

Информация для ознакомления Получателями страховых услуг перед заключением Договора добровольного медицинского страхования

1. Правила добровольного медицинского страхования (далее - Правила ДМС), порядок их применения и вручения:

1.1. Договор добровольного медицинского страхования (далее - Договор (Полис) страхования) заключается на основании Правил ДМС в редакции, действующей на момент заключения Договора (Полиса) страхования. Под Правилами ДМС понимается письменный документ, утверждаемый страховой организацией, в котором содержатся общие положения, на которых заключаются Договоры (Полисы) страхования.

1.2. Правила ДМС обязательны для исполнения обеими сторонам (Страхователем и Страховщиком). Приоритетными являются условия Договора (Полиса) страхования перед условиями Правил ДМС. В случае издания Страховщиком новой редакции Правил ДМС Договор (Полис) страхования продолжает действовать на условиях Правил ДМС, которые действовали на момент заключения Договора (Полиса) страхования.

1.3. С Правилами ДМС можно ознакомиться у представителя Страховщика или на сайте Страховщика <https://www.akbarsmed.ru/dms/pravila-strahovaniya>.

Подписывая Договор (Полис) страхования Страхователь подтверждает, что он ознакомился с Правилами ДМС, условия страхования, изложенные в них ему понятны и он с ними согласен.

2. Условия, на которых может быть заключен Договор (Полис) страхования. Информация об: объекте страхования, Страховых рисках, порядке расчета Страхового тарифа, размере Страховой премии, порядке и условиях осуществления Страховой выплаты, перечне документов, которые необходимо представить вместе с заявлением о наступлении события, имеющего признаки Страхового случая:

2.1. 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.

2.2. Страховым случаем является обращение Застрахованного в течение срока действия Договора (Полиса) страхования в медицинскую организацию, из числа определенных Договором (Полисом) страхования, за получением медицинской помощи, предусмотренной Программой страхования и(или) обращение Страхователя/Застрахованного (его законного представителя либо лица, действующего на основании доверенности) к Страховщику за возмещением понесенных расходов в соответствии с условиями Программы страхования.

Страховыми рисками, в соответствии с Программой добровольного медицинского страхования (далее - Программа страхования) на условиях которой заключается Договор (Полис) страхования, являются:

Программа страхования «НС»: переломы конечностей, костей черепа, повреждения связок суставов, ушибы и сотрясения головного мозга.

Программы страхования «Антиклещ», «Антиклещ ОПТИМА»: укус клеща, острые инфекционные заболевания, передающиеся иксодовыми клещами (клещевой энцефалит, клещевой боррелиоз (болезнь Лайма), клещевые риккетсиозы: гранулоцитарный анаплазмоз, моноцитарный эрлихиоз).

Программа страхования «ГЛПС»: заболевание геморрагической лихорадкой с почечным синдромом.

Программа страхования «ДМС при ДТП»: нарушения здоровья вследствие дорожно-транспортного происшествия (ДТП).

Программы страхования «Комплекс «Здоровье», «Комплекс «Здоровье ОПТИМА»:

• переломы конечностей, костей черепа, повреждения связок суставов, ушибы и сотрясения головного мозга;

- укусы клещей, острые инфекционные заболевания, передающиеся иксодовыми клещами (клещевой энцефалит, клещевой боррелиоз (болезнь Лайма), клещевые риккетсиозы: гранулоцитарный анаплазмоз, моноцитарный эрлихиоз);

- нарушения здоровья вследствие дорожно-транспортного происшествия;
- заболевание геморрагической лихорадкой с почечным синдромом.

Программы страхования «Антигрипп», «Антигрипп Плюс», «Антигрипп PRO»: понесенные расходы за лекарственные препараты, в случае установления диагноза – грипп (J10.0, J10.1, J10.8 по МКБ-10).

Программы страхования «Антивирус», «Антивирус 2.0.», «СтопКовид»: понесенные расходы за лекарственные препараты, в случае установления диагноза – грипп (J10.0, J10.1, J10.8 по МКБ-10) или коронавирусная инфекция, вызванная вирусом COVID-19 (код МКБ-10 U07.1, U07.2) с 31-го дня с даты начала периода страхования.

Программы страхования «ИНТЕРПОЛИС», «ИНТЕРПОЛИС ПЛЮС»: состояния, угрожающие жизни Застрахованного при острых заболеваниях, обострениях хронических заболеваний, отравлениях, травмах (в том числе ожогах, отморожениях).

Программы страхования «ПОЛИС Студенческий», «ПОЛИС Студенческий ПЛЮС», «Амбулаторная помощь», «Стационарная помощь», «Стоматологическая помощь», «Стоматология «ЭКОНОМ», «Стоматология «СТАНДАРТ», «Стоматология «VIP», «Комплексная медицинская помощь, вариант 1», «Комплексная медицинская помощь, вариант 2», «Комплексная медицинская помощь, вариант 3», «Комплексная медицинская помощь, вариант 4», «Комплексная медицинская помощь 2», «Комплексная медицинская помощь «Стандарт», «Медицинский СТАНДАРТ», «Медицинский СТАНДАРТ ПЛЮС», «Поликлиническое обслуживание», «Госпитальное обслуживание», «Поликлиника ЭКОНОМ», «Поликлиника СТАНДАРТ», «Поликлиника ОПТИМА», «Будь здоров», «Будь здоров ЭКОНОМ», «Детский доктор», «Мобильный доктор», «Мобильный доктор ПЛЮС», «Консультант», «Дежурный врач», «ШИФА», «МЕДИЦИНА ПЛЮС», «ОПТИМА I Взрослые», «ОПТИМА I Дети до 1 года», «ОПТИМА I Дети 1 – 18 лет», «ОПТИМА II Взрослые», «ОПТИМА II Дети до 1 года», «ОПТИМА II Дети 1 – 18 лет»: острое заболевание, обострение хронического заболевания, травмы (в том числе ожоги, отморожения), отравления.

Программы страхования «ОНКОСТОП», «ОНКОСТОП I»:

- злокачественные новообразования, относящиеся к C00-C97 по МКБ-10 (за исключением C44-эпителиальных опухолей кожи, C91.1-хронического лимфоцитарного лейкоза и любых новообразований на фоне заболевания ВИЧ);

- новообразования головного мозга, относящегося к D32, D33.0-D33.3, D42, D43.0-D43.3 по МКБ-10 (за исключением любых новообразований на фоне заболевания ВИЧ).

Программа страхования «Полис Путешественника»:

- понесенные расходы в связи с оказанием Застрахованному неотложной Медицинской помощи в случае нарушения здоровья возникшего в период его нахождения на территории Российской Федерации за пределами места постоянного проживания (субъекта РФ);

- понесенные расходы за лекарственные препараты, в случае установления диагноза – коронавирусная инфекция, вызванная вирусом COVID-19 (код МКБ-10 U07.1, U07.2) в период нахождения Застрахованного на территории Российской Федерации за пределами территории постоянного проживания (субъекта РФ).

Программа страхования «Защита медицинского персонала»:

- впервые установленное заболевание из числа предусмотренных договором страхования, связанного с профессиональной деятельностью Застрахованного;

- понесенные расходы за лекарственные препараты, в случае установления диагноза – коронавирусная инфекция, вызванная вирусом COVID-19 (код МКБ-10 U07.1, U07.2) и/или вирусная пневмония (код МКБ-10 J12.8, J12.9) с 31-го дня с даты начала периода страхования.

Программа страхования «Программа страхования госслужащих и работников системы здравоохранения»:

- острое заболевание, обострение хронического заболевания, травмы (в том числе ожоги, отморожения), отравления;

- понесенные расходы за лекарственные препараты, в случае установления диагноза – коронавирусная инфекция, вызванная вирусом COVID-19 (код МКБ-10 U07.1, U07.2) и/или вирусная пневмония (код МКБ-10 J12.8, J12.9) с 31-го дня с даты начала периода страхования.

Программа страхования «ПОЛИС ТРУДОВОГО МИГРАНТА»: первичная медико-санитарная помощь и специализированная медицинская помощь (за исключением высокотехнологичной медицинской помощи) в неотложной форме.

2.3. При определении размера Страховой премии (взноса), подлежащей уплате по Договору (Полису) страхования, Страховщик, применяет рассчитанные им Страховые тарифы, в соответствии с утвержденной Страховщиком Методикой расчета страховых тарифов.

Страховой тариф – это ставка страхового взноса с единицы страховой суммы.

При определении размера Страхового тарифа Страховщик может применить поправочные коэффициенты, учитывающие срок страхования, возраст Застрахованного и т.д.

Страховой тариф определяют размер Страховой премии, с учетом размера Страховой суммы и выбранной страхователем Программы ДМС.

При осуществлении личного страхования Страховая сумма или способ ее определения устанавливается Страховщиком по соглашению со Страхователем в Договоре (Полисе) страхования.

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.

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

2.4. Страховая выплата осуществляется путем оплаты медицинской помощи в медицинскую организацию и(или) в форме возмещения расходов, понесенных при получении медицинской и(или) лекарственной помощи.

- Порядок осуществления Страховой выплаты определяется условиями Программы страхования и Договора (Полиса) страхования.

- Для получения медицинских услуг при наступлении события, имеющего признаки Страхового случая, Застрахованному необходимо обратиться в круглосуточный Контакт-центр Страховщика по бесплатному номеру телефона 8 800 100 9111 и сообщить оператору Контакт-центра:

- фамилию, имя, отчество (при наличии);

- номер Полиса добровольного медицинского страхования;

- возможно полную информацию об обстоятельствах наступления Страхового случая, известную Застрахованному на момент сообщения (место, дата, время наступления страхового случая, предполагаемые причины и др.).

Оператор Контакт-центра отправляет в медицинскую организацию направление (гарантийное письмо) на получение медицинских услуг. При обращении в Медицинскую организацию Застрахованный предъявляет Договор (Полис) страхования, паспорт либо другой документ, удостоверяющий личность. Застрахованный получает в Медицинской организации медицинские услуги в соответствии с информацией, указанной в направлении (гарантийном письме).

- Для получения Страховой выплаты в форме возмещения понесенных расходов, в тех случаях, когда этот порядок предусмотрен Программой страхования, Застрахованному (его законному представителю либо лицу, действующему на основании доверенности) необходимо предоставить документы, перечисленные в Программе страхования:

а) при возмещении понесенных расходов за полученные медицинские услуги, предусмотренные Программой страхования, выплата Страхового возмещения осуществляется на основании следующих документов:

- заявления на возмещение понесенных расходов;
- копии паспорта/документа, удостоверяющего личность;
- копии Договора (Полиса) страхования;
- выписки из медицинской документации, содержащей: диагноз, код диагноза по МКБ-10, анамнез заболевания, рекомендованный план лечения с описанием схемы лечения и назначенных Медицинских услуг, а также другой необходимой информации, указанной в Программе добровольного медицинского страхования. Выписка из медицинской документации должна быть подписана лечащим врачом, заверена его личной печатью и печатью Медицинской организации;
- 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 на Интернет-ресурсе <https://kkt-online.nalog.ru/>);
- документа, подтверждающего правомочия (в случае обращения законного представителя либо лица, действующего по доверенности);
- других документов, предусмотренных Договором (Полисом) страхования и/или Программой добровольного медицинского страхования и/или условиями страхования.

б) при возмещении понесенных расходов за приобретенные лекарственные препараты, предусмотренные Программой страхования, выплата Страхового возмещения осуществляется на основании следующих документов:

- заявления на возмещение понесенных расходов;
- копии паспорта/документа, удостоверяющего личность;
- копии Договора (Полиса) страхования;
- выписки из медицинской документации, содержащей: диагноз, код диагноза по МКБ-10, анамнез заболевания, рекомендованный план лечения с описанием схемы лечения назначенных Лекарственных препаратов, а также другой необходимой информации, указанной в Программе добровольного медицинского страхования. Выписка из медицинской документации должна быть подписана лечащим врачом, заверена его личной печатью и печатью Медицинской организации;
- платежных документов, удостоверяющих факт оплаты Лекарственных препаратов, подтвержденных по данным Федеральной налоговой службы (метод подтверждения приведен на Интернет-ресурсе <https://kkt-online.nalog.ru/>);
- документа, подтверждающего правомочия (в случае обращения законного представителя либо лица, действующего по доверенности);
- других документов, предусмотренных Договором (Полисом) страхования и/или Программой добровольного медицинского страхования и/или условиями страхования.

Полный перечень документов, необходимых для осуществления Страховой выплаты в форме возмещения расходов указан в Программе страхования.

Документы предоставляются в офис ООО «СК «АК БАРС-Мед» по адресу: 420124, г. Казань, ул. Меридианная, 1, корпус А, офис 85 лично Страхователем, Застрахованным (либо лицом, действующим на основании доверенности) или почтовым отправлением по адресу: 420124, г. Казань, ул. Меридианная, 1, корпус А, офис 85.

3. Обстоятельства, влияющие на размер Страховой премии, способы и сроки (периодичности) уплаты Страховой премии, последствия неуплаты, уплаты не в полном размере или несвоевременной уплаты Страховой премии (Страховых взносов):

3.1. Размер Страховой премии зависит от размера Страховой суммы (Страховая сумма – это денежная сумма, в пределах которой Страховщик обязуется осуществить Страховую выплату),

срока страхования, Программы страхования на основании которой заключается Договор (Полис) страхования.

Страховщик вправе применить к базовым тарифам повышающие или понижающие коэффициенты, учитывающие состояние здоровья Застрахованного, род деятельности Застрахованного, численность Застрахованных и иные условия. Варианты коэффициентов перечислены в Приложении № 1 к Правилам ДМС.

3.2. Порядок и сроки оплаты Страховой премии определяются в Договоре (Полисе) страхования.

Страховая премия может быть уплачена Страхователем единовременно или в рассрочку (в соответствии с графиком платежей, перечисленных в Договоре (Полисе) страхования), наличными денежными средствами либо в безналичном порядке.

Договор (Полис) страхования расторгается при неуплате Страхователем очередного Страхового взноса (при уплате Страховой премии в рассрочку) или при уплате Страховой премии не в полном объеме, если стороны не договорились об отсрочке уплаты очередного Страхового взноса. Договоренность об отсрочке уплаты очередного Страхового взноса оформляется дополнительным соглашением.

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.

4. Порядок применения франшизы (если применяется), исключения из перечня страховых событий, действия Получателя страховых услуг, совершение которых может повлечь отказ в Страховой выплате или сокращение ее размера:

4.1. 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.

По программам страхования «Антивирус», «Антивирус 2.0.», «СтопКовид» установлена временная франшиза 30 (Тридцать) дней с даты начала периода страхования в отношении установления Застрахованному диагноза – коронавирусная инфекция, вызванная вирусом COVID-19 (код МКБ-10 U07.1, U07.2). Страховым случаем является диагноз – коронавирусная инфекция, вызванная вирусом COVID-19 (код МКБ-10 U07.1, U07.2), установленный с 31-го дня с даты начала периода страхования.

По программам страхования «Защита медицинского персонала», «Программа страхования госслужащих и работников системы здравоохранения» установлена временная франшиза 30

(Тридцать) дней с даты начала периода страхования в отношении установления Застрахованному диагноза – коронавирусная инфекция, вызванная вирусом COVID-19 (код МКБ-10 U07.1, U07.2) и/или вирусная пневмония (код МКБ-10 J12.8, J12.9). Страховым случаем является диагноз – коронавирусная инфекция, вызванная вирусом COVID-19 (код МКБ-10 U07.1, U07.2) и/или вирусная пневмония (код МКБ-10 J12.8, J12.9), установленный с 31-го дня с даты начала периода страхования.

По программе страхования «ПОЛИС ТРУДОВОГО МИГРАНТА» установлена временная франшиза. Ответственность Страховщика наступает на 5 (Пятый) день с даты, указанной как дата начала срока действия Договора (Полиса) страхования или ранее, в случае получения разрешения на работу или патента.

4.2. По программе страхования «НС» установлен ограничительный период в отношении наложения иммобилизирующей повязки из синтетического полиуретанового бинта (полимерного гипса). Наложение иммобилизирующей повязки осуществляется не ранее 7 (Семи) дней после получения травмы. Это условие связано с особенностью технологии наложения синтетического полиуретанового бинта, при которой наложение иммобилизирующей повязки осуществляется только после уменьшения отека травмированной конечности.

4.3. По программам добровольного медицинского страхования «ИНТЕРПОЛИС», «ИНТЕРПОЛИС ПЛЮС» установлено ограничение по количеству страховых случаев по одному Договору (Полису) страхования в зависимости от срока действия:

а) по программе страхования «ИНТЕРПОЛИС»:

12 месяцев – 2 страховых случая;

6 месяцев – 1 страховой случай;

3 месяца – 1 страховой случай;

1 месяц – 1 страховой случай.

б) по Программе страхования «ИНТЕРПОЛИС ПЛЮС»:

12 месяцев – 4 страховых случая;

6 месяцев – 2 страховых случая;

3 месяца – 2 страховых случая;

1 месяц – 2 страховых случая.

4.4. Исключениями из перечня страховых событий:

- медицинские услуги, проводимые без медицинских показаний или не согласованные со Страховщиком;

- медицинские услуги, не включенные в Программу страхования;

- обращение Застрахованного в Медицинскую организацию, не предусмотренную Договором (Полисом) страхования и не согласованных со Страховщиком.

- обращение за медицинской помощью по истечении срока действия Договора (Полиса) страхования.

- медицинская помощь, оказанная 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.

Полный перечень исключений из страховых событий указан в Программе страхования.

4.5. Действия Получателя страховых услуг, совершение которых может повлечь отказ в Страховой выплате или сокращение ее размера:

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

- Застрахованным не выполнялись предписания лечащего врача или нарушался внутренний распорядок, установленный Медицинской организацией;

- установлен факт передачи полиса добровольного медицинского страхования Застрахованного другому лицу для получения им медицинской помощи;

- отказ Страховщику Застрахованным лицом в праве ознакомиться с медицинской документацией, отражающей его физическое и психическое здоровье, историю заболевания, диагноз и процесс лечения;

- не предоставление документов, необходимых для возмещения понесенных расходов, перечисленных в Программе добровольного медицинского страхования;

- при заключении Договора (Полиса) страхования в отношении инвалидов II и III группы не покрываются страхованием, возникновение или обострения заболеваний, связанных с причиной инвалидности или являющихся сопутствующими этому заболеванию.

5. Дополнительные условия, связанные с заключением Договора (Полиса) страхования, случаи, при которых необходимо проведение обследования Получателя страховых услуг при заключении Договора (Полиса) страхования, перечень документов и информация, необходимые для заключения Договора (Полиса) страхования:

5.1. При заключении Договора (Полиса) страхования по Программам страхования «ОНКОСТОП», «ОНКОСТОП I», при условии начала периода страхования с даты заключения Договора (Полиса) страхования необходимо предварительное проведение медицинского обследования. Объем медицинского обследования и медицинская организация, в которой осуществляется обследование Застрахованного определяется Страховщиком.

При заключении Договора (Полиса) страхования по Программе добровольного медицинского страхования «ОНКОСТОП» без предварительного медицинского обследования устанавливается выжидательный период - 180 дней. Период страхования начинается через 180 дней с даты заключения Договора (Полиса) страхования и действует 12 месяцев.

5.2. Страховщик имеет право при заключении Договора (Полиса) страхования произвести предварительное медицинское обследование и(или) медицинское анкетирование лиц, подлежащих страхованию, и(или) запросить выписку из амбулаторной карты и(или) истории болезни для установления группы здоровья (Приложение № 1 к Правилам страхования) с целью определения повышающих или понижающих коэффициентов при расчете страхового тарифа.

О необходимости проведения предварительного медицинского обследования лица, в отношении которого заключается Договор (Полис) страхования, и о порядке его проведения Страховщик уведомляет Получателя страховых услуг перед заключением Договора (Полиса) страхования.

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 признания Договора (Полиса) страхования недействительным в отношении данного Застрахованного.

5.3.1. Перечень документов и информация, необходимые для заключения Договора (Полиса) страхования физическими лицами:

- паспорт или иной документ, удостоверяющий личность Страхователя;
- паспорт или иной документ, удостоверяющий личность Застрахованного (для лиц с 14 лет);
- свидетельство о рождении Застрахованного (для детей до 14 лет);
- документ, подтверждающий право иностранного гражданина на пребывание (проживание) на территории РФ (миграционная карта, вид на жительство, разрешение на работу и т.д.);
- номера телефонов и адрес электронной почты (при наличии), иная контактная информация (при наличии).

Если при заключении Договора (Полиса) страхования страховая премия составляет 15 000,00 рублей и более, то необходимо дополнительно предоставление следующей информации:

- идентификационный номер налогоплательщика (при наличии);
- страховой номер индивидуального лицевого счета гражданина в системе обязательного пенсионного страхования (при наличии).

5.3.2. Перечень документов и информация, необходимые для заключения Договора (Полиса) страхования юридическими лицами:

- реквизиты организации;
- сведения о лицах, подлежащих страхованию (фамилия, имя, отчество (при наличии), пол, дата рождения, место рождения, паспортные данные (свидетельство о рождении Застрахованного (для детей до 14 лет), документ, подтверждающий право иностранного гражданина на пребывание (проживание) на территории РФ (миграционная карта, вид на жительство, разрешение на работу и т.д.), гражданство, адрес места жительства, размер Страховой суммы);
- номера телефонов и адрес электронной почты (при наличии), иная контактная информация;
- перечень документов, предоставляемых в целях идентификации клиентов - юридических лиц;
- сведения, получаемые в целях идентификации выгодоприобретателей – физических лиц и бенефициарных владельцев.

6. Расчет размера Страховой премии, случаи при которых возможно изменение размера Страховой премии, Страховой суммы или иных условий страхования по результатам оценки Страхового риска:

6.1. Страховая премия по Договору (Полису) страхования исчисляется исходя из размера Страховой суммы путем ее умножения на Страховой тариф по Программе страхования, с учетом степени риска.

6.2. На размер Страховой премии при заключении Договора (Полиса) страхования может повлиять убыточность предшествующих Договоров (Полисов) страхования, вредность производства, вид деятельности Застрахованного лица, расширение/сокращение перечня услуг и т.д. Страховщик, в соответствии с практикой, применяет к базовому страховому тарифу следующие поправочные коэффициенты:

1. Коэффициент риска, применяемый с целью установления рискованной надбавки;
2. Коэффициент риска, зависящего от возраста Застрахованного лица;
3. Коэффициент риска, учитывающий наличие франшизы по договору;
4. Поправочный коэффициент, связанный с порядком уплаты страховой премии;
5. Коэффициент риска, применяемый при наличии важных факторов, влияющих на наступление страхового события и его последствия;
6. Поправочный коэффициент, применяемый в зависимости от характеристик медицинских организаций, услуги которых предусмотрены договором;
7. Поправочный коэффициент, применяемый для установления маркетинговой цены страхового продукта и (или) обеспечения достижения договоренности о стоимости страховых услуг со страхователем;
8. Коэффициент риска, применяемый в зависимости от убыточности по договорам страхования, заключенным ранее со Страхователем;
9. Коэффициент риска, применяемый в зависимости от включения в программы страхования «Иные услуги», «Медико-транспортные услуги», «Услуги по репатриации», оказываемые сервисными (ассистентскими) организациями;
10. Коэффициент риска, применяемый при заключении договора по программе «Мобильный доктор», в зависимости от количества предусмотренных услуг консультаций;
11. Поправочный коэффициент, применяемый в случае реализации страхового продукта на сайте Страховщика;
12. Коэффициент риска, применяемый при включении программы страхования в коллективный договор, страхователем по которому выступает юридическое лицо;
13. Коэффициент риска, учитывающий вредность производства;
14. Коэффициент риска, зависящий от вида деятельности Застрахованного лица;
15. Коэффициент риска, применяемый при исключении из программы покрытия классов заболеваний;
16. Коэффициент риска, применяемый при расширении/сокращении перечня услуг;

17. Коэффициент риска, учитывающий результаты предварительного медицинского осмотра и (или) данных медицинской анкеты и(или) группы здоровья;
18. Коэффициент риска, применяемый при установлении лимитов;
19. Коэффициент риска, применяемый при страховании группы лиц;
20. Поправочный коэффициент, применяемый в случае увеличения доли нагрузки в структуре тарифной ставки;
21. Коэффициент риска, учитывающий величину страховой суммы.

6.3. В случае изменения обстоятельств, существенно влияющих на степень риска, в соответствии с Правилами страхования, Страховщик вправе потребовать увеличения страховой премии.

7. Условия возврата Страхователю уплаченной Страховой премии в случае его отказа от Договора (Полиса) страхования в течение определенного срока со дня его заключения или об отсутствии возврата в соответствии с действующим законодательством;

7.1. 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, уплаченная Страховая премия (взнос) возвращается Страхователю (за исключением добровольного медицинского страхования иностранных граждан и лиц без гражданства, находящихся на территории Российской Федерации с целью осуществления ими трудовой деятельности):

- 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, на усмотрения Страховщика, уплаченная Страховая премия (взнос) не подлежит возврату либо возвращается Страхователю с удержанием части Страховой премии (взноса) пропорционально сроку действия Договора (Полиса) страхования, а также суммы выплаты.

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.

7.2. 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.

7.3. Договор (Полис) 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.

7.4. Страховщик обеспечивает прием заявлений в случае расторжения или отказа Страхователя от Договора (Полиса) страхования:

- в офисах ООО «СК «АК БАРС-Мед»;
- посредством почтовой связи по адресу: 420124, г. Казань, ул. Меридианная, 1, корпус А, офис 85;
- на официальном сайте Страховщика <https://www.akbarsmed.ru/dms/pravila-strahovaniya>.

В случае расторжения Договора (Полиса) страхования, Страхователь может использовать образец заявления, размещенного на официальном сайте Страховщика. Страхователь заполняет и подписывает вышеуказанную форму заявления и прикладывает цветную скан-копию или цветное фотографическое изображение форму заявления на официальном сайте Страховщика либо

оригинал направляет почтовым направлением. К форме заявления Страхователь обязуется приложить копию паспорта, Договора (Полиса) страхования, платежных документов, подтверждающих уплату Страховой премии.

8. Сроки рассмотрения обращений относительно Страховой выплаты, случаи 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:

8.1. Порядок и условия осуществления Страховой выплаты Застрахованному в форме возмещения расходов, понесенных при получении Медицинской и(или) Лекарственной помощи, определяются Программой страхования и Договором (Полисом) страхования.

8.2. Страховщик производит Страховую выплату в течение 30 (Тридцати) рабочих дней со дня, следующего за днем получения заявления о выплате Страхового возмещения с приложением всех необходимых документов, оформленных надлежащим образом, предусмотренных Программой страхования и необходимых для принятия решения о выплате.

8.3. Страховщик имеет право продлить сроки рассмотрения заявленного события в случае, если у него имеются сомнения в подлинности представленных копий документов, в правомерности получения Страхового возмещения Страхователем/Застрахованным (его законным представителем либо лицом, действующим на основании доверенности) – до тех пор, пока не будут предоставлены необходимые документы (доказательства): оригиналы документов, ранее представленных в форме копий, документы, подтверждающие право Страхователя/Застрахованного (его законного представителя либо лица, действующего на основании доверенности) на получение Страховой выплаты. О факте продления сроков принятия решения Страховщик направляет Страхователю письменное уведомление в течение 5 (Пяти) рабочих дней с даты принятия Страховщиком соответствующего решения.

8.4. Если изменение сроков принятия решения о признании/непризнании заявленного события страховым вызвано необходимостью дополнительной проверки предоставленных Страхователем/Застрахованным (его законным представителем либо лицом, действующим на основании доверенности) 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, следующих за днем получения ответов (документов) или подтверждающих сведений (документов) компетентных органов и других организаций. Страховщик обязан письменно уведомить Страхователя/Застрахованного (его законного представителя либо лица, действующего на основании доверенности) 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.

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

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

8.6. С целью идентификации Страхователей/Застрахованных (его законных представителей либо лиц, действующих на основании доверенности), 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.

9. О порядке расчета налога, который будет удержан страховой организацией при расчете страховой выплаты (выплаты выкупной суммы) и возврате страховой премии или ее части при

досрочном прекращении договора страхования (для видов договоров страхования, к которым положениями налогового законодательства Российской Федерации установлены соответствующие требования) в случаях, когда страховая организация является налоговым агентом:

Страховые выплаты по Договорам добровольного медицинского страхования, предусматривающие возмещение медицинских расходов (медицинские услуги, лекарственные препараты) не подлежат налогообложению, за исключением оплаты стоимости санаторно-курортной путевки (подп. 3 п. 1 ст. 213 Налогового кодекса Российской Федерации). Страховые выплаты в виде оплаты санаторно-курортного лечения по Договорам добровольного медицинского страхования облагаются НДФЛ в размере 13% от стоимости санаторно-курортной путевки. Исчисленную сумму налога Застрахованный, получивший санаторно-курортное лечение уплачивает самостоятельно при получении уведомления от налогового органа.

10. Получатель страховой услуги вправе запросить информацию о размере вознаграждения, выплачиваемого страховому агенту по Договору (Полису) страхования.

11. Адреса мест приема документов при наступлении события, имеющего признаки Страхового случая, своевременное информирование Получателей страховых услуг об изменениях адресов на Официальном сайте Страховщика, а также непосредственно при его обращении Получателя страховых услуг:

11.1. Для получения Страховой выплаты с целью возмещения понесенных расходов, понесенных при получении медицинской и(или) лекарственной помощи, необходимо предоставить документы, перечисленные в Программе страхования обратившись в офис ООО «СК «АК БАРС-Мед» по адресу: 420124, г. Казань, ул. Меридианная, 1, корпус А, офис 85 лично Страхователем, Застрахованным (либо лицом, действующим на основании доверенности) или направить почтовым отправлением по адресу: 420124, г. Казань, ул. Меридианная, 1, корпус А, офис 85.

11.2. Страховщик уведомляет Страхователя об изменении своих контактных данных, в том числе адреса места нахождения, телефона, посредством размещения обновленной информации на официальном сайте Страховщика либо информирует Страхователя, Застрахованного (либо лицо, действующее на основании доверенности) при его непосредственном обращении в Контакт-центр Страховщика.

11.3. В случае изменения адресов и(или) реквизитов, указанных в Договоре (Полисе) страхования, Страхователь обязан в течение 5 (Пяти) рабочих дней с даты их изменения уведомить Страховщика в форме, позволяющей зафиксировать такое уведомление. Если Страховщик не был уведомлен об изменении адреса и(или) реквизитов Страхователя в указанный срок, все уведомления и извещения, направленные по адресу, указанному в Договоре (Полисе) страхования при его заключении, будут считаться полученными.

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.