

**ОБЩЕСТВО С ОГРАНИЧЕННОЙ ОТВЕТСТВЕННОСТЬЮ  
"СТРАХОВАЯ КОМПАНИЯ "ТИТ"**



**УТВЕРЖДЕНЫ**

Приказом № 37

от 28.05.2024 г.

Генеральный директор

В.Б.Юн



**ПРАВИЛА  
добровольного медицинского страхования  
(онкология)**

г. Москва

## СОДЕРЖАНИЕ:

1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ
2. СУБЪЕКТЫ СТРАХОВАНИЯ
3. ОБЪЕКТЫ СТРАХОВАНИЯ
4. СТРАХОВЫЕ РИСКИ. СТРАХОВЫЕ СЛУЧАИ
5. СТРАХОВАЯ СУММА. СТРАХОВОЙ ТАРИФ. СТРАХОВАЯ ПРЕМИЯ
6. ПОРЯДОК ЗАКЛЮЧЕНИЯ, ИСПОЛНЕНИЯ И ПРЕКРАЩЕНИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ. УВЕЛИЧЕНИЕ СТРАХОВОГО РИСКА.
7. ПОРЯДОК ВЫПОЛНЕНИЯ ОБЯЗАТЕЛЬСТВ ПО ДОГОВОРУ СТРАХОВАНИЯ
8. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН
9. ПОРЯДОК И УСЛОВИЯ ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЫ
10. СТРАХОВАЯ ВЫПЛАТА
11. ОТКАЗ В СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЕ
12. ПОРЯДОК РАССМОТРЕНИЯ ОБРАЩЕНИЙ И РАЗРЕШЕНИЯ СПОРОВ

## 1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

1.1. В соответствии с действующим законодательством Российской Федерации (далее по тексту – РФ), Гражданским кодексом РФ, Законом РФ "Об организации страхового дела в Российской Федерации" настоящие Правила регулируют отношения, возникающие между Обществом с ограниченной ответственностью "Страховая компания "ТИТ" (далее по тексту - Страховщик) и юридическими и физическими лицами (далее по тексту - Страхователями), по поводу добровольного медицинского страхования физических лиц (Застрахованных).

В соответствии с Правилами добровольного медицинского страхования (далее по тексту Правила) Страховщик заключает договоры добровольного медицинского страхования (далее по тексту – Договор страхования), по которым он гарантирует организацию и оплату медицинских и иных услуг определенного перечня и качества в объеме программы добровольного медицинского страхования в медицинских учреждениях. Программы добровольного медицинского страхования (далее по тексту – Программа(ы)) являются неотъемлемой частью Договора страхования.

1.2. Основные термины, используемые в настоящих Правилах:

**Врач-специалист** – врач, получивший от компетентных официальных органов разрешение на работу в качестве специалиста в определенной области медицины и имеющий необходимую квалификацию в области медицины, в которой требуется вынести заключение.

**Заболевание** – диагностированное впервые в жизни в период действия договора страхования и после окончания *Периода ожидания* *Врачом-специалистом* нарушение нормальной жизнедеятельности организма, обусловленное функциональными или морфологическими нарушениями.

**Злокачественное новообразование/ Онкологическое заболевание** - любое злокачественное заболевание, характеризующееся неконтролируемым ростом и распространением злокачественных клеток, проникающих в ткань различного гистологического типа, относящиеся к C00-C97 и D00-D09 (Новообразования *in situ*) по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем 10-го пересмотра, принятой 43-ей Всемирной Ассамблеей Здравоохранения (далее - МКБ-10), за исключением C44 (эпителиальных опухолей кожи: гиперкератоз, базалиома, плоскоклеточный рак), D04 (Карцинома *in situ* кожи), C91.1 (хронического лимфоцитарного лейкоза и любых новообразований, связанных или на фоне заболевания ВИЧ любой стадии). Диагноз должен подтверждаться заключением гистологического либо цитологического исследования, а в случае опухолей и *Злокачественных новообразований* головного мозга – заключением онколога, основанным на результатах исследований головного мозга (магнитно-резонансной томографии (МРТ), компьютерной томографии (КТ), позитронно-эмиссионной томографии (ПЭТ-КТ)), и/или гистологического исследования материала после операции или стереотаксической биопсии. Диагноз, вследствие которого требуется лечение, должен быть установлен впервые в жизни в течение *Периода непрерывного страхования* и после окончания *Периода ожидания*.

**Индекс массы тела (ИМТ)** — величина, позволяющая оценить степень соответствия массы человека и его роста. Индекс массы тела рассчитывается по формуле:  $I = \frac{m}{h^2}$ , где:  $m$  — масса тела в килограммах,  $h$  — рост в метрах, и измеряется в кг/м<sup>2</sup>.

**Медицинские и иные услуги** – комплекс мероприятий (действий), выполняемых медицинскими работниками и направленные на выявление, профилактику, лечение заболевания и восстановление здоровья у застрахованного.

**Медицинские учреждения** - юридические лица любой организационно-правовой формы, а также лица, занимающиеся предпринимательской деятельностью без образования юридического лица, получившие в установленном порядке лицензию на осуществление медицинской деятельности, оказывающие амбулаторно-поликлиническую, стационарную, реабилитационно-восстановительную и иную медицинскую помощь, с которыми Страховщик состоит в договорных отношениях непосредственно или через сервисную компанию и перечень которых приводится в договоре страхования.

**Офис** – специально оборудованное помещение страховщика, в котором осуществляется заключение и (или) расторжение Договора 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 в страховую организацию.

**Паллиативная медицинская помощь** – комплекс медицинских мероприятий, рекомендованных лечащим врачом-онкологом при условии, что имеет место стадия *Злокачественного новообразования*, когда исчерпаны возможности этиопатогенетического лечения, не показано специальное онкологическое лечение (в т. ч. оперативное вмешательство, химио-, лучевая, гормональная, иммунобиологическая терапия), имеется прогрессирование заболевания (наличие метастатических поражений при незначительном ответе на специализированную терапию или наличии противопоказаний к ее проведению, наличие метастатических поражений центральной нервной системы, печени, легких), не требуется круглосуточное медицинское наблюдение и лечение. Содержит комплекс мероприятий, включающих медицинские вмешательства, мероприятия психологического характера и уход, осуществляемые в целях улучшения качества жизни неизлечимо больных застрахованных и направленные на облегчение боли, других тяжелых проявлений *Онкологического заболевания*.

**Период непрерывного страхования** – период времени, начинающийся со дня начала действия первого договора страхования, заключенного в отношении застрахованного, и заканчивающегося в последний день срока действия последнего договора страхования в отношении такого застрахованного, заключенного не позднее 15 (пятнадцати) календарных дней со дня окончания действия предыдущего договора страхования.

**Период ожидания** – период времени со дня начала срока действия страхования по Договору страхования, в течение которого диагностирование застрахованного *Злокачественного новообразования* не является страховым случаем, *Плановые медицинские услуги* и иные услуги застрахованному лицу не организуются, а оказанные застрахованному *Плановые медицинские услуги* и иные услуги не оплачиваются Страховщиком, если иное не предусмотрено *Программой страхования*.

Период ожидания не применяется на Договоры страхования в отношении застрахованного, которое переходит с иной программы добровольного медицинского страхования Страховщика или иной страховой компании, покрывающей лечение *Злокачественных новообразований/онкологических заболеваний*. При этом договор страхования в отношении такого застрахованного должен быть заключен не позднее 15 (пятнадцати) календарных дней со дня окончания действия предыдущего договора страхования. В коллективном страховании *Период ожидания* применяется также в отношении новых застрахованных, прикрепляемых к коллективу, с первого дня прикрепления.

**Период охлаждения** - период времени, начинающийся с момента заключения договора страхования, в течение которого страхователь-физическое лицо независимо от момента (даты) уплаты страховой премии (первого страхового взноса, при уплате страховой премии в рассрочку) вправе отказаться от договора страхования и получить обратно уплаченную им страховую премию или ее часть, при условии, что на дату отказа от Договора страхования не наступало событий, имеющих признаки страхового случая. По настоящим Правилам *Период охлаждения* установлен сроком 14 (четырнадцать) календарных дней с даты заключения договора страхования, если больший срок не предусмотрен договором страхования.

**Плановые медицинские услуги** – медицинские услуги, выполняемые в заранее согласованные Сервисной компанией и Страховщиком сроки, которые могут быть оказаны на территории РФ или иного государства, указанного в Программе страхования.

**Получатель страховых услуг** – физическое лицо, в т. ч. зарегистрированное в качестве индивидуального предпринимателя, или юридическое лицо, обратившееся к страховщику с намерением заключить договор страхования (потенциальный получатель), а также страхователь или застрахованный по заключенному в соответствии с настоящими Правилами договору страхования.

**Программа добровольного медицинского страхования** - перечень медицинских и иных услуг, а также медицинских учреждений, в которых указанные услуги предоставляются застрахованному.

**Реабилитационное лечение** - комплекс медицинских мероприятий, направленных на максимально возможное восстановление или компенсацию нарушенных или полностью утраченных в результате *Онкологического заболевания*, в т. ч. последствий его хирургического лечения, нормальных физиологических функций (потребностей) застрахованного, его трудоспособности, назначенных врачом-онкологом (реабилитологом) в течение месяца после выписки из стационара после оперативного лечения *Злокачественного новообразования*, включая, но не ограничиваясь: лечебную физкультуру, занятия на тренажерах, массаж, мануальную терапию, физиотерапевтическое лечение.

**Сервисная компания** – специализированная организация, которая по поручению Страховщика, на основании заключенного со Страховщиком договора, обеспечивает организацию услуг, предусмотренных *Программой страхования*.

**Сопровождающее лицо** — лицо, сопровождающее застрахованного исключительно по медицинской необходимости и по согласованию с Сервисной компанией/Страховщиком до места оказания *Плановых медицинских услуг* и обратно.

**Срок страхования** – период времени, в течение которого страховщик предоставляет страхователю (застрахованному) страховую защиту по договору страхования. Страхование, обусловленное договором страхования, распространяется только на события, произошедшие в течение срока страхования. Если иное не предусмотрено договором страхования, срок страхования совпадает со сроком действия договора страхования.

**Страховая премия** - плата за страхование, которую страхователь обязан оплатить страховщику в порядке и в сроки, установленные договором страхования.

**Страховая сумма** - денежная сумма, которая определена в порядке, установленном договором страхования при его заключении, и исходя из которой устанавливаются размер страховой премии (страховых взносов) и размер страховой выплаты при наступлении страхового случая.

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

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

**Страховой случай** - совершившееся событие, предусмотренное договором страхования, с наступлением которого возникает обязанность страховщика произвести страховую выплату страхователю или застрахованному.

**Страховой тариф** – ставка страховой премии с единицы страховой суммы с учетом объекта страхования, характера страхового риска, а также других условий страхования (рода деятельности застрахованного лица, возраста застрахованного, срока страхования и т.п.).

**Страховые услуги** – финансовые услуги страховщика по заключению, изменению, расторжению и исполнению договоров страхования (полисов).

**Территория страхования** – территория, на которую распространяется действие страхования. События, имеющие признаки страхового случая и предусмотренные договором страхования, могут быть признаны страховыми случаями, если они произошли на территории страхования, указанной в договоре (Программе) страхования.

**Трансплантация костного мозга** – плановое медицинское мероприятие, проводимое в целях лечения лимфомы или лейкоза.

**Франшиза** - часть убытков, которая определена федеральным законом и (или) договором страхования, не подлежит возмещению страховщиком страхователю или иному лицу, интерес которого застрахован в соответствии с условиями договора страхования, и устанавливается в виде определенного процента от страховой суммы или в фиксированном размере.

В соответствии с настоящими Правилами, условиями Договора может быть предусмотрена безусловная франшиза (размер страховой выплаты определяется как разница между размером убытка и размером франшизы).

## 2. СУБЪЕКТЫ СТРАХОВАНИЯ

2.1. Субъектами комплексного добровольного медицинского страхования выступают: Страховщик, Страхователь, Застрахованное лицо.

2.1.1. "**Страховщик**" - Общество с ограниченной ответственностью "Страховая компания "ТИТ" - страховая организация, созданная в соответствии с законодательством РФ для осуществления деятельности по страхованию и получившая лицензии на осуществление соответствующего вида страховой деятельности в установленном Законом порядке.

2.1.2. **Страхователи:**

2.1.2.1. **физические лица**, обладающие гражданской дееспособностью, в т. ч. индивидуальные предприниматели, заключающие Договоры страхования в свою пользу или в пользу третьих лиц (Застрахованных).

Физические лица, в пользу которых заключаются Договоры добровольного медицинского страхования, считаются Застрахованными, при этом Страхователь – физическое лицо, заключившее Договор страхования в свою пользу, является одновременно Страхователем и Застрахованным.

2.1.2.2. **юридические лица** (предприятия, учреждения и организации любой организационно-правовой формы), представляющие интересы физических лиц, и заключающие Договоры страхования в пользу третьих лиц (Застрахованных).

2.1.2.3. **Застрахованный (застрахованное лицо)** – лицо, в пользу которого заключен Договор добровольного медицинского страхования (далее по тексту - Застрахованный).

2.1.2.4. Если иное не предусмотрено Договором страхования, Застрахованным может являться Страхователь – физическое лицо, иное физическое лицо, ребенок или Подопечный Страхователя – физического лица.

Если иное лицо не указано в Договоре страхования в качестве Застрахованного, Застрахованным по Договору страхования является Страхователь.

2.2. Застрахованным по Договору страхования может быть физическое лицо, возраст которого на дату начала *Периода непрерывного страхования* составляет от 1 (одного) года до 65 (шестидесяти пяти) полных лет включительно, являющееся гражданином РФ или лицом, которое в течение последних 5 (пяти) лет постоянно проживает на территории РФ.

Возраст Застрахованного рассчитывается в полных годах как разница между датой рождения Застрахованного и датой начала действия Договора страхования. Разница округляется до ближайшего целого значения лет следующим образом: 45,5 года округляется до 46 лет, а 45,4 года - до 45 лет.

2.3. Страховщик вправе отказать в заключении Договора страхования физическим лицам, возраст которых на момент заключения Договора страхования превышает 65 (**шестидесять**) лет.

2.4. Если иное не предусмотрено Договором страхования, не подлежит страхованию физическое лицо, которое на дату начала *Периода непрерывного страхования* соответствует одному или нескольким следующим условиям:

- ☐ является лицом, страдающим нервно-психическими заболеваниями и/или расстройствами (в соответствии с кодами МКБ-10 F00-F99);
- ☐ является лицом, нуждающимся в постоянном уходе в соответствии с медицинским заключением, употреблявшим когда-либо в жизни наркотические вещества без предписания врача, а также токсические вещества;
- ☐ является лицом, на постоянной основе выкуривающим более 20 сигарет в день, или употребляющим алкоголь более, чем 5 единиц в день (одна единица = 300 мл пива или 100 мл вина или 20 мл спирта);
- ☐ является лицом, которому когда-либо устанавливался диагноз *Злокачественное новообразование*, в т. ч. *in situ*, лейкоз, болезнь Ходжкина, доброкачественная или злокачественная опухоль головного мозга, имеющим генетические нарушения (кроме Синдрома Дауна), врождённые дефекты, аномалии развития;

- ☐ является лицом, которому когда-либо устанавливался диагноз дисплазия шейки матки CIN III (тяжелой степени);
- ☐ является лицом, которому в течение жизни устанавливались одно или несколько заболеваний/ функциональных нарушений: СПИД или ВИЧ-инфицирование (включая мутации или другие подобные изменения), сахарный диабет, туберкулез, гепатит В, С, D, жировая дистрофия печени, аутоиммунные заболевания (включая, но не ограничиваясь: ревматизм, системная красная волчанка, дерматомиозит (болезнь Вагнера), склеродермия, ревматоидный артрит, болезнь Крона, амилоидоз, саркоидоз, неспецифический язвенный колит, болезнь Бехтерева), рассеянный склероз, легочная гипертензия, цирроз печени, алкогольная болезнь печени, почечная и печеночная недостаточность, хроническая сердечная недостаточность II-III стадии, хроническая дыхательная недостаточность II-III степени, полицитемия, хронический панкреатит, первичный иммунодефицит, наследственные заболевания (болезнь Гоше, нарушение системы свертывания крови);
- ☐ является лицом, которому проводились хирургические операции по трансплантации органа или костного мозга, трепанация черепа;
- ☐ является лицом в возрасте от 18 (восемнадцати) до 65 (шестидесяти пяти) лет включительно, у которого за последние 6 (шесть) месяцев отмечалась нецеленаправленная резкая потеря веса (10 кг и более), чей Индекс массы тела (ИМТ) не находится в диапазоне от 20 до 35;
- ☐ является лицом в возрасте от 1 (одного) года до 17 (семнадцати) лет включительно, чей Индекс массы тела (ИМТ) равен или более +2,0 величины стандартных отклонений (SDS) от среднего показателя ИМТ для соответствующего возраста ребенка по стандартам ВОЗ (ожирение) или меньше -2,0 величины стандартных отклонений (SDS) от среднего показателя ИМТ соответствующего возраста ребенка по стандартам ВОЗ (гипотрофия);
- ☐ является лицом, у которого отмечалась нефизиологическая кровопотеря из любых источников, анемия неясной этиологии, отклонение от установленных лабораторных норм показателей онкомаркеров;
- ☐ является лицом, которое подвергается или подвергалось воздействию радиации, токсических или канцерогенных веществ при выполнении своих профессиональных обязанностей;
- ☐ является лицом, которому не исполнился 1 (один) год или исполнилось 65 (шестьдесят пять) лет. Договором страхования могут быть установлены иные возрастные ограничения.

Если иное не указано в Договоре страхования и/или *Программе страхования*, условия принятия на страхование, изложенные в настоящем пункте, являются существенными условиями Договора страхования и являются заверениями Страхователя об обстоятельствах в силу ст.431.2 ГК РФ. В случае если будет обнаружено, что Застрахованный на дату начала *Периода непрерывного страхования* не соответствует условиям принятия на страхование, то Страховщик отказывает в страховой выплате Застрахованному (не будет возмещаться любая оплата стоимости оказанных услуг и/или не будет производиться организация *Плановых медицинских услуг* и/или иных услуг), Договор страхования в отношении такого Застрахованного считается незаключенным, а страховая премия, уплаченная по Договору страхования, подлежит возврату на основании заявления Страхователя в письменной форме в течение 30 (тридцати) календарных дней со дня получения Страховщиком такого заявления Страхователя. Событие, произошедшее с таким лицом, не будет расцениваться Страховщиком как наступивший страховой случай ввиду несоответствия такого события признаку случайности его наступления (требование абз.2 п.1 ст.9 Закона РФ от 27.11.1992 №4015-1 "Об организации страхового дела в Российской Федерации"). В случае отсутствия Страховых выплат, Страховая премия, уплаченная по Договору страхования, будет подлежать возврату в полном объеме. Если по Договору страхования были осуществлены страховые выплаты, Договор страхования подлежит расторжению с даты, указанной в уведомлении Страховщика о расторжении Договора страхования без возврата страховой премии. В случае если страховые выплаты по Договору страхования были осуществлены сверх размера уплаченного

Страхователем страховой премии, такой Застрахованный обязан вернуть разницу денежных средств между произведенной страховой выплатой и уплаченной Страховщику Страхователем страховой премией. Страховщик имеет право на обращение в судебные органы с иском о признании Договора страхования недействительным полностью или в части на основании п.3 ст.944 Гражданского кодекса РФ.

2.5. В отдельных случаях, на отдельных условиях и за дополнительную плату (или без дополнительной платы, по решению Страховщика), лица, указанные в п. 2.4. настоящих Правил, являющиеся на момент заключения в отношении них Договора страхования ВИЧ-инфицированными, могут быть приняты на страхование только при условии, что до заключения Договора страхования Страховщик был письменно уведомлен Страхователем о состоянии здоровья такого лица, заявленного на страхование и при соблюдении условия, что данный факт прямо оговаривается по тексту Договора страхования.

### 3. ОБЪЕКТ СТРАХОВАНИЯ

3.1. Объектом добровольного медицинского страхования являются имущественные интересы Страхователя (Застрахованного), связанные с оплатой организации и оказания медицинской и лекарственной помощи (медицинских услуг) и иных услуг вследствие расстройства здоровья физического лица или состояния физического лица, требующих организации и оказания таких услуг, в объеме и на условиях, предусмотренных Договором страхования и Программой добровольного медицинского страхования.

### 4. СТРАХОВЫЕ РИСКИ, СТРАХОВЫЕ СЛУЧАИ

4.1. Страховым риском применительно к настоящим Правилам является диагностирование у Страхователя (Застрахованного) впервые в жизни в течение Периода непрерывного страхования и после окончания Периода ожидания *Злокачественного новообразования* и повлекшее необходимость получения медицинской и иной помощи, предусмотренной Договором страхования.

4.2. Страховым случаем применительно к настоящим Правилам является признаётся страховое событие, предусмотренное условиями Договора страхования и Программой страхования, в результате чего возникает обязанность Страховщика произвести страховую выплату, за исключением случаев, предусмотренных в пунктах 4.4.-4.5. настоящих Правил:

4.2.1. диагностирование Застрахованному впервые в жизни в течение *Периода непрерывного страхования* и после окончания *Периода ожидания Злокачественного новообразования*, повлекшее назначение лечащим *Врачом-специалистом* соответствующего профиля *Плановых медицинских услуг* в соответствии со стандартами оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями по профилю «онкология» в стационарных и/или амбулаторных условиях: консультаций *Врачей-специалистов*, обследования, хирургических методов лечения, лучевой терапии, химиотерапии, иммунобиологической терапии, гормонотерапии, включая необходимую согласно установленному диагнозу операцию по трансплантации костного мозга.

4.3. Действие страхования распространяется на 1 (одну) *Трансплантацию костного мозга* в течение срока страхования (1 года) и не более 5 (пяти) *Трансплантаций костного мозга* за весь *Период непрерывного страхования* при одновременном соблюдении всех следующих условий:

- ☐ диагноз лимфомы или лейкоза должен быть установлен впервые в жизни в течение *Периода непрерывного страхования* и после окончания *Периода ожидания* и подтвержден гистологически или цитологическими методами исследования;
- ☐ необходимость проведения *Трансплантации костного мозга* должна быть определена не менее чем 2 (двумя) *Врачами-специалистами* в соответствующей области медицины в соответствии с принятыми медицинскими критериями;
- ☐ *Трансплантация костного мозга* не является экспериментальным лечением и/или лечением с целью исследования или расследования;

- ☐ Трансплантация костного мозга будет производиться в соответствии с принятыми этическими нормами той страны, где будет выполняться Трансплантация костного мозга;
- ☐ Трансплантация костного мозга будет выполняться в признанном медицинском учреждении, имеющем разрешение компетентных органов той страны, где будет производиться Трансплантация костного мозга;
- ☐ имеется донор, подходящий для Трансплантации костного мозга Застрахованному;
- ☐ Страховщиком определено медицинское учреждение, которое взяло на себя выполнение Трансплантации костного мозга в пределах остатка страховой суммы, установленной по Договору страхования в отношении этого Застрахованного.

4.4. Не является страховым случаем и Страховщик не производит организацию и оплату *Плановых медицинских услуг*, если Застрахованный обратился за оказанием *Плановых медицинских услуг* и/или иных услуг:

- ☐ не предусмотренных *Программой страхования* (как в отношении самих медицинских услуг, так и их исполнителей);
- ☐ не назначенных *Врачом-специалистом* (услуги проведены без медицинских показаний), либо не являющихся необходимыми с медицинской точки зрения для диагностирования или лечения *Злокачественного новообразования*;
- ☐ организованных не *Сервисной компанией* и/или письменно не согласованных Страховщиком;
- ☐ по истечении 30 (тридцати) календарных дней после окончания срока действия Договора страхования по диагностированному у Страхователя (Застрахованного) впервые в жизни в течение Периода непрерывного страхования и после окончания Периода ожидания *Злокачественного новообразования* и повлекшему необходимость получения медицинской и иной помощи, предусмотренной Договором страхования;
- ☐ по врожденным порокам, по аномалиям развития, наследственным заболеваниям, родовым травмам, а также по психическим расстройствам и заболеваниям;
- ☐ в эстетических и/или косметических целях, кроме операции по реконструкции груди после резекции молочной железы по поводу *Злокачественного новообразования*;
- ☐ в отношении заболеваний, возникших в *Период непрерывного страхования*, но по заключению уполномоченного *Сервисной компанией* Врача-специалиста, не имеющих непосредственного отношения к проводимому лечению по страховому случаю;
- ☐ в связи с нарушением здоровья в результате употребления Застрахованным любых лекарств, медицинских препаратов или средств, не предписанных квалифицированным *Врачом-специалистом*;
- ☐ в связи с нарушением здоровья, прямо или косвенно вызванным психическим заболеванием Застрахованного;
- ☐ в связи с заболеванием и состоянием, которое является прямым или косвенным следствием синдрома приобретенного иммунодефицита (СПИД) или носительства вируса ВИЧ, включая мутацию или другое подобное изменение независимо от даты установления диагноза.

4.4.1. если Застрахованный обратился за оказанием *Плановых медицинских услуг* и/или иных услуг:

- ☐ в связи с ранее существовавшими заболеваниями и состояниями, диагностированными или о которых Застрахованному было известно до окончания *Периода ожидания*, установленного по Договору страхования, или до заключения Договора страхования в случае изменении страховой компании, договор страхования с которой предусматривал условия Программы страхования, аналогичные настоящим Правилам страхования, в т. ч. но неограничиваясь:
- ☐ повышенные значения онкомаркеров, нефизиологическая кровопотеря из любых источников, анемия неясной этиологии, резкая нецеленаправленная потеря веса (10 (десять) кг и более за 6 (шесть) месяцев);
- ☐ выявление патологических изменений (образований) при рентгенографии, компьютерной

томографии, позитронно-эмиссионной томографии, радионуклидных, иммуногистохимических методах исследования, магнитно-резонансной томографии, при ультразвуковой диагностике, эндоскопии, электрофизиологических методах исследования (электрокардиографии, эхоэнцефалографии) и других объективных методах исследования, в т. ч. выявление патологических изменений лабораторных показателей, выполненных при проведении диспансеризации (профилактического обследования), послуживших поводом для обследования и выявления в *Период непрерывного страхования* и после окончания *Периода ожидания Злокачественного новообразования*.

☐ вследствие диагностирования в *Период непрерывного страхования* и после *Периода ожидания Злокачественного новообразования* в случаях, когда его диагностика была начата до окончания *Периода ожидания*;

☐ вследствие диагностирования *Злокачественных новообразований* до окончания *Периода ожидания*;

☐ в связи с раком кожи, кроме меланом (коды МКБ-10: D04, C44, C60.9, C63.2), в связи с *Злокачественными новообразованиями* на фоне вируса человеческого иммунодефицита (ВИЧ) (код МКБ-10: C46);

☐ в связи с хроническим лимфоцитарным лейкозом (код МКБ-10: C91.1);

☐ в связи с дисплазией шейки матки 1, 2 стадии (CIN I-II);

☐ в связи с другими изменениями тканей, которые способны трансформироваться в *Злокачественные новообразования* и гистологически описанными как предраки; в связи с саркомой Капоши и другими опухолями, ассоциированными с ВИЧ-инфекцией или СПИД.

4.5. Не признается страховым случаем) организация и оплата Плановых медицинских услуг по лечению следующих видов/локализаций *Злокачественных новообразований* и их метастаз при наличии у Застрахованного одного или нескольких указанных ниже конкретных заболеваний и состояний, предшествующих окончанию *Периода ожидания*:

☐ *Злокачественное новообразование* лимфоидной, кроветворной и родственных им тканей (при наличии одного или нескольких заболеваний: Синдром Дауна, тромбоцитопения);

☐ *Злокачественное новообразование* яичек (при наличии одного или нескольких заболеваний/состояний до окончания *Периода ожидания*: крипторхизм, Синдром Дауна);

☐ *Злокачественное новообразование* щитовидной железы (при наличии одного или нескольких заболеваний/состояний до окончания *Периода ожидания*: повышенная или пониженная функция щитовидной железы в сочетании с шейной лимфоаденопатией и/или с шейным лимфаденитом, выявленные узлы щитовидной железы);

☐ *Злокачественное новообразование* поврежденного и соседних отделов костно-мышечной системы, меланомы (при наличии одного или нескольких заболеваний/состояний до окончания *Периода ожидания*: патологические изменения кожи (изменение размера, формы, цвета, появление зуда, изъязвлений, выделений из длительно существующих пятен, родинки, папилломы), рак кожи (C44 (эпителиальные опухоли кожи: гиперкератоз, базалиома, плоскоклеточный рак) и D04 (Карцинома in situ кожи)));

☐ *Злокачественное новообразование* поврежденного и соседних отделов костно-мышечной системы (при наличии одного или нескольких заболеваний/состояний до окончания *Периода ожидания*: артрит, артроз, патологические переломы костей в результате незначительного травмирующего воздействия);

☐ *Злокачественное новообразование* головного мозга (при наличии одного или нескольких заболеваний/состояний до окончания *Периода ожидания*: приступы с потерей сознания (синкопе), дебют (первый приступ) эпилептиформного (судорожного) синдрома, транзиторные ишемические атаки (нарушения мозгового кровообращения), инсульт, мигрень в течение последних трёх лет);

☐ *Злокачественное новообразование* органов средостения, в т. ч. органов дыхания (при наличии одного или нескольких заболеваний/состояний до окончания *Периода ожидания*: инфаркт миокарда, дилатационная кардиомиопатия, хроническое обструктивное заболевание легких (ХОЗЛ, ХОБЛ, хроническая обструктивная лёгочная болезнь), при

выявлении патологии на ЭКГ, на эхокардиографии; на результатах рентгенологических методов исследований, компьютерной томографии, магниторезонансной томографии органов грудной клетки);

☐ *Злокачественное новообразование* органов мочевого выделения (при наличии одного или нескольких заболеваний/состояний до окончания *Периода ожидания*: поликистоз почек, доброкачественные опухоли почек, нефрит, нефропатия, подковообразная почка, доброкачественные опухоли мочевого пузыря, доброкачественные опухоли мочевыводящих путей);

☐ *Злокачественное новообразование* молочной железы (при наличии одного или нескольких заболеваний/состояний до окончания *Периода ожидания*: доброкачественные опухоли молочной железы, уплотнения в области молочной железы, мастопатия, состояния после операции по увеличению груди, выявленные патологические изменения по результатам маммографии, магнитно-резонансной томографии молочных желез и других визуализирующих методах исследования);

☐ *Злокачественное новообразование* пищевода (при наличии одного или нескольких заболеваний/состояний до окончания *Периода ожидания*: пищевод Барретта, гастроэзофагеальный рефлюкс);

☐ *Злокачественное новообразование* желудка (при наличии одного или нескольких заболеваний/состояний до окончания *Периода ожидания*: язва желудка, полип желудка, выявление крови в кале);

☐ *Злокачественное новообразование* кишечника (при наличии одного или нескольких заболеваний/состояний до окончания *Периода ожидания*: колит с выявлением крови в кале, кишечная непроходимость, полип (полипоз) толстого кишечника, муковисцидоз, высокий гомоцистеин, выявление крови в кале);

☐ *Злокачественное новообразование* шейки матки (при наличии заболевания до окончания *Периода ожидания*: дисплазия шейки матки);

☐ *Злокачественное новообразование* яичников (при наличии заболевания до окончания *Периода ожидания*: поликистоз (киста) яичников);

☐ *Злокачественное новообразование* половых органов, анальной области, прямой кишки, полости рта и глотки (при наличии одного или нескольких заболеваний/состояний до окончания *Периода ожидания*: папилломавирусы человека высокого канцерогенного риска (16, 18, 31, 32, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58, 59 типы), кандилома);

☐ *Злокачественное новообразование* предстательной железы (при наличии одного или нескольких заболеваний/состояний до окончания *Периода ожидания*: увеличенная предстательная железа, аденома предстательной железы).

4.6. По соглашению сторон Договора страхования в Программе страхования могут быть предусмотрены дополнительные исключения из страхования, не противоречащие законодательству РФ. Страховщик имеет право исключить из Программы страхования или из Договора по конкретным Застрахованным иные заболевания, диагностированные до начала срока страхования.

4.7. Не подлежит возмещению Страховщиком:

☐ стоимость лекарственных средств или средств ухода за больным без медицинских показаний, а также по медицинским показаниям, не относящимся к страховому случаю, при амбулаторном лечении, за исключением лечения противоопухолевыми препаратами, включая специализированные иммунобиологические, гормональные препараты для лечения *Злокачественных новообразований*;

☐ расходы на приобретение медицинского оборудования, изделий медицинского назначения и предметов по уходу за больными при любых заболеваниях, услуги частных медсестер, дополнительные гонорары врачам и т. п.

4.8. Застрахованные считаются застрахованными только в пределах той территории, которая указана в Договоре страхования в качестве территории страхования.

В случае, если территория страхования не указана в Договоре страхования, такой территорией является территория РФ.

Если это прямо предусмотрено Договором страхования, специальное лечение за рубежом может быть проведено при одновременном соблюдении всех следующих условий:

- ☐ если лечение недоступно на территории РФ;
- ☐ если лечение не будет выполнено в ближайшем будущем (до 4 (четырёх) недель), то имеет место угроза жизни Застрахованного или постоянной нетрудоспособности Застрахованного, составляющей 80 (восемьдесят) процентов и более;
- ☐ если за рубежом существует медицинское учреждение, которое готово провести лечение для Застрахованного в соответствии с условиями Программы страхования.

4.9. Страховщик на основании настоящих Правил вправе формировать условия страхования к отдельному Договору страхования или отдельной группе Договоров страхования, ориентированные на конкретного Страхователя или группу Страхователей (Застрахованных), а также создавать страховые продукты, в той мере, в какой это не противоречит законодательству РФ и настоящим Правилам.

Такие условия страхования (Программы страхования) прилагаются к Договору страхования и являются его неотъемлемой частью.

4.10. Страховщик имеет право не оплачивать медицинские услуги, предоставленные Застрахованным, если медицинские услуги или их исполнители не предусмотрены Программой, указанной в Договоре страхования.

## **5. СТРАХОВАЯ СУММА. СТРАХОВОЙ ТАРИФ. СТРАХОВАЯ ПРЕМИЯ**

5.1. Страховая сумма по Договору страхования определяется Страховщиком и Страхователем по их усмотрению и соглашению, исходя из определенных Договором страхования условий: состояния здоровья Застрахованного, срока действия Договора страхования, количеству обращений в медицинские учреждения, стоимости сервисных услуг, включаемых в стоимость медицинских услуг, но не может быть менее стоимости медицинских услуг, установленных Страховщиком для конкретной Программы страхования с учетом категории медицинских учреждений, определенных Договором страхования.

5.2. Договором страхования могут быть установлены страховые суммы по каждому Застрахованному:

5.2.1. страховая сумма по каждому годовому договору страхования, заключенному в *Период непрерывного страхования*;

5.2.2 общая агрегатная страховая сумма, по всем договорам страхования, заключенным в *Период непрерывного страхования*.

В случае исчерпания агрегатной страховой суммы обязательства Страховщика по действующему договору страхования прекращаются, заключение новых договоров страхования в отношении такого Застрахованного в рамках настоящих Правил не допускается.

5.2.3. лимиты возмещения по определенным видам медицинской помощи, лечения или иным медицинским услугам.

5.3. По состояниям Застрахованного, возникшим в течение срока страхования и повлекшим экстренную госпитализацию, срок страхования может быть продлен до момента до момента устранения угрозы жизни Застрахованного.

5.4. Страховщик оплачивает обоснованные медицинские услуги, предоставленные Застрахованному медицинским учреждением, строго в соответствии со страховым случаем и Программой страхования, в пределах страховой суммы и лимитов возмещения, установленных в Договоре страхования.

5.5. Стороны Договора страхования имеют право в течение срока действия Договора страхования изменить размер страховой суммы по Застрахованному(ым) с учетом уже произведенных или возможных размеров страховых выплат, изменений списка Застрахованных и других факторов, связанных с увеличением страхового риска.

При изменении страховой суммы производится перерасчет размера страховой премии при этом страховая премия за неполный месяц уплачивается, как за полный, если иное не предусмотрено Договором страхования.

Указанные выше изменения оформляются в виде дополнительных соглашений в письменной форме.

5.6. О предполагаемом изменении стоимости медицинских услуг, гарантированных Программами страхования, Страховщик уведомляет Страхователя за месяц до предполагаемого введения новых цен.

5.7. Сумма страховой премии устанавливается исходя из страховых тарифов, рассчитанных Страховщиком, в зависимости от перечня медицинских услуг согласно Программе, лимитов возмещения, срока страхования, территории страхования, действующих цен на медицинские и иные услуги по договорам с медицинскими учреждениями, предварительной оценки риска и иных условий, предусмотренных Договором страхования.

5.8. Страховщик при определении размера страховой премии, подлежащей уплате по Договору страхования, вправе применять разработанные им базовые страховые тарифы в соответствии с Таблицей № 1 Приложения 1 к настоящим Правилам.

5.9. Страховая премия может быть уплачена в виде единовременного платежа или в рассрочку в виде нескольких страховых взносов. Порядок и сроки уплаты страховой премии определяется в Договоре страхования

5.10. При неуплате Страхователем страховой премии единовременно (первого страхового взноса при оплате страховой премии в рассрочку) в установленный Договором страхования срок или ее (его) уплаты не в полном размере Договор страхования считается не вступившим в силу и обязательства у Страховщика по Договору страхования не возникают, если иное не предусмотрено Договором страхования.

5.11. Если Договором страхования предусмотрена уплата страховой премии в рассрочку:

5.11.1. и очередной (второй и (или) последующий) страховой взнос не уплачен в установленные Договором страхования сроки и размере, то Договор страхования досрочно прекращает свое действие с 00 часов 00 минут дня, следующего за днем окончания установленного Договором страхования срока уплаты очередного страхового взноса, который не был уплачен полностью или частично. При этом неуплата очередного страхового взноса рассматривается как отказ Страхователя от Договора страхования;

5.11.2. и очередной (второй и (или) последующий) страховой взнос не уплачен в установленные Договором страхования сроки и размере, то Договор страхования прекращает свое действие по истечении 30 дней начиная с 00 часов 00 минут дня, следующего за днем окончания установленного Договором страхования срока уплаты очередного страхового взноса, который не был уплачен полностью или частично. В случае уплаты Страхователем просроченного страхового взноса в этот период действие Договора страхования не прекращается;

5.11.3. Договором страхования могут быть предусмотрены иные последствия за неуплату Страхователем в установленные сроки очередных страховых взносов.

Если Договором страхования не установлено иное, применяется порядок, предусмотренный в п. 5.11.1. настоящих Правил.

5.12. Страховщик уведомляет Страхователя о факте просрочки уплаты очередного страхового взноса (или о факте его уплаты не в полном размере) и о досрочном прекращении Договора страхования (либо о иных последствиях такого нарушения, предусмотренных Договором страхования) в письменной форме, если иной способ информирования не согласован со Страхователем при заключении Договора страхования.

5.13. При установлении у Застрахованного факторов, дополнительно влияющих на риск возникновения медицинских последствий, оплачиваемых в соответствии с настоящими Правилами, размер страховой премии по каждому полису увеличивается на соответствующий коэффициент, определяемый экспертным путем.

5.14. Страховая премия может быть уплачена Страхователем:

☐ наличными денежными средствами в кассу Страховщика при заключении Договора страхования;

☐ безналичным перечислением денежных средств на расчетный счет Страховщика.

5.15. При существенном изменении условий оказания медицинской помощи в медицинских учреждениях (применение нового медицинского оборудования, использование новых методов

диагностики и лечения и т. п.), связанных с увеличением стоимости оказания медицинских услуг, а также при подаче Страхователем заявления о расширении перечня медицинских услуг, а также при иных изменениях и дополнениях в Договоре страхования, размер страховой премии может быть изменен по соглашению сторон.

В этом случае Страхователь обязан уплатить дополнительную страховую премию в отношении всех Застрахованных, соответствующую увеличению страховой суммы, пропорционально не истекшему оставшемуся сроку действия Договора страхования.

5.16. Договором страхования может быть предусмотрена безусловная франшиза.

В Договоре страхования франшиза может устанавливаться по каждому страховому случаю.

Если наступает несколько страховых случаев, франшиза вычитается по каждому из них.

## **6. ПОРЯДОК ЗАКЛЮЧЕНИЯ, ИСПОЛНЕНИЯ И ПРЕКРАЩЕНИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ. УВЕЛИЧЕНИЕ СТРАХОВОГО РИСКА**

6.1. Договор страхования может быть заключен:

6.1.1. *в форме документа на бумажном носителе* при непосредственном обращении Страхователя к Страховщику (его уполномоченному представителю) с заявлением в устной или письменной форме, путем составления одного документа либо вручения Страховщиком Страхователю страхового полиса, подписанного Страховщиком;

В последнем случае согласие Страхователя заключить Договор страхования на предложенных Страховщиком условиях подтверждается принятием от Страховщика подписанного страхового полиса;

6.1.2. *в форме электронного документа* путем составления одного электронного документа, подписанного Сторонами, или обмена информацией между Страхователем и Страховщиком в электронной форме с использованием официального сайта Страховщика [www.titins.ru](http://www.titins.ru) в информационно-телекоммуникационной сети Интернет или посредством использования Сторонами *электронного документооборота (ЭДО)* и подписанного усиленными квалифицированными подписями Сторон.

6.1.3. Страховщик предоставляет Получателю страховых услуг при заключении с ним Договора страхования информацию в объемах и порядке, установленном действующим законодательством РФ и настоящими Правилами, а также текст настоящих Правил и Дополнительные условия страхования, если они являются неотъемлемой частью Договора страхования.

6.2. Для заключения Договора страхования (полиса) Страхователь обращается к Страховщику (его уполномоченному представителю) с заявлением в устной или письменной форме о своем намерении заключить Договор страхования:

6.2.1. К заявлению Страховщик может запросить следующие документы (или их заверенные копии):

6.2.1.1. документы, идентифицирующие физическое лицо - Страхователя:

- ☐ гражданский паспорт или иной документ, удостоверяющий личность (страницы с фотографией и регистрацией проживания);
- ☐ СНИЛС;
- ☐ контактная информация (телефон, адрес электронной почты);

6.2.1.2. документы, удостоверяющие правоспособность и идентифицирующие юридическое лицо – Страхователя:

- ☐ Свидетельство о государственной регистрации юридического лица (ОГРЮЛ) Страхователя;
- ☐ Свидетельство о постановке на учет юридического лица в налоговом органе (ИНН);
- ☐ сведения о лице, имеющем право заключить Договор страхования;
- ☐ контактная информация представителя (телефон, адрес электронной почты);

6.2.1.3. документы, удостоверяющие правоспособность и идентифицирующие индивидуального предпринимателя – Страхователя:

- ☐ гражданский паспорт или иной документ, удостоверяющий личность (страницы с фотографией и регистрацией проживания);
- ☐ выписка из Единого государственного реестра юридических лиц (ЕГРИП);
- ☐ СНИЛС;
- ☐ контактная информация представителя (телефон, адрес электронной почты);

6.2.1.4. документы, позволяющие установить бенефициарных владельцев (фамилию, имя, отчество, гражданство, дату и место рождения, копию документа, удостоверяющего личность; документа, подтверждающего право иностранного гражданина или лиц без гражданства на пребывание (проживание) в РФ; адрес места жительства (регистрации) и места пребывания;

6.2.1.5. сведения о лице(-ах), принимаемом(-ых) на страхование:

- ☐ фамилия, имя, отчество (при наличии);
- ☐ дата, месяц, год рождения;
- ☐ СНИЛС;
- ☐ гражданство (при наличии);
- ☐ место жительства в РФ;
- ☐ территория действия страхования;
- ☐ страховая сумма;
- ☐ срок страхования;
- ☐ информация о состоянии здоровья (медицинская анкета или документ о проведении предварительного медицинского обследования (проведенного не ранее, чем за 60 дней до момента заключения Договора страхования)) лица, принимаемого на страхование.

При заключении коллективного Договора страхования Страхователь обязан предоставить Страховщику списки застрахованных лиц по форме, установленной Страховщиком с приложением заполненных медицинских анкет по каждому заявляемому на страхование лицу.

Список застрахованных лиц составляется в двух экземплярах. Один экземпляр списка передается Страховщику, второй остается у Страхователя.

По результатам анализа информации о состоянии здоровья принимаемого на страхование лица (лиц) Страховщик вправе рассмотреть вопрос о принятии конкретного лица (лиц) на страхование и/или применении поправочных коэффициентов и/или изменения перечня индивидуальных условий страхования, в той мере, в какой это не противоречит действующему законодательству РФ и настоящим Правилам.

Медицинское обследование проводится за счет Страхователя. Предварительное медицинское освидетельствование проводится в медицинском учреждении по выбору Страховщика.

В случае отказа лица, заявляемого на страхование, от заполнения медицинской анкеты и/или прохождения предварительного медицинского освидетельствования, либо предоставления медицинской и/или иной документации касательно его состояния здоровья по запросу Страховщика, Страховщик вправе отказать такому лицу в приеме на страхование.

6.2.2. После оформления Договора страхования, представленные Страхователем документы становятся неотъемлемой его частью.

6.2.3. При этом Страховщик информирует Получателей страховых услуг о способах и порядке подачи Страховщику заявления в устной или письменной форме о заключении Договора страхования или об ином порядке заключения Договора страхования, а также необходимости ознакомления с Правилами страхования и Договором страхования.

6.2.4. Договор страхования, заключаемый с юридическим лицом, оформляется путем составления одного документа с приложением списка Застрахованных.

В этом случае Договором страхования может быть предусмотрено вручение Застрахованным документа, подтверждающего заключение Договора страхования в их пользу (страхового полиса, пластиковой карты, Программы страхования и т. п.).

По желанию Страхователя вместе с Договором страхования ему может быть выдан страховой полис.

6.2.5. В Договоре страхования подпись Страховщика/представителя Страховщика может быть выполнена путем факсимильного воспроизведения подписи с помощью средств механического

или иного копирования, электронной подписи либо иного аналога собственноручной подписи, предусмотренного законом и/или иными правовыми актам.

6.2.6. Изменения и дополнения к Договору страхования и соглашение о его расторжении должны быть заключены сторонами в письменной форме и подписаны уполномоченными сторонами.

6.3. Для заключения Договора страхования (полиса) в форме электронного документа:

6.3.1. Страхователь подает Страховщику заявление о страховании через официальный сайт Страховщика [www.titins.ru](http://www.titins.ru) путем заполнения формы анкеты-заявления на страхование, которая включает следующие данные:

- ☐ фамилию, имя, отчество, адрес, номер контактного телефона, адрес электронной почты Страхователя;
- ☐ фамилию, имя, отчество, дату, месяц, год рождения Застрахованного;
- ☐ наименование, адрес, телефон, банковские реквизиты, если Страхователь является юридическим лицом (в таком случае к заявлению прилагается список Застрахованных);
- ☐ территорию действия страхования;
- ☐ страховую сумму;
- ☐ срок страхования.

6.3.2. На основании электронного запроса, изложенного, в т. ч. в виде условий страхования и (или) анкеты-заявления на сайте Страховщика для заключения Договора страхования (полиса) Страхователь предоставляет информацию и документы в электронном виде (в т. ч. в виде электронных файлов в формате pdf, jpg и т. п.).

Заявление на страхование в электронной форме подписывается Страхователем - физическим лицам простой электронной подписью, а Страхователем - юридическим лицом - усиленной квалифицированной электронной подписью.

6.3.3. В соответствии с п.1 ст. 6 Федерального закона № 63-ФЗ от 06.04.2011 г. "Об электронной подписи", также п. 4 ст. 6.1. Закона РФ "Об организации страхового дела в Российской Федерации" № 4015-1 от 27.11.1992 г. Договор страхования, составленный в виде электронного документа, подписанный усиленной квалифицированной электронной подписью Страховщика, признается сторонами электронным документом, равнозначным документу на бумажном носителе, подписанному собственноручной подписью полномочного представителя Страховщика и направляется в электронной форме Страхователю.

6.3.4. Договор страхования (полис) считается заключенным с момента уплаты Страхователем страховой премии безналичным перечислением на расчетный счет Страховщика, если иное не предусмотрено Договором страхования.

6.3.5. Страховщик при вручении (пересылке, отправки в электронной форме) Договора (полиса) страхования обеспечивает получение Страхователем (Застрахованным) установленной действующим законодательством, Стандартами и внутренними документами Страховщика, информации об отдельных условиях Договора страхования в форме Ключевого информационного документа (КИД) и т. п.

6.3.6. При заключении Договора страхования в форме электронного документа посредством использования официального сайта Страховщика [www.titins.ru](http://www.titins.ru) в информационно-телекоммуникационной сети Интернет Страхователь оплачивает страховую премию (страховой взнос) после ознакомления с условиями, содержащимися в Договоре страхования и настоящих Правилах страхования, подтверждая тем самым свое согласие на заключение Договора страхования на предложенных Страховщиком условиях.

6.3.7. При заключении Договора страхования в форме электронного документа или посредством использования Сторонами электронного документооборота (ЭДО) Страхователь оплачивает страховую премию (страховой взнос) согласно условиям, предусмотренным в Договоре страхования, подписанном усиленными квалифицированными подписями Сторон.

6.3.8. Договор страхования считается заключенным с момента уплаты Страхователем страховой премии безналичным перечислением на расчетный счет Страховщика.

6.4. В случае утраты Договора страхования (полиса) в течение срока действия Договора страхования Страхователю выдается дубликат Договора страхования (полиса, пластиковой карты) на основании его заявления в письменной форме. Утраченные документы признаются недействительными и не могут являться основанием для получения медицинских услуг в соответствии с Договором страхования.

В случае утраты Застрахованным страхового полиса или пластиковой карты он должен незамедлительно известить об этом Страховщика.

Застрахованному запрещается передавать страховой полис и/или пластиковую карту другим лицам с целью получения ими медицинских услуг по Договору страхования.

Если будет установлено, что Застрахованный передал другому лицу страховой полис и/или пластиковую карту с целью получения им медицинских услуг по Договору страхования, Страховщик досрочно прекращает действие Договора страхования в отношении такого Застрахованного. Возврат страховой премии за неистекший срок действия договора страхования в этом случае не производится.

Стоимость медицинских услуг, оказанных третьим лицам, воспользовавшимся этими документами, подлежит возмещению Страховщику Страхователем (Застрахованным).

6.5. Для соблюдения требований действующего законодательства РФ в целях противодействия легализации (отмыванию) доходов, полученных преступным путем, и финансированию терроризма Страховщик осуществляет идентификацию Получателей страховых услуг (их представителей) до приема на обслуживание и при урегулировании требований о страховой выплате.

До приема на страхование Страховщик обеспечивает идентификацию Страхователя, Выгодоприобретателя или их представителей. На стадии урегулирования требований о страховой выплате обеспечивается идентификация лица, обратившегося к Страховщику с заявлением о получении страховой выплаты (Выгодоприобретателя, Страхователя, Застрахованного или их представителей), а также получателя страховой выплаты.

При проведении идентификации Страховщик вправе требовать от Получателя страховых услуг документы, удостоверяющие личность, учредительные документы, документы о государственной регистрации юридического лица (индивидуального предпринимателя), а также иные сведения и документы, предусмотренные действующим законодательством РФ и нормативными актами Банка России.

Заключая Договор страхования на основании настоящих Правил, Страхователь подтверждает свое согласие с тем, что Страховщик может в течение всего срока действия Договора страхования и в течение 5 (пяти) лет с даты его прекращения (если иной срок не установлен в Договоре страхования) осуществлять обработку указанных в нем персональных данных физических лиц. Страхователь несет персональную ответственность за предоставление согласий физических лиц – Застрахованных - на обработку их персональных данных.

Под обработкой персональных данных в настоящих Правилах понимается: сбор, систематизация, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, обезличивание, блокирование, уничтожение, а также совершение иных действий с персональными данными физических лиц в статистических целях и в целях проведения анализа страховых рисков.

Для осуществления вышеуказанных целей Страховщик имеет право передавать персональные данные, ставшие ему известными в связи с заключением и исполнением Договора страхования, третьим лицам, с которым у Страховщика заключены соответствующие соглашения, обеспечивающие надежное хранение и предотвращение незаконного разглашения (конфиденциальность) персональных данных.

В дополнении к изложенному выше, в процессе действия настоящего Договора (Полиса) и в целях его надлежащего исполнения Страхователь предоставляет ООО «СК «ТИТ» право получать и обрабатывать свои персональные данные и персональные данные Застрахованных, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, в медицинских учреждениях и страховых организациях, в т. ч.: сведения об обращениях в рамках ОМС (ДМС), сведения из

амбулаторной карты за период, необходимый для определения события по договору страхования, история болезни, результаты медицинских исследований, в т. ч. копии данных документов, сведения из бюро МСЭ об установлении инвалидности (в т. ч. копии справки МСЭ об установлении инвалидности, направление на МСЭ, акт освидетельствования МСЭ, представление на МСЭ).

Данное согласие может быть отозвано Страхователем в любое время, путем направления Страховщику письменного заявления Страхователя с отзывом согласия.

После прекращения действия Договора страхования (в т. ч. при его расторжении), а также в случае отзыва субъектом персональных данных согласия на обработку своих персональных данных, Страховщик обязуется уничтожить такие персональные данные в срок, не превышающий 10 (десять) лет с момента прекращения действия договора страхования либо с момента получения Страховщиком заявления об отзыве согласия на обработку персональных данных (если Договором страхования не предусмотрено иное).

6.6. При заключении Договора страхования Страхователь обязан сообщить Страховщику обо всех известных ему обстоятельствах, имеющих существенное значение для оценки страхового риска в отношении принимаемого на страхование лица, риск ответственности которого застрахован.

6.6.1. Если после заключения Договора страхования будет установлено, что Страхователь сообщил Страховщику заведомо ложные сведения о вышеуказанных обстоятельствах, Страховщик вправе потребовать признания договора недействительным с даты его заключения и применения последствий, предусмотренных законодательством РФ (п. 2 ст. 179 ГК РФ).

6.6.2. Если указанные документы не позволяют Страховщику оценить страховые риски, то сторонами по Договору страхования может быть достигнуто соглашение об ином перечне документов, которые позволят Страховщику оценить риски, принимаемые на страхование.

6.6.3. При заключении Договора страхования Страховщик вправе произвести проверку предоставленных в Заявлении на страхование сведений.

6.6.4. Страховщик вправе отсрочить заключение Договора страхования до момента получения от Страхователя или компетентного органа дополнительной или уточняющей информации о принимаемом на страхование лице.

6.6.5. Договором страхования или *Программой страхования* может быть установлен *Период ожидания*. *Период ожидания* может быть установлен отдельно по одной или нескольким *Плановым медицинским услугам*. Страховщик несет ответственность только по страховым случаям, произошедшим после окончания периода ожидания.

6.6.5.1. Условия о *Периоде ожидания* не применяются к Договору страхования, заключенному не позднее, чем по истечении 15 (пятнадцати) календарных дней со дня окончания срока действия предыдущего Договора страхования, заключенного в отношении этого Застрахованного, и по предыдущему Договору страхования *Период ожидания* истек.

6.6.5.2. Сроки действия последовательно заключаемых в течение указанного выше периода Договоров страхования составляют *Период непрерывного страхования*, который начинается с первого дня срока действия первого Договора страхования, заключенного в отношении Застрахованного, и заканчивается в последний день срока действия последнего Договора страхования, заключенного в отношении каждого Застрахованного.

6.6.5.3. В случае если Договор страхования заключен по истечении 15 (пятнадцати) календарных дней со дня окончания срока действия предыдущего Договора страхования, заключенного в отношении этого Застрахованного, то дата начала срока действия такого Договора страхования признается датой начала нового *Периода непрерывного страхования*.

Договором страхования может быть предусмотрена возможность заключить очередной Договор страхования в рамках *Периода непрерывного страхования* после признания события страховым случаем при условии, что не была исчерпана агрегатная страховая сумма и количество последовательно заключаемых в течение *Периода непрерывного страхования* договоров страхования. Количество очередных Договоров страхования, которые возможно заключить в *Период непрерывного страхования* после наступления страхового случая, определяется и

указывается в первом Договоре страхования, заключенном в отношении конкретного Застрахованного.

6.6.5.4. Размер страховой премии при заключении договора страхования на очередной срок страхования в рамках *Периода непрерывного страхования* устанавливается в очередном договоре страхования.

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

- ☐ о застрахованном лице;
- ☐ о характере события, на случай наступления которого осуществляется страхование;
- ☐ о размере страховой суммы;
- ☐ о сроке действия договора страхования.

Договор страхования может быть заключен на годовой период.

При страховании на срок более одного года размер страховой премии устанавливается в зависимости от срока действия Договора страхования:

Страховой тариф для Договоров страхования, заключаемых на срок более 1 года рассчитывается по следующей формуле  $СТ/12 \times N$ , где:

СТ – величина годового страхового тарифа (в %).

N - срок действия Договора страхования в месяцах.

6.6.6.1. Срок страхования указывается в Договоре страхования. Если Договором страхования не предусмотрено иное, то дата начала действия страхования наступает не ранее 00 часов дня, следующего за днем оплаты страховой премии (первой ее части при оплате в рассрочку).

6.6.6.2. Если до истечения срока действия предыдущего Договора страхования, заключается договор страхования на новый (очередной) срок, то заключаемый Договор страхования на новый (очередной) срок вступает в силу в следующем порядке:

6.6.6.2.1. с 00 часов 00 минут дня следующего за днем окончания срока действия предыдущего Договора страхования при условии уплаты страховой премии (первого страхового взноса) до даты начала срока действия нового Договора страхования. При неуплате/неполной уплате страховой премии (первого страхового взноса) новый Договор страхования считается не вступившим в силу.

6.6.6.2.2. с 00 часов 00 минут дня следующего за днем окончания срока действия предыдущего Договора страхования, если условиями нового Договора страхования предусмотрена уплата страховой премии (первого страхового взноса) в течение срока действия нового Договора страхования. При этом в случае неуплаты/неполной уплаты страховой премии (первого страхового взноса) в сроки, оговоренные Договором страхования, наступают последствия, предусмотренные п. 6.6.8. настоящих Правил. При этом Страхователь обязан в течение срока, установленного Страховщиком, оплатить причитающуюся Страховщику часть страховой премии за истекший срок действия Договора страхования.

6.6.8. Договор страхования прекращается в случаях:

6.6.8.1. истечения срока его действия, указанного в Договоре страхования как день окончания его действия (в 24 часа 00 минут дня, указанного в Договоре страхования, как день окончания его действия);

6.6.8.2. исполнения Страховщиком обязательств по Договору страхования в полном объеме (осуществление страховой выплаты в размере страховой суммы).

6.6.8.3. неуплаты Страхователем страховых взносов в размере и сроки, установленные в Договоре страхования;

6.6.8.4. добровольной или принудительной ликвидации Страхователя - юридического лица, а также в случае назначения арбитражного управляющего или временной администрации, достижения договоренности с кредиторами, установления контроля деятельности Страхователя со стороны какого-либо государственного органа – в 24 часа 00 минут дня подписания документа о таком решении уполномоченными лицами;

6.6.8.5. смерти Застрахованного;

6.6.8.6. ликвидации Страховщика в порядке, установленном законодательными актами РФ – в 24 часа 00 минут дня подписания документа о таком решении уполномоченными лицами;  
6.6.8.7. прекращения действия Договора страхования по решению суда – в 24 часа 00 минут дня признания Договора страхования недействительным в соответствии с законодательством РФ;  
6.6.8.8 по требованию Страхователя или Страховщика, если это предусмотрено условиями Договора страхования или по взаимному соглашению сторон в соответствии с нормами гражданского законодательства РФ;  
6.6.8.9. в других случаях, предусмотренных законодательством РФ.

6.7. Договор страхования прекращается до наступления срока, на который он был заключен, если после его вступления в силу возможность наступления страхового случая отпала и существование страхового риска прекратилось по обстоятельствам иным, чем страховой случай.

В этом случае Страхователь имеет право на получение части страховой премии пропорционально неистекшему сроку действия Договора страхования.

6.8. Договор страхования может быть прекращен досрочно по соглашению Страховщика и Страхователя, в соответствии с действующим законодательством РФ. О намерении расторгнуть Договор страхования стороны обязаны уведомить друг друга в письменной форме не менее, чем за 30 (тридцать) календарных дней до предполагаемой даты прекращения Договора страхования.

В этом случае Страховщик обязуется вернуть Страхователю часть уплаченной страховой премии (страхового взноса), рассчитываемой пропорционально времени, в течение которого не действовал Договор страхования (в пределах оплаченного срока страхования), за вычетом расходов Страховщика на ведение дела, предусмотренных структурой тарифной ставки.

6.8.1. Страхователь вправе отказаться от Договора страхования в любое время, если к моменту (дате) отказа возможность наступления страхового случая не отпала по обстоятельствам иным, чем страховой случай.

6.8.2. В случае досрочного отказа Страхователя от Договора страхования оплаченная Страховщику страховая премия (часть страховых взносов) возврату не подлежит, если иное не предусмотрено Договором страхования, за исключением случаев, предусмотренных в п. 6.8.3. и 6.8.5. настоящих Правил.

6.8.3. В случае если Страхователь - физическое лицо отказался от Договора страхования в течение Периода охлаждения независимо от момента (даты) уплаты страховой премии (первого страхового взноса, при уплате страховой премии в рассрочку), и до даты начала действия страхования, уплаченная им страховая премия (первый страховой взнос, при уплате страховой премии в рассрочку) подлежит возврату Страховщиком Страхователю - физическому лицу в полном объеме.

В случае если Страхователь - физическое лицо отказался от Договора страхования в течение Периода охлаждения независимо от момента (даты) уплаты страховой премии (первого страхового взноса, при уплате страховой премии в рассрочку), но после даты начала действия страхования, Страховщик при возврате уплаченной страховой премии Страхователю - физическому лицу вправе удержать ее (его) часть пропорционально сроку, прошедшему с даты начала действия страхования до даты прекращения действия Договора страхования.

При отказе Страхователя от Договора страхования в случае ненадлежащего информирования об условиях страхования, Страховщик возвращает уплаченную по Договору страхования страховую премию за вычетом части страховой премии, исчисляемой пропорционально времени (сроку), в течение которого действовало страхование по Договору страхования.

6.8.4. Договор страхования считается прекратившим свое действие с даты получения Страховщиком заявления Страхователя в письменной форме об отказе от Договора страхования или иной даты, установленной по соглашению сторон в Договоре страхования.

6.8.5. При досрочном прекращении Договора страхования по инициативе Страховщика в связи с невыполнением Страхователем условий Договора страхования и/или настоящих Правил Страхователю может быть возвращена внесенная им страховая премия за неистекший срок

действия Договора страхования за вычетом понесенных Страховщиком расходов, включая расходы на ведение дела в размере, предусмотренном структурой тарифной ставки, если иное не предусмотрено Договором страхования.

6.8.6. Размер части страховой премии, подлежащей возврату Страхователю при досрочном расторжении Договора страхования, рассчитывается исходя из фактически внесенной суммы страховой премии, отраженной в платежных документах.

Страховщик осуществляет возврат Страхователю - физическому лицу страховой премии (ее части) по выбору Страхователя - физического лица наличными денежными средствами или безналичным перечислением и Страхователю - юридическому лицу или индивидуальному предпринимателю безналичным перечислением:

□ в случаях, предусмотренных в п. 6.8.3. настоящих Правил – в срок, не превышающий 10 (десяти) рабочих дней со дня получения заявления Страхователя в письменной форме об отказе от Договора страхования;

□ в иных случаях, предусмотренных в п. 6.8.5. настоящих Правил или если возврат части страховой премии предусмотрен Договором страхования – в срок, не превышающий 30 (тридцать) рабочих дней со дня принятия решения Страховщиком о досрочном прекращении Договора страхования или получения заявления Страхователя в письменной форме об отказе от Договора страхования, если иной срок не установлен Договором страхования.

6.9. В течение срока действия Договора страхования Страхователь обязан незамедлительно, как только это станет им известно, сообщать Страховщику обо всех значительных изменениях в обстоятельствах, сообщенных страховщику при заключении Договора страхования, если эти изменения могут существенно повлиять на увеличение страхового риска.

6.9.1. При неисполнении Страхователем (Застрахованным) обязанности, предусмотренной п. 6.9. настоящих Правил, Страховщик вправе потребовать расторжения Договора страхования и возмещения убытков, причиненных расторжением Договора страхования, в соответствии с действующим законодательством РФ.

6.9.2. Страховщик, уведомленный об обстоятельствах, влекущих увеличение страхового риска, вправе потребовать изменения условий Договора страхования или оплаты дополнительной страховой премии.

Дополнительная страховая премия, если иное не предусмотрено Договором страхования, рассчитывается по формуле:

$$Д = \frac{(B2 - B1) \times n}{12}$$

где: Д - дополнительная страховая премия;

B1 - страховая премия по договору страхования, рассчитанная исходя из величины страхового риска на момент заключения договора;

B2 - страховая премия по договору страхования, рассчитанная исходя из величины страхового риска на момент изменения договора;

n - количество полных месяцев, оставшихся до окончания срока действия договора страхования. При расчете дополнительной страховой премии неполный месяц принимается за полный.

6.9.3. Если Страхователь возражает против изменения условий Договора страхования или доплаты страховой премии, Страховщик вправе потребовать расторжения Договора страхования и возмещения убытков, причиненных расторжением Договора страхования (пункт 5 статьи 453 ГК РФ), уведомив Страхователя об этом в письменной форме в течение 5 (пяти) рабочих дней со дня принятия решения. Стороны не вправе требовать возвращения того, что было исполнено ими по обязательству до момента (даты) расторжения Договора страхования, если иное не предусмотрено законом или Договором страхования.

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

6.9.4. Изменение обстоятельств признается значительным, когда они изменились настолько, что, если бы стороны могли это разумно предвидеть, Договор страхования вообще не был бы ими заключен или был бы заключен на значительно отличающихся условиях.

Значительными, во всяком случае, признаются изменения, оговоренные в Договоре страхования и в переданных Страхователю настоящих Правилах.

6.10. Изменение Договора страхования возможно по соглашению сторон, если иное не предусмотрено Договором страхования, в т. ч. при существенном изменении обстоятельств, из которых стороны исходили при заключении Договора страхования.

Все изменения и дополнения к Договору страхования оформляются путем заключения дополнительного соглашения в письменной форме.

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

## **7. ПОРЯДОК ИСПОЛНЕНИЯ ОБЯЗАТЕЛЬСТВ ПО ДОГОВОРУ СТРАХОВАНИЯ**

7.1. Право Застрахованного на получение и оплату медицинской, в т. ч. лекарственной, помощи, предусмотренной Договором страхования, наступает с даты начала страхования, указанной в Договоре страхования.

7.2. Предоставление медицинской (лекарственной) помощи, обусловленной Договором страхования, осуществляется путем обращения Застрахованного (напрямую или по направлению Страховщика или Сервисной компании) в медицинские учреждения, с которыми Страховщик состоит в договорных отношениях.

Медицинским учреждением в системе медицинского страхования является учреждение, имеющее лицензию:

- ☐ лечебно-профилактические учреждения, научно-исследовательские и медицинские институты;
- ☐ другие учреждения, оказывающие медицинскую помощь.

Взаимоотношения между Страховщиком и медицинским учреждением определяются договором на предоставление лечебно-профилактической помощи (медицинских услуг), по которому медицинское учреждение обязуется предоставлять Застрахованным медицинскую помощь определенного объема и качества в конкретные сроки в рамках программ добровольного медицинского страхования.

При этом в договоре стороны вправе предусмотреть следующие условия: численность застрахованных лиц, виды лечебно-профилактической помощи (медицинских услуг), стоимость работ, порядок расчетов, а так же порядок осуществления контроля качества оказания медицинской помощи, использования страховых средств, ответственность за неисполнение (ненадлежащее исполнение) по договору и иные условия по усмотрению сторон.

При обращении Застрахованного в медицинское учреждение предъявляется страховой полис, выданный Страховщиком, паспорт либо другой документ, удостоверяющий личность Застрахованного.

При обращении Застрахованного (его представителя) в аптеку медицинского учреждения по поводу лекарственных средств, предъявляется рецепт, установленной формы, выписанный врачом медицинского учреждения, с которым Страховщик состоит в договорных отношениях.

В случае необходимости Застрахованный обращается по телефону, указанному в страховом полисе.

7.3. При отсутствии возможности оказания услуг, предусмотренных Программой, в учреждении, определенном в Договоре страхования, Страховщик организует ее выполнение в ином медицинском учреждении. При этом выбор медицинского учреждения производится Страховщиком.

7.4. В случае выявления у Застрахованного заболеваний и состояний, при которых лечение не может быть осуществлено в медицинских учреждениях, сотрудничающих со Страховщиком, Страховщик оказывает содействие в направлении Застрахованного в специализированное медицинское учреждение. При этом Страховщик не оплачивает расходы по оплате медицинских услуг, оказанных Застрахованному в этих медицинских учреждениях.

7.5. Не оплачиваются Страховщиком расходы, возникшие по окончании срока действия Договора страхования, за исключением расходов, связанных с госпитализацией Застрахованного, начавшейся в течение срока действия Договора страхования, до момента устранения угрозы жизни Застрахованного.

7.6. В соответствии с условиями Договора страхования Страховщик в счет страховой выплаты (страховой суммы) вправе организовать оказание Плановых медицинских услуг Застрахованному (в т. ч. с привлечением Сервисной компании).

## **8. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН**

### **8.1. Страховщик обязан:**

8.1.1. ознакомить с содержанием настоящих Правил и Программ, после заключения договора выдать страховой полис с приложением настоящих Правил, Программы страхования, с указанием перечня медицинских учреждений;

8.1.2. не разглашать сведения о Страхователе (застрахованном лице), если это не вступит в противоречие с законодательными актами РФ;

8.1.3. для реализации программы страхования заключать двусторонние и иные договоры с медицинскими учреждениями, в которые должны содержать следующие условия:

- ☐ перечень медицинских услуг с указанием стоимости;
- ☐ описание документации, регламентирующей взаимоотношения Страховщика с медицинским учреждением и медицинского учреждения с застрахованными лицами;
- ☐ сроки действия договора с медицинским учреждением;
- ☐ сроки предоставления медицинским учреждением счетов-фактур по оказанным медицинским услугам Страховщику;
- ☐ сроки оплаты Страховщиком счетов-фактур;
- ☐ порядок разрешения споров.

8.1.4. обеспечить доступ застрахованному лицу (Страхователю) в медицинские учреждения, предусмотренные программой страхования;

8.1.5. оплачивать медицинские расходы, возникшие в связи с наступлением страховых случаев в соответствии с условиями договора страхования;

8.1.6. контролировать объем, сроки и качество медицинских и иных услуг в соответствии с условиями договоров на оказание медицинских и иных услуг с медицинскими учреждениями;

В случае необоснованного отказа медицинского учреждения в оказании застрахованному лицу, предусмотренных условиями договора страхования, неполного или некачественного оказания услуг, Страховщик, на основании заявления Страхователя (застрахованного лица) в письменной форме обязан принять меры, направленные на то, чтобы предусмотренные договором страхования медицинские и другие услуги были предоставлены застрахованному лицу в полном объеме.

Обоснованность претензий Страхователя (застрахованного лица) определяется Страховщиком.

8.1.7. раскрывать и доводить (предоставлять) информацию Получателю страховых услуг в объеме и порядке, установленном действующим законодательством РФ и настоящими Правилами;

8.1.8. уведомлять Страхователя о дополнительных условиях (в т. ч. о предварительном медицинском обследовании лица, принимаемого на страхование) и о порядке их выполнения в случаях, когда Страховщик устанавливает такие дополнительные условия для заключения договора страхования;

8.1.9. по запросу Страхователя один раз по одному договору страхования бесплатно предоставить Страхователю заверенный Страховщиком расчет суммы страховой премии (части

страховой премии), подлежащей возврату в связи с расторжением или досрочным прекращением договора страхования;

К указанному расчету по запросу Страхователя прилагаются пояснения в устной или письменной форме со ссылками на нормы права и (или) условия договора страхования и настоящих Правил, на основании которых произведен расчет.

8.1.10. по запросу Страхователя, позволяющему подтвердить факт его получения Страховщиком, предоставлять ему копии договора страхования (полиса) и иных документов, являющихся неотъемлемой частью договора страхования, за исключением информации, не подлежащей разглашению (персональные данные других застрахованных лиц, данные об уплаченных премиях по договорам страхования, условия страхования других категорий застрахованных лиц и пр.);

Страховщик обязан предоставить Страхователю копии указанных документов по действующим договорам страхования бесплатно один раз.

8.1.11. проинформировать Страхователя о факте просрочки уплаты очередного страхового взноса или факте его уплаты не в полном объеме, а также о последствиях таких нарушений способом, согласованным со Страхователем при заключении договора страхования.

## **8.2. Страховщик имеет право:**

8.2.1. устанавливать лимиты возмещения на оплату медицинских услуг по каждой программе страхования;

8.2.2. при заключении договора страхования при расчете размера страховой премии применять повышающие и понижающие коэффициенты, основываясь на результатах оценки риска и стоимости услуг в предоставляемых медицинских учреждениях;

8.2.3. проверить достоверность указанных в заявлении на страхование сведений, а в случае установления недостоверности сообщенных сведений о застрахованном лице, указанных в медицинской анкете или предварительном медицинском обследовании, отказать в заключении договора страхования.

Если же недостоверность сведений повлияла на увеличение страхового риска и была обнаружена Страховщиком после вступления договора страхования в силу, Страховщик имеет право отказать в выплате страхового возмещения (в оплате медицинских услуг) и/или досрочно прекратить действие договора страхования, при условии уведомления Страхователя в письменной форме о причинах расторжения договора страхования.

При этом Страхователю подлежит возврату страховая премия за неистекший срок действия договора страхования.

8.2.4. проверять выполнение застрахованным лицом (Страхователем) условий договора страхования;

В случае установления факта передачи застрахованным лицом другому лицу страхового полиса и/или пластиковой карты с целью получения последним услуг по договору страхования, Страховщик вправе потребовать досрочно расторгнуть договор страхования в отношении такого застрахованного лица в порядке, предусмотренном законодательством РФ.

В случае нарушения застрахованным лицом медицинских предписаний и рекомендаций врачебного персонала, а также несоблюдения правил внутреннего распорядка, установленных в медицинском учреждении, медицинское учреждение вправе прекратить поликлиническое обслуживание Застрахованного или выписать его из стационара.

При этом Страховщик оставляет за собой право приостановить выполнение своих обязательств либо потребовать досрочно расторгнуть договор страхования в отношении данного застрахованного лица в порядке, предусмотренном законодательством РФ.

8.2.5. знакомиться с медицинской документацией застрахованного лица (Страхователя);

8.2.6. не оплачивать медицинские расходы, оплата которых предусмотрена иными страховыми соглашениями;

8.2.7. самостоятельно выяснять причины и обстоятельства страхового случая, включая направление запросов в соответствующие учреждения;

8.2.8. в случае нарушения медицинским учреждением, с которым Страховщик заключил договор, условий договора (отказ в предоставлении застрахованному лицу услуги, предусмотренной договором страхования, а также в случае неполного или некачественного

предоставления медицинской услуги) полностью не возмещать затраты по оказанию медицинских услуг;

8.2.9. при возникновении осложнений у застрахованного лица и необратимых последствий от них по вине медицинского учреждения предъявить регрессный иск к медицинскому учреждению на возмещение суммы компенсации, выплаченной Страховщиком в отношении застрахованного лица;

8.2.10. требовать от застрахованного лица выполнения обязанностей, предусмотренных договором страхования и настоящими Правилами, включая обязанности, возложенные на Страхователя, но не выполненные им. Риск последствий невыполнения или несвоевременного выполнения обязанностей, которые должны были быть выполнены ранее, несет застрахованное лицо;

8.2.11. отсрочить принятие решения об осуществлении страховой выплаты, если по факту, связанному с наступлением страхового случая, в соответствии с действующим законодательством назначена дополнительная проверка, возбуждено уголовное дело или начат судебный процесс, до окончания проверки, расследования или судебного разбирательства либо до устранения иных обстоятельств, вызванных деятельностью государственных органов и препятствующих осуществлению страховой выплаты;

8.2.12. Отказать в осуществлении страховой выплаты (оплате медицинских услуг), если будет установлено, что при заключении или в период действия договора страхования имело место сообщение Страхователем и/или Застрахованным Страховщику заведомо ложных или недостоверных сведений об обстоятельствах, в том числе сведений о состоянии здоровья Застрахованного, имеющих существенное значение для определения вероятности наступления страхового события и размера возможных убытков, а равно основанием для определения Страховщиком возможности заключения договора страхования, степени принимаемого на страхование риска, установления тарифа страховой премии, включения в договор страхования иных условий.

Существенными признаются обстоятельства, оговоренные в договоре страхования, заявлении на страхование, анкете-заявлении, медицинской анкете и иных приложениях к договору страхования;

### **8.3. Страхователь обязан:**

8.3.1. уплачивать страховую премию (страховые взносы) в размерах и сроки, установленные договором страхования;

8.3.2. при заключении договора страхования и в период его действия сообщать Страховщику обо всех известных ему обстоятельствах, имеющих существенное значение для оценки страхового риска, определения вероятности наступления страхового события и размера возможных убытков, а равно основанием для определения Страховщиком возможности заключения договора страхования, степени принимаемого на страхование риска, установления тарифа страховой премии, включения в договор страхования иных условий;

8.3.3. ознакомить всех застрахованных лиц с условиями договора страхования, их правами и обязанностями, выдать застрахованным лицам полученные от Страховщика страховые полисы (регистрационные карточки, пластиковые карты и т. п.);

8.3.4. во всех случаях прекращения договора страхования уведомить застрахованных лиц о прекращении действия договора страхования и вернуть Страховщику страховые полисы (пластиковые карты и т. п.), действие которых прекращается с момента прекращения страхования в срок, установленный договором страхования;

8.3.5. при коллективной форме страхования уведомить Страховщика в письменной форме виде об увольнении застрахованного лица в течении 5 (пяти) дней с момента его увольнения;

8.3.6. выполнять условия договора страхования и настоящих Правил, не вошедшие в договор страхования;

### **8.4. Страхователь (Застрахованный) имеет право:**

8.4.1. требовать предоставления медицинских и иных услуг в медицинских учреждениях, определенных в договоре страхования, в соответствии с условиями страхования и программой страхования;

В случае же не предоставления таких медицинских услуг Страхователь (застрахованное лицо) должен немедленно поставить в известность об этом Страховщика.

При отсутствии у Страхователя (застрахованного лица) возможности сообщить об этом Страховщику информировать Страховщика может любое уполномоченное Страхователем лицо.

8.4.2. в течение срока действия договора страхования на основании дополнительного соглашения к действующему договору страхования расширить перечень медицинских услуг, изменив программу страхования, предусмотренную договором страхования на другую, предусмотренную настоящими Правилами, или увеличить размер страховой суммы, заключив дополнительное соглашение к договору страхования и уплатив при этом дополнительную страховую премию;

Дополнительное соглашение к договору страхования начинает действовать со дня уплаты дополнительной страховой премии.

8.4.3. в течение срока действия договора страхования изменить количество застрахованных лиц на основании дополнительного соглашения к действующему договору страхования при этом:

☐ за вновь принимаемых на страхование работников (членов их семей) оплатить дополнительную страховую премию в размере, порядке и сроки, установленные договором страхования;

☐ заменить одно застрахованное лицо на другое без уплаты дополнительной страховой премии в том случае, если заменяемое застрахованное лицо не обращалось за медицинскими и иными услугами и перечень программ страхования, предусмотренных договором страхования в отношении заменяемого застрахованного лица, не изменился;

☐ заменить одно застрахованное лицо на другое с уплаты дополнительной страховой премии в том случае, если заменяемое застрахованное лицо обращалось за медицинскими и иными услугами и перечень программ страхования, предусмотренных договором страхования в отношении заменяемого застрахованного лица, не изменился;

☐ уменьшить количество застрахованных лиц, при этом Страхователь имеет право на возврат части страховой премии за неистекший срок действия договора страхования в размере, порядке и сроки, установленные договором страхования;

8.4.4. получить у Страхователя или непосредственно у Страховщика (его страхового агента или иного уполномоченного представителя) КИД, страховой полис, программу страхования и настоящие Правила.

## **8.5. Застрахованный обязан:**

8.5.1. соблюдать предписания лечащего врача, полученные в ходе предоставления медицинских и иных услуг, соблюдать распорядок, установленный медицинским учреждением;

8.5.2. достоверно и полностью ответить на все вопросы, поставленные в заявлении на страхование;

8.5.3. пройти предварительное медицинское освидетельствование, если это предусмотрено договором страхования;

8.5.4. заботиться о сохранности страховых документов (полисов и пластиковых карт) и не передавать их третьим лицам с целью получения ими медицинских и иных услуг по договору страхования;

8.5.5. в случае утраты застрахованным лицом страхового полиса, пластиковой карты незамедлительно известить об этом Страховщика;

Утраченные документы недействительными и не могут являться основанием для получения медицинских и иных услуг в соответствии с договором страхования, взамен Страхователю (Застрахованному) выдаются новые.

8.5.6. своевременно информировать Страховщика обо всех обстоятельствах, возникающих в течение срока действия договора страхования, вследствие которых может возникнуть необходимость по оплате медицинских услуг Страховщиком;

8.5.7. предоставлять документы, предусмотренные договором страхования и настоящими Правилами.

## 9. ПОРЯДОК И УСЛОВИЯ ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЫ

9.1. При установлении диагноза *Злокачественное новообразование*, для получения Плановых медицинских услуг и/или иных услуг по Договору страхования, предусмотренных Программой страхования, Застрахованный обращается к Страховщику с Заявлением и предоставляет один из перечисленных ниже документов:

- ☐ «Извещение о больном с впервые в жизни установленным диагнозом злокачественного новообразования» (форма 090/У);
- ☐ Выписка из «Информационно-аналитической системы «Канцер-регистр».

9.2. Дополнительно к Заявлению в обязательном порядке прилагаются:

- ☐ копия действующего страхового полиса на момент наступления страхового случая;
- ☐ копия полиса Обязательного медицинского страхования;
- ☐ копия СНИЛС;
- ☐ копия документа, подтверждающего оплату страховой премии;
- ☐ копия документа, удостоверяющего личность Застрахованного (его законного представителя);
- ☐ подписанное Застрахованным (его законным представителем) согласие на обработку персональных данных Застрахованного, включая персональные данные специальной категории;
- ☐ скан выписки из медицинской документации, содержащей:
  - диагноз заболевания/состояния;
  - код диагноза по МКБ-10;
  - анамнез заболевания;
  - рекомендованный план лечения;
  - направление на госпитализацию (для организации стационарной помощи);
  - обоснование необходимости оказания стационарной помощи (для организации стационарной помощи);
- ☐ скан выписки из медицинской документации, содержащей:
  - результаты лабораторных, инструментальных и других видов исследований (при необходимости электронные носители или ссылки на них), включая радиологические (диски/описания), патоморфологические исследования (стекла / блоки);
  - выписки из медицинской карты амбулаторного больного по месту жительства (месту наблюдения), содержащей информацию о сроках прикрепления к Медицинскому учреждению (периоду наблюдения), об имеющихся у Застрахованного за последние 5 (пять) лет, предшествующих наступлению Страхового случая, Заболеваниях с указанием даты события, точных диагнозов, дат их постановки, предписанного и проведенного лечения, дат госпитализаций, их причин и периода нетрудоспособности;
  - выписных эпикризов из историй болезней стационарного больного (если были госпитализации) за последние 5 (пять) лет, предшествующих наступлению Страхового случая;
  - выписки из реестра оказанных за последние 5 (пять) лет, предшествующие наступлению Страхового случая, медицинских услуг страховой компании ОМС (запрос в страховую медицинскую организацию), ДМС, фонда ОМС с указанием даты обращения, медицинского учреждения, оказанной медицинской услуги, диагноза с указанием кода по МКБ-10. Выписка должна иметь печать страховой компании и подпись уполномоченного лица;
  - выписки из онкологического диспансера по месту жительства Застрахованного об отсутствии обращений Застрахованного за последние 5 (пять) лет, предшествующие наступлению Страхового случая, с указанием даты первичного обращения по поводу диагностирования *Злокачественного новообразования* и даты установления диагноза (даты постановки на учет);

- выписки из стационарной и/или амбулаторной карты Застрахованного (в полном объеме), заверенной Медицинским учреждением.

Все вышеуказанные медицинские документы должны быть заверены печатями медицинского учреждения (круглая/треугольная).

9.3. Страховщик вправе самостоятельно принять решение о достаточности фактически предоставленных документов для признания события страховым случаем.

9.4. Плановые медицинские услуги и/или иные услуги, оказанные Застрахованным, осуществляются в порядке, в сроки и на условиях, установленных договором между Страховщиком и Сервисной компанией.

## **10. СТРАХОВАЯ ВЫПЛАТА**

10.1. Страховая выплата по Договору страхования осуществляется путем оплаты Страховщиком счетов, выставляемых Сервисной компанией и/или Медицинскими учреждениями за оказанные Застрахованному Плановые медицинские услуги и/или иные услуги, в порядке, в сроки и на условиях, установленных договором между Страховщиком, Сервисной компанией и/или Медицинскими учреждениями.

10.2. Принятие решения о признании случая страховым и осуществлении страховой выплаты или решения об отказе в страховой выплате в случае отсутствия правовых оснований для осуществления страховой выплаты (далее по тексту - Решение об отказе) Страховщик осуществляет в течение 30 (тридцати) рабочих дней (если иной срок не предусмотрен Договором страхования) после получения заявления Застрахованного и всех документов в соответствии с п.п. 9.2. и 9.3. настоящих Правил.

10.3. Срок принятия решения о признании события страховым и осуществлении страховой выплаты или решения об отказе в страховой выплате исчисляется со дня, следующего за днем получения Страховщиком Заявления о страховой выплате и всех предусмотренных настоящими Правилами или Договором страхования документов (последнего из необходимых и надлежащим образом оформленных документов, предусмотренных настоящими Правилами и (или) Договором страхования), необходимых для принятия Страховщиком решения об осуществлении страховой выплаты.

10.4. Если у Страховщика имеются мотивированные сомнения в подлинности документов, подтверждающих страховой случай, принятие решения об осуществлении страховой выплаты может быть отсрочено до момента (даты), пока не будет подтверждена подлинность этих документов, но не более чем на 30 (тридцать) рабочих дней с момента (даты) предоставления Страхователем (Застрахованным) последнего из документов, предусмотренных п.п. 9.1. и 9.2. настоящих Правил.

10.5. По запросу Страхователя (Застрахованного) в письменной форме Страховщик в срок, не превышающий 30 (тридцати) календарных дней, предоставляет ему в письменной форме исчерпывающую информацию и документы (в т. ч. 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 Страхователя (Застрахованного), 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 РФ.

10.7. Если иное не предусмотрено Договором страхования, датой осуществления страховой выплаты является дата безналичного перечисления на расчетный лицевой счет медицинского учреждения, сервисной компании – дата списания денежных средств с расчетного счета Страховщика.

## **11. ОТКАЗ В СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЕ**

11.1. Страховщик освобождается от обязанности произвести страховую выплату в случае, если страховое событие не отвечает признакам страхового случая, установленным Правилами страхования и/или Договором страхования, а также, если в течение срока действия Договора страхования имели место:

- ☐ совершение Страхователем или Застрахованным, умышленного преступления, находящегося в прямой причинно-следственной связи со страховым случаем;
- ☐ не извещение Страхователем (Застрахованным) Страховщика о наступлении страхового случая в порядке и сроки, обусловленные Договором страхования, если не будет доказано, что Страховщик своевременно узнал о наступлении страхового случая, либо что отсутствие у Страховщика сведений об этом не могло сказаться на его обязанности произвести страховую выплату;
- ☐ неисполнение или ненадлежащее исполнение Страхователем (Застрахованным) обязанностей, предусмотренных настоящими Правилами и/или Договором страхования;
- ☐ нарушение здоровья в результате употребления Застрахованным алкоголя, наркотиков или токсических веществ, если такое нарушение здоровья имеет прямую связь с возникновением страхового случая;
- ☐ воздействие ядерного взрыва, радиации или радиоактивного заражения.

11.2. При принятии Страховщиком Решения об отказе в осуществлении страховой выплаты Страховщик в течение 3 (трех) рабочих дней после принятия Решения об отказе информирует Страхователя (Застрахованного) в письменной форме об основаниях принятия такого решения со ссылками на нормы права и (или) условия Договора страхования и настоящих Правил, на основании которых принято решение об отказе. Указанная информация предоставляется в том объеме, в каком это не противоречит действующему законодательству РФ.

11.3. Страховщик по запросу Страхователя (Застрахованного), направленному в письменной форме, в срок, не превышающий 30 (тридцати) календарных дней с даты его получения Страховщиком, предоставляет ему 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 Страхователя (Застрахованного), направленных на получение страховой выплаты.

## **12. ПОРЯДОК РАССМОТРЕНИЯ ОБРАЩЕНИЙ И РАЗРЕШЕНИЯ СПОРОВ**

12.1. Все споры и разногласия, возникающие между Сторонами в процессе исполнения Договора страхования, разрешаются путем переговоров. При невозможности устранения возникших разногласий путем переговоров, споры разрешаются в судебном порядке в соответствии с правилами подсудности, установленными действующим законодательством РФ, если иной порядок разрешения споров не предусмотрен Договором страхования.

12.2. До обращения в суд сторона, право которой нарушено, обязана предъявить другой стороне претензию в письменной форме с приложением документов, обосновывающих заявленные в претензии требования.

Претензия должна быть подписана заявителем (его уполномоченным лицом) и содержать требования заявителя, расчет суммы претензии, перечень прилагаемых документов и адрес для направления ответа на претензию.

Сторона, получившая претензию, обязана рассмотреть претензию и направить мотивированный ответ другой стороне об удовлетворении, частичном удовлетворении или отказе в удовлетворении предъявленного требования:

- в течение сроков, установленных действующим законодательством РФ для рассмотрения требований отдельных категорий заявителей;
- в течение 30 (тридцати) календарных дней со дня получения претензии в иных случаях.

12.3. При наличии условий, предусмотренных статьей 15 Федерального закона от 04.06.2018 №123-ФЗ "Об уполномоченном по правам потребителей финансовых услуг", требования

Потребителей финансовых услуг по Договору страхования о взыскании денежных сумм, подлежат рассмотрению уполномоченным по правам потребителей финансовых услуг.

До направления финансовому уполномоченному обращения Потребитель финансовых услуг должен направить Страховщику заявление со своими требованиями с приложением документов, обосновывающих заявленные требования, в письменной или электронной форме.

Страховщик обязан рассмотреть заявление Потребителя финансовых услуг, и направить ему мотивированный ответ об удовлетворении, частичном удовлетворении или отказе в удовлетворении предъявленного требования:

- в течение 15 (пятнадцати) рабочих дней со дня получения заявления в случае, если заявление направлено в электронной форме по стандартной форме, которая утверждена Советом Службы финансового уполномоченного, и если со дня нарушения, по существу которого идет спор, прошло не более 180 (ста восьмидесяти) дней;

- в течение 30 (тридцати) календарных дней со дня получения заявления в иных случаях.

Ответ на заявление Потребителя финансовых услуг направляется по адресу электронной почты Потребителя финансовых услуг, а при его отсутствии по почтовому адресу, указанному в заявлении.

Потребитель финансовых услуг вправе направить обращение финансовому уполномоченному после получения ответа Страховщика либо в случае неполучения ответа от Страховщика по истечении сроков рассмотрения заявления, указанных в настоящем пункте.

Потребитель финансовых услуг вправе заявлять в судебном порядке указанные требования к Страховщику, только после получения от финансового уполномоченного решения по обращению, за исключением случаев, предусмотренных статьей 25 Федерального закона от 04.06.2018 №123-ФЗ "Об уполномоченном по правам потребителей финансовых услуг".

12.4. В случае поступления обращения (претензии, жалобы) от Получателя страховых услуг Страховщик рассматривает такое обращение в порядке, установленном законом и (или) определенном в Договоре страхования.

12.5. Требования, вытекающие из Договора страхования, могут быть предъявлены в течение срока исковой давности, установленного действующим законодательством РФ.

## ТАРИФЫ по добровольному медицинскому страхованию

1. Диагностированное в период срока страхования застрахованному лицу *Злокачественное новообразование*, в зависимости от пола и возраста застрахованного лица принимает значение в диапазоне от **0,05 до 8,56**.

2. Поправочные коэффициенты в зависимости от вида профессиональной деятельности застрахованного лица приведены в Таблице №1.

**Таблица №1.**

| Классификация по профессиональной принадлежности                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                        |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1                                                                                                                                                                                                                    | 2                                                                                                                                                                       | 3                                                                                                                                                                      |
| Профессии с низким риском развития критических заболеваний, отсутствуют производственные факторы, оказывающие неблагоприятное воздействие на здоровье.                                                               | Профессии со средним риском развития критических заболеваний, связанного с наличием с производственных факторов, оказывающих умеренную степень воздействия на здоровье. | Профессии с высоким риском развития критических заболеваний, связанного с наличием производственных факторов, оказывающими повышенную степень воздействия на здоровье. |
| 0,1–1,1                                                                                                                                                                                                              | 0,3–2,5                                                                                                                                                                 | 0,5–4,0                                                                                                                                                                |
| При страховании возможно предоставление других коэффициентов на основании использования данных по условиям труда, технике безопасности на предприятии, а также других данных, существенно влияющих на степень риска. |                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                        |

3. Поправочные коэффициенты, учитывающие наличие отклонения от нормы в системах, анализах, наличии заболеваний, приведены в Таблице №2.

**Таблица №2.**

| Показатель                                             | Коэффициенты |
|--------------------------------------------------------|--------------|
| Сердечно-сосудистая система                            | 1,0–5,0      |
| Дыхательная система                                    | 1,0–5,0      |
| Нервная система                                        | 1,0–5,0      |
| Пищеварительная система                                | 1,0–5,0      |
| Мочеполовая система                                    | 1,0–5,0      |
| Опухоли                                                | 1,0–5,0      |
| Заболевания крови                                      | 1,0–5,0      |
| Инфекционные заболевания                               | 1,0–5,0      |
| ЭКГ                                                    | 1,0–3,0      |
| ИМТ                                                    | 1,0–3,0      |
| Анализ крови                                           | 1,0–3,0      |
| Анализ мочи                                            | 1,0–3,0      |
| Другие заболевания, факторы (наследственность и т. д.) | 1,0–5,0      |

4. Поправочные коэффициенты, учитывающие территорию страхования, приведены в Таблице №3.

**Таблица №3.**

| Коэффициенты в зависимости от территории страхования, обстановки в стране, времени пребывания на территории страхования и т.д. |         |         |         |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|---------|---------|
| Все страны мира                                                                                                                | РФ      | СНГ     | Другое  |
| 1,0–5,0                                                                                                                        | 0,8–1,5 | 1,0–5,0 | 1,0–5,0 |

5. Поправочные коэффициенты, учитывающие другие показатели по договору страхования, приведены в Таблице №4.

**Таблица №4.**

| Показатель                                                                                                                                                            | Коэффициенты |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|
| Численность застрахованных                                                                                                                                            | 0,1–1,0      |
| Безубыточная пролонгация Договоров страхования                                                                                                                        | 0,7–1,0      |
| Пролонгация Договоров страхования в случае наличия убытков по истекшему периоду                                                                                       | 0,9–3,0      |
| Беременность и роды, их осложнения или последствия, включая аборт, искусственные и преждевременные роды за исключением случаев, угрожающих жизни застрахованного лица | 1,0–2,0      |
| Пол, возраст застрахованного лица                                                                                                                                     | 0,05-3,0     |
| Семейное положение застрахованного лица                                                                                                                               | 0,5-2,0      |
| Регион фактического проживания застрахованного лица                                                                                                                   | 1,0-7,0      |
| Уровень образования застрахованного лица                                                                                                                              | 0,5-2,0      |
| Род профессиональной деятельности                                                                                                                                     | 0,5-10,0     |
| Регулярные занятия спортом                                                                                                                                            | 1,0-8,0      |
| Коллективное страхование                                                                                                                                              | 0,9-3,0      |
| Субъективные факторы риска, определенные на основании совокупности данных, представленных в заявлении на страхование                                                  | 0,05-10,0    |
| Результаты первичной оценки степени риска                                                                                                                             | 0,1-7,0      |

3. Поправочные коэффициенты, учитывающие другие показатели по договору страхования, приведены в Таблице №5.

**Таблица №5.**

| Показатель                                                                                                                                                            | Коэффициенты |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|
| Численность застрахованных                                                                                                                                            | 0,1–1,0      |
| Безубыточная пролонгация договоров страхования                                                                                                                        | 0,7–1,0      |
| Пролонгация договоров страхования в случае наличия убытков по истекшему периоду                                                                                       | 0,9–3,0      |
| Беременность и роды, их осложнения или последствия, включая аборт, искусственные и преждевременные роды за исключением случаев, угрожающих жизни застрахованного лица | 1,0–2,0      |
| Пол, возраст застрахованного лица                                                                                                                                     | 0,05-3,0     |
| Семейное положение застрахованного лица                                                                                                                               | 0,5-2,0      |
| Регион фактического проживания застрахованного лица                                                                                                                   | 1,0-7,0      |
| Уровень образования застрахованного лица                                                                                                                              | 0,5-2,0      |
| Род профессиональной деятельности                                                                                                                                     | 0,5-10,0     |

|                                                                                                                      |           |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| Регулярные занятия спортом                                                                                           | 1,0-8,0   |
| Коллективное страхование                                                                                             | 0,9-3,0   |
| Субъективные факторы риска, определенные на основании совокупности данных, представленных в заявлении на страхование | 0,05-10,0 |
| Результаты первичной оценки степени риска                                                                            | 0,1-7,0   |

При заключении договора страхования со сроком страхования более года Страховой тариф для Договоров страхования рассчитывается по следующей формуле

$СТ/12 \times N$ , где:

СТ – величина годового страхового тарифа (в %).

N - срок действия договора страхования в месяцах. Неполный месяц считается за полный.

Страховщик, используя внешние и внутренние источники информации (текущей ситуации на рынке, экономических особенностей отдельных контрагентов, дополнительной информации по отдельным застрахованным лицам) вправе не применять один или несколько нижеуказанных поправочных коэффициентов или применять их совокупность.

Значения поправочных коэффициентов Страховщик определяет экспертным путем в пределах установленных настоящим документом, в зависимости от различных факторов, влияющих на страховой риск.

Страховой тариф считается равным базовому страховому тарифу или исчисляется путем умножения базового страхового тарифа и поправочного (ых) коэффициента (ов), если имеются основания для применения таких коэффициентов.

Все особенности применения поправочных коэффициентов находят отражение в действующей андеррайтерской политике Страховщика.