порядке его выполнения.

При отказе Застрахованного от прохождения медицинского обследования, объем которого определяется Страховщиком или заполнения медицинской анкеты, Страховщик имеет право отказать Страхователю в заключении Договора (Полиса) страхования.

В том случае, если после заключения Договора (Полиса) страхования будет установлено, что Застрахованный указал ложные сведения в медицинской анкете, Страховщик вправе требовать признание Договора (Полиса) страхования недействительным в отношении данного Застрахованного.

Предварительное медицинское обследование может производиться как за счет средств Страхователя, так и за счет средств Страховщика.

7.10. Основанием для заключения Договора страхования с юридическими лицами является письменное Заявление Страхователя (Приложение № 2 к настоящим Правилам), в котором должны быть указаны:

- полное наименование и юридический адрес Страхователя;
- количество лиц, подлежащих страхованию (фамилия, имя, отчество, дата рождения, паспортные данные, адрес места жительства каждого из них указываются в списке Застрахованных, который является приложением к Заявлению);
- желаемые условия добровольного медицинского страхования (Программа (Программы) добровольного медицинского страхования);
- срок страхования;
- другие данные, имеющие значение для установления Страховой суммы и Страхового тарифа.

Заявление является неотъемлемой частью Договора страхования с юридическим лицом.

7.11. Основанием для заключения Договора страхования с физическим лицом, кроме случаев заключения Договора страхования в упрощенной форме в виде полиса, является письменное Заявление Страхователя (Приложение № 3 к настоящим Правилам) с указанием:

- фамилии, имени и отчества, даты рождения, паспортных данных, адреса места жительства Страхователя и Застрахованного;
- желаемых условий добровольного медицинского страхования (Программы (Программ) добровольного медицинского страхования);
- срока действия Договора страхования;
- других данных, имеющих значение для установления Страховой суммы и Страхового тарифа.

Заявление является неотъемлемой частью Договора страхования с физическим лицом.

7.12. Договор (Полис) страхования вступает в силу:

а) при уплате Страховой премии (взноса) путем безналичных расчетов – со дня поступления Страховой премии (взноса) на расчетный счет Страховщика;

б) при уплате Страховой премии (взноса) наличными денежными средствами - со дня поступления Страховой премии (взноса) в кассу Страховщика или получения наличных средств представителем Страховщика.

Договором (Полисом) страхования может быть предусмотрен иной порядок вступления Договора (Полиса) страхования в силу.

7.13. Страховую карту необходимо активировать в течение 14 (Четырнадцати) календарных дней с даты ее приобретения (покупки). В случае, если Страховая карта не была активирована покупателем в установленный срок, Страховщик проводит активацию автоматически по истечении 14 (Четырнадцати) календарных дней с даты приобретения

(покупки) Страховой карты, если иное не предусмотрено Условиями Страховой карты. Дата активации Страховой карты является датой заключения Договора (Полиса) страхования.

Активируя Страховую карту, Страхователь соглашается с Пользовательским соглашением (Приложение № 9 к настоящим Правилам).

Денежная сумма, уплаченная авансом при покупке Страховой карты, может быть возвращена по требованию Страхователя в полном объеме в случае возврата Страхователем неактивированной Страховой карты в течение 14 (Четырнадцати) календарных дней с даты ее покупки.

7.14. Акцептом (принятием) Оферты Страховщика Страхователем, на предложенных условиях, считается уплата Страховой премии и вручение Договора (Полиса) страхования Страхователю. При акцепте (принятии) Оферты Страховщика дата уплаты Страховой премии (дата вручения Договора (Полиса) страхования Страховщиком Страхователю) является датой заключения Договора (Полиса) страхования.

7.15. На каждого Застрахованного в течение 7 (Семи) рабочих дней после вступления Договора страхования в силу, если иное не предусмотрено Договором страхования, оформляется Полис добровольного медицинского страхования.

Форма полиса для юридических лиц - Приложения № 4,

Форма полиса для физических лиц - Приложение № 5.

В Полисе добровольного медицинского страхования указывается:

- фамилия, имя, отчество, дата рождения Застрахованного;
- срок действия Договора страхования.

По усмотрению Страховщика в Полисе добровольного медицинского страхования могут быть указаны:

- место работы;
- наименование Страхователя;
- Страховая сумма;
- Страховая премия;
- Программа (Программы) добровольного медицинского страхования;
- Перечень медицинских и/или аптечных и/или иных организаций, оказывающих медицинскую и/или лекарственную помощь и/или иные услуги застрахованным по договорам добровольного медицинского страхования;
- и другие сведения в соответствии с условиями заключения Договора страхования.

7.16. При заключении Договора (Полиса) страхования Страхователь обязан сообщить Страховщику известные Страхователю обстоятельства, имеющие существенное значение для определения вероятности наступления Страхового случая и размера возможных убытков от его наступления (Страхового риска), если эти обстоятельства не известны Страховщику. При этом существенными могут быть признаны обстоятельства, определенно оговоренные Страховщиком в Договоре (Полисе) страхования или в его письменном запросе.

При заключении Договора (Полиса) страхования до получения ответов Страхователя на поставленные Страховщиком вопросы, последний не может впоследствии требовать расторжения Договора (Полиса) страхования, либо признания его недействительным на том основании, что соответствующие обстоятельства не были сообщены Страхователем.

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

7.17. Условия, содержащиеся в настоящих Правилах и не включенные в текст Договора (Полиса) страхования, обязательны для Страхователя, если в Договоре (Полисе) страхования прямо указывается на применение таких Правил.

При заключении Договора (Полиса) страхования стороны Договора (Полиса) страхования могут изменить (дополнить или исключить) определенные условия настоящих Правил при условии, что такие изменения не противоречат действующему законодательству Российской Федерации. Условия Договора (Полиса) страхования, отличающиеся от условий настоящих Правил, имеют приоритет.

Изменение условий Договора (Полиса) страхования возможно по соглашению сторон.

Соглашение об изменении условий Договора (Полиса) страхования совершается в письменной форме путем подписания Страховщиком и Страхователем дополнительного соглашения к Договору (Полису) страхования.

7.18. Любые уведомления и извещения в связи с заключением, исполнением или прекращением Договора (Полиса) страхования считаются направленными сторонами друг другу только если они сделаны в письменной форме, в том числе и через «Личный кабинет» Страхователя на официальном сайте Страховщика, и направлены по адресам, указанным в Договоре (Полисе) страхования.

7.19. В случае изменения адресов и (или) реквизитов, указанных в Договоре (Полисе) страхования, Сторона Договора (Полиса) страхования обязана в течение 5 (Пяти) рабочих дней с даты их изменения, уведомить другую Сторону в форме, позволяющей зафиксировать такое уведомление. Если сторона не была уведомлена об изменении адреса и/или реквизитов другой стороны в указанный срок, то все уведомления и извещения, направленные по адресу, указанному в Договоре (Полисе) страхования при его заключении, будут считаться доставленными.

Юридически значимое сообщение/уведомление, сделанное в письменной форме, может быть направлено Стороной Договора (Полиса) страхования в адрес другой Стороны посредством электронной почты, факсимильной и другой связи, позволяющими достоверно установить от кого исходило сообщение/уведомление и кому оно адресовано.

Страховщик уведомляет Страхователя об изменении своих контактных данных, в том числе адреса места нахождения, телефона, посредством размещения обновленной информации на официальном сайте Страховщика.

7.20. В случае утраты Страхователем Договора (Полиса) страхования в период его действия, Страховщик выдает Страхователю дубликат Договора (Полиса) страхования на основании его письменного заявления.

По запросу Страхователя, позволяющему подтвердить факт его получения Страховщиком, Страховщик предоставляет бесплатно один раз копии действующего Договора (Полиса) страхования, иных документов, являющихся неотъемлемой частью Договора (Полиса) страхования (Правила страхования, Программы добровольного медицинского страхования, дополнительные условия страхования, иные документы в соответствии с условиями, указанными в Договоре (Полисе) страхования), за исключением информации, не подлежащей разглашению (персональные данные других застрахованных лиц, данные об уплаченных страховых премиях по коллективным Договорам страхования, условия страхования других категорий застрахованных лиц и пр).

## 8. ПОРЯДОК ВЫПОЛНЕНИЯ ОБЯЗАТЕЛЬСТВ ПО ДОГОВОРУ ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

8.1. Право Застрахованного на получение и оплату Медицинской и/или Лекарственной помощи и/или Иных услуг, предусмотренной (предусмотренных) Договором (Полисом) страхования, наступает после вступления последнего в силу, в соответствии с условиями Программы добровольного медицинского страхования.

8.2. Предоставление Медицинской и/или Лекарственной помощи и/или Иных услуг, предусмотренной (предусмотренных) Договором (Полисом) страхования, осуществляется путем обращения Застрахованного в Медицинские и/или Аптечные и/или Иные организации, указанные в Договоре (Полисе) страхования. При необходимости оказания Медицинской и/или Лекарственной помощи и/или Иных услуг, в Медицинских и/или Аптечных и/или Иных организациях, не указанных в Договоре (Полисе) страхования, но имеющих договорные отношения со Страховщиком, необходимо письменное согласие последнего, подтвержденное направлением.

Договором (Полисом) страхования и/или Программой добровольного медицинского страхования и/или условиями страхования может быть предусмотрена необходимость предварительного обращения Застрахованного за направлением в Контакт-центр и/или на официальный сайт Страховщика для получения Медицинской и/или Лекарственной помощи и/или Иных услуг в Медицинских и/или Аптечных и/или Иных организациях, указанных в Договоре (Полисе) страхования.

При обращении Застрахованного к Страховщику в случае наступлении события, имеющего признаки Страхового случая, Застрахованный сообщает:

- фамилию, имя, отчество (при наличии) Застрахованного;
- номер Договора (Полиса) страхования;
- возможно полную информацию об обстоятельствах наступления Страхового случая, известную Застрахованному на момент сообщения (место, дата, время наступления страхового случая, предполагаемые причины и др.).

При обращении Застрахованного в Медицинскую и/или Иную организацию предъявляется Полис добровольного медицинского страхования, выданный Страховщиком, паспорт либо другой документ, удостоверяющий личность Застрахованного.

При обращении Застрахованного (его представителя) в Аптечную организацию по поводу получения лекарственных препаратов, изделий медицинского назначения, продуктов лечебного питания, минеральных вод, а также иных средств и предметов медицинского назначения, предъявляется: Полис добровольного медицинского страхования; паспорт, либо другой документ, удостоверяющий личность Застрахованного (его представителя); рецепт установленной формы, выписанный врачом Медицинской организации, с которым Страховщик состоит в договорных отношениях с информацией о ФИО Застрахованного, номере Полиса добровольного медицинского страхования, номере амбулаторной карты Застрахованного, с подписью и личной печатью лечащего врача, штампом Медицинской организации.

8.3. В соответствии с условиями Договора (Полиса) страхования Страховщик в счет Страховой суммы организует оказание Медицинской и/или Лекарственной помощи и/или Иных услуг Застрахованному и оплачивает Медицинскую и/или Лекарственную помощь и/или Иные услуги, оказанную (оказанные) Застрахованному.

8.3.1. Оплата стоимости Медицинской и/или Лекарственной помощи и/или Иных услуг, оказанной (оказанных) Медицинскими и/или Аптечными и/или Иными организациями, производится, исходя из фактических затрат на оказание Медицинской и/или Лекарственной помощи и/или Иных услуг по ценам, согласованным между Страховщиком и Медицинской и/или Аптечной и/или Иной организацией, путем перечисления Страховщиком денежных средств на счет Медицинской и/или Аптечной и/или Иной организации.

Перечисление денежных средств на счет Медицинской и/или Иной организации производится после получения первичных документов Медицинской и/или Иной организации и проведения Страховщиком медико-экономической экспертизы документации, представленной к оплате по добровольному медицинскому страхованию, а также подписания обеими сторонами акта приема-сдачи выполненных работ, в пределах Страховой суммы, предусмотренной Договором (Полисом) страхования.

В рамках настоящих Правил первичными документами признаются: счет-реестр медицинской помощи, оказанной застрахованным по Договорам (полисам) страхования, справка для получения путевки, отрывной талон к санаторно-курортной путевке, копия обратного талона к санаторно-курортной карте и др.

Страховщик вправе осуществлять предоплату (авансирование) Медицинской и/или Иной организации.

Договором на предоставление медицинских услуг гражданам по добровольному медицинскому страхованию, может быть предусмотрен иной порядок оплаты стоимости Медицинской помощи, оказанной Застрахованному.

8.3.2. В случае, если это предусмотрено Договором (Полисом) страхования и/или Программой добровольного медицинского страхования и/или условиями страхования Получатель страховых услуг может обратиться к Страховщику для получения Страховой выплаты с целью возмещения понесенных расходов за оказанную Медицинскую помощь или приобретения Лекарственных препаратов:

а) при получении Медицинской помощи, предусмотренной Программой добровольного медицинского страхования, выплата Страхового возмещения осуществляется по фактически уплаченной сумме, но не выше установленной прејскурантом Медицинской организацией на основании следующих документов:

- заявления на возмещение затраченных денежных средств;
- Договора (Полиса) страхования;
- паспорта Получателя страховых услуг;
- направления лечащего врача и/или выписки из первичной медицинской документации (амбулаторная карта, история болезни);
- документов, подтверждающих получение Застрахованным Медицинской помощи, с указанием наименования, количества, стоимости и даты оказания медицинских услуг, заверенных печатью и подписью уполномоченного лица Медицинской организации;
- платежных документов, удостоверяющих факт оплаты оказанной Медицинской помощи, подтвержденных по данным Федеральной налоговой службы (метод подтверждения приведен в Интернет-ресурсе <https://kkt-online.nalog.ru/>).

б) при приобретении Лекарственных препаратов, из числа предусмотренных Программой добровольного медицинского страхования выплата Страхового возмещения осуществляется на основании следующих документов:

- заявления на возмещение затраченных денежных средств;
- Договора (Полиса) страхования;
- паспорта Получателя страховых услуг;
- выписки/справки из первичной медицинской документации (амбулаторная карта, история болезни), выданной Медицинской организацией по месту жительства/пребывания, с указанием необходимой информации, перечисленной в Программе добровольного медицинского страхования;
- платежных документов, удостоверяющих факт оплаты Лекарственных препаратов, подтвержденных по данным Федеральной налоговой службы (метод подтверждения приведен в Интернет-ресурсе <https://kkt-online.nalog.ru/>).

После того, как Страховщику стало известно о наступлении события, имеющего признаки Страхового случая, по запросу Получателя страховых услуг Страховщик информирует последнего:

- обо всех предусмотренных Договором (Полисом) страхования и/или Правилами необходимых действиях, которые Получатель страховых услуг должен предпринять, и обо всех документах, представление которых обязательно для рассмотрения вопроса о признании события Страховым случаем и определения размера Страховой выплаты, а также о сроках проведения указанных действий и представления документов;

- о предусмотренных Договором (Полисом) страхования и/или Правилами форме и способах осуществления Страховой выплаты, направленных на обеспечение прав Получателя страховых услуг на получение Страховой выплаты удобным для него способом из числа указанных в Договоре (Полисом) страхования и/или Правилах.

В случае если условиями конкретного Договора (Полиса) страхования или согласно официальному сообщению Страховщика, размещаемому на официальном сайте Страховщика, предусмотрена возможность предоставления Получателем страховой услуги (его законным представителем) информации и документов для получения Страховой выплаты в электронном виде, Получатель страховых услуг (его законный представитель) может представить Страховщику документы, предусмотренные п. 8.3.2. настоящих Правил, в виде электронных документов, подписанных/заверенных простой электронной подписью Страхователя (его законного представителя).

При этом Страховщик вправе принять решение по заявленному событию на основании документов, подписанных/заверенных электронной подписью Получателя страховой услуги (его законного представителя), или затребовать у Получателя страховой услуги (его законного представителя) оригиналы или заверенные надлежащим образом копии документов, представленных в виде электронных документов, заверенных Получателем страховой услуги (законным представителем).

В случае запроса Страховщиком оригиналов или заверенных надлежащим образом копий документов срок осуществления Страховой выплаты исчисляется со дня, следующего за днем получения Страховщиком оригиналов или заверенных надлежащим образом копий документов, указанных п. 8.3.2. настоящих Правил.

В случае если заявление о событии, имеющего признаки Страхового случая, и документы по заявленному событию подаются Получателем страховой услуги (его законным представителем) в электронном виде, Страховщик вправе до осуществления Страховой выплаты направить Получателю страховой услуги (его законному представителю) любым доступным способом (коротким текстовым сообщением на телефон, по электронной почте, посредством размещения в личном кабинете Страхователя и т. д.) осуществленный им расчет Страховой выплаты.

Получатель страховой услуги (его законный представитель) обязан сообщить о своем согласии или несогласии с размером Страховой выплаты не позднее 2 (Двух) рабочих дней с даты предоставления Страховщиком соответствующего расчета. При согласии с расчетом Страховщика срок выплаты Страхового возмещения исчисляется с даты получения соответствующего согласия или несогласия с размером суммы страхового возмещения, рассчитанным без предоставления оригиналов или заверенных соответствующими компетентными органами копий документов, Получатель страховой услуги (его законный представитель) обязан в течение 5 (Пяти) рабочих дней с даты предоставления Страховщиком соответствующего расчета, предоставить Страховщику оригиналы или заверенные надлежащим образом копии документов, предоставленных им ранее в виде копий, подписанных/заверенных электронной подписью Получателя страховой услуги (его законного представителя). В последнем случае срок осуществления Страховой выплаты исчисляется с момента получения Страховщиком оригиналов или заверенных надлежащим образом копий документов.

Во всех случаях представление документов в электронном виде для получения Страховой выплаты в предусмотренных в настоящем пункте Правил случаях, осуществляется с использованием официального сайта Страховщика.

При получении Страхового возмещения Получателем страховых услуг с целью возмещения понесенных затрат за оказанную Медицинскую помощь и/или приобретенные Лекарственные препараты документы, указанные в п. 8.3.2. настоящих Правил, принимаются Страховщиком:

- при личном обращении Получателя страховых услуг - по описи, реестру или акту приема-передачи с указанием даты приема документов. Опись, реестр или акт приема-передачи подписывается уполномоченным представителем Страховщика и Получателем страховых услуг. Опись, реестр или акт приема-передачи может вестись Страховщиком с использованием автоматизированной системы, имеющейся в распоряжении Страховщика (его уполномоченного представителя),

- при предоставлении документов почтовым отправлением или с использованием сети «Интернет» или по факсу уполномоченный представитель Страховщика проверяет: комплектность документов на соответствие требованиям настоящих Правил и/или Договора (Полиса) страхования; правильность оформления документов; фиксирует прием документа (ов) и дату приема в описи, реестре или акте приема-передачи или в автоматизированной системе.

В случае, если документы на Страховую выплату были направлены Страховщику без сопроводительного письма, содержащего перечень или опись представленных документов, Страховщик не имеет право отказать в их приеме.

В случае выявления факта предоставления Получателем страховых услуг документов не в полном объеме (недостаточных для принятия решения о признании события страховым и осуществления Страховой выплаты) и/или ненадлежащим образом оформленных документов в соответствии с требованиями настоящих Правил и/или Договора (Полиса) страхования, Страховщик:

- принимает документы, при этом срок принятия решения о признании заявленного события страховым не начинается течь до предоставления последнего из необходимых и надлежащим образом оформленных документов, указанных в п. 8.3.2. настоящих Правил,

- уведомляет об указанном лице, подавшее заявление о событии, имеющем признаки Страхового случая, с указанием перечня недостающих и/или ненадлежащим образом оформленных документов.

Срок уведомления Получателей страховых услуг – физических лиц о выявлении факта предоставления документов, недостаточных для принятия решения о признании заявленного события страховым и осуществлении Страховой выплаты, и/или ненадлежащим образом оформленных документов - 15 (Пятнадцать) рабочих дней с момента получения документов почтовым отправлением или с использованием сети «Интернет» или по факсу.

Срок уведомления Получателей страховых услуг – юридических лиц о выявлении факта предоставления документов, недостаточных для принятия решения о признании заявленного события страховым и осуществлении страховой выплаты, и/или ненадлежащим образом оформленных документов - 30 (Тридцать) рабочих дней с момента получения документов почтовым отправлением.

Страховщик не имеет права отказать в Страховой выплате по причине утраты им представленных документов на Страховую выплату Получателем страховой услуги (какого-либо из них), если имеются доказательства получения Страховщиком указанных документов.

В случае если Страховщик утратил документы на Страховую выплату, он не вправе повторно требовать их предоставления от Страхователя (Выгодоприобретателя, подавшего лица).

Исключение составляют случаи обращения за Страховой выплатой по Договору (Полису) страхования, переданному в составе страхового портфеля. Осуществляющий такие выплаты Страховщик вправе запросить у подавшего заявление на Страховую выплату лица повторного предоставления документов, направлявшихся им передавшему страховой портфель страховщику, но не переданных передавшим страховой портфель страховщиком принявшему страховой портфель страховщику.

По устному или письменному запросу Получателя страховых услуг, в том числе полученному в электронной форме, в срок, не превышающий 30 (Тридцати) дней с момента получения такого запроса, при условии возможности идентификации получателя страховых услуг в соответствии с требованиями Федерального закона от 27 июня 2006 года № 152-ФЗ «О персональных данных», Страховщик после принятия решения о Страховой выплате предоставляет информацию о расчете суммы Страховой выплаты, которая должна включать:

- а) Страховую сумму (ее часть) или окончательную сумму Страхового возмещения, подлежащую выплате;
- б) порядок расчета Страховой выплаты;
- в) исчерпывающий перечень норм права и/или условий Договора (Полиса) страхования и Правил, обстоятельств и документов, на основании которых произведен расчет.

По письменному запросу Получателя страховых услуг Страховщик в срок, не превышающий 30 (Тридцати) дней, обязан предоставить ему в письменном виде исчерпывающую информацию и документы (в том числе копии документов и/или выписки из них), на основании которых Страховщиком было принято решение о Страховой выплате (за исключением документов, которые свидетельствуют о возможных противоправных действиях Получателя страховых услуг, направленных на получение Страховой выплаты), бесплатно один раз по каждому Страховому случаю. Указанная информация и документы предоставляются в том объеме, в каком это не противоречит действующему законодательству.

При непризнании события Страховым случаем Страховщик направляет в адрес Получателя страховых услуг, указанный в заявлении о событии, уведомление об отсутствии оснований для страховой выплаты.

В случае отсутствия правовых оснований для осуществления Страховой выплаты Страховщик в течение 3 (Трех) рабочих дней после принятия решения об отказе информирует Получателя страховых услуг в письменном виде об основаниях принятия такого решения со ссылками на нормы права и/или условия Договора (Полиса) страхования и Правил, на основании которых принято решение об отказе. Указанная информация предоставляется в том объеме, в каком это не противоречит действующему законодательству.

Страховщик по письменному запросу Получателя страховых услуг в срок, не превышающий 30 (Тридцати) дней с даты направления такого запроса, предоставляет документы (в том числе копии документов и/или выписки из них), обосновывающие решение об отказе, бесплатно один раз по одному событию, за исключением документов, которые свидетельствуют о возможных противоправных действиях Получателя страховых услуг, направленных на получение Страховой выплаты.

## 9. ИЗМЕНЕНИЕ СТЕПЕНИ РИСКА В ТЕЧЕНИЕ СРОКА ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

9.1. В течение срока действия Договора (Полиса) страхования Страхователь (Застрахованный) обязан незамедлительно сообщить Страховщику о ставших ему известными значительных изменениях в обстоятельствах, сообщенных Страховщику при заключении Договора (Полиса) страхования, если эти изменения могут существенно повлиять на увеличение Страхового риска. Под обстоятельствами, влекущими увеличение Страхового

риска, о которых Страхователь обязан сообщить Страховщику, понимаются, например, выявление хронического заболевания или установление инвалидности, о которых Страховщик не может знать и т.д.

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

9.2. При получении информации об обстоятельствах, влекущих увеличение Страхового риска, Страховщик вправе потребовать изменения условий Договора (Полиса) страхования или уплаты дополнительной Страховой премии (взноса) соразмерно увеличению Страхового риска.

Если Страхователь (Застрахованный) возражает против изменения условий Договора (Полиса) страхования или доплаты Страховой премии (взноса), Страховщик вправе потребовать расторжения Договора (Полиса) страхования в порядке, предусмотренном гражданским законодательством Российской Федерации.

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

## 10. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

10.1. Права и обязанности Застрахованного по Договору (Полису) страхования.

10.1.1. Застрахованный имеет право:

а) на получение своевременной и качественной Медицинской и/или Лекарственной помощи и/или Иных услуг, в соответствии с избранной (избранными) Страхователем Программой (Программами) добровольного медицинского страхования и Перечнем медицинских и/или аптечных и/или иных организаций, оказывающих медицинскую и/или лекарственную помощь и/или иные услуги застрахованным, по договорам добровольного медицинского страхования;

б) предъявлять претензии к Страховщику по качеству оказанной Медицинской помощи в избранной Медицинской организации и требовать от Страховщика проведения расследования по таким претензиям.

10.1.2. Застрахованный обязан:

а) соблюдать предписания лечащего врача, полученные при оказании Медицинской помощи, соблюдать распорядок, установленный Медицинской организацией;

б) обеспечить надлежащее хранение Полиса добровольного медицинского страхования, исключающее возможность его использования третьими лицами;

в) уведомить Страховщика об увеличении степени страхового риска.

10.2. Права и обязанности Страхователя по Договору (Полису) страхования.

10.2.1. Страхователь имеет право:

а) требовать предоставления Застрахованным в Медицинских и/или Аптечных и/или Иных организациях Медицинской и/или Лекарственной помощи и/или Иных услуг, определенной (определенных) в Договоре (Полисе) страхования.

В случае непредоставления Медицинской и/или Лекарственной помощи и/или Иных услуг Страхователь должен немедленно поставить в известность об этом Страховщика;

б) при коллективном страховании в период действия Договора страхования заменять Застрахованных, расширить (уменьшить) список Застрахованных, внося соответствующие изменения в список Застрахованных в соответствии с условиями, изложенными в п.10.4., п. 10.5. настоящих Правил, при условии оформления письменного дополнительного соглашения к Договору страхования;

в) расширить (уменьшить) перечень Программ добровольного медицинского страхования, и/или повысить (уменьшить) уровень Страхового возмещения (Страховой суммы), при условии оформления письменного дополнительного соглашения к Договору (Полису) страхования;

г) досрочно расторгнуть Договор (Полис) страхования в порядке, предусмотренном действующим законодательством и настоящими Правилами.

#### 10.2.2. Страхователь обязан:

а) предоставить Страховщику достоверные сведения, необходимые для заключения Договора (Полиса) страхования, а также иную информацию, связанную с действием Договора (Полиса) страхования;

б) до даты заключения Договора (Полиса) страхования предоставить Страховщику информацию и документы, необходимые для исполнения требований Федерального закона от 07.08.2001 № 115-ФЗ «О противодействии легализации (отмыванию) доходов, полученных преступным путем, и финансированию терроризма» и нормативных актов Банка России, включая информацию о своих выгодоприобретателях, учредителях (участниках) и бенефициарных владельцах;

в) в срок не позднее 10 (Десяти) календарных дней с даты вступления в силу изменений и дополнений в документы, предоставленные при заключении Договора страхования, уведомить Страховщика, в том числе, но не исключительно, об изменениях в учредительных документах, изменениях адреса местонахождения и/или фактического адреса местонахождения Страхователя (его постоянно действующего органа управления, иного органа или лица, имеющих право действовать от имени Страхователя без доверенности), почтового адреса, номеров телефона, адреса электронной почты; о лицах, имеющих право подписи, о продлении/прекращении их полномочий; об изменении любых идентификационных сведений, включая информацию о представителях, выгодоприобретателях, бенефициарных владельцах и т.п., а также иных изменениях, которые могут повлиять на выполнение Сторонами обязательств по Договору страхования, с одновременным предоставлением документов, подтверждающих соответствующие изменения;

г) предоставить сведения и документы не позднее 7 (Семи) рабочих дней с даты получения письменного запроса Страховщика, если Договором страхования или нормативными актами Банка России не установлен иной срок.

д) получить согласие (дать согласие, в случае заключения Договора (Полиса) страхования в отношении себя) Застрахованных на обработку Страховщиком своих персональных данных в объеме, необходимом Страховщику для исполнения своих обязательств по Договору (Полису) страхования;

е) своевременно и в полном размере уплатить оговоренную Договором (Полисом) страхования Страховую премию (взнос);

ё) довести до сведения каждого Застрахованного условия страхования, определенные Договором (Полисом) страхования:

ж) обеспечить сохранность документов по Договору (Полису) страхования;

з) передать Полисы добровольного медицинского страхования Застрахованным.

#### 10.3. Права и обязанности Страховщика.

##### 10.3.1. Страховщик имеет право:

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

б) провести предварительный медицинский осмотр Застрахованного и/или медицинское анкетирование и/или потребовать выписку из амбулаторной карты и/или истории болезни до заключения Договора (Полиса) страхования;

в) провести медицинскую экспертизу Страхового случая, включающую медико-экономическую экспертизу документации, представленной к оплате, и/или медицинский осмотр Застрахованного, и/или экспертизу качества оказания Медицинской помощи;

г) изменить Страховую сумму по Договору (Полису) страхования при изменении цен на предоставляемую Медицинскую и/или Лекарственную помощь и/или Иные услуги путем составления дополнительного соглашения к Договору (Полису) страхования на условиях настоящих Правил;

д) досрочно расторгнуть Договор (Полис) страхования в порядке, предусмотренном действующим законодательством и настоящими Правилами.

10.3.2. Страховщик обязан:

а) соблюдать требования Федерального закона от «07» августа 2001 г. № 115-ФЗ «О противодействии легализации (отмыванию) доходов, полученных преступным путем, и финансированию терроризма» и нормативных актов Банка России;

б) соблюдать требования к обработке персональных данных установленных Федеральным законом от «27» июля 2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных» и обеспечить их надлежащее хранение;

в) при осуществлении обработки конфиденциальной информации, в том числе неавтоматизированным способом, руководствоваться требованиями Постановления Правительства РФ от «15» сентября 2008 г. № 687 «Об утверждении Положения об особенностях обработки персональных данных, осуществляемой без использования средств автоматизации»;

г) при прекращении действия Договора (Полиса) страхования (частично или полностью) Страховщик обязуется уничтожить персональные данные в сроки, установленные действующим законодательством Российской Федерации;

д) ознакомить Страхователя с Правилами, в том числе путем информирования его об адресе размещения Правил на официальном сайте Страховщика, путем направления файла, содержащего текст Правил на указанный Страхователем адрес электронной почты или путем вручения Страхователю электронного носителя информации, на котором размещен файл, содержащий текст Правил, по требованию Страхователя бесплатно разъяснять положения, содержащиеся в Правилах и дополнительных условиях страхования;

е) выдать Полисы добровольного медицинского страхования установленного образца каждому Застрахованному непосредственно и/или через уполномоченное лицо Страхователя;

ё) при наступлении Страхового случая произвести Страховую выплату путем перечисления денежных средств на расчетный счет Медицинской и/или Аптечной и/или Иной организации, оказавшей Застрахованному Медицинскую и/или Лекарственную помощь и/или Иные услуги, либо путем возмещения Застрахованному понесенных затрат за оказанную Медицинскую и/или Лекарственную помощь, в соответствии с п. 8.3., п. 12 настоящих Правил;

ж) организовывать эффективный контроль качества оказания Медицинской помощи Застрахованным;

з) обеспечить конфиденциальность в отношениях со Страхователем и/или Застрахованным.

10.4. В случае расширения списка Застрахованных при коллективной форме страхования Страхователь представляет Страховщику сведения, предусмотренные настоящими Правилами, о дополнительно страхуемых лицах и уплачивает за них Страховую премию (взнос) за период с момента включения в список Застрахованных до момента окончания периода страхования, пропорционально не истекшему сроку действия основного Договора страхования.

В случае уменьшения по инициативе Страхователя числа Застрахованных (исключение Застрахованных из списка производится только с их письменного согласия) Договор страхования в отношении этих лиц расторгается в порядке, предусмотренном в п.11.4. настоящих Правил, если Договором страхования не предусмотрено иное.

10.5. В случае замены Застрахованных другими лицами при коллективной форме страхования без увеличения числа Застрахованных Страхователь представляет Страховщику сведения об исключаемых из списка Застрахованных и включаемых в него. Замена Страхователем Застрахованного, названного в Договоре страхования, другим лицом, может быть произведена только с письменного согласия самого Застрахованного и Страховщика.

Полисы добровольного медицинского страхования лиц, исключаемых из списка Застрахованных, возвращаются Страховщику. Вновь Застрахованным выдается Полис

добровольного медицинского страхования на условиях, предусмотренных Договором страхования.

## 11. ПОРЯДОК ПРЕКРАЩЕНИЯ ДОГОВОРА ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

11.1. Договор (Полис) страхования прекращается в случаях:

11.1.1. Истечения срока его действия – с 00 часов суток, следующих за датой, определенной Договором (Полисом) страхования в качестве даты окончания срока его действия.

11.1.2. Исполнения Страховщиком обязательств перед Страхователем по Договору (Полису) страхования в полном объеме – с момента такового.

11.1.3. Ликвидации Страхователя, являющегося юридическим лицом, или смерти Страхователя, являющегося физическим лицом, кроме случаев, предусмотренных Законом «Об организации страхового дела в Российской Федерации».

11.1.4. Неуплаты Страхователем очередного Страхового взноса при уплате Страховой премии в рассрочку или при уплате Страховой премии не в полном объеме.

При этом Страховщик информирует Страхователя о факте просрочки уплаты очередного Страхового взноса или факте его уплаты не в полном объеме и досрочном прекращении вследствие этого Договора (Полиса) страхования путём: направления ему заказного письма с уведомлением о вручении, посредством Личного кабинета Страхователя (при наличии), по известным Страховщику номеру телефона или электронному адресу (e-mail) Страхователя. Уведомление считается полученным/доставленным, если оно поступило лицу, которому направлено (адресату), но по обстоятельствам, зависящим от него, не было ему вручено или адресат не ознакомился с ним.

Договор (Полис) страхования прекращает действие по истечении 7 (Семи) календарных дней (если Договором (Полисом) страхования не предусмотрено иное) с даты направления Страховщиком уведомления, если в указанный период от Страхователя не поступит сумма неуплаченного (просроченного) Страхового взноса. В указанном случае, ранее уплаченная Страховая премия возврату не подлежит.

11.1.5. Нарушения Застрахованным предписаний лечащего врача.

11.1.6. В случае смерти Застрахованного, Договор (Полис) страхования прекращает свое действие, в отношении указанного Застрахованного со дня смерти последнего при условии подтверждения соответствующим свидетельством.

11.1.7. В случае отзыва субъектом персональных данных согласия на обработку персональных данных, при этом отзыв такого согласия считается отказом от Договора (Полиса) страхования за исключением случаев, когда для исполнения Договора (Полиса) страхования согласия субъекта персональных данных на их обработку не требуется.

11.1.8. Со дня вступления в силу судебного решения о признании Договора (Полиса) страхования недействительным;

11.1.9. В других случаях, предусмотренных законодательными актами Российской Федерации.

11.2. Договор (Полис) страхования может быть прекращен досрочно по требованию Страхователя или Страховщика, а также по соглашению сторон в случаях, предусмотренных настоящими Правилами.

11.3. При досрочном прекращении Договора (Полиса) страхования по обстоятельствам, указанным в п. 1 ст. 958 Гражданского кодекса Российской Федерации, Страховщик имеет право на часть Страховой премии (взноса) пропорционально времени, в течение которого действовало страхование.

11.4. При досрочном отказе Страхователя – юридического лица от Договора страхования уплаченная Страховщику Страховая премия (взнос) не подлежит возврату, если Договором страхования не предусмотрено иное.

11.5. При досрочном отказе Страхователя – физического лица от Договора (Полиса) страхования в течение 14 (Четырнадцати) календарных дней со дня его заключения независимо от момента уплаты Страховой премии (взноса), при отсутствии в данном периоде событий, имеющих признаки страхового случая, оплаченная Страховая премия (взнос) возвращается Страхователю:

- в полном объеме, при отказе от Договора (Полиса) страхования до даты начала действия страхования;

- с удержанием части Страховой премии (взноса) пропорционально сроку действия Договора (Полиса) страхования, при отказе от Договора (Полиса) страхования после даты начала действия страхования.

При наличии в данном периоде событий, имеющих признаки страхового случая, оплаченная Страховая премия (взнос) возвращается Страхователю с удержанием части Страховой премии (взноса) пропорционально сроку действия Договора (Полиса) страхования, а также суммы выплаты.

Договор страхования считается прекратившим свое действие с даты получения Страховщиком письменного заявления Страхователя об отказе от Договора (Полиса) страхования или иной даты, установленной по соглашению сторон, но не позднее 14 (Четырнадцати) календарных дней со дня его заключения.

Страховая премия (взнос) возвращается Страхователю в течение 10 (Десяти) рабочих дней со дня получения письменного заявления Страхователя об отказе от Договора (Полиса) страхования наличными денежными средствами или в безналичном порядке.

При досрочном отказе Страхователя – физического лица от Договора (Полиса) страхования после 14 (Четырнадцати) календарных дней со дня его заключения уплаченная Страховщику Страховая премия (взнос) не подлежит возврату, если Договором (Полисом) страхования не предусмотрено иное.

Страховщик обеспечивает прием заявлений в случае расторжения или отказа Страхователя от Договора (Полиса) страхования в Офисах, в которых заключался Договор (Полис) страхования, или в ином указанном Страховщиком в Договоре (Полисе) страхования Офисе, или посредством почтовой связи, через Личный кабинет Страхователя на официальном сайте Страховщика (при наличии), а также, если это предусмотрено условиями страхования, через третье лицо, действующее по поручению Страховщика при заключении Договора (Полиса) страхования от его имени и за его счет, в случае если это предусмотрено договором Страховщика с указанным третьим лицом.

По запросу Страхователя Страховщик один раз по одному Договору (Полису) страхования бесплатно предоставляет ему заверенный расчет суммы Страховой премии (части Страховой премии), подлежащей возврату в связи с расторжением или досрочным прекращением Договора (Полиса) страхования.

К указанному расчету по запросу Страхователя прилагаются письменные или даются устные пояснения со ссылками на нормы права и/или условия Договора (Полиса) страхования, Правил, на основании которых произведен расчет.

## 12. ВЫПЛАТА СТРАХОВОГО ВОЗМЕЩЕНИЯ

12.1. Порядок и условия осуществления Страховых выплат Медицинским и/или Аптечным и/или Иным организациям определяются договором, заключенным Страховщиком с Медицинской и/или Аптечной и/или Иной организацией и п.8.3.1. настоящих Правил.

Страховщик производит Страховые выплаты в течение 15 (Пятнадцати) рабочих дней после даты подписания Акта приема-сдачи выполненных работ Страховщиком и

Медицинской и/или Аптечной и/или Иной организацией. Акт приема-сдачи выполненных работ подписывается Страховщиком в течение 15 (Пятнадцати) рабочих дней со дня получения всех документов необходимых для взаиморасчетов.

12.2. Порядок и условия осуществления Страховой выплаты Застрахованному в форме компенсации расходов, понесенных при получении Медицинской и/или Лекарственной помощи определяются Договором (Полисом) страхования, заключенным Страховщиком со Страхователем (Застрахованным) и п.8.3.2. настоящих Правил.

Страховщик производит Страховую выплату в течение 30 (Тридцати) рабочих дней (если иной срок не установлен Договором (Полисом) страхования) со дня, следующего за днем получения заявления о выплате Страхового возмещения с приложением всех необходимых документов, оформленных надлежащим образом, предусмотренных настоящими Правилами, необходимых для принятия решения о выплате, при признании события Страховым случаем.

Страховщик имеет право продлить установленные Договором (Полисом) страхования и/или настоящими Правилами сроки рассмотрения заявленного события в случае, если у него имеются сомнения в подлинности представленных копий документов, в правомочности Страхователя (Застрахованного) на получение страхового возмещения – до тех пор, пока не будут предоставлены необходимые документы (доказательства): оригиналы документов, ранее представленных в форме копий, документы, подтверждающие право Страхователя (Застрахованного) на получение Страхового возмещения. О факте продления сроков принятия решения Страховщик направляет Страхователю письменное уведомление в течение 5 (Пяти) рабочих дней с даты принятия Страховщиком соответствующего решения.

Если изменение сроков принятия решения о признании/непризнании заявленного события страховым вызвано необходимостью дополнительной проверки предоставленных Получателем страховых услуг документов (включая направление Страховщиком дополнительных запросов в компетентные органы и другие организации), по требованию Страховщика Страхователь обязан выдать соответствующие доверенности представителям Страховщика. В этом случае Страховщик принимает решение об осуществлении Страховой выплаты или принимает решение о непризнании случая страховым (об отказе в Страховой выплате) в течение 3 (Трех) рабочих дней, исчисляемого со дня получения ответов (документов) или подтверждающих сведений (документов) компетентных органов и других организаций. Страховщик обязан письменно уведомить Страхователя о начале проведения такой проверки, а по окончании такой проверки сообщить Страхователю о ее результатах. При этом срок каждой дополнительной проверки не может превышать 30 (Тридцать) календарных дней.

Если иное не предусмотрено Договором (Полисом) страхования, днем выплаты является:

- дата списания денежных средств со счета Страховщика;
- дата выплаты денежных средств из кассы Страховщика.

С целью идентификации Получателей страховых услуг и их представителей, обратившихся к Страховщику с заявлением о Страховой выплате в рамках выполнения требований Федерального закона от «07» августа 2001 г. № 115-ФЗ «О противодействии легализации (отмыванию) доходов, полученных преступным путем, и финансированию терроризма», Страховщик вправе при урегулировании требований о Страховой выплате требовать предоставления сведений и документов, необходимых для идентификации в соответствии с указанным законом.

### 13. СЛУЧАИ ОТКАЗА В СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЕ

13.1. Страховщик не оплачивает Медицинскую и/или Лекарственную помощь и/или Иные услуги, оказанную (оказанные) Застрахованному, если:

13.1.1. Полученная Медицинская и/или Лекарственная помощь и/или Иные услуги не предусмотрена (не предусмотрены) Договором (Полисом) страхования, Программой (Программами) добровольного медицинского страхования.

13.1.2. Медицинская и/или Лекарственная помощь и/или Иные услуги оказана (оказаны) в Медицинских и/или Аптечных и/или Иных организациях, не предусмотренных Договором (Полисом) страхования и не согласованных со Страховщиком.

13.1.3. Медицинская и/или Лекарственная помощь и/или Иные услуги оказана (оказаны) по желанию Застрахованного без рекомендации лечащего врача.

13.1.4. Медицинская и/или Лекарственная помощь и/или Иные услуги получена (получены) не в период действия Договора (Полиса) страхования, кроме случаев экстренной госпитализации Застрахованного, начавшейся в течение срока действия Договора (Полиса) страхования, до момента устранения угрозы жизни Застрахованному, но не более 10 (Десяти) календарных дней со дня окончания срока действия Договора (Полиса) страхования.

13.1.5. Требование Страховой выплаты предъявлено по событиям, подпадающим под перечень исключений, установленных настоящими Правилами, Договором (Полисом) страхования, Программой (Программами) добровольного медицинского страхования.

13.1.6. Страхователь сообщил Страховщику недостоверные и/или неполные сведения, имеющие значение для оценки страхового риска.

13.1.7. Застрахованным не выполнялись предписания лечащего врача или нарушался внутренний распорядок, установленный Медицинской организацией.

13.1.8. Установлен факт передачи Полиса добровольного медицинского страхования Застрахованного другому лицу для получения им Медицинской и/или Лекарственной помощи и/или Иных услуг.

13.1.9. Застрахованный отказывается Страховщику в праве ознакомиться с медицинской документацией, отражающей его физическое и психическое здоровье, историю заболевания, диагноз и процесс лечения.

13.1.10. Медицинская и/или Аптечная и/или Иная организация и/или Застрахованный не предоставили Страхователю документы, необходимые для осуществления Страховой выплаты.

13.2. Решение об отказе в Страховой выплате принимается Страховщиком и сообщается Медицинской и/или Аптечной и/или Иной организации и/или Застрахованному, в зависимости от того, кто обратился за получением Страховой выплаты, в письменной форме с мотивированным обоснованием причин отказа в течение 30 (Тридцати) рабочих дней после предоставления всех необходимых документов.

При несогласии с решением об отказе, действия Страховщика могут быть оспорены в порядке, предусмотренном действующим законодательством.

#### 14. СТРАХОВАНИЕ В ВАЛЮТНОМ ЭКВИВАLENTE

14.1. В Договоре страхования Страховая сумма и Страховая премия могут быть установлены в валютном эквиваленте. При этом Страховая выплата производится в валюте Российской Федерации по курсу иностранных валют ЦБ РФ на день наступления Страхового случая. Уплата Страховой премии (взноса) производится в валюте Российской Федерации по курсу ЦБ РФ на дату платежа.

#### 15. ПЕРСОНАЛЬНЫЕ ДАННЫЕ

15.1. Заключая Договор (Полис) страхования на основании настоящих Правил, Страхователь дает свое согласие на обработку Страховщиком персональных данных Страхователя, а также, несет ответственность за предоставление согласия Застрахованных на обработку их персональных данных, в соответствии с Федеральным законом от «27» июля 2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных».

В соответствии с Федеральным законом от «27» июля 2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных» под обработкой персональных данных Страхователя - физического лица в рамках настоящих Правил понимаются следующие действия или совокупность действий (операций), включая, но не ограничиваясь: сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, передачу (в том числе передачу через незащищенные каналы связи (распространение, предоставление, доступ)), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение персональных данных, которые могут осуществляться как на бумажных, так и на электронных носителях, а также совершение иных действий с персональными данными физических лиц в статистических целях и в целях проведения анализа страховых рисков.

Согласие предоставляется в отношении следующих персональных данных: имени, отчества, фамилии, года, месяца, даты и места рождения, адреса, паспортных данных/данных свидетельства о рождении, номеров контактных телефонов, e-mail, ИНН, СНИЛС, а также в отношении специальной категории персональных данных – сведений о состоянии здоровья.

15.2. Страховщик обязуется обеспечивать сохранность и неразглашение персональных данных Страхователя в целях иных, нежели предусмотрены Договором (Полисом) страхования либо действующим законодательством Российской Федерации.

Для осуществления вышеуказанных целей и, руководствуясь нормами действующего законодательства Российской Федерации, Страховщик оставляет за собой право предоставлять персональные данные, ставшие ему известными в связи с заключением и исполнением Договора (Полиса) страхования, третьим лицам, поименованным в приложениях к Договору (Полису) страхования, с которыми, в частности, у Страховщика, в случаях, предусмотренных действующим законодательством Российской Федерации, заключены соответствующие соглашения, обеспечивающие надежное хранение (конфиденциальность, безопасность) и предотвращение незаконного разглашения персональных данных.

15.3. Моментом получения согласия на обработку персональных данных является момент подачи заявления на страхование Страхователем Страховщику. Согласие на обработку персональных данных дается на срок по дате письменного уведомления Страховщика об отзыве согласия за подписью субъекта персональных данных с указанием фамилии, имени, отчества (при наличии), адреса места жительства, наименования и номера основного документа, удостоверяющего личность, сведений о дате его выдачи и выдавшем его органе. Персональные данные, включаемые в документы, обязанность по хранению которых установлена действующим законодательством Российской Федерации и внутренними документами Страховщика, подлежат хранению в течение установленного срока.

Действие Договора (Полиса) страхования (частично или полностью) прекращается досрочно с даты получения Страховщиком соответствующего заявления об отзыве согласия на обработку персональных данных. В этом случае Страховщик обязуется уничтожить такие персональные данные в сроки, установленные действующим законодательством Российской Федерации.

15.4. Отзыв Застрахованным или Страхователем согласия на обработку своих персональных данных, признается Страховщиком в качестве волеизъявления Застрахованного или Страхователя о досрочном отказе от Договора (Полиса) страхования, в связи с чем уплаченная Страховщику Страховая премия за лиц, в отношении которых прекращается Договор (Полис) страхования, не подлежит возврату Страхователю.

## 16. ИСКОВАЯ ДАВНОСТЬ ПО ДОГОВОРУ ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

16.1. Иск по требованиям, вытекающим из Договора (Полиса) страхования, может быть предъявлен в сроки, предусмотренные гражданским законодательством Российской Федерации.

#### 17. ФОРС-МАЖОРНЫЕ ОБСТОЯТЕЛЬСТВА

17.1. Все Субъекты, участвующие в добровольном медицинском страховании, освобождаются от ответственности за частичное или полное неисполнение обязательств, если это неисполнение явилось следствием наступления событий непреодолимой силы, т.е. чрезвычайных и непредотвратимых при данных условиях обстоятельств (например: стихийные бедствия, военные действия, принятие компетентными государственными органами решений, выполнение которых является обязательным для Субъектов и делает невозможным выполнение ранее взятых на себя обязательств).

#### 18. ПРЕТЕНЗИИ И СПОРЫ

18.1. Качество оказания Медицинской помощи, соответствие ее условиям, предусмотренным в Договоре (Полисе) страхования, контролируется врачами-экспертами Страховщика.

18.2. По вопросам, не оговоренным в Договоре (Полисе) страхования, Страховщик и Страхователь руководствуются Законом «Об организации страхового дела в Российской Федерации», иными нормативными актами РФ и РТ, регулирующими взаимоотношения данного вида, и настоящими Правилами.

18.3. Спорные вопросы, возникающие в процессе оказания Медицинской помощи Застрахованным, решает согласительная комиссия, в состав которой входят представители Страхователя, Страховщика, Медицинской организацией и независимые эксперты.

При несогласии с решением согласительной комиссии Страхователь (Застрахованный) вправе потребовать проведения независимой экспертизы с оплатой за свой счет.

18.4. Все неурегулированные споры между Субъектами добровольного медицинского страхования рассматриваются и разрешаются в суде.

Приложение 1  
к Правилам добровольного  
медицинского страхования

**БАЗОВЫЕ ТАРИФЫ**  
по добровольному медицинскому страхованию  
(в % от страховой суммы)

№	Программа страхования	Тариф, %
1	МЕДИЦИНА ПЛЮС	0,65 %

Конкретный размер страхового тарифа определяется договором страхования по соглашению сторон.

В связи с тем, что конкретные факторы риска и обстоятельства, увеличивающие (уменьшающие) вероятность наступления страхового события, а также конкретные размеры повышающих (понижающих) коэффициентов, которые Страховщик вправе применять к базовым тарифным ставкам, могут быть выявлены (определены) только в ходе оценки Страховщиком страхового риска при заключении конкретного договора страхования, поэтому в настоящем расчете указаны минимальные и максимальные значения повышающих и понижающих коэффициентов в определенном диапазоне их применения. Это позволяет Страховщику определить реальную тарифную ставку, учитывающую особенности объекта страхования и характер страхового риска по конкретному договору страхования, и является гарантией обеспечения его финансовой устойчивости. Обоснование факторов риска и размера применённых повышающих или понижающих коэффициентов производится Страховщиком при заключении договора страхования.

Страховщик вправе применить следующие повышающие или понижающие коэффициенты:

1. В зависимости от срока действия договора:

Срок действия договора в месяцах											
до 1-го	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Процент от общего годового размера страховой премии											
0,20	0,30	0,40	0,50	0,60	0,70	0,75	0,80	0,85	0,90	0,95	1,00

При этом неполный месяц принимается за полный.

При страховании на срок более 1 года тариф рассчитывается пропорционально по дням действия договора страхования.

2. Поправочные коэффициенты и коэффициенты риска:

№	Наименование коэффициента	Диапазон значений
1	Коэффициент риска, учитывающий предшествующую страховую историю	0,7-7,92
2	Коэффициент риска, применяемый при расширении/сокращении перечня исключений из страхового покрытия	0,5-5,0
3	Коэффициент риска, применяемый при установлении лимитов	0,5-1,0

№	Наименование коэффициента	Диапазон значений
4	Поправочный коэффициент, применяемый в зависимости от характеристик медицинских организаций, услуги которых предусмотрены договором, от количества услуг, которыми может воспользоваться Застрахованное лицо	0,5-5,4
5	Коэффициент риска, учитывающий производственные условия труда для работающих	0,7-4,0
6	Коэффициент риска, учитывающий наличие в договоре временной франшизы	0,85-1,0
7	Коэффициент риска, применяемый при наличии важных факторов, влияющих на наступление страхового события	0,5-5,0

Приложение 2  
к Правилам добровольного  
медицинского страхования

ЗАЯВЛЕНИЕ

№ \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

на добровольное медицинское страхование в ООО «СК «АК БАРС-Мед»

<p>Страхователь _____ (наименование юридического лица)</p> <p>в лице _____ (наименование должности, Ф.И.О руководителя)</p> <p>действующего на основании _____</p> <p>Адрес _____</p> <p>просит заключить договор коллективного добровольного медицинского страхования _____, (наименование юридического лица)</p> <p>на условиях предусмотренных Правилами добровольного медицинского страхования ООО «СК «АК БАРС-Мед» от «__» _____ 20__ г., по Программе (Программам) добровольного медицинского страхования «_____», «_____», ...</p> <p>Срок страхования _____.</p>
---

<p>Численность: _____ ( _____ ) человек(а).</p> <p>Список лиц, подлежащих страхованию (Приложение № 1) прилагается.</p>
---

<p>Дополнительные условия:</p> <p>Ответственное лицо – _____ (наименование должности, Ф.И.О)</p>
--

Место заключения договора коллективного добровольного медицинского страхования:

---

С Правилами добровольного медицинского страхования ООО «СК «АК БАРС-Мед» от «\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г., Программой (Программами) добровольного медицинского страхования, Перечнем медицинских и/или аптечных и/или иных организаций, оказывающих медицинскую и/или лекарственную помощь и/или иные услуги застрахованным, порядком организации, обращения и оказания медицинской и/или лекарственной помощи и/или иных услуг и условиями страхования, а также с информацией о страховой услуге согласно ст. 10 Закона Российской Федерации от 07.02.1992 г. № 2300-1 «О защите прав потребителей» и п. 7.6. Правил добровольного медицинского страхования ООО «СК «АК БАРС-Мед» от «\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г. ознакомлен и согласен.

Уведомлен, что с Правилами добровольного медицинского страхования ООО «СК «АК БАРС-Мед» от «\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г. можно ознакомиться на официальном сайте Страховщика <https://www.akbarsмед.рф/>.

Руководитель предприятия

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
(подпись) (ФИО)

М.П.

«\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.



Страхователь подтверждает, что дает согласие Страховщику на обработку своих персональных данных и персональных данных Застрахованного (-ых), включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, передачу (в том числе передачу через незащищенные каналы связи (распространение, предоставление, доступ)), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение персональных данных, с целью заключения с ним и исполнения заключенного Договора страхования, информирования о продуктах ООО «СК «АК БАРС-Мед» и третьих лиц, проводимых акциях и рекламных кампаниях, а также продвижения услуг на рынке путем осуществления прямых контактов с ним с помощью средств связи, в том числе путем направления смс-сообщений, электронных писем и сообщений в сети Интернет по открытым каналам связи. Страхователь, заключая Договор страхования и уплачивая Страховую премию по нему, дает согласие Страховщику на передачу своих персональных данных и персональных данных Застрахованного (-ых) третьим лицам на основании заключенных ООО «СК «АК БАРС-Мед» с третьими лицами договоров в целях дальнейшего информирования Страхователя об услугах, продуктах, маркетинговых акциях и иных мероприятиях ООО «СК «АК БАРС-Мед» и его контрагентов, а также третьим лицам, с которыми у ООО «СК «АК БАРС-Мед» заключены соответствующие договоры почтовой связи, оказания оценочных услуг, хранения, уничтожения, перестрахования, и передачу ГУ «ТФОМС РТ» в целях исключения двойной оплаты случаев оказания медицинской помощи застрахованному по Договору страхования и в рамках обязательного страхования. Настоящее согласие предоставляется в отношении следующих персональных данных: имени, отчества, фамилии, года, месяца, даты и места рождения, адреса, паспортных данных/данных свидетельства о рождении, номеров контактных телефонов, e-mail, ИНН, СНИЛС, а также в отношении специальной категории персональных данных – сведений о состоянии здоровья. Страхователю известно, что обработка персональных данных осуществляется с использованием средств автоматизации и/или без использования таких средств, и он не возражает против этого.

Обработка персональных данных будет осуществляться Страховщиком исключительно в составе, необходимом для достижения вышеназванных целей при их возникновении.

Страхователь уведомлен (-а) о необходимости незамедлительно сообщать Страховщику об изменении персональных данных с предоставлением подтверждающих документов.

Настоящее согласие предоставляется сроком с даты подписания согласия по дате письменного уведомления ООО «СК «АК БАРС-Мед» об отзыве настоящего согласия за подписью субъекта персональных данных с указанием фамилии, имени, отчества, адреса места жительства, наименования и номера основного документа, удостоверяющего личность, сведений о дате его выдачи и выдавшем его органе.

Страхователь уведомлен (-а) о том, что в случае отзыва настоящего согласия Страховщик вправе продолжить обработку его персональных данных без его согласия при наличии оснований, указанных в п.п. 2-11 ч. 1 ст. 6, ч. 2 ст. 10 и ч. 2 ст. 11 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных».

Страхователь, заключая Договор страхования и уплачивая Страховую премию по нему, подтверждает:

– что не является лицом, которому не исполнилось 18 лет.

– что до заключения Договора страхования ему была предоставлена полная информация о страховой услуге согласно ст. 10 Закона Российской Федерации от 07.02.1992 № 2300-1 «О защите прав потребителей», в том числе о размере Страховой премии, порядке ее уплаты и последствиях ее неуплаты; о порядке установления в Полисе Страховой суммы; о перечне Страховых случаев; об исключениях из страхования; о порядке действий Страхователя при наступлении события, обладающего признаками Страхового случая; о порядке и определении размера Страховой выплаты; о фирменном наименовании и о местонахождении Страховщика, о номерах телефонов, о режиме работы Страховщика, которая позволила ему сделать правильный выбор страховой услуги, а также о том, что он был вправе обратиться к Страховщику для согласования иного содержания отдельных условий Полиса;

– что он не является должностным лицом публичных международных организаций или лицом, замещающим (занимающим) государственные должности Российской Федерации, должности членов Совета директоров Центрального банка Российской Федерации, должности федеральной государственной службы, назначение на которые и освобождение от которых осуществляется Президентом Российской Федерации или Правительством Российской Федерации, должности в Центральном банке Российской Федерации, государственных корпорациях и иных организациях, созданных Российской Федерацией на основании федеральных законов, включенных в перечни должностей, определяемые Президентом Российской Федерации;

– что он не является иностранным публичным должностным лицом (ИПДЛ), членом семьи иностранного публичного должностного лица, супругом, близким родственником иностранного публичного должностного лица (родственником по прямой восходящей и нисходящей линии (родителем и ребенком, дедушкой, бабушкой и внуком, внучкой), полнородными и неполнородными (имеющими общих отца или мать) братом и сестрой, усыновителем и усыновленным);

- что условия страхования, изложенные в Правилах страхования, ему разъяснены и понятны, с условиями страхования он согласен;
- что сторонами достигнуто соглашение о допустимости использования Страховщиком факсимильного воспроизведения подписи представителя Страховщика и оттиска печати Страховщика с помощью средств механического или иного копирования.

Страхователь уведомлен, что с Правилами страхования Страховщика можно ознакомиться на официальном сайте Страховщика <https://www.акбарсмед.рф/>.

Согласием Страхователя заключить Договор страхования на предложенных Страховщиком условиях считается его принятие (получение) Страхователем от Страховщика.

Все, что не урегулировано Договором страхования, подлежит урегулированию в соответствии с Правилами страхования и действующим законодательством РФ.

Страхователь \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /  
(подпись) (расшифровка подписи)

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г.

Приложение 4  
к Правилам добровольного  
медицинского страхования

В настоящую форму Страховщиком могут вноситься изменения, касающиеся как ее дизайна, так и содержания. Также на ее основе могут быть разработаны отдельные формы для различных категорий Страхователей и Застрахованных.

ООО «СК «АК БАРС-Мед»

Полис добровольного медицинского страхования

Настоящий полис добровольного медицинского страхования удостоверяет факт заключения Договора страхования. По Договору страхования Застрахованный имеет право получить Медицинскую и/или Лекарственную помощь и/или Иные услуги в соответствии с основными условиями страхования, изложенными на обороте полиса добровольного медицинского страхования.

Полис ДМС № \_\_\_\_\_

Застрахованный(ая): \_\_\_\_\_  
(Ф.И.О.)

Дата рождения: \_\_\_\_\_

Адрес: \_\_\_\_\_

Место работы: \_\_\_\_\_

Срок действия: \_\_\_\_\_

Страховая сумма: \_\_\_\_\_

Программа(ы) добровольного медицинского страхования: \_\_\_\_\_

Представитель Страховщика

\_\_\_\_\_  
(ФИО)

Застрахованный(ая)

С условиями страхования  
согласен(сна), полис добровольного  
медицинского страхования получил(а).  
С исключением меня из списка  
застрахованных в случае  
увольнения согласен(сна).

\_\_\_\_\_  
(подпись)  
М.П.

\_\_\_\_\_  
(подпись)

Приложение 5  
к Правилам добровольного  
медицинского страхования

В настоящую форму Страховщиком могут вноситься изменения, касающиеся как ее дизайна, так и содержания. Также на ее основе могут быть разработаны отдельные формы для различных категорий Страхователей и Застрахованных.

ООО «СК «АК БАРС-Мед»

Полис добровольного медицинского страхования

Настоящий полис добровольного медицинского страхования удостоверяет факт заключения Договора страхования. По Договору страхования Застрахованный имеет право получить Медицинскую и/или Лекарственную помощь и/или Иные услуги в соответствии с основными условиями страхования, изложенными на обороте полиса добровольного медицинского страхования.

Полис ДМС № \_\_\_\_\_

Застрахованный(ая): \_\_\_\_\_  
(Ф.И.О.)

Дата рождения: \_\_\_\_\_

Адрес: \_\_\_\_\_

Срок действия: \_\_\_\_\_

Страховая сумма: \_\_\_\_\_

Программа(ы) добровольного медицинского страхования: \_\_\_\_\_

Представитель Страховщика

\_\_\_\_\_  
(ФИО)

Застрахованный(ая)

С условиями страхования  
согласен(сна), полис добровольного  
медицинского страхования получил(а).

\_\_\_\_\_  
(подпись)

М.П.

\_\_\_\_\_  
(подпись)

Приложение 6  
к Правилам добровольного  
медицинского страхования

**ДОГОВОР**  
коллективного добровольного медицинского страхования

\_\_\_\_\_ (наименование организации)

№ \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

г. \_\_\_\_\_

«\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

Общество с ограниченной ответственностью «Страховая компания «АК БАРС-Мед»,  
именуемое в дальнейшем «Страховщик», в лице

\_\_\_\_\_  
(должность, фамилия, имя, отчество уполномоченного лица)

действующего на основании \_\_\_\_\_,  
(наименование документа, на основании которого действует уполномоченное лицо)

Лицензии \_\_\_\_\_ от «\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г., выданной \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(наименование органа, выдавшего лицензию)

и Правил добровольного медицинского страхования ООО «СК «АК БАРС-Мед»  
от «\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г. (в дальнейшем по тексту – Правила), с одной стороны, и

\_\_\_\_\_  
(наименование организации)

именуемое в дальнейшем «Страхователь», в лице

\_\_\_\_\_  
(должность, фамилия, имя, отчество уполномоченного лица)

действующего на основании \_\_\_\_\_,  
(наименование документа, на основании которого действует уполномоченное лицо)

с другой стороны, при совместном упоминании именуемые в дальнейшем «Стороны»,  
заключили настоящий Договор коллективного добровольного медицинского страхования

\_\_\_\_\_  
(наименование Страхователя)

(в дальнейшем по тексту – Договор страхования) о нижеследующем:

**1. Предмет Договора страхования.**

1.1. Страховщик принимает на себя обязательства по финансированию и организации Медицинской и/или Лекарственной помощи и/или Иных услуг, оказываемой (оказываемых) лицам (в дальнейшем по тексту – Застрахованные), включенным в предоставленные Страхователем списки, являющиеся неотъемлемой частью Заявления на добровольное медицинское страхование № - - от «\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

1.2. Объем Медицинской и/или Лекарственной помощи и/или Иных услуг, оказываемой (оказываемых) Застрахованным, определяется Программой (Программами) добровольного медицинского страхования «\_\_\_\_\_» и т.д., прилагаемой (прилагаемыми) к Договору страхования, и являющейся (являющимися) его неотъемлемой частью (Приложение № 1).

1.3. Медицинская и/или Лекарственная помощь и/или Иные услуги в рамках Программы (Программ) добровольного медицинского страхования, оказывается (оказываются) Застрахованным в Медицинских и/или Аптечных и/или Иных организациях, указанных в Перечне медицинских и/или аптечных и/или иных организаций, оказывающих медицинскую и/или лекарственную помощь и/или иные услуги застрахованным по договорам добровольного

медицинского страхования (Приложение № 2). При необходимости оказания Медицинской и/или Лекарственной помощи и/или Иных услуг в других Медицинских и/или Аптечных и/или Иных организациях, имеющих договорные отношения со Страховщиком необходимо его письменное согласие, подтвержденное направлением.

1.4. Общая численность Застрахованных на момент заключения Договора страхования составляет \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_) человек(а).

1.5. Страховщик выдает каждому Застрахованному через Страхователя в течение \_\_\_\_\_ рабочих дней после вступления Договора страхования в силу Полиса добровольного медицинского страхования установленного образца.

Список Застрахованных с указанием фамилии, имени, отчества, паспортных данных, адреса места жительства, даты рождения, является Приложением № 1 к Заявлению Страхователя.

## 2. Объект страхования, Страховой случай.

2.1. /Объектом медицинского страхования являются имущественные интересы, связанные с оплатой организации и оказания медицинской и лекарственной помощи и иных услуг вследствие расстройства здоровья физического лица или состояния физического лица, требующих организации и оказания таких услуг, а также проведения профилактических мероприятий, снижающих степень опасных для жизни или здоровья физического лица угроз и/или устраняющих их.

/Объектом медицинского страхования являются имущественные интересы, связанные с оплатой организации и оказания медицинской и лекарственной помощи и иных услуг вследствие расстройства здоровья физического лица или состояния физического лица, требующих организации и оказания таких услуг.

/Объектом медицинского страхования являются имущественные интересы, связанные с оплатой организации и оказания медицинской помощи вследствие расстройства здоровья физического лица или состояния физического лица, требующих организации и оказания таких услуг.

/Объектом медицинского страхования являются имущественные интересы, связанные с оплатой организации и оказания медицинской помощи вследствие расстройства здоровья физического лица или состояния физического лица, требующих организации и оказания таких услуг, а также проведения профилактических мероприятий, снижающих степень опасных для жизни или здоровья физического лица угроз и/или устраняющих их.

/Объектом медицинского страхования являются имущественные интересы, связанные с оплатой организации и оказания медицинской помощи и иных услуг вследствие расстройства здоровья физического лица или состояния физического лица, требующих организации и оказания таких услуг.

/Объектом медицинского страхования являются имущественные интересы, связанные с оплатой организации и оказания медицинской помощи и иных услуг вследствие расстройства здоровья физического лица или состояния физического лица, требующих организации и оказания таких услуг, а также проведения профилактических мероприятий, снижающих степень опасных для жизни или здоровья физического лица угроз и/или устраняющих их.

/Объектом медицинского страхования являются имущественные интересы, связанные с оплатой организации и оказания медицинской и лекарственной помощи вследствие расстройства здоровья физического лица или состояния физического лица, требующих организации и оказания таких услуг.

/Объектом медицинского страхования являются имущественные интересы, связанные с оплатой организации и оказания медицинской и лекарственной помощи вследствие расстройства здоровья физического лица или состояния физического лица, требующих организации и оказания таких услуг, а также проведения профилактических мероприятий,

снижающих степень опасных для жизни или здоровья физического лица угроз и/или устраняющих их.

/Объектом медицинского страхования являются имущественные интересы, связанные с оплатой организации и проведения профилактических мероприятий, снижающих степень опасных для жизни или здоровья физического лица угроз и/или устраняющих их.

#### 2.2. Страховым случаем признается:

/- обращение Застрахованного в течение срока действия Договора страхования в Медицинскую и/или Аптечную и/или Иную организацию из числа определенных Договором страхования за получением Медицинской и/или Лекарственной помощи и/или Иных услуг, предусмотренной (предусмотренных) Программой (Программами) добровольного медицинского страхования к Договору страхования.

/- обращение Застрахованного в течение срока действия Договора страхования в Медицинскую и/или Аптечную и/или Иную организацию из числа не определенных Договором страхования, если это обращение согласовано и/или организовано Страховщиком, за получением Медицинской и/или Лекарственной помощи и/или Иных услуг, предусмотренной (предусмотренных) Программой (Программами) добровольного медицинского страхования к Договору страхования.

2.3. Страховщик не несет страховой ответственности, если Застрахованный обратился в Медицинскую организацию:

а) по поводу получения травматического повреждения или иного расстройства здоровья, наступившего в связи с совершением Застрахованным действий, в которых судом или следственными органами установлены признаки умышленного преступления;

б) в связи с умышленным причинением себе телесных повреждений, в том числе суицидальных попыток;

в) в связи с расстройством здоровья, произошедшим в состоянии алкогольного, наркотического или иных форм опьянения, либо явившимся следствием любых форм опьянения.

г) с целью получения Медицинской помощи, которая не была рекомендована врачом как необходимая и разумная мера;

д) в случае применения косметической или пластической хирургии, кроме необходимости ее использования после несчастного случая или других случаях, когда ее применение обусловлено прямыми медицинскими показаниями;

е) по поводу коррекции зрения с целью назначения линз или очков, или их подбора, кроме факта нарушения зрения в результате несчастного случая или в других случаях, определенных прямыми медицинскими показаниями;

ж) по поводу коррекции слуха с целью назначения слуховых аппаратов или их подбора, кроме факта нарушения слуха в результате несчастного случая или в других случаях, определенных прямыми медицинскими показаниями;

з) с целью лечения ВИЧ/СПИД инфекции и ее осложнений;

и) по поводу лечения онкологических заболеваний, психических заболеваний, туберкулеза, венерических заболеваний, алкоголизма, наркомании, токсикомании.

2.4. Страховщик не производит Страховую выплату в связи с Заболеваниями вызванными:

а) воздействием ядерного взрыва, радиацией или радиоактивным заражением;

б) военными действиями, а также маневрами или иными военными мероприятиями;

в) гражданской войной, народными волнениями всякого рода или забастовками;

г) стихийными бедствиями.

2.5. Страховщик не оплачивает Медицинскую и/или Лекарственную помощь и/или Иные услуги, полученную (полученные) по инициативе Застрахованного без согласования со

Страховщиком, в Медицинских и/или Аптечных и/или Иных организациях, не определенных Договором страхования.

### 3. Страховая сумма и Страховая премия (взнос).

3.1./Размер Страховой суммы по Договору страхования составляет \_\_\_\_\_ рублей ( \_\_\_\_\_ рублей \_\_\_\_\_ копеек), в том числе: по Программе добровольного медицинского страхования « \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ рублей ( \_\_\_\_\_ рублей \_\_\_\_\_ копеек), по Программе добровольного медицинского страхования « \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ рублей ( \_\_\_\_\_ рублей \_\_\_\_\_ копеек), ...

/Размер Страховой суммы по Программе добровольного медицинского страхования « \_\_\_\_\_ » составляет \_\_\_\_\_ рублей ( \_\_\_\_\_ рублей \_\_\_\_\_ копеек).

Договором страхования предусматривается (коллективный или индивидуальный) Лимит ответственности по \_\_\_\_\_.

(основание)

Лимит ответственности Страховщика \_\_\_\_\_.

Договором страхования предусматривается (условная, безусловная, временная) Франшиза \_\_\_\_\_.

(основание, размер)

3.2. Страховой тариф, согласно оговоренным в п.1.2. условиям Договора страхования, составляет по Программе добровольного медицинского страхования « \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ % от Страховой суммы; по Программе добровольного медицинского страхования « \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ % от Страховой суммы; ...

3.3. Размер Страховой премии (взноса) по Договору страхования составляет \_\_\_\_\_ рублей ( \_\_\_\_\_ рублей \_\_\_\_\_ копеек).

3.4. Страховая премия (взнос) по Договору страхования уплачивается:

/путем перечисления на расчетный счет Страховщика или уполномоченного представителя Страховщика;

/путем внесения наличных средств в кассу Страховщика или уполномоченного представителя Страховщика.

3.5. Оплата Страховой премии (взноса) производится:

/единовременным платежом в течение \_\_ банковских дней с момента подписания Договора страхования;

/единовременным платежом в срок по « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ г;

/в рассрочку по следующему графику:

1-ый Страховой взнос в размере \_\_\_\_\_ рублей ( \_\_\_\_\_ рублей \_\_\_\_\_ копеек) в срок по \_\_\_\_\_;

2-ой Страховой взнос в размере \_\_\_\_\_ рублей ( \_\_\_\_\_ рублей \_\_\_\_\_ копеек) в срок по \_\_\_\_\_; и т.д.

### 4. Срок действия Договора страхования.

4.1. Договор страхования заключается сроком на \_\_\_\_\_.

4.2. Договор страхования вступает в силу:

/с момента подписания;

/со дня поступления Страховой премии (взноса) на расчетный счет (в кассу) Страховщика или уполномоченного представителя Страховщика;

/со дня поступления первого Страхового взноса на расчетный счет (в кассу) Страховщика или уполномоченного представителя Страховщика;

/с « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г. и т.д.

### 5. Права и обязанности сторон.

5.1. Права и обязанности Застрахованного по Договору страхования.

5.1.1. Застрахованный имеет право:

а) на получение своевременной и качественной Медицинской и/или Лекарственной помощи и/или Иных услуг, в соответствии с избранной (избранными) Страхователем Программой (Программами) добровольного медицинского страхования и Перечнем медицинских и/или аптечных и/или иных организаций, оказывающих медицинскую и/или лекарственную помощь и/или иные услуги застрахованным, по договорам добровольного медицинского страхования;

б) предъявлять претензии к Страховщику по качеству оказанной Медицинской помощи в избранной Медицинской организации и требовать от Страховщика проведения расследования по таким претензиям.

#### 5.1.2. Застрахованный обязан:

а) соблюдать предписания лечащего врача, полученные при оказании Медицинской помощи, соблюдать распорядок, установленный Медицинской организацией;

б) обеспечить надлежащее хранение Полиса добровольного медицинского страхования, исключающее возможность его использования для получения Медицинской помощи третьими лицами.

#### 5.2. Права и обязанности Страхователя по Договору страхования.

##### 5.2.1. Страхователь имеет право:

а) требовать предоставления Застрахованным в Медицинских и/или Аптечных и/или Иных организациях Медицинской и/или Лекарственной помощи и/или Иных услуг, определенной (определенных) в Договоре страхования.

В случае непредоставления Медицинской и/или Лекарственной помощи и/или Иных услуг Страхователь должен немедленно поставить в известность об этом Страховщика;

б) в период действия Договора страхования заменять Застрахованных, расширить (уменьшить) список Застрахованных, внося соответствующие изменения в список Застрахованных в соответствии с условиями, изложенными в п.10.4., п. 10.5. Правил, при условии оформления письменного дополнительного соглашения к Договору страхования;

в) расширить (уменьшить) перечень Программ добровольного медицинского страхования, и/или повысить (уменьшить) уровень Страхового возмещения (Страховой суммы), при условии оформления письменного дополнительного соглашения к Договору страхования;

г) досрочно расторгнуть Договор страхования в порядке, предусмотренном действующим законодательством и Правилами.

##### 5.2.2. Страхователь обязан:

а) предоставить Страховщику достоверные сведения, необходимые для заключения Договора страхования, а также иную информацию, связанную с действием Договора страхования.

б) до даты заключения Договора страхования предоставить Страховщику информацию и документы, необходимые для исполнения требований Федерального закона от «07» августа 2001 г. № 115-ФЗ «О противодействии легализации (отмыванию) доходов, полученных преступным путем, и финансированию терроризма» и нормативных актов Банка России, включая информацию о своих выгодоприобретателях, учредителях (участниках) и бенефициарных владельцах;

в) в срок не позднее 10 (Десяти) календарных дней с даты вступления в силу изменений и дополнений в документы, предоставленные при заключении Договора страхования, уведомить Страховщика, в том числе, но не исключительно, об изменениях в учредительных документах, изменениях адреса местонахождения и/или фактического адреса местонахождения Страхователя (его постоянно действующего органа управления, иного органа или лица, имеющих право действовать от имени Страхователя без доверенности), почтового адреса, номеров телефона, адреса электронной почты; о лицах, имеющих право подписи, о

продлении/прекращении их полномочий; об изменении любых идентификационных сведений, включая информацию о представителях, выгодоприобретателях, бенефициарных владельцах и т.п., а также иных изменениях, которые могут повлиять на выполнение Сторонами обязательств по Договору страхования, с одновременным предоставлением документов, подтверждающих соответствующие изменения;

г) предоставить сведения и документы не позднее 7 (Семи) рабочих дней с даты получения письменного запроса Страховщика, если Договором страхования или нормативными актами Банка России не установлен иной срок.

д) получить согласие (дать согласие, в случае заключения Договора страхования в отношении себя) Застрахованных на обработку Страховщиком своих персональных данных в объеме, необходимом Страховщику для исполнения своих обязательств по Договору страхования;

е) своевременно и в полном размере уплатить оговоренную Договором страхования Страховую премию (взнос);

ё) довести до сведения каждого Застрахованного условия страхования, определенные Договором страхования:

ж) обеспечить сохранность документов по Договору страхования;

з) передать Полисы добровольного медицинского страхования Застрахованным.

### 5.3. Права и обязанности Страховщика.

#### 5.3.1. Страховщик имеет право:

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

б) провести предварительный медицинский осмотр Застрахованного и/или медицинское анкетирование и/или запросить выписку из амбулаторной карты и/или истории болезни до заключения Договора страхования;

в) провести медицинскую экспертизу Страхового случая, включающую медико-экономическую экспертизу документации, представленной к оплате, и/или медицинский осмотр Застрахованного, и/или экспертизу качества оказания Медицинской помощи;

г) изменить Страховую сумму по Договору страхования при изменении цен на предоставляемую Медицинскую и/или Лекарственную помощь и/или Иные услуги путем составления дополнительного соглашения к Договору страхования на условиях Правил;

д) досрочно расторгнуть Договор страхования в порядке, предусмотренном действующим законодательством и Правилами.

#### 5.3.2. Страховщик обязан:

а) соблюдать требования Федерального закона от «07» августа 2001 г. № 115-ФЗ «О противодействии легализации (отмыванию) доходов, полученных преступным путем, и финансированию терроризма» и нормативных актов Банка России;

б) соблюдать требования к обработке персональных данных установленных Федеральным законом от «27» июля 2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных» и обеспечить их надлежащее хранение;

в) при осуществлении обработки конфиденциальной информации, в том числе неавтоматизированным способом, руководствоваться требованиями Постановления Правительства РФ от «15» сентября 2008 г. № 687 «Об утверждении Положения об особенностях обработки персональных данных, осуществляемой без использования средств автоматизации»;

г) при прекращении действия Договора (Полиса) страхования (частично или полностью) Страховщик обязуется уничтожить персональные данные в сроки, установленные действующим законодательством Российской Федерации;

д) ознакомить Страхователя с Правилами, в том числе путем информирования его об адресе размещения Правил на официальном сайте Страховщика, путем направления файла, содержащего текст Правил на указанный Страхователем адрес электронной почты или путем вручения Страхователю электронного носителя информации, на котором размещен файл, содержащий текст Правил, по требованию Страхователя бесплатно разъяснять положения, содержащиеся в Правилах и дополнительных условиях страхования;

е) выдать Полисы добровольного медицинского страхования установленного образца каждому Застрахованному непосредственно и/или через уполномоченное лицо Страхователя;

ё) /при наступлении Страхового случая произвести Страховую выплату путем перечисления денежных средств на расчетный счет Медицинской и/или Аптечной и/или Иной организации, оказавшей Застрахованному Медицинскую и/или Лекарственную помощь и/или Иные услуги, либо путем возмещения Застрахованному понесенных затрат за оказанную Медицинскую и/или Лекарственную помощь, в соответствии с п.п. 8.3., 12. Правил;

/при наступлении Страхового случая произвести Страховую выплату путем перечисления денежных средств на расчетный счет Медицинской и/или Аптечной и/или Иной организации, оказавшей Застрахованному Медицинскую и/или Лекарственную помощь и/или Иные услуги, в соответствии с п.п. 8.3.1., 12.1. Правил;

ж) организовывать эффективный контроль качества оказания Медицинской помощи Застрахованным;

з) обеспечить конфиденциальность в отношениях со Страхователем и/или Застрахованным.

#### 6. Расторжение Договора страхования.

6.1. Договор страхования может быть прекращен досрочно по требованию Страхователя или Страховщика, а также по соглашению Сторон в случаях, предусмотренных Правилами.

6.2. При досрочном прекращении Договора страхования по обстоятельствам, указанным в п. 1 ст. 958 Гражданского кодекса Российской Федерации, Страховщик имеет право на часть Страховой премии (взноса) пропорционально времени, в течение которого действовало страхование.

6.3. /При досрочном отказе Страхователя от Договора страхования уплаченная Страховщику Страховая премия (взнос) не подлежит возврату.

/При досрочном отказе Страхователя от Договора страхования, возврат неиспользованной Страховой премии (взноса) рассчитывается следующим образом

---

6.4. Договор страхования прекращает действие по истечении \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_) дней с даты направления Страховщиком уведомления, при неуплате Страхователем очередного Страхового взноса или уплате Страховой премии не в полном объеме, если в указанный период от Страхователя не поступит сумма неуплаченного (просроченного) Страхового взноса. В указанном случае, ранее уплаченная Страховая премия возврату не подлежит.

#### 7. Порядок разрешения споров.

7.1. Качество оказания Медицинской помощи, соответствие ее условиям, предусмотренным в Договоре страхования, контролируется врачами-экспертами Страховщика.

7.2. По вопросам, не оговоренным в Договоре страхования, Страховщик и Страхователь руководствуются Законом «Об организации страхового дела в Российской Федерации», иными нормативными актами РФ и РТ, регулирующими взаимоотношения данного вида, и Правилами.

7.3. Спорные вопросы, возникающие в процессе оказания Медицинской помощи Застрахованным, решает согласительная комиссия, в состав которой входят представители Страхователя, Страховщика, Медицинской организации и независимые эксперты.

При несогласии с решением согласительной комиссии Страхователь (Застрахованный) вправе потребовать проведения независимой экспертизы с оплатой за свой счет.

7.4. Все неурегулированные споры между Страховщиком и Страхователем по Договору страхования рассматриваются и разрешаются в суде.

#### 8. Форс-мажорные обстоятельства.

8.1. Стороны освобождаются от ответственности за частичное или полное неисполнение обязательств по настоящему Договору страхования, если это неисполнение явилось следствием наступления событий непреодолимой силы, т.е. чрезвычайных и непредотвратимых при данных условиях обстоятельств (например: стихийные бедствия, военные действия, принятие компетентными государственными органами решений, выполнение которых является обязательным для Страховщика и Страхователя и делает невозможным выполнение ранее взятых на себя обязательств по Договору страхования).

#### 9. Иные условия.

9.1. Договор страхования составлен в двух экземплярах – по одному для каждой из Сторон.

9.2. К Договору страхования прилагаются Приложения № 1-2, Заявление на добровольное медицинское страхование, являющиеся его неотъемлемой частью.

9.3. Все изменения и дополнения к Договору страхования, в том числе в Приложениях к нему, имеют юридическую силу при условии оформления их в письменном виде, подписания уполномоченными представителями и скрепления печатями Сторон.

#### 10. Адреса, реквизиты и подписи Сторон.

10.1. СТРАХОВЩИК: \_\_\_\_\_  
(индекс) (почтовый адрес)

Расчетный счет \_\_\_\_\_

Реквизиты банка \_\_\_\_\_

Телефон: \_\_\_\_\_ Факс: \_\_\_\_\_

10.2. СТРАХОВАТЕЛЬ: \_\_\_\_\_  
(индекс) (почтовый адрес)

Расчетный счет \_\_\_\_\_

Реквизиты банка \_\_\_\_\_

Телефон: \_\_\_\_\_ Факс: \_\_\_\_\_

Страховщик

Страхователь

Настоящим Страхователь подтверждает, что им в установленном Федеральным законом «О персональных данных» порядке получено согласие субъектов персональных данных (Застрахованных лиц) на передачу их персональных данных Страховщику для заключения и исполнения договора страхования.

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /  
М.П.

(расшифровка подписи)

ООО «СК «АК БАРС-Мед»

\_\_\_\_\_  
(наименование организации)

\_\_\_\_\_  
(должность уполномоченного лица)

\_\_\_\_\_  
(должность уполномоченного лица)

\_\_\_\_\_  
М.П.

/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
(расшифровка подписи)

\_\_\_\_\_  
М.П.

/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
(расшифровка подписи)

Приложение 7  
к Правилам добровольного  
медицинского страхования

ДОГОВОР № \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_  
индивидуального добровольного медицинского страхования

г. \_\_\_\_\_ «\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

Общество с ограниченной ответственностью «Страховая компания «АК БАРС-Мед»,  
именуемое в дальнейшем «Страховщик», в лице \_\_\_\_\_,  
(должность, фамилия, имя, отчество уполномоченного лица)

действующего на основании \_\_\_\_\_,  
(наименование документа, на основании которого действует уполномоченное лицо)

Лицензии \_\_\_\_\_ от «\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г., выданной \_\_\_\_\_,  
(наименование органа, выдавшего лицензию)

и Правил добровольного медицинского страхования ООО «СК «АК БАРС-Мед» от «\_\_»  
\_\_\_\_\_ 20\_\_ г. (в дальнейшем по тексту – Правила), с одной стороны, и  
\_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество)

именуемый (именуемая) в дальнейшем «Страхователь», с другой стороны, при совместном  
упоминании именуемые в дальнейшем «Стороны», заключили настоящий Договор  
индивидуального добровольного медицинского страхования (в дальнейшем по тексту –  
Договор страхования) о нижеследующем:

1. Предмет Договора страхования.

1.1. Страховщик принимает на себя обязательство по финансированию и организации  
Медицинской и/или Лекарственной помощи и/или Иных услуг, оказываемой (оказываемых)  
лицам (в дальнейшем по тексту – Застрахованные), включенным в предоставленные  
Страхователем списки, являющиеся неотъемлемой частью Заявления о добровольном  
медицинском страховании № --- от «\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

1.2. Объем Медицинской и/или Лекарственной помощи и/или Иных услуг, оказываемой  
(оказываемых) Застрахованным, определяется Программой (Программами) добровольного  
медицинского страхования «\_\_\_\_\_», и т.д., прилагаемой  
(прилагаемыми) к Договору страхования и являющейся (являющимися) его неотъемлемой  
частью (Приложение №\_\_).

Порядок оказания Медицинской и/или Лекарственной помощи и/или Иных услуг  
определяется категорией полиса добровольного медицинского страхования  
\_\_\_\_\_ и режимом обслуживания «\_\_\_\_\_».

1.3. /Медицинская и/или Лекарственная помощь и/или Иные услуги в рамках Программы  
(Программ) добровольного медицинского страхования по Договору страхования оказывается  
(оказываются) Застрахованным в Медицинских и/или Аптечных и/или Иных организациях,  
указанных в Перечне медицинских и/или аптечных и/или иных организаций, оказывающих  
медицинскую и/или лекарственную помощь и/или иные услуги застрахованным по договорам  
добровольного медицинского страхования (Приложение №\_\_).

/Медицинская и/или Лекарственная помощь и/или Иные услуги в рамках Программы  
(Программ) добровольного медицинского страхования по Договору страхования оказывается  
(оказываются) в Медицинской и/или Аптечной и/или Иной организации (Медицинских и/или  
Аптечных и/или Иных организациях): \_\_\_\_\_, по  
адресу: \_\_\_\_\_ и т.д.

1.4. Общая численность Застрахованных на момент заключения Договора страхования  
составляет \_\_ (\_\_\_\_\_) человек(а).

1.5. Страховщик выдает каждому Застрахованному через Страхователя после заключения Договора страхования Полис добровольного медицинского страхования установленного образца.

Список Застрахованных с указанием фамилии, имени, отчества, паспортных данных, адреса места жительства, даты рождения, указывается в Заявлении Страхователя.

## 2. Объект страхования, Страховой случай.

2.1. /Объектом медицинского страхования являются имущественные интересы, связанные с оплатой организации и оказания медицинской и лекарственной помощи и иных услуг вследствие расстройства здоровья физического лица или состояния физического лица, требующих организации и оказания таких услуг, а также проведения профилактических мероприятий, снижающих степень опасных для жизни или здоровья физического лица угроз и/или устраняющих их.

/Объектом медицинского страхования являются имущественные интересы, связанные с оплатой организации и оказания медицинской и лекарственной помощи и иных услуг вследствие расстройства здоровья физического лица или состояния физического лица, требующих организации и оказания таких услуг.

/Объектом медицинского страхования являются имущественные интересы, связанные с оплатой организации и оказания медицинской помощи вследствие расстройства здоровья физического лица или состояния физического лица, требующих организации и оказания таких услуг.

/Объектом медицинского страхования являются имущественные интересы, связанные с оплатой организации и оказания медицинской помощи вследствие расстройства здоровья физического лица или состояния физического лица, требующих организации и оказания таких услуг, а также проведения профилактических мероприятий, снижающих степень опасных для жизни или здоровья физического лица угроз и/или устраняющих их.

/Объектом медицинского страхования являются имущественные интересы, связанные с оплатой организации и оказания медицинской помощи и иных услуг вследствие расстройства здоровья физического лица или состояния физического лица, требующих организации и оказания таких услуг.

/Объектом медицинского страхования являются имущественные интересы, связанные с оплатой организации и оказания медицинской помощи и иных услуг вследствие расстройства здоровья физического лица или состояния физического лица, требующих организации и оказания таких услуг, а также проведения профилактических мероприятий, снижающих степень опасных для жизни или здоровья физического лица угроз и/или устраняющих их.

/Объектом медицинского страхования являются имущественные интересы, связанные с оплатой организации и оказания медицинской и лекарственной помощи вследствие расстройства здоровья физического лица или состояния физического лица, требующих организации и оказания таких услуг.

/Объектом медицинского страхования являются имущественные интересы, связанные с оплатой организации и оказания медицинской и лекарственной помощи вследствие расстройства здоровья физического лица или состояния физического лица, требующих организации и оказания таких услуг, а также проведения профилактических мероприятий, снижающих степень опасных для жизни или здоровья физического лица угроз и/или устраняющих их.

/Объектом медицинского страхования являются имущественные интересы, связанные с оплатой организации и проведения профилактических мероприятий, снижающих степень опасных для жизни или здоровья физического лица угроз и/или устраняющих их.

## 2.2. Страховым случаем признается:

/- обращение Застрахованного в течение срока действия Договора страхования в Медицинскую и/или Аптечную и/или Иную организацию из числа определенных Договором

страхования за получением Медицинской и/или Лекарственной помощи и/или Иных услуг, предусмотренной (предусмотренных) Программой (Программами) добровольного медицинского страхования к Договору страхования.

/- обращение Застрахованного в течение срока действия Договора страхования в Медицинскую и/или Аптечную и/или Иную организацию из числа не определенных Договором страхования, если это обращение согласовано и/или организовано Страховщиком, за получением Медицинской и/или Лекарственной помощи и/или Иных услуг, предусмотренной (предусмотренных) Программой (Программами) добровольного медицинского страхования к Договору страхования.

2.3. Страховщик не несет страховой ответственности, если Застрахованный обратился в Медицинскую организацию:

а) по поводу получения травматического повреждения или иного расстройства здоровья, наступившего в связи с совершением Застрахованным действий, в которых судом или следственными органами установлены признаки умышленного преступления;

б) в связи с умышленным причинением себе телесных повреждений, в том числе суицидальных попыток;

в) в связи с расстройством здоровья, произошедшим в состоянии алкогольного, наркотического или иных форм опьянения, либо явившимся следствием любых форм опьянения.

г) с целью получения Медицинской помощи, которая не была рекомендована врачом как необходимая и разумная мера;

д) в случае применения косметической или пластической хирургии, кроме необходимости ее использования после несчастного случая или других случаях, когда ее применение обусловлено прямыми медицинскими показаниями;

е) по поводу коррекции зрения с целью назначения линз или очков, или их подбора, кроме факта нарушения зрения в результате несчастного случая или в других случаях, определенных прямыми медицинскими показаниями;

ж) по поводу коррекции слуха с целью назначения слуховых аппаратов или их подбора, кроме факта нарушения слуха в результате несчастного случая или в других случаях, определенных прямыми медицинскими показаниями;

з) с целью лечения ВИЧ/СПИД инфекции и ее осложнений;

и) по поводу лечения онкологических заболеваний, психических заболеваний, туберкулеза, венерических заболеваний, алкоголизма, наркомании, токсикомании.

2.4. Страховщик не производит Страховую выплату в связи с Заболеваниями вызванными:

а) воздействием ядерного взрыва, радиацией или радиоактивным заражением;

б) военными действиями, а также маневрами или иными военными мероприятиями;

в) гражданской войной, народными волнениями всякого рода или забастовками;

г) стихийными бедствиями.

2.5. Страховщик не оплачивает Медицинскую и/или Лекарственную помощь и/или Иные услуги, полученную по инициативе Застрахованного без согласования со Страховщиком, в Медицинских и/или Аптечных и/или Иных организациях, не определенных Договором страхования.

### 3. Страховая сумма и Страховая премия (взнос).

3.1. /Размер Страховой суммы на одного Застрахованного по Программе добровольного медицинского страхования « \_\_\_\_\_ » составляет \_\_\_\_\_ рублей ( \_\_\_\_\_ рублей \_\_\_\_\_ копеек) и т.д.

/ Размер Страховой суммы: на Застрахованного \_\_\_\_\_

(фамилия, имя, отчество)

по Программе добровольного медицинского страхования «\_\_\_\_\_» составляет \_\_\_\_\_ рублей (\_\_\_\_\_ рублей \_\_\_\_\_ копеек) и т.д.; на Застрахованного \_\_\_\_\_ по Программе добровольного медицинского страхования «\_\_\_\_\_» составляет \_\_\_\_\_ рублей (\_\_\_\_\_ рублей \_\_\_\_\_ копеек) и т.д.

Общая Страховая сумма по Договору страхования составляет \_\_\_\_\_ рублей (\_\_\_\_\_ рублей \_\_\_\_\_ копеек).

Договором страхования предусматривается Лимит ответственности по \_\_\_\_\_ (основание)

Лимит ответственности Страховщика \_\_\_\_\_ Договором страхования предусматривается (условная, безусловная, временная) Франшиза \_\_\_\_\_ (основание, размер)

3.2. Страховой тариф по Программе добровольного медицинского страхования «\_\_\_\_\_» составляет \_\_\_\_\_ % и т.д.

Общая Страховая премия (взнос) составляет \_\_\_\_\_ рублей (\_\_\_\_\_ рублей \_\_\_\_\_ копеек).

3.3. Страховая премия (взнос) по Договору страхования уплачивается:

/путем перечисления на расчетный счет Страховщика или уполномоченного представителя Страховщика;

/путем внесения наличных средств в кассу Страховщика или уполномоченного представителя Страховщика.

3.4. Оплата Страховой премии (взноса) производится:

/единовременно;

/единовременно в срок по «\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.;

/в рассрочку по следующему графику:

1-ый Страховой взнос в размере \_\_\_\_\_ рублей (\_\_\_\_\_ рублей \_\_\_\_\_ копеек) в срок по \_\_\_\_\_;

2-ой Страховой взнос в размере \_\_\_\_\_ рублей (\_\_\_\_\_ рублей \_\_\_\_\_ копеек) в срок по \_\_\_\_\_; и т.д.

#### 4. Срок действия Договора страхования.

4.1. Договор страхования заключается на срок \_\_\_\_\_.

4.2. Договор страхования вступает в силу:

/с момента подписания;

/со дня поступления Страховой премии (взноса) на расчетный счет (в кассу) Страховщика или уполномоченного представителя Страховщика;

/со дня поступления первого Страхового взноса на расчетный счет (в кассу) Страховщика или уполномоченного представителя Страховщика;

/с «\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г. и т.д.

#### 5. Права и обязанности сторон.

5.1. Права и обязанности Застрахованного по Договору страхования.

5.1.1. Застрахованный имеет право:

а) на получение своевременной и качественной Медицинской и/или Лекарственной помощи и/или Иных услуг, в соответствии с избранной (избранными) Страхователем Программой (Программами) добровольного медицинского страхования и Перечнем медицинских и/или аптечных и/или иных организаций, оказывающих медицинскую и/или лекарственную помощь и/или иные услуги застрахованным, по договорам добровольного медицинского страхования;

б) предъявлять претензии к Страховщику по качеству оказанной Медицинской помощи в избранной Медицинской организации и требовать от Страховщика проведения расследования по таким претензиям.

5.1.2. Застрахованный обязан:

а) соблюдать предписания лечащего врача, полученные при оказании Медицинской помощи, соблюдать распорядок, установленный Медицинской организацией;

б) обеспечить надлежащее хранение Полиса добровольного медицинского страхования, исключая возможность его использования для получения Медицинской помощи третьими лицами.

5.2. Права и обязанности Страхователя по Договору страхования.

5.2.1. Страхователь имеет право:

а) требовать предоставления Застрахованным в Медицинских и/или Аптечных и/или Иных организациях Медицинской и/или Лекарственной помощи и/или Иных услуг, определенной (определенных) в Договоре страхования.

В случае непредоставления такой Медицинской и/или Лекарственной помощи и/или Иных услуг Страхователь должен немедленно поставить в известность об этом Страховщика;

б) в период действия Договора страхования заменять Застрахованных, расширить (уменьшить) список Застрахованных, внося соответствующие изменения в список Застрахованных в соответствии с условиями, изложенными в п.10.4., п. 10.5. Правил, при условии оформления письменного дополнительного соглашения к Договору страхования;

в) расширить (уменьшить) перечень Программ добровольного медицинского страхования, и/или повысить (уменьшить) уровень Страхового возмещения (Страховой суммы), при условии оформления письменного дополнительного соглашения к Договору страхования;

г) досрочно расторгнуть Договор страхования в порядке, предусмотренном действующим законодательством и Правилами.

5.2.2. Страхователь обязан:

а) предоставить Страховщику достоверные сведения, необходимые для заключения Договора страхования, а также иную информацию, связанную с действием Договора страхования;

б) до даты заключения Договора страхования предоставить Страховщику информацию и документы, необходимые для исполнения требований Федерального закона от «07» августа 2001 г. № 115-ФЗ «О противодействии легализации (отмыванию) доходов, полученных преступным путем, и финансированию терроризма» и нормативных актов Банка России, включая информацию о своих выгодоприобретателях, бенефициарных владельцах;

в) в срок не позднее 10 (Десяти) календарных дней с даты вступления в силу изменений и дополнений в документы, предоставленные при заключении Договора страхования, уведомить Страховщика, в том числе, но не исключительно, об изменениях в паспортных данных, адресе местожительства Страхователя, номеров телефона, адреса электронной почты; об изменении любых идентификационных сведений, включая информацию о представителях, выгодоприобретателях, бенефициарных владельцах и т.п., а также иных изменениях, которые могут повлиять на выполнение Сторонами обязательств по Договору страхования, с одновременным предоставлением документов, подтверждающих соответствующие изменения;

г) предоставить сведения и документы не позднее 7 (Семи) рабочих дней с даты получения письменного запроса Страховщика, если Договором страхования или нормативными актами Банка России не установлен иной срок.

д) получить согласие (дать согласие, в случае заключения Договора страхования в отношении себя) Застрахованных на обработку Страховщиком своих персональных данных в объеме, необходимом Страховщику для исполнения своих обязательств по Договору страхования;

е) своевременно и в полном размере уплатить оговоренную Договором страхования Страховую премию (взнос);

ё) довести до сведения каждого Застрахованного условия страхования, определенные Договором страхования;

ж) обеспечить сохранность документов по Договору страхования;

з) передать Полисы добровольного медицинского страхования Застрахованным.

### 5.3. Права и обязанности Страховщика.

#### 5.3.1. Страховщик имеет право:

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

б) провести предварительный медицинский осмотр Застрахованного и/или медицинское анкетирование и/или запросить выписку из амбулаторной карты и/или истории болезни до заключения Договора страхования;

в) провести медицинскую экспертизу Страхового случая, включающую медико-экономическую экспертизу документации, представленной к оплате, и/или медицинский осмотр Застрахованного, и/или экспертизу качества оказания Медицинской помощи;

г) изменить Страховую сумму по Договору страхования при изменении цен на предоставляемую Медицинскую и/или Лекарственную помощь и/или Иных услуг путем составления дополнительного соглашения к Договору страхования на условиях Правил;

д) досрочно расторгнуть Договор страхования в порядке, предусмотренном действующим законодательством и Правилами.

#### 5.3.2. Страховщик обязан:

а) соблюдать требования Федерального закона от «07» августа 2001 г. № 115-ФЗ «О противодействии легализации (отмыванию) доходов, полученных преступным путем, и финансированию терроризма» и нормативных актов Банка России;

б) соблюдать требования к обработке персональных данных установленных Федеральным законом от «27» июля 2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных» и обеспечить их надлежащее хранение;

в) при осуществлении обработки конфиденциальной информации, в том числе неавтоматизированным способом, руководствоваться требованиями Постановления Правительства РФ от «15» сентября 2008 г. № 687 «Об утверждении Положения об особенностях обработки персональных данных, осуществляемой без использования средств автоматизации»;

г) при прекращении действия Договора (Полиса) страхования (частично или полностью) Страховщик обязуется уничтожить персональные данные в сроки, установленные действующим законодательством Российской Федерации;

д) ознакомить Страхователя с Правилами, в том числе путем информирования его об адресе размещения Правил на официальном сайте Страховщика, путем направления файла, содержащего текст Правил на указанный Страхователем адрес электронной почты или путем вручения Страхователю электронного носителя информации, на котором размещен файл, содержащий текст Правил, по требованию Страхователя бесплатно разъяснять положения, содержащиеся в Правилах и дополнительных условиях страхования;

е) выдать Полисы добровольного медицинского страхования установленного образца каждому Застрахованному непосредственно и/или через уполномоченное лицо Страхователя;

ё) /при наступлении Страхового случая произвести Страховую выплату путем перечисления денежных средств на расчетный счет Медицинской и/или Аптечной и/или Иной организации, оказавшей Застрахованному Медицинскую и/или Лекарственную помощь и/или Иные услуги, либо путем возмещения Застрахованному понесенных затрат за оказанную Медицинскую и/или Лекарственную помощь, в соответствии с п.п. 8.3., 12. Правил;

/при наступлении Страхового случая произвести Страховую выплату путем перечисления денежных средств на расчетный счет Медицинской и/или Аптечной и/или Иной организации, оказавшей Застрахованному Медицинскую и/или Лекарственную помощь и/или Иные услуги, в соответствии с п.п. 8.3.1., 12.1. Правил;

ж) организовывать эффективный контроль качества оказания Медицинской помощи Застрахованным;

з) обеспечить конфиденциальность в отношениях со Страхователем и/или Застрахованным.

#### 6. Расторжение Договора страхования.

6.1. Договор страхования может быть прекращен досрочно по требованию Страхователя или Страховщика, а также по соглашению Сторон в случаях, предусмотренных Правилами.

6.2. При досрочном прекращении Договора страхования по обстоятельствам, указанным в п. 1 ст. 958 Гражданского кодекса Российской Федерации, Страховщик имеет право на часть Страховой премии (взноса) пропорционально времени, в течение которого действовало страхование.

6.3. При досрочном отказе Страхователя от Договора страхования в течение 14 (Четырнадцати) календарных дней со дня его заключения независимо от момента уплаты Страховой премии (взноса), при отсутствии в данном периоде событий, имеющих признаки страхового случая, оплаченная Страховая премия (взнос) возвращается Страхователю:

- в полном объеме, при отказе от Договора (Полиса) страхования до даты начала действия страхования;

- с удержанием части Страховой премии (взноса) пропорционально сроку действия Договора (Полиса) страхования, при отказе от Договора (Полиса) страхования после даты начала действия страхования.

При наличии в данном периоде событий, имеющих признаки страхового случая, оплаченная Страховая премия (взнос) возвращается Страхователю с удержанием части Страховой премии (взноса) пропорционально сроку действия Договора (Полиса) страхования, а также суммы выплаты.

Договор страхования считается прекратившим свое действие с даты получения Страховщиком письменного заявления Страхователя об отказе от Договора (Полиса) страхования или иной даты, установленной по соглашению сторон, но не позднее 14 (Четырнадцати) календарных дней со дня его заключения.

Страховая премия (взнос) возвращается Страхователю в течение 10 (Десяти) рабочих дней со дня получения письменного заявления Страхователя об отказе от Договора (Полиса) страхования наличными денежными средствами или в безналичном порядке.

При досрочном отказе Страхователя от Договора страхования после 14 (Четырнадцати) календарных дней со дня его заключения:

/уплаченная Страховщику Страховая премия (взнос) не подлежит возврату;

/возврат неиспользованной Страховой премии (взноса) рассчитывается следующим образом \_\_\_\_\_.

6.4. Договор страхования прекращает действие по истечении \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_) дней с даты направления Страховщиком уведомления, при неуплате Страхователем очередного Страхового взноса или уплате Страховой премии не в полном объеме, если в указанный период от Страхователя не поступит сумма неуплаченного (просроченного) Страхового взноса. В указанном случае, ранее уплаченная Страховая премия возврату не подлежит.

#### 7. Порядок разрешения споров.

7.1. Качество оказания Медицинской помощи, соответствие ее условиям, предусмотренным в Договоре страхования, контролируется врачами-экспертами Страховщика.

7.2. По вопросам, не оговоренным в Договоре страхования, Страховщик и Страхователь руководствуются Законом «Об организации страхового дела в Российской Федерации», иными нормативными актами РФ и РТ, регулирующими взаимоотношения данного вида, и Правилами.

7.3. Спорные вопросы, возникающие в процессе оказания Медицинской помощи Застрахованным, решает согласительная комиссия, в состав которой входят представители Страхователя, Страховщика, Медицинской организации и независимые эксперты.

При несогласии с решением согласительной комиссии Страхователь (Застрахованный) вправе потребовать проведения независимой экспертизы с оплатой за свой счет.

7.4. Все неурегулированные споры между Страховщиком и Страхователем по Договору страхования рассматриваются и разрешаются в суде.

#### 8. Форс-мажорные обстоятельства.

8.1. Стороны освобождаются от ответственности за частичное или полное неисполнение обязательств по настоящему Договору страхования, если это неисполнение явилось следствием наступления событий непреодолимой силы, т.е. чрезвычайных и непредотвратимых при данных условиях обстоятельств (например: стихийные бедствия, военные действия, принятие компетентными государственными органами решений, выполнение которых является обязательным для Страховщика и Страхователя и делает невозможным выполнение ранее взятых на себя обязательств по Договору страхования).

#### 9. Иные условия Договора страхования.

9.1. Договор страхования составлен в двух экземплярах – по одному для каждой из Сторон.

9.2. К Договору страхования прилагаются Приложения № 1-\_\_, Заявление на добровольное медицинское страхование, являющиеся его неотъемлемой частью.

9.3. Все изменения и дополнения к Договору страхования оформляются в письменной форме путем заключения дополнительных соглашений, которые становятся неотъемлемыми его частями.

#### 10. Адреса, реквизиты и подписи Сторон.

##### 10.1. СТРАХОВЩИК:

Общество с ограниченной ответственностью «Страховая компания «АК БАРС-Мед».

Расчетный счет \_\_\_\_\_

Реквизиты банка \_\_\_\_\_

Телефон: \_\_\_\_\_ Факс: \_\_\_\_\_ Телекс: \_\_\_\_\_

10.2. СТРАХОВАТЕЛЬ: \_\_\_\_\_

(фамилия, имя, отчество)

Паспортные данные: Паспорт \_\_\_\_\_, серия: \_\_\_\_\_, номер: \_\_\_\_\_.

выдан: \_\_\_\_\_, «\_\_\_» \_\_\_\_\_ г.

Адрес: \_\_\_\_\_

Телефон: \_\_\_\_\_.

СТРАХОВЩИК

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
(подпись) (расшифровка подписи)

М.П.

«\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

СТРАХОВАТЕЛЬ

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
(подпись) (расшифровка подписи)

«\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

Приложение 8  
к Правилам добровольного  
медицинского страхования

ПРОГРАММА  
добровольного медицинского страхования  
«МЕДИЦИНА ПЛЮС»

Программа добровольного медицинского страхования «МЕДИЦИНА ПЛЮС» включает услуги, связанные с предоставлением амбулаторной помощи, стационарной помощи, стоматологической помощи и реабилитационно-восстановительного лечения.

Страховым случаем является обращение Застрахованного за Медицинской помощью, Медико-транспортными и Иными услугами, в случаях острого заболевания, обострения хронического заболевания, травмы (в том числе ожоге, отморожении), отравлении и иных состояниях в Медицинскую организацию, оказывающую амбулаторно-поликлиническую, стационарную, стоматологическую помощь и реабилитационно-восстановительное лечение, а также Иное учреждение, из числа предусмотренных Договором страхования, в течение срока его действия.

1.1. Объем предоставляемой амбулаторной помощи в рамках Программы:

- Лечебно-диагностические консультативные приемы и/или лечебные манипуляции врачей и иных медицинских работников по следующим специальностям: кардиология; ревматология; гематология; гастроэнтерология; пульмонология; эндокринология; неврология; педиатрия; терапия; общая врачебная практика (семейная медицина); инфекционные болезни; травматология и ортопедия; урология; нефрология; хирургия; эндоскопия; торакальная хирургия; кардиохирургия; сосудистая хирургия; онкология; колопроктология; гинекология; отоларингология; офтальмология; дерматология; аллергология и иммунология; андрология; диетология; физиотерапия; рефлексотерапия; мануальная терапия; лечебная физкультура.
- Лабораторные исследования (по медицинским показаниям): клинические; биохимические; бактериологические; цитологические; гистологические; иммунологические; аллергологические; серологические (в том числе диагностика ВИЧ, сифилиса, гепатитов «В» и «С» по медицинским показаниям, при подготовке к операциям, эндоскопическим исследованиям и госпитализации); гормональные; исследования проводимые методом ПЦР.
- Инструментальные методы лечения и исследования (по медицинским показаниям): ультразвуковые; функциональные; эндоскопические; лучевые; тепловизионные.
- Методы восстановительного лечения (по медицинским показаниям): физиотерапевтические методы лечения; традиционные методы лечения и диагностики; классический лечебный массаж; мануальная терапия; лечебная физкультура; гирудотерапия; иглорефлексотерапия.
- Страховщик также организует застрахованным медицинскую помощь на дому и/или месте работы с привлечением необходимых специалистов.

1.2. Консультации врачей-специалистов, с применением телемедицинских технологий (телеконсультации).

1.3. Объем предоставляемой стационарной помощи в рамках Программы:

- Экстренная и плановая госпитализация (при наличии показаний) для стационарного обследования и/или консервативного и/или оперативного лечения в следующих отделениях: аллергологическое; дерматологическое; урологическое; нефрологическое; травматологии и ортопедии; хирургическое; эндоскопическое; гнойная хирургия; сосудистой хирургии; торакальная хирургия; челюстно-лицевая хирургия; нейрохирургия; кардиологическое; гинекологическое; офтальмологическое; неврологическое; ревматологическое; гематологическое; эндокринологическое; гастроэнтерологическое; терапевтическое;

педиатрическое; пульмонологическое; отоларингологическое; проктологическое; физиотерапевтическое; инфекционное; анестезиология и реанимация; реанимации – интенсивной терапии.

- Лабораторные исследования (по медицинским показаниям): клинические; биохимические; бактериологические; цитологические; гистологические; иммунологические; аллергологические; серологические (в том числе диагностика ВИЧ, сифилиса, гепатитов «В» и «С» по медицинским показаниям, при подготовке к операциям, эндоскопическим исследованиям и госпитализации); гормональные.

- Инструментальные методы лечения и исследования (по медицинским показаниям): ультразвуковые; функциональные; эндоскопические; лучевые; тепловизионные.

- Методы восстановительного лечения (по медицинским показаниям): физиотерапевтические методы лечения; традиционные методы лечения и диагностики; классический лечебный массаж; мануальная терапия; лечебная физкультура; гирудотерапия; иглорефлексотерапия.

Обследование и лечение проводятся с использованием медицинских технологий, применяемых в медицинских организациях, указанных в договоре страхования.

Длительность лечения, объем диагностических и лечебных мероприятий относятся к компетенции лечащего врача.

Если застрахованный госпитализирован в медицинскую организацию, не указанную в договоре страхования, он по желанию, с учетом его состояния, может быть переведен в стационар, имеющий договорные отношения со Страховщиком.

#### 1.4. Объем предоставляемой стоматологической помощи в рамках Программы:

– стоматологов: терапевта, хирурга, пародонтолога, ортопеда.

- Диагностические стоматологические мероприятия, проводимые по медицинским показаниям.

- Лечебные терапевтические мероприятия и процедуры, проводимые по медицинским показаниям (лечение кариеса, пульпита, периодонтита, стоматита, снятие зубных отложений).

- Лечебные хирургические мероприятия, проводимые по медицинским показаниям;

- Анестезиологические мероприятия: премедикация; аппликационная, инфильтрационная, проводниковая, общая анестезия.

- Физиотерапевтическое лечение, проводимое по медицинским показаниям.

- Лечение заболеваний пародонта, проводимое по медицинским показаниям.

- Зубопротезирование, включая подготовку к нему; восстановление коронки зуба с помощью штифта; имплантация зубов (указанные виды лечения допускаются в случаях, когда необходимость возникла в результате полученной челюстно-лицевой травмы).

- Дополнительные лечебные мероприятия, проводимые по медицинским показаниям.

1.5. Реабилитационно-восстановительное лечение, после перенесенного Заболевания, являющегося Страховым случаем, в следующих медицинских организациях: санаториях; санаториях-профилакториях; водо- и грязелечебницах; больницах и специализированных отделениях восстановительного лечения; физкультурных диспансерах; реабилитационных центрах; физио-кабинетах амбулаторно-поликлинических организаций.

Объем предоставляемой медицинской помощи по программе добровольного медицинского страхования «Реабилитационно-восстановительное лечение»: физиотерапевтические методы лечения; традиционные методы лечения; классический лечебный массаж; мануальная терапия; лечебная физкультура; лечебное плавание; фитотерапия; гирудотерапия; иглорефлексотерапия; лечение природными факторами (бальнеологическое, грязелечение, климатолечение, талассотерапия, терренкур, душ Шарко, подводное вытяжение); лечебные процедуры и манипуляции; диетотерапия.

Восстановительное лечение проводится по назначению лечащего врача. Санаторно-курортное лечение проводится по назначению лечащего врача (при наличии путевки), подтвержденное справкой Форма № 070/У-04.

Страховщик не оплачивает Медицинскую помощь, связанную со следующими заболеваниями и их осложнениями, после установления первичного диагноза: психические, онкологические, венерические заболевания, туберкулез, ВИЧ/СПИД инфекция, вирусные гепатиты; системные заболевания соединительной ткани, сахарный диабет; хроническая почечная недостаточность, хроническая печеночная недостаточность; заболевания, связанные с последствиями радиоактивного облучения; хромосомные нарушения и врожденные пороки развития; алкоголизм, наркомания, токсикомания. Страховщиком также не оплачиваются: лечение и/или процедуры, способствующие или предотвращающие половое зачатие (включая искусственное оплодотворение, введение и удаление ВМС, диагностика и лечение бесплодия и др.); диагностические исследования, консультации и тесты, связанные с беременностью и родовым наблюдением; ведение беременности, родовспоможение, послеродовый период, а также осложнения связанные с ними; прерывание беременности, вне зависимости от срока беременности (за исключением случаев самопроизвольного прерывания беременности, внематочной беременности) и осложнения, связанные с прерыванием беременности, патология беременности, преждевременные роды; диагностика и лечение сексуальных расстройств; косметологическое лечение; все виды протезирования; коррекция слуха и зрения; эстетическая стоматология, в том числе отбеливание зубов, полировка, «Air-Flow»; замена пломб по профилактическим и косметическим показаниям; реминерализирующая терапия, запечатывание фиссур зуба герметиком, покрытие зубов фторсодержащими препаратами; зубопротезирование включая подготовку к нему, имплантация зубов (кроме случаев указанных выше).

пронумеровано, пронумеровано и  
скреплено печатью  
44 (Сорок четыре) листа

Генеральный директор  
ООО «СК «АК БАРС – Мед»

Т.Р. Каримов



*[Handwritten signature]*