

**ОБЩЕСТВО С ОГРАНИЧЕННОЙ ОТВЕТСТВЕННОСТЬЮ  
«СТРАХОВАЯ КОМПАНИЯ «ТИТ»**



**УТВЕРЖДЕНЫ**

приказом  
от 23 января 2025 г. № 8

Генеральный директор

В.Б.Юн

(Подлежит к применению

с 28 января 2025 года)



**П Р А В И Л А  
ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ  
ИНОСТРАННЫХ ГРАЖДАН, ОБУЧАЮЩИХСЯ  
В ВЫСШИХ УЧЕБНЫХ ЗАВЕДЕНИЯХ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

- Раздел 1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ
- Раздел 2. СУБЪЕКТЫ СТРАХОВАНИЯ
- Раздел 3. ОБЪЕКТ СТРАХОВАНИЯ
- Раздел 4. СТРАХОВЫЕ СЛУЧАИ. СТРАХОВЫЕ РИСКИ
- Раздел 5. СТРАХОВАЯ СУММА
- Раздел 6. СТРАХОВАЯ ПРЕМИЯ. СТРАХОВОЙ ТАРИФ
- Раздел 7. СТРАХОВАЯ ВЫПЛАТА
- Раздел 8. ОБЩИЕ ИСКЛЮЧЕНИЯ ИЗ ПРАВИЛ
- Раздел 9. СОБЫТИЯ, НЕ ЯВЛЯЮЩИЕСЯ СТРАХОВЫМИ СЛУЧАЯМИ;  
РАСХОДЫ, НЕ ПОДЛЕЖАЩИЕ ВОЗМЕЩЕНИЮ
- Раздел 10. ДОГОВОР СТРАХОВАНИЯ
- Раздел 11. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН
- Раздел 12. ДЕЙСТВИЯ СТОРОН ПРИ НАСТУПЛЕНИИ  
СТРАХОВОГО СЛУЧАЯ
- Раздел 13. ИСКОВАЯ ДАВНОСТЬ. ПОРЯДОК РАЗРЕШЕНИЯ СПОРОВ

ПРИЛОЖЕНИЯ 1-5

г. Москва

## Раздел 1 ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

1.1. В соответствии с действующим законодательством, Гражданским кодексом Российской Федерации, Законом РФ “Об организации страхового дела в Российской Федерации”, настоящие Правила определяют общие условия и порядок осуществления страхования непредвиденных медицинских расходов иностранных граждан и лиц без гражданства, прибывших в Российскую Федерацию и в установленном порядке зачисленных в высшие учебные заведения для обучения по программам профессионального образования-и/или по дополнительным профессиональным программам, связанных с необходимостью получать первичную медико-санитарную помощь и специализированную медицинскую помощь в неотложной форме, а также непредвиденных расходов по посмертной репатриации указанных лиц.

### 1.2. Основные понятия, используемые в настоящих Правилах:

1.2.1. **Период страхования** – указанный в договоре страхования временной интервал, измеряемый в днях (сутках), в течение которого действует договор страхования.

1.2.2. **Территория действия страхования** – конкретно обозначенная территория - субъект Российской Федерации, на территории которого застрахованное лицо проходит (осуществляет) обучение (учебную деятельность), и указанная в страховом полисе, в пределах которой Страховщик при наступлении страхового случая несет обязательства по выплате страхового возмещения.

1.2.3. **Лимит выплат** – максимально возможная сумма страховой выплаты по рискам, установленная договором страхования, по всем страховым случаям.

1.2.4. **Хроническое заболевание** – болезнь, уже существовавшая у Застрахованного лица до момента заключения договора страхования, которая может привести к ухудшению состояния здоровья и необходимости оказания неотложной медицинской помощи.

1.2.5. Под угрожающим жизни **обострением хронического заболевания** понимается острое состояние, развившееся вследствие существовавших ранее нарушений здоровья (хронических или рецидивирующих), представляющего собой непосредственную угрозу жизни Застрахованного лица без принятия экстренных мер по купированию данного состояния.

1.2.6. **Внезапное острое заболевание** – впервые диагностированное на территории страхования в указанный в договоре срок страхования нарушение состояния здоровья Застрахованного лица (не связанное с существовавшими ранее нарушениями здоровья (хроническими или рецидивирующими), диагноз которого поставлен в тот же период на основании известных медицинской науке объективных симптомов и которое требует неотложного лечения.

1.2.7. **Амбулаторная помощь (амбулаторное лечение)** – помощь, оказанная в условиях, не предусматривающих круглосуточного медицинского наблюдения и лечения.

1.2.8. **Стационарная помощь (стационарное лечение)** – помощь, оказываемая в условиях, обеспечивающих круглосуточное медицинское наблюдение и лечение.

1.2.9. **Скорая, в том числе скорая специализированная** -медицинская помощь, оказываемая гражданам при заболеваниях, несчастных случаях, травмах, отравлениях и других состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства, при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний, представляющих угрозу жизни пациента.

1.2.10. **Неотложная медицинская помощь** – помощь, оказываемая при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний без явных признаков угрозы жизни пациента.

1.2.11. **Экстренная медицинская помощь** - помощь, оказываемая при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний, представляющих угрозу жизни пациента.

**1.2.12. Первичная медико-санитарная помощь** является основой системы оказания медицинской помощи и включает в себя мероприятия по профилактике, диагностике, лечению заболеваний и состояний, медицинской реабилитации, наблюдению за течением беременности, формированию здорового образа жизни и санитарно-гигиеническому просвещению населения.

**1.2.13. Специализированная медицинская помощь** оказывается врачами-специалистами и включает в себя профилактику, диагностику и лечение заболеваний и состояний (в том числе в период беременности, родов и послеродовой период), требующих использования специальных методов и сложных медицинских технологий, а также медицинскую реабилитацию. Специализированная медицинская помощь оказывается в стационарных условиях и в условиях дневного стационара.

**1.2.14. Высокотехнологичная медицинская помощь**, являющаяся частью специализированной медицинской помощи, включает в себя применение новых сложных и (или) уникальных методов лечения, а также ресурсоемких методов лечения с научно доказанной эффективностью, в том числе клеточных технологий, роботизированной техники, информационных технологий и методов геномной инженерии, разработанных на основе достижений медицинской науки и смежных отраслей науки и техники.

**1.2.15. Несчастный случай** – внезапное, непредвиденное, непреднамеренное, кратковременное внешнее событие или воздействие, характер, время и место которого могут быть однозначно определены и которое повлекло за собой телесное повреждение или иное нарушение функций организма или смерть Застрахованного лица, не являющееся следствием заболевания, произошедшее в указанный в договоре срок страхования и на территории страхования, независимо от воли Застрахованного лица и/или Страхователя

**1.2.16. Договор (полис) страхования** - письменное соглашение Страхователя и Страховщика, определяющее порядок и условия страхования. Договор страхования заключается и оформляется в порядке, предусмотренном настоящими Правилами страхования. Правила страхования являются неотъемлемой частью Договора (полиса) страхования и обязательны для исполнения Страхователем, Застрахованным лицом и Страховщиком.

**1.2.17. Программа добровольного медицинского страхования** - медицинская помощь, оплачиваемая Страховщиком по Договору страхования. Программа добровольного медицинского страхования является неотъемлемой частью Договора страхования.

**1.2.18. Медицинское учреждение** - лечебно-профилактическое учреждение, с которым Страховщиком заключен договор о предоставлении медицинских и иных услуг Застрахованным лицам.

**1.2.19. Сервисная компания** - специализированная организация, которая по поручению Страховщика обеспечивает организацию медицинских услуг Застрахованному лицу, а также услуг по репатриации останков тела Застрахованного лица.

**1.2.20. Высшее учебное заведение** – любая образовательная организация, осуществляющая на основании лицензии (государственной аккредитации) обучение по образовательным программам высшего образования и/или по дополнительным профессиональным программам.

**1.2.21. Образовательные программы высшего образования** – программы бакалавриата, программы специалитета, программы магистратуры, программы подготовки научно-педагогических кадров в аспирантуре (адъюнктуре), программы ординатуры, программы ассистентуры-стажировки.

**1.2.22. Дополнительные профессиональные программы** - программы повышения квалификации, программы профессиональной переподготовки.

**1.2.23. Студенты (курсанты)** - лица, осваивающие образовательные программы высшего профессионального образования: программы бакалавриата, программы специалитета или программы магистратуры.

**1.2.24. Аспиранты** - лица, обучающиеся в аспирантуре (адъюнктуре) по программе подготовки научно-педагогических кадров

1.2.25. **Ординаторы** - лица, обучающиеся по программам последипломного высшего образования - программам ординатуры;

1.2.26. **Ассистенты-стажеры** - лица, обучающиеся по программам последипломного высшего образования - программам ассистентуры-стажировки.

1.2.27. **Страховые услуги** – финансовые услуги Страховщика по заключению, изменению, расторжению и исполнению Договоров (полисов) страхования.

1.2.28. **Получатель страховых услуг** – физическое лицо, в том числе зарегистрированное в качестве индивидуального предпринимателя, или юридическое лицо, обратившееся к Страховщику с намерением заключить Договор страхования (потенциальный получатель), а также Страхователь, Застрахованный или Выгодоприобретатель по заключенному в соответствии с настоящими Правилами Договору страхования.

1.2.29. **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.

1.2.30. **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.

1.2.31. **«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.

1.3. В целях доведения до Страхователей, Выгодоприобретателей, лиц, имеющих намерение заключить договор страхования, Страховщик, в порядке, установленном органом страхового надзора, размещает на собственном сайте в информационно-телекоммуникационной сети интернет информацию о своей деятельности, содержание и необходимость опубликования которой предусмотрена законодательством Российской Федерации или вытекает из обычаев делового оборота.

## Раздел 2 СУБЪЕКТЫ СТРАХОВАНИЯ

2.1. **Страховщик** – Общество с ограниченной ответственностью «Страховая компания «ГИТ», созданное в соответствии с законодательством Российской Федерации и осуществляющее деятельность по страхованию на основании лицензии, выданной органом страхового надзора, и в соответствии с Законом РФ № 4015 - 1 от 27.11.1992 г. «Об организации страхового дела в Российской Федерации», настоящими Правилами и заключаемыми договорами добровольного медицинского страхования.

2.2. **Страхователи** – юридические лица любой организационно-правовой формы и дееспособные физические лица (российские или иностранные граждане и лица без гражданства), заключившие со Страховщиком договор страхования.

Страхователи вправе заключать договоры страхования в пользу третьих лиц (далее по тексту - Застрахованные лица, Застрахованные).



**2.3. Застрахованными лицами** в соответствии с настоящими Правилами могут быть исключительно иностранные граждане или лица без гражданства, в установленном порядке зачисленные в высшее учебное заведение для обучения по образовательным программам высшего образования и/или по дополнительным профессиональным программам (студенты, курсанты, аспиранты, ординаторы, ассистенты-стажеры и т.п.).

Если Страхователь – физическое лицо, являющееся иностранным гражданином или лицом без гражданства, прибывшее в Российскую Федерацию и в установленном порядке зачисленное в высшее учебное заведение для обучения по образовательным программам высшего образования и/или по дополнительным профессиональным программам, заключил договор страхования своих имущественных интересов, то он является Застрахованным лицом по данному договору.

При заключении договора страхования в отношении лиц в возрасте 50 лет и старше Страховщик вправе применить к установленной тарифной ставке повышающие коэффициенты.

Страховщик имеет право отказать в заключении договоров страхования в отношении лиц, которым установлена I или II группы инвалидности.

### **Раздел 3. ОБЪЕКТ СТРАХОВАНИЯ**

Объектами страхования по Договорам, заключенным на условиях настоящих Правил, являются имущественные интересы Страхователя (Застрахованного лица), связанные с:

**3.1.** Не противоречащие законодательству Российской Федерации имущественные интересы Страхователя (Застрахованного лица), связанные с оплатой организации и оказания первичной медико-санитарной и специализированной медицинской помощи в неотложной форме, лекарственной помощи и иных услуг вследствие расстройства здоровья физического лица или состояния физического лица, требующих организации и оказания таких услуг.

**3.2.** Не противоречащие законодательству Российской Федерации имущественные интересы Страхователя (Застрахованного лица), связанные с риском возникновения непредвиденных расходов, не относящихся к предпринимательской деятельности, связанных со смертью Застрахованного и необходимостью осуществления расходов на транспортировку, репатриацию и/ или оказание ритуальных услуг.

### **Раздел 4. СТРАХОВЫЕ СЛУЧАИ. СТРАХОВЫЕ РИСКИ.**

**4.1. Страховым случаем** является совершившееся событие, предусмотренное Договором страхования, с наступлением которого возникает обязанность Страховщика произвести страховую выплату Страхователю, Застрахованному лицу, Выгодоприобретателю или иным третьим лицам.

**4.1.1.** По настоящим Правилам страховым случаем является обращение Застрахованного лица в течение срока действия Договора за получением различных видов платной медицинской и иной помощи, включенных в Программу/Программы добровольного медицинского страхования (Приложение №1 к настоящим Правилам), в связи с внезапным заболеванием Застрахованного и/или несчастным случаем, произошедшим с Застрахованным, при условии, что указанные события произошли во время действия Договора страхования, во время пребывания Застрахованного на территории Российской Федерации, на территории страхования в период действия Договора страхования и повлекли необходимость обращения за медицинскими и иными услугами, включенными в Программу (Приложение №1 к настоящим Правилам). В случае, если это предусмотрено Договором, также признается страховым случаем возникновение непредвиденных расходов на посмертную репатриацию тела застрахованного в объеме, предусмотренном Договором и выбранной Программой /Программами (Приложение 1 к настоящим Правилам);

**4.2. Страховым риском** является предполагаемое событие, на случай наступления, которого проводится страхование. Событие, рассматриваемое в качестве страхового риска, должно обладать признаками вероятности и случайности его наступления.

**4.3.** Договор страхования может быть заключен по любому из рисков (набору рисков), предусмотренных настоящими Правилами, входящих в Программу страхования (Приложение 1 к настоящим Правилам), а именно:

**4.3.1. Обращение Застрахованного лица за первичной медико-санитарной помощью и специализированной медицинской помощью в неотложной форме** по направлению Страховщика, которое оказывается Застрахованному лицу при телефонном звонке на медицинский пульт Страховщика или в Сервисную компанию.

При этом Страховщик оплачивает медицинскую помощь в неотложной форме, оказываемую Застрахованному лицу, на территории субъекта Российской Федерации, указанного в Договоре страхования, при наступлении страхового случая в связи с получением травмы, отравлением, внезапным острым заболеванием или обострением хронического заболевания, не представляющими угрозу жизни (в соответствии с ФЗ от 29.11.2010 N 326-ФЗ "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации", Указанием от 13 сентября 2015 г. N 3793-У ЦБ РФ, ФЗ от 21.11.2011 N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации").

Страховщик покрывает расходы на используемые медицинским персоналом при оказании медицинской помощи в неотложной форме в соответствии со стандартами первичной медико-санитарной помощи и специализированной медицинской помощи в рамках Программы страхования Застрахованных лекарственных препараты, включенные в утверждаемый Правительством Российской Федерации перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов для медицинского применения и медицинских изделий.

**4.3.2. Репатриация тела в случае смерти Застрахованного лица:**

Страховщик оплачивает расходы на оплату возвращения (посмертную репатриацию) тела (останков) Застрахованного лица из Российской Федерации в страну постоянного проживания Застрахованного лица **до транспортного узла на территории постоянного проживания Застрахованного (аэропорта, вокзала, порта) при условии организации посмертной репатриации Сервисной компанией.**

Репатриация может быть осуществлена представителем Застрахованного при условии предварительного письменного согласования всех расходов по репатриации с Сервисной компанией или Страховщиком.

По согласованию с родственниками умершего Страхователя (Застрахованного) репатриация останков может быть заменена кремацией на территории страхования и транспортировкой урны с прахом до транспортного узла (аэропорта, вокзала, порта) на территории постоянного проживания Застрахованного лица.

**Страховщик оплачивает следующие расходы по посмертной репатриации тела или урны с прахом Застрахованного лица, смерть которого наступила вследствие страхового случая в течение срока страхования на территории страхования, и оплату следующих расходов, согласованных Сервисной компанией и Страховщиком:**

**4.3.2.1.** Расходы по вскрытию и бальзамированию тела; пребыванию тела в морге; по приобретению гроба, требуемого для перевозки тела; оформлению документов, необходимых для перевозки тела до транспортного узла на территории постоянного проживания Застрахованного (аэропорта, вокзала, порта). При этом Страховщик не оплачивает расходы на ритуальные услуги.

**4.3.2.2.** Расходы на перевозку тела из морга на территории Российской Федерации до транспортного узла на территории постоянного проживания Застрахованного лица (аэропорта, вокзала, порта).

**4.4. Перечень страховых рисков,** выбранных Страхователем из числа предусмотренных Правилами, входящих в Программу страхования (Приложение №1 к настоящим Правилам) указывается в договоре страхования.

**4.5. Объем медицинской помощи**, оказываемой Застрахованному лицу медицинским и иными учреждениями и оплачиваемыми Страховщиком в лечебные и иные учреждения, определяется Договором страхования и выбранной Страхователем Программой/Программами (Приложение №1 к настоящим Правилам).

## **Раздел 5. СТРАХОВАЯ СУММА.**

**5.1. Страховой суммой** является определенная Договором страхования денежная сумма, исходя из которой, устанавливаются размер страховой премии (страховых взносов) и размер страховой выплаты при наступлении страхового случая. Страховая сумма устанавливается в российских рублях.

**5.2.** Страховая сумма, может устанавливаться в виде уменьшаемой страховой суммы, рассчитываемой как разность страховой суммы на начало срока действия Договора страхования и суммы страхового возмещения, осуществляемого Страховщиком в период действия Договора страхования по всем произошедшим страховым случаям (далее - агрегатная страховая сумма). Если агрегатная страховая сумма исчерпана полностью, обязательства Страховщика по Договору страхования считаются исполненными, а сам Договор страхования прекращается. Страховщик обязан уведомить Страхователя и Застрахованное лицо об уменьшении агрегатной страховой суммы в течение пяти рабочих дней с момента уменьшения размера страховой суммы до размера менее чем 10 000 рублей.

**5.3.** По желанию Страхователя страховая сумма может быть восстановлена до первоначальной величины или установлена в ином размере, с уплатой соответствующей части страховой премии.

## **Раздел 6. СТРАХОВАЯ ПРЕМИЯ. СТРАХОВОЙ ТАРИФ**

**6.1. Под страховой премией** понимается плата за страхование, которую Страхователь обязан уплатить Страховщику в порядке и в сроки, установленные Договором страхования. Страховая премия уплачивается Страхователем в валюте Российской Федерации.

При заключении конкретного Договора страхования Страховщик применяет рассчитанные им по каждому страховому риску базовые страховые тарифы (Приложение №2 к настоящим Правилам).

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

**6.3. Определение размера тарифной ставки.** Основываясь на базовых тарифных ставках, Страховщик, в каждом конкретном случае, при заключении Договора страхования, для определения реальной тарифной ставки, вправе применять к базовым тарифным ставкам повышающие и понижающие коэффициенты, указанные в Приложении №2 к настоящим Правилам.

Наличие минимальных и максимальных значений, повышающих/понижающих коэффициентов позволяет Страховщику более полно определить риск возникновения у Страхователя расходов (убытков), возможные факторы риска (возраст и состояние здоровья Застрахованного лица, род занятий, а также иные факторы, влияющие на степень страхового риска) и определять наиболее реальную тарифную ставку по конкретному договору страхования, что является одним из условий обеспечения финансовой устойчивости Страховщика. При этом Страховщик руководствуется правом, предоставленным ему Гражданским кодексом РФ и Законом РФ “Об организации страхового дела в Российской Федерации” на оценку страхового риска.

**6.4.** Страховая премия уплачивается единовременно:

- наличными деньгами в кассу Страховщика или его уполномоченному представителю при подписании Договора страхования;

- перечислением на расчетный счет Страховщика при безналичных расчетах в течение 5-ти рабочих дней со дня подписания Договора страхования.

**6.5.** Страховая премия уплачивается в российских рублях. При страховании с валютным эквивалентом страховая премия в Договоре страхования может быть указана в иностранной валюте, эквивалентом которой является соответствующая сумма в рублях по курсу Центрального банка РФ, установленному для иностранной валюты на день заключения Договора страхования.

**6.6.** В случае неуплаты Страхователем в установленный Договором страхования срок страховой премии, если стороны не договорились об отсрочке уплаты страховой премии, договор страхования считается не вступившим в силу.

## **Раздел 7. СТРАХОВАЯ ВЫПЛАТА**

Страховая выплата осуществляется в следующем порядке:

**7.1.** В случае если Застрахованное лицо пользовалось услугами, организованными Страховщиком или Сервисной компанией, Страховщик оплачивает выставленные лечебными учреждениями или Сервисной компанией счета по возмещению расходов, связанных с урегулированием страхового случая.

**7.2.** В случае получения не согласованных со Страховщиком/Сервисной компанией медицинских услуг, а также осуществления любых несогласованных расходов, Страховщик вправе отказать в возмещении расходов Застрахованного лица.

**7.3.** В случае, если Застрахованное лицо самостоятельно оплатило предварительно согласованные со Страховщиком/Сервисной компанией расходы по страховому случаю, Страховщик возмещает эти расходы Застрахованному лицу.

**7.4.** Для получения страховой выплаты Страхователь (Застрахованное лицо, Выгодоприобретатель) в течение 30-ти календарных дней с момента получения медицинской услуги предоставляет Страховщику следующие документы: Договор (Полис) страхования (Приложение №3 к настоящим Правилам), документ, удостоверяющий личность.

**7.5.** Страховая выплата может быть произведена представителю Застрахованного лица (Выгодоприобретателя) по доверенности, оформленной в установленном законом порядке.

**7.6.** Страховщик вправе проводить проверку предоставленных Застрахованным лицом документов. Для получения более полной информации о наступившем событии Страховщик вправе потребовать предоставления Застрахованным лицом необходимой дополнительной информации о причинах и обстоятельствах страхового случая. Страховщик также вправе запрашивать сведения, связанные с наступившим страховым случаем, у медицинских учреждений и других организаций, располагающих информацией о наступившем событии, а также самостоятельно выяснять причины и обстоятельства, связанные с его возникновением, расходами и убытками Застрахованного лица, и проводить медицинское освидетельствование Застрахованного лица врачом Страховщика.

При необходимости к работе по определению причин страхового случая и размера убытков могут быть привлечены независимые эксперты, оплата услуг которых осуществляется требующей стороной.

**7.7.** 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 – Решение об отказе) Страховщик осуществляет в течение 30 (тридцати) рабочих дней после получения заявления Страхователя (Выгодоприобретателя) и всех документов, необходимых для осуществления страховой выплаты.



7.8. 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 страхования или Договором страхования документов (последнего из необходимых и надлежащим образом оформленных документов, предусмотренных настоящими Правилами страхования и (или) Договором страхования), необходимых для принятия Страховщиком решения об осуществлении страховой выплаты.

7.9. Если получателем страховой выплаты не является лицо, обратившееся к Страховщику с заявлением на страховую выплату, такое лицо (или получатель страховой выплаты) обязано предоставить Страховщику документ, удостоверяющий личность получателя выплаты. В этом случае срок принятия решения начинается исчисляться со дня не ранее даты получения Страховщиком данного документа.

7.10. Если Страховщик признает наступившее событие страховым случаем и при отсутствии судебного спора между сторонами, он, на основании заявления, документов, представленных Страхователем (Застрахованным лицом), а также дополнительно полученных им материалов, в течение 15-ти рабочих дней, с момента принятия решения о выплате, составляет страховой акт, в котором указываются обстоятельства страхового случая, обоснование произведенных расчетов размера причиненных убытков /фактически понесенных расходов Страхователя (Застрахованного лица)/, размер суммы страхового возмещения, подлежащей выплате Страхователю.

7.11. Если Страховщик признает наступившее событие не страховым случаем, Страховой акт не составляется. В этом случае Страховщиком Страхователю (Застрахованному лицу), в течение 15-ти рабочих дней с момента принятия такого решения (решение принимается в пределах срока, предусмотренного настоящими Правилами для составления страхового акта), направляет письменное уведомление с указанием причин непризнания наступившего события страховым случаем и принятом решении об отказе в страховой выплате.

7.12. При принятии решения о признании случая страховым и осуществлении страховой выплаты Страховщик в срок, указанный в п. 11.10 настоящих Правил, составляет страховой акт, в котором указываются обстоятельства страхового случая, обоснование произведенных расчетов размера причиненных убытков и размер суммы страховой выплаты. Страховая выплата осуществляется в течение 15 (пятнадцати) рабочих дней после составления Страховщиком страхового акта, если иной срок не установлен Договором страхования.

7.13. Если лицо, обратившееся за страховой выплатой, не предоставило Страховщику банковские реквизиты, а также другие сведения, необходимые для осуществления страховой выплаты безналичным перечислением, Страховщик вправе продлить (приостановить) срок осуществления страховой выплаты до получения Страховщиком указанных сведений. В этом случае Страховщик обязан уведомить обратившееся лицо о факте приостановки и запросить у него недостающие сведения.

7.14. По запросу Застрахованного лица в письменной форме Страховщик в срок, не превышающий 30 (тридцати) календарных дней, предоставляет ему в письменной форме исчерпывающую информацию и документы (в том числе копии документов и (или) выписки из них), на основании которых Страховщиком было принято решение о страховой выплате (за исключением документов, которые свидетельствуют о возможных противоправных действиях Получателя страховых услуг, направленных на получение страховой выплаты), бесплатно один раз по каждому страховому случаю. Указанная информация и документы предоставляются в том объеме, в каком это не противоречит действующему законодательству.

7.15. Страховщик вправе отказать в страховой выплате, если Страхователь (Застрахованное лицо):

7.15.1. Произвел расходы, не согласованные с Сервисной компанией или Страховщиком до начала лечения, за исключением чрезвычайных случаев, когда Застрахованное лицо не могло обратиться в Сервисную компанию по состоянию здоровья (нахождение без сознания и т.п.) или

в связи с внешними чрезвычайными обстоятельствами (отсутствие или неисправность связи и т.п.), подтвержденными документально.

7.15.2. Содействовал увеличению размера расходов, подлежащих возмещению Страховщиком в связи со страховым случаем, либо не принял разумных и доступных ему мер к их уменьшению.

7.15.3. Получил соответствующее возмещение ущерба от лица, виновного в причинении этого ущерба.

7.15.4. При принятии Страховщиком в срок, указанный в п. 7.7. настоящих Правил, Решения об отказе в осуществлении страховой выплаты, Страховщик в течение 3 (трех) рабочих дней после принятия Решения об отказе информирует Застрахованное лицо в письменной форме об основаниях принятия такого решения со ссылками на нормы права и (или) условия договора страхования и настоящих Правил страхования, на основании которых принято решение об отказе. Указанная информация предоставляется в том объеме, в каком это не противоречит действующему законодательству РФ.

7.17.5. Страховщик по запросу Застрахованного лица, направленному в письменной форме, в срок, не превышающий 30 (тридцати) календарных дней с даты его получения Страховщиком, предоставляет Застрахованному лицу документы (в том числе копии документов и (или) выписки из них), обосновывающие решение об отказе, бесплатно один раз по одному событию, за исключением документов, которые свидетельствуют о возможных противоправных действиях Получателя страховых услуг, направленных на получение страховой выплаты.

## **Раздел 8. ОБЩИЕ ИСКЛЮЧЕНИЯ ИЗ ПРАВИЛ**

8.1. В соответствии с настоящими Правилами по Договорам страхования, если иное прямо не указано в Договоре страхования, не являются страховыми случаями события, при которых:

8.1.1. Страхователь (Застрахованное лицо) намеренно причинил вред своему здоровью, предпринял суицидальные попытки и иные умышленные действия, направленные на наступление страхового случая.

8.1.2. Страхователь (Застрахованное лицо) осознанно подверг свою жизнь и здоровье неоправданному/повышенному риску (за исключением случаев спасения жизни другому человеку, что должно быть подтверждено документами соответствующих органов).

8.1.3. Застрахованным лицом была допущена грубая неосторожность, в том числе, но, не ограничиваясь этим, нарушения правил поведения, безопасности или распорядка на территории/месте временного пребывания/трудовой деятельности.

8.1.4. Застрахованное лицо находилось в состоянии алкогольного (более 0,33 промилле алкоголя в крови), наркотического и/или токсического опьянения или под воздействием психотропных и токсических веществ.

8.2. В рамках настоящих Правил не подлежат возмещению расходы, если иное не предусмотрено Договором страхования:

8.2.1. Возникшие в результате наступления форс-мажорных обстоятельств, таких как война, военные действия, а также манёвры или иные военные мероприятия и их последствия, забастовки, революции, мятежи, восстания, гражданские волнения, народные волнения всякого рода и массовые беспорядки, акты терроризма и их последствия; стихийные бедствия и их последствия, эпидемии, метеоусловия, ядерный взрыв, прямое или косвенное воздействие радиации, радиоактивного или иного вида заражения, любые виды чрезвычайных ситуаций (катастроф и т.п.), и других обстоятельств непреодолимой силы, а также случаев, предусмотренных законодательством РФ и законодательством страны поездки.

## Раздел 9. СОБЫТИЯ, НЕ ЯВЛЯЮЩИЕСЯ СТРАХОВЫМИ СЛУЧАЯМИ; РАСХОДЫ, НЕ ПОДЛЕЖАЩИЕ ВОЗМЕЩЕНИЮ

В соответствии с настоящими Правилами, не являются страховыми случаями (если иное не предусмотрено Договором) обращения по следующим основаниям:

9.1. В случае заболевания, или расстройства здоровья хронического и рецидивирующего характера, их осложнения, имевшиеся до начала срока страхования или начавшиеся до приезда на территорию страхования, не требующие экстренной или неотложной медицинской помощи.

9.2. В случае заболевания/состояния, или несчастного случая, по которым уже проводилось лечение на территории страхования и в период действия полиса, не согласованное с Сервисной компанией или Страховщиком.

9.3. В случае заболевания, или расстройства здоровья, развившихся вследствие нарушений Застрахованным лицом правил профилактики заболеваний, невыполнения или ненадлежащего выполнения предписаний лечащего врача, а также вследствие самолечения и/или приема медицинских препаратов, не назначенных указанным врачом.

9.4. В случае приезда в РФ Застрахованного лица с намерением получить медицинскую помощь.

9.5. В соответствии с настоящими Правилами, не подлежат возмещению (если иное не предусмотрено Договором) следующие расходы:

9.5.1. Расходы по оказанию медицинских услуг:

- по оказанию Застрахованному лицу медицинской помощи в экстренной форме;
  - по оказанию Застрахованному лицу медицинской помощи, не назначенной врачом, оказывающим медицинскую помощь в рамках программы страхования;
  - по оказанию Застрахованному лицу медицинской помощи при особо опасных инфекционных болезнях (натуральная оспа, полиомиелит, малярия ТОРС), заболеваниях, включенных в утверждаемый Правительством Российской Федерации перечень заболеваний, представляющих опасность для окружающих, а также при злокачественных новообразованиях, сахарном диабете, психических расстройствах и расстройствах поведения в соответствии с частью 2 статьи 43 Федерального закона от 21 ноября 2011 года N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации".
  - по оказанию Застрахованному лицу высокотехнологичной медицинской помощи;
  - по оказанию Застрахованному лицу плановой медицинской помощи;
  - по оказанию Застрахованному лицу медицинской помощи при патологических состояниях, отравлениях и травмах, возникших у Застрахованного лица в состоянии алкогольного опьянения или под воздействием иных психоактивных веществ и (или) лекарственных препаратов, употребленных без назначения врача;
  - по оказанию Застрахованному лицу медицинской помощи при возникновении травматических повреждений или иных нарушений здоровья, наступивших в результате совершения Застрахованным лицом умышленных противоправных действий;
  - по оказанию Застрахованному лицу медицинской помощи при покушении застрахованного лица на самоубийство, за исключением тех случаев, когда Застрахованное лицо было доведено до такого состояния противоправными действиями третьих лиц;
  - по оказанию медицинской помощи при умышленном причинении себе телесных повреждений Застрахованным лицом;
  - связанных с беременностью, родами, послеродовым периодом и абортами Застрахованного лица.
- 9.5.2. Расходы на прочие услуги:
- уход и/или лечение Застрахованного лица родственниками и любыми лицами, не согласованными с Сервисной компанией или Страховщиком.
  - расходы, связанные с предоставлением дополнительного комфорта (палаты типа «люкс», прочие услуги).
  - любые услуги, не подтвержденные соответствующими документами (счет, квитанция, чек).

9.5.3. В соответствии с настоящими Правилами, не подлежат возмещению расходы Застрахованного лица в случае добровольного отказа:

- от назначенных сервисным центром или Страховщиком схем организации помощи.
- от выполнения предписаний лечащего врача, полученных им в связи с обращением по поводу страхового случая.
- от эвакуации до транспортного узла (аэропорта, вокзала, порта) города, где Застрахованный постоянно проживает.
- от организации перевода в другое лечебное учреждение, предложенное Сервисной компанией.

## Раздел 10. ДОГОВОР СТРАХОВАНИЯ

10.1. По Договору страхования, заключенному на основании настоящих Правил, Страховщик обязуется за обусловленную Договором страхования плату (страховую премию) при наступлении предусмотренного в Договоре страхования события (страхового случая), произвести страховую выплату в соответствии с условиями настоящих Правил и Договора страхования.

10.2. Порядок заключения и исполнения Договора страхования:

10.2.1. Для заключения Договора страхования Страхователь обращается к Страховщику (или его представителю) с заявлением (устным или письменным), в котором сообщает все данные, необходимые для Договора (полиса) страхования.

10.2.2 Договор (полис) страхования должен содержать, в том числе следующие сведения:

10.2.3 Сведения о Страхователе:

а) в случае если страхователем является физическое лицо:

фамилия, имя, отчество (последнее - при наличии) на русском языке (для иностранных граждан и лиц без гражданства такие сведения дополнительно указываются с помощью букв латинского алфавита на основании сведений, содержащихся в документе, предусмотренном федеральным законом или признаваемом в соответствии с международным договором Российской Федерации в качестве документа, удостоверяющего личность иностранного гражданина или лица без гражданства);

пол;

дата рождения;

гражданство (при наличии);

адрес места жительства (регистрации) или адрес места пребывания на территории Российской Федерации, дата регистрации;

данные основного документа, удостоверяющего личность гражданина (для иностранных граждан и лиц без гражданства указываются вид и данные документа, предусмотренного федеральным законом или признаваемого в соответствии с международным договором Российской Федерации в качестве документа, удостоверяющего личность иностранного гражданина или лица без гражданства);

контактная информация (телефон, адрес электронной почты (при наличии));

б) в случае если страхователем является физическое лицо, зарегистрированное в установленном законодательством Российской Федерации порядке в качестве индивидуального предпринимателя:

фамилия, имя, отчество (последнее - при наличии) на русском языке (для иностранных граждан и лиц без гражданства такие сведения дополнительно указываются с помощью букв латинского алфавита на основании сведений, содержащихся в документе, предусмотренном федеральным законом или признаваемом в соответствии с международным договором Российской Федерации в качестве документа, удостоверяющего личность иностранного гражданина или лица без гражданства);

дата рождения;



гражданство (при наличии);

место жительства в Российской Федерации (указывается адрес, по которому индивидуальный предприниматель зарегистрирован по месту жительства в установленном законодательством Российской Федерации порядке);

данные основного документа, удостоверяющего личность гражданина (для иностранных граждан и лиц без гражданства указываются вид и данные документа, предусмотренного федеральным законом или признаваемого в соответствии с международным договором Российской Федерации в качестве документа, удостоверяющего личность иностранного гражданина или лица без гражданства);

контактная информация (телефон, адрес электронной почты (при наличии));

дата государственной регистрации физического лица в качестве индивидуального предпринимателя и данные документа, подтверждающего факт внесения в единый государственный реестр индивидуальных предпринимателей записи об указанной государственной регистрации;

в) в случае если страхователем является юридическое лицо:

организационно-правовая форма;

полное и (при наличии) сокращенное наименование, в том числе фирменное наименование, для коммерческих организаций на русском языке. В случае если в учредительных документах юридического лица его наименование указано на одном из языков народов Российской Федерации и (или) на иностранном языке, указывается также наименование юридического лица на этих языках;

адрес (место нахождения) постоянно действующего исполнительного органа юридического лица (в случае отсутствия постоянно действующего исполнительного органа юридического лица - иного органа или лица, имеющих право действовать от имени юридического лица без доверенности), по которому осуществляется связь с юридическим лицом;

контактная информация (телефон (факс), адрес сайта и (или) электронной почты организации (при наличии));

фамилия, имя, отчество (последнее - при наличии) и должность лица, уполномоченного подписывать договор страхования от имени страхователя и документ, на основании которого он подписывает договор страхования.

10.2.4 Информацию о Застрахованном лице:

фамилия, имя, отчество (последнее - при наличии) на русском языке, а также дополнительно с помощью букв латинского алфавита на основании сведений, содержащихся в документе, предусмотренном федеральным законом или признаваемом в соответствии с международным договором Российской Федерации в качестве документа, удостоверяющего личность иностранного гражданина или лица без гражданства;

пол;

дата рождения;

вид и данные удостоверяющего личность Застрахованного лица документа, предусмотренного федеральным законом или признаваемого в соответствии с международным договором Российской Федерации в качестве документа, удостоверяющего личность иностранного гражданина или лица без гражданства;

адрес места жительства (регистрации) или адрес места пребывания на территории Российской Федерации;

гражданство (при наличии);

контактная информация (телефон, адрес электронной почты (при наличии)).

10.2.5 Сведения о Страховщике:

организационно-правовая форма и полное фирменное наименование;

номер и дата выдачи лицензии на осуществление добровольного личного страхования, за исключением добровольного страхования жизни;

адрес (место нахождения);

телефон (факс);

адрес официального сайта в информационно-телекоммуникационной сети "Интернет";

банковские реквизиты;

фамилия, имя, отчество (последнее - при наличии) и должность лица, уполномоченного подписывать договор страхования от имени Страховщика, и документ, на основании которого данное лицо подписывает договор.

10.2.6 Реквизиты Договора (полиса) страхования:

серия и номер бланка Договора (полиса) страхования;

номер средства визуального контроля.

10.2.7 Дату заполнения Договора (полиса) страхования.

10.2.8 Срок действия Договора (полиса) страхования.

10.2.9 Территорию действия Договора страхования.

10.2.10 Размер страховой суммы.

10.2.11 Подпись Страхователя.

10.2.12 При заключении договора страхования Страхователь дает свое согласие на обработку (сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение, обновление, изменение, распространение, передачу, обезличивание, блокирование и уничтожение) в течение срока действия договора страхования своих персональных данных, осуществляемую Страховщиком в целях заключения и исполнения договора страхования.

При этом такое согласие действует без ограничения срока и может быть отозвано в любой момент времени путем передачи Страховщику подписанного Страхователем письменного уведомления.

Страхователь несет персональную ответственность за предоставление согласия физических лиц – застрахованных лиц и Выгодоприобретателей, указанных в договоре страхования, на обработку Страховщиком их персональных данных.

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 обслуживание 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 документы, предусмотренные действующим законодательством РФ и нормативными актами Банка России.

10.2.13 При заключении договора страхования Застрахованное лицо освобождает врачей от обязательств конфиденциальности перед Страховщиком.

10.2.14 Договор страхования заключается в письменной форме путем составления одного документа, либо вручения Страховщиком Страхователю на основании его письменного или устного Заявления страхового полиса, подписанного Страховщиком или его уполномоченным представителем.

В соответствии Гражданским кодексом Российской Федерации (ст.160) полис страхования может быть удостоверен факсимильной подписью Страховщика.

Согласие Страхователя (Застрахованного лица) заключить Договор страхования на предложенных Страховщиком условиях и с факсимильной подписью Страховщика подтверждается принятием от Страховщика Полиса страхования, удостоверяется подписью Страхователя в Полисе страхования и/или уплатой страховой премией.

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

- 1) о застрахованном лице;
- 2) о характере события, на случай наступления которого в жизни застрахованного лица осуществляется страхование (страхового случая);
- 3) о размере страховой суммы;
- 4) о сроке действия договора.

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

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

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

10.3. Действие Договора страхования.

10.3.1. Договор страхования заключается на срок не более одного года.

10.3.2. Договор страхования, если в нем не предусмотрено иное, вступает в силу со дня уплаты страховой премии.

10.3.3. Договор страхования, а также изменения и дополнения к нему и соглашение о расторжении Договора страхования должны быть заключены сторонами в письменной форме и подписаны уполномоченными сторонами.

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

10.3.5. Страховщик при вручении (пересылке) Договора (полиса) страхования обеспечивает получение Страхователем или в предусмотренных Стандартами случаях Застрахованным памятки с информацией в объеме, установленном действующим законодательством, Стандартами и внутренними документами Страховщика (далее – "Памятка" – Приложение 2 к настоящим Правилам страхования).

10.3.6. В случае утраты страхового полиса в течение срока действия Договора страхования Страхователю на основании его заявления в письменной форме выдается дубликат страхового полиса, после чего утраченный страховой полис считается аннулированным и страховые выплаты по нему не производятся.

10.4. Договор страхования прекращается досрочно в случаях:

10.4.1. Ликвидации Страхователя, являющегося юридическим лицом, или смерти Страхователя, являющегося физическим лицом, кроме случаев правопреемства или замены Страхователя в договоре страхования с согласия Страховщика (с момента регистрации решения учредителей Страхователя в соответствующем органе исполнительной власти; со дня смерти Страхователя).

10.4.2. Расторжения договора страхования по соглашению сторон в порядке, предусмотренном Гражданским кодексом Российской Федерации.

10.4.3. Отказа Страхователя от замены Страховщика при передаче обязательств по договору страхования (страхового портфеля) другому Страховщику, осуществляемой по основаниям, предусмотренным действующим законодательством.

10.4.4. В случае досрочного отказа Страхователя от Договора страхования оплаченная Страховщику страховая премия возврату не подлежит, если иное не предусмотрено Договором страхования, за исключением случаев, предусмотренных в п. 10.4.5. настоящих Правил страхования.

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

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

10.4.7. 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 срок, не превышающий 10 (десять) рабочих дней со дня получения заявления Страхователя в письменной форме об отказе от Договора страхования.

При досрочном прекращении Договора страхования по обстоятельствам, иным, чем страховой случай, Страховщик имеет право не возвращать часть страховой премии, пропорционально времени оставшегося периода страхования.

## Раздел 11. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

11.1. Страховщик имеет право:

11.1.1. Проверять сообщаемую Страхователем информацию, а также выполнение условий Договора страхования.

11.1.2. Требовать изменений условий Договора или доплаты страховой премии в случае увеличения страхового риска.

11.1.3. Самостоятельно выяснять причины и обстоятельства события, имеющего признаки страхового случая; при необходимости запрашивать сведения у компетентных органов, проводить проверку предоставленных документов.

11.1.4. Отсрочить принятие решения о страховой выплате (об отказе в страховой выплате) на срок не более 30-ти календарных дней (с обязательным письменным уведомлением об этом Страхователя/Застрахованного лица) в случаях:

- возникновения сомнений в достоверности предоставленных документов.

11.1.5. При форс-мажорных обстоятельствах отказаться от выполнения обязательств по Договору страхования или изменить срок их выполнения, если иное не оговорено в Договоре страхования.

11.2. Страховщик обязан:

11.2.1. По требованиям Страхователя (Выгодоприобретателя), а также лиц, имеющих намерение заключить договор страхования, разъяснять положения, содержащиеся в Правилах страхования и Договорах страхования, предоставлять информацию о расчетах, производимых в случае изменения в течение срока действия договора страхования страховой суммы, о расчетах страховой выплаты; вручить ему один экземпляр Правил страхования, на основании которых заключается Договор страхования.

11.2.2. Обеспечить конфиденциальность в отношениях со Страхователем (Застрахованным лицом) за исключением случаев, предусмотренных действующим законодательством Российской Федерации.



11.2.3. Соблюдать требования страхового законодательства, условия настоящих Правил и Договора страхования.

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

11.2.5. уведомлять Страхователя о дополнительных условиях (в частности, о медицинском освидетельствовании лица, в отношении которого заключается Договор страхования) и о порядке их выполнения в случаях, когда Страховщик устанавливает такие дополнительные условия для заключения Договора страхования.

11.2.6. по запросу Страхователя один раз по одному Договору страхования бесплатно предоставить Получателю страховых услуг, 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 страхования, на основании которых произведен расчет;

11.2.7. по запросу Страхователя, позволяющему подтвердить факт его получения Страховщиком, предоставлять ему копии Договора (полиса) страхования и иных документов, являющихся неотъемлемой частью Договора страхования, за исключением информации, не подлежащей разглашению (персональные данные других застрахованных лиц, данные об уплаченных премиях по коллективным договорам страхования, условия страхования других категорий застрахованных лиц и пр.). Страховщик обязан предоставить Страхователю копии указанных документов по действующим договорам страхования бесплатно один раз;

11.2.8. 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.

11.3. Страхователь имеет право:

11.3.1. Досрочно расторгнуть Договор страхования в порядке, предусмотренном действующим законодательством Российской Федерации и настоящими Правилами, при наличии аннулированной визы иностранного государства, если такая виза выдавалась.

11.3.2. Получить дубликат полиса в случае его утраты.

11.4. Страхователь обязан:

11.4.1. При заключении Договора страхования сообщить Страховщику обо всех известных ему обстоятельствах, имеющих существенное значение для оценки страхового риска.

11.4.2. Уплатить страховую премию в порядке и сроки, определенные Договором страхования.

11.4.3. Обеспечить своевременное вручение Застрахованным лицам страховых полисов и довести до сведения Застрахованных лиц положения настоящих Правил и условия Договора страхования.

11.4.4. В период действия страхования незамедлительно сообщать Страховщику о ставших ему известными значительных изменениях в обстоятельствах, сообщенных Страховщику при заключении Договора страхования, если эти изменения могут существенно повлиять на увеличение страхового риска.

11.4.5. При наличии аналогичных договоров страхования с другими страховыми компаниями незамедлительно сообщить об этом Страховщику.

11.5. Застрахованное лицо обязано:

11.5.1. Принимать все возможные меры в целях предотвращения наступления страхового случая.

11.5.2. Немедленно (как только появилась такая возможность) уведомить о страховом случае Сервисную компанию/Страховщика и строго следовать их указаниям;

11.5.3. Приложить все усилия по уменьшению размера убытков, причиненных при наступлении события.

11.5.4. Не принимать на себя никаких обязательств в отношении признания ответственности, не предлагать и не обещать оплату любых услуг без предварительного согласования с Сервисной компанией/Страховщиком.

11.5.5. При оказании медицинской помощи освободить лечащих врачей от обязанности хранить врачебную тайну перед Страховщиком; по требованию Страховщика предоставить всю необходимую медицинскую документацию в связи со страховым событием.

11.5.6. По требованию Страховщика пройти медицинское обследование.

11.5.7. Обеспечить все возможные доказательства факта страхового случая, а также связанных с ним любых разумных и целесообразных расходов

11.5.8. Обеспечить сохранность Договора (полиса) страхования и документов, связанных со страховым случаем.

11.6. Застрахованное лицо имеет право:

11.6.1. получить у Страхователя или непосредственно у Страховщика (его страхового агента или иного уполномоченного представителя) Памятку, страховой полис, программу и Правила страхования, на основании которых заключен Договор страхования;

11.6.2. при наступлении страхового случая требовать исполнения Страховщиком принятых обязательств по Договору страхования, заключенному в его пользу.

11.6.3. осуществлять в местах, предназначенных для их обслуживания (заключения договоров страхования, приема документов о признании события страховым случаем), аудиозаписи, видео- или фотосъемки процесса взаимодействия Страховщика с Получателем страховых услуг и документов, связанных с оказанием страховых услуг непосредственно Получателю страховых услуг, если он уведомил работника Страховщика о соответствующем намерении до начала осуществления записи и (или) съемки.

## **Раздел 12. ДЕЙСТВИЯ СТОРОН ПРИ НАСТУПЛЕНИИ СТРАХОВОГО СЛУЧАЯ**

12.1. При наступлении страхового случая Застрахованное лицо (его представитель) обязано незамедлительно (до получения медицинской и /или иной необходимой помощи) связаться с Сервисной компанией и/или Страховщиком по указанному в Договоре (полисе) страхования телефону и проинформировать диспетчера о случившемся, сообщив при этом следующие данные:

- фамилию, имя Застрахованного лица;
- номер страхового полиса;
- сообщить о состоянии здоровья;
- местонахождение и номер телефона для обратной связи.

12.2. После получения информации о страховом случае Сервисная компания или Страховщик организует оказание необходимой помощи Застрахованному лицу и оплачивает связанные с этим расходы. При этом Застрахованное лицо (его представитель) обязано строго следовать указаниям Сервисной компании или Страховщика.

Расходы на первичный телефонный звонок в Сервисную компанию возмещаются Застрахованному лицу при предъявлении подтверждающих документов (оригинал счета за телефонный звонок, заверенный выдавшей его организацией).

## **Раздел 13. ИСКОВАЯ ДАВНОСТЬ. ПОРЯДОК РАЗРЕШЕНИЯ СПОРОВ**

13.1. В случае поступления претензии от Получателя страховых услуг (Страхователя, Выгодоприобретателя) ввиду возникновения спора, связанного с исполнением Договора страхования, Страховщик обязан обеспечить рассмотрение такой претензии в порядке, установленном законом и (или) определенном в Договоре страхования.

13.2. Иск по требованиям, вытекающим из Договора страхования, заключенного в соответствии с настоящими Правилами, может быть предъявлен в сроки, предусмотренные гражданским законодательством Российской Федерации.

13.3. Споры, возникающие при исполнении условий Договора страхования, разрешаются сторонами в процессе переговоров. Если соглашения между сторонами не будет достигнуто, спор передается на рассмотрение суда в порядке, предусмотренном законодательством Российской Федерации.

## **ПРОГРАММЫ ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ**

### **ПРОГРАММА №1**

#### **«БАЗОВАЯ ПРОГРАММА»**

#### **1. Первичная медико-санитарная помощь и специализированная медицинская помощь в неотложной форме**

Все медицинские услуги оказываются при наступлении острых состояний, обострении хронических состояний, нуждающихся в оказании неотложной медицинской помощи в соответствии с ФЗ от 29.11.2010 N 326-ФЗ "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации", Указанием от 13 сентября 2015 г. N 3793-У ЦБ РФ.

Неотложная медицинская помощь - оказывается при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний без явных признаков угрозы жизни пациента (ФЗ от 21.11.2011N323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации")

##### **1.1 Амбулаторная первичная медико-санитарная помощь:**

- Включает в себя мероприятия диагностике, лечению заболеваний.
- Первичная медико-санитарная помощь включает в себя первичные приемы врачей и необходимые исследования в неотложной форме по медицинским показаниям, выполняемые в амбулаторных условиях.

##### **1.2 Стоматологическая помощь первичная медико-санитарная помощь:**

- Купирование острой боли.
- Удаление зубов в целях снятия острой зубной боли с использованием местной анестезии.

##### **1.3 Специализированная медицинская помощь:**

- Оказывается врачами-специалистами и включает в себя диагностику и лечение заболеваний и состояний, требующих использования специальных методов
- Специализированная медицинская помощь оказывается в неотложной форме по медицинским показаниям в условиях стационара.

#### **2. НЕ ОПЛАЧИВАЕТСЯ СТРАХОВЩИКОМ:**

##### **2.1 Медицинские услуги при обращении Застрахованного в случае:**

- В случае заболевания, или расстройства здоровья хронического и рецидивирующего характера, их осложнения, имевшиеся до начала срока страхования или начавшиеся до приезда на территорию страхования, не требующие экстренной или неотложной медицинской помощи.
- В случае заболевания, или несчастного случая, по которым уже проводилось лечение на территории страхования и в период действия полиса, не согласованное с Сервисным центром/Страховщиком.



– В случае заболевания, или расстройства здоровья, развившихся вследствие нарушений Застрахованным лицом правил профилактики заболеваний, невыполнения или ненадлежащего выполнения предписаний лечащего врача, а также вследствие самолечения и/или приема медицинских препаратов, не назначенных указанным врачом.

– В случае поездки, осуществленной Застрахованным лицом с намерением получить медицинскую помощь.

## **2.2 Не подлежат возмещению следующие расходы:**

Расходы по оказанию медицинских услуг:

- по оказанию застрахованному лицу медицинской помощи в экстренной форме;
- по оказанию застрахованному лицу медицинской помощи, не назначенной врачом, оказывающим медицинскую помощь в рамках программы страхования;
- по оказанию застрахованному лицу медицинской помощи при особо опасных инфекционных болезнях (натуральная оспа, полиомиелит, малярия ТОРС), заболеваниях, включенных в утверждаемый Правительством Российской Федерации перечень заболеваний, представляющих опасность для окружающих, а также при злокачественных новообразованиях, сахарном диабете, психических расстройствах и расстройствах поведения в соответствии с частью 2 статьи 43 Федерального закона от 21 ноября 2011 года N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации".
- по оказанию застрахованному лицу высокотехнологичной медицинской помощи;
- по оказанию застрахованному лицу медицинской помощи при патологических состояниях, отравлениях и травмах, возникших у застрахованного лица в состоянии алкогольного опьянения или под воздействием иных психоактивных веществ и (или) лекарственных препаратов, употребленных без назначения врача;
- по оказанию застрахованному лицу медицинской помощи при возникновении травматических повреждений или иных нарушений здоровья, наступивших в результате совершения застрахованным лицом умышленных противоправных действий;
- по оказанию застрахованному лицу медицинской помощи при покушении застрахованного лица на самоубийство, за исключением тех случаев, когда застрахованное лицо было доведено до такого состояния противоправными действиями третьих лиц;
- по оказанию медицинской помощи при умышленном причинении себе телесных повреждений застрахованным лицом;
- связанных с беременностью, родами, послеродовым периодом и абортами застрахованного лица.

## **3. ПОРЯДОК ПОЛУЧЕНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ**

Полис действует на указанной в полисе территории страхования.

3.1 При необходимости получения медицинской помощи Застрахованный должен обратиться для согласования объема услуг в круглосуточную медицинскую диспетчерскую службу по телефону, указанному в договоре/полисе страхования.

Диспетчеру необходимо назвать:

- номер полиса/сертификата;
- ФИО застрахованного.

3.2. При обращении за неотложной медицинской помощью Застрахованному необходимо предъявить:

- Полис;
- Паспорт или иное удостоверение личности с фотографией.

## **ВНИМАНИЕ:**

Передавать документы незастрахованному лицу для получения им медицинской помощи запрещено! При выявлении факта передачи полиса незастрахованному лицу с целью получения им медицинской помощи, Страховщик имеет право расторгнуть настоящий полис с соответствующим уведомлением миграционной службы региона.

## **ПРОГРАММА №2**

### **«ПРОГРАММА ОКАЗАНИЯ АМБУЛАТОРНО ПОЛИКЛИНИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ»**

#### **1. Первичная медико-санитарная помощь в неотложной форме**

Все медицинские услуги оказываются при наступлении острых состояний, обострении хронических состояний, нуждающихся в оказании неотложной медицинской помощи в соответствии с ФЗ от 29.11.2010 N 326-ФЗ "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации", Указанием от 13 сентября 2015 г. N 3793-У ЦБ РФ.

Неотложная медицинская помощь - оказывается при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний без явных признаков угрозы жизни пациента (ФЗ от 21.11.2011N323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации")

#### **1.1 Амбулаторная первичная медико-санитарная помощь:**

- Включает в себя мероприятия диагностике, лечению заболеваний.
- Первичная медико-санитарная помощь включает в себя первичные приемы врачей и необходимые исследования в неотложной форме по медицинским показаниям, выполняемые в амбулаторных условиях.

#### **2. НЕ ОПЛАЧИВАЕТСЯ СТРАХОВЩИКОМ:**

##### **2.1 Медицинские услуги при обращении Застрахованного в случае:**

- В случае заболевания, или расстройства здоровья хронического и рецидивирующего характера, их осложнения, имевшиеся до начала срока страхования или начавшиеся до приезда на территорию страхования, не требующие экстренной или неотложной медицинской помощи.
- В случае заболевания, или несчастного случая, по которым уже проводилось лечение на территории страхования и в период действия полиса, не согласованное с Сервисным центром/Страховщиком.
- В случае заболевания, или расстройства здоровья, развившихся вследствие нарушений Застрахованным лицом правил профилактики заболеваний, невыполнения или ненадлежащего выполнения предписаний лечащего врача, а также вследствие самолечения и/или приема медицинских препаратов, не назначенных указанным врачом.
- В случае поездки, осуществленной Застрахованным лицом с намерением получить медицинскую помощь.

##### **2.2 Не подлежат возмещению следующие расходы:**

Расходы по оказанию медицинских услуг:

- по оказанию застрахованному лицу медицинской помощи в экстренной форме;
- по оказанию застрахованному лицу медицинской помощи, не назначенной врачом, оказывающим медицинскую помощь в рамках программы страхования;
- по оказанию застрахованному лицу медицинской помощи при особо опасных инфекционных болезнях (натуральная оспа, полиомиелит, малярия ТОРС), заболеваниях, включенных в утверждаемый Правительством Российской Федерации перечень заболеваний, представляющих опасность для окружающих, а также при злокачественных новообразованиях,

сахарном диабете, психических расстройствах и расстройствах поведения в соответствии с частью 2 статьи 43 Федерального закона от 21 ноября 2011 года N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации".

- по оказанию застрахованному лицу высокотехнологичной медицинской помощи;
- по оказанию застрахованному лицу медицинской помощи при патологических состояниях, отравлениях и травмах, возникших у застрахованного лица в состоянии алкогольного опьянения или под воздействием иных психоактивных веществ и (или) лекарственных препаратов, употребленных без назначения врача;
- по оказанию застрахованному лицу медицинской помощи при возникновении травматических повреждений или иных нарушений здоровья, наступивших в результате совершения застрахованным лицом умышленных противоправных действий;
- по оказанию застрахованному лицу медицинской помощи при покушении застрахованного лица на самоубийство, за исключением тех случаев, когда застрахованное лицо было доведено до такого состояния противоправными действиями третьих лиц;
- по оказанию медицинской помощи при умышленном причинении себе телесных повреждений застрахованным лицом;
- связанных с беременностью, родами, послеродовым периодом и абортами застрахованного лица.

### **3. ПОРЯДОК ПОЛУЧЕНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ**

Полис действует на указанной в полисе территории страхования.

3.1 При необходимости получения медицинской помощи Застрахованный должен обратиться для согласования объема услуг в круглосуточную медицинскую диспетчерскую службу по телефону, указанному в договоре/полисе страхования

Диспетчеру необходимо назвать:

- номер полиса/сертификата;
- ФИО застрахованного.

3.2. При обращении за неотложной медицинской помощью Застрахованному необходимо предъявить:

- Полис;
- Паспорт или иное удостоверение личности с фотографией.

#### **ВНИМАНИЕ:**

Передавать документы незастрахованному лицу для получения им медицинской помощи запрещено! При выявлении факта передачи полиса незастрахованному лицу с целью получения им медицинской помощи, Страховщик имеет право расторгнуть настоящий полис с соответствующим уведомлением миграционной службы региона.

#### **ПРОГРАММА №3**

#### **«ПРОГРАММА ОКАЗАНИЯ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ ПОМОЩИ»**

Все медицинские услуги оказываются при наступлении острых состояний, обострении хронических состояний, нуждающихся в оказании неотложной медицинской помощи в соответствии с ФЗ от 29.11.2010 N 326-ФЗ "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации", Указанием от 13 сентября 2015 г. N 3793-У ЦБ РФ.

Неотложная медицинская помощь - оказывается при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний без явных признаков угрозы жизни пациента (ФЗ от 21.11.2011N323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации")

## **1. Специализированная медицинская помощь в неотложной форме**

### **1.1 Специализированная медицинская помощь:**

- Оказывается врачами-специалистами и включает в себя диагностику и лечение заболеваний и состояний, требующих использования специальных методов.
- Специализированная медицинская помощь оказывается в неотложной форме по медицинским показаниям в условиях стационара.

## **2. НЕ ОПЛАЧИВАЕТСЯ СТРАХОВЩИКОМ:**

### **2.1 Медицинские услуги при обращении Застрахованного в случае:**

- В случае заболевания, или расстройства здоровья хронического и рецидивирующего характера, их осложнения, имевшиеся до начала срока страхования или начавшиеся до приезда на территорию страхования, не требующие экстренной или неотложной медицинской помощи.
- В случае заболевания, или несчастного случая, по которым уже проводилось лечение на территории страхования и в период действия полиса, не согласованное с Сервисным центром/Страховщиком.
- В случае заболевания, или расстройства здоровья, развившихся вследствие нарушений Застрахованным лицом правил профилактики заболеваний, невыполнения или ненадлежащего выполнения предписаний лечащего врача, а также вследствие самолечения и/или приема медицинских препаратов, не назначенных указанным врачом.
- В случае поездки, осуществленной Застрахованным лицом с намерением получить медицинскую помощь.

### **2.2 Не подлежат возмещению следующие расходы:**

Расходы по оказанию медицинских услуг:

- по оказанию застрахованному лицу медицинской помощи в экстренной форме;
- по оказанию застрахованному лицу медицинской помощи, не назначенной врачом, оказывающим медицинскую помощь в рамках программы страхования;
- по оказанию застрахованному лицу медицинской помощи при особо опасных инфекционных болезнях (натуральная оспа, полиомиелит, малярия ТОРС), заболеваниях, включенных в утверждаемый Правительством Российской Федерации перечень заболеваний, представляющих опасность для окружающих, а также при злокачественных новообразованиях, сахарном диабете, психических расстройствах и расстройствах поведения в соответствии с частью 2 статьи 43 Федерального закона от 21 ноября 2011 года N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации".
- по оказанию застрахованному лицу высокотехнологичной медицинской помощи;
- по оказанию застрахованному лицу медицинской помощи при патологических состояниях, отравлениях и травмах, возникших у застрахованного лица в состоянии алкогольного опьянения или под воздействием иных психоактивных веществ и (или) лекарственных препаратов, употребленных без назначения врача;
- по оказанию застрахованному лицу медицинской помощи при возникновении травматических повреждений или иных нарушений здоровья, наступивших в результате совершения застрахованным лицом умышленных противоправных действий;
- по оказанию застрахованному лицу медицинской помощи при покушении застрахованного лица на самоубийство, за исключением тех случаев, когда застрахованное лицо было доведено до такого состояния противоправными действиями третьих лиц;
- по оказанию медицинской помощи при умышленном причинении себе телесных повреждений застрахованным лицом;
- связанных с беременностью, родами, послеродовым периодом и абортами застрахованного лица.



### 3. ПОРЯДОК ПОЛУЧЕНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Полис действует на указанной в полисе территории страхования.

3.1 При необходимости получения медицинской помощи Застрахованный должен обратиться для согласования объема услуг и клиники в круглосуточную медицинскую диспетчерскую службу по телефону:

Диспетчеру необходимо назвать:

- номер полиса/сертификата;
- ФИО застрахованного.

3.2. При обращении за неотложной медицинской помощью Застрахованному необходимо предъявить:

- Полис;
- Паспорт или иное удостоверение личности с фотографией.

#### **ВНИМАНИЕ:**

Передавать документы незастрахованному лицу для получения им медицинской помощи запрещено! При выявлении факта передачи полиса незастрахованному лицу с целью получения им медицинской помощи, Страховщик имеет право расторгнуть настоящий полис с соответствующим уведомлением миграционной службы региона.

#### **ПРОГРАММА №4**

##### **ПРОГРАММА «РЕПАТРИАЦИЯ»:**

По программе «Репатриация» возмещению подлежат расходы на оплату возвращения тела (останков) Застрахованного лица из Российской Федерации в страну постоянного проживания.

- Расходы по посмертной репатриации (организуется только Сервисной компанией) тела или урны с прахом Застрахованного лица (смерть которого наступила вследствие страхового случая в течение срока страхования на территории страхования и оплату, согласованных Сервисной компанией и Страховщиком):

- Расходы по вскрытию и бальзамированию тела, пребыванию тела в морге, по приобретению гроба, требуемого для перевозки тела, оформлению необходимых документов для перевозки тела до транспортного узла на территории постоянного проживания Застрахованного (аэропорта, вокзала, порта).

##### **ОСОБЫЕ УСЛОВИЯ:**

- Страховщик не оплачивает расходы на ритуальные услуги.

- По согласованию с родственниками умершего Страхователя (Застрахованного) репатриация останков может быть заменена кремацией на территории страхования и транспортировкой урны с прахом до транспортного узла (аэропорта, вокзала, порта) на территории постоянного проживания Застрахованного лица.

- Репатриация может быть осуществлена представителем Застрахованного при условии согласования всех расходов по репатриации с Сервисной Компанией

**Приложение № 2**  
к Правилам добровольного медицинского страхования  
иностранных граждан, обучающихся  
в высших учебных заведениях Российской Федерации

**БАЗОВЫЕ ТАРИФНЫЕ СТАВКИ**  
по добровольному медицинскому страхованию иностранных граждан, обучающихся в  
высших учебных заведениях Российской Федерации

(в % к страховой сумме, срок страхования – один год)

№ п/п	Программы страхования	Тарифные ставки
1.	«Базовая программа».	1,45
2.	«Программа оказания амбулаторно поликлинической помощи».	0,86
3.	«Программа оказания специализированной помощи».	1.18
4.	«Репатриация».	0.88

При заключении конкретного договора страхования Страховщик имеет право применять к базовой тарифной ставке повышающие и понижающие коэффициенты в зависимости от различных факторов риска ( **K1, K2 ... Kn**):

- страна постоянного проживания до прибытия на обучение в Российскую Федерацию: 0,1 - 2,0;
- пол, возраст Застрахованного лица: 0,1 - 2,5;
- место и социально-бытовые условия проживания (территория нахождения) Застрахованного лица: 1,01 - 3,0;
- группа здоровья Застрахованного лица, наличие хронических заболеваний: 0,1 - 3,5;
- продолжительность проживания и медицинского страхования на территории Российской Федерации: 0,3 - 1,8;
- количество Застрахованных лиц в рамках одного договора: 0,2 - 2,0;
- включение в Программу/исключение из Программы отдельных заболеваний, медицинских услуг, медицинских учреждений: 0,1 - 2,3;
- категории медицинских учреждений, сервисных компаний: 0,1 - 1,20;

- техническое оснащение медицинского учреждения; профессиональный уровень и практический опыт медицинского персонала: 0,1 - 1,15.

Формула для расчёта повышающего коэффициента :

$$K_{\text{пов.}} = K_1 \times K_2 \times \dots \times K_n$$

Формула для расчёта понижающего коэффициента :

$$K_{\text{пон.}} = K_1 \times K_2 \times \dots \times K_n$$

Тарифная ставка для конкретного договора страхования получается страховщиком путем умножения базовой тарифной ставки из настоящего Расчёта на соответствующий коэффициент:

$$T = T_{\text{баз.}} \times K_{\text{пов.}} \cdot (K_{\text{пон.}})$$

Полученная тарифная ставка согласовывается со Страхователем и используется для расчёта страховой премии. При определении итоговой величины тарифной ставки базовая тарифная ставка не может быть увеличена более чем в 5 раз и понижена более чем в 10 раз.

В любом случае при применении поправочных коэффициентов, результирующая тарифная ставка не должна превышать 99% страховой суммы.

Конкретные факторы риска и обстоятельства, увеличивающие (уменьшающие) вероятность наступления страхового события, а также конкретные размеры повышающих (понижающих) коэффициентов, которые Страховщик вправе применять к базовым тарифным ставкам, выявляются (определяются) в ходе оценки Страховщиком страхового риска при заключении конкретного договора страхования.

Факторы риска и необходимые пояснения по размеру применённых повышающих или понижающих коэффициентов приводятся Страховщиком в договоре страхования.

к Правилам добровольного медицинского страхования  
иностранных граждан, обучающихся  
в высших учебных заведениях Российской Федерации

Образец\*

\*) В образец документа могут быть внесены изменения, не  
противоречащие данным Правилам и действующему  
законодательству РФ

СТРАХОВОЙ ПОЛИС(ДОГОВОР) "ДМС-Студент"  
комплексного добровольного медицинского страхования граждан

серия УБК\_ДМС

Телефон для обращений по страховым случаям: \_\_\_\_\_

Настоящий страховой медицинский полис добровольного страхования граждан (далее - Полис) удостоверяет факт заключения договора комплексного добровольного медицинского страхования граждан на основании Правила добровольного медицинского страхования иностранных граждан, обучающихся в высших учебных заведениях Российской Федерации от 03.10.2017г.(далее - Правила страхования) на условиях, содержащихся в настоящем Полисе, в Программе страхования (Приложение №1), являющейся неотъемлемым Приложением к Полису.

СТРАХОВЩИК Общество с ограниченной ответственностью «Страховая компания «ТИТ» (ООО «СК «ТИТ»)

	Гражданство	Дата рождения	Пол
СТРАХОВАТЕЛЬ	_____	_____	_____
	Паспортные данные/ реквизиты	Адрес регистрации на территории РФ: _____, дата регистрации на территории РФ: _____, документ удостоверяющий личность: паспорт _____, выдан _____	
	Гражданство	Дата рождения	Пол
ЗАСТРАХОВАННЫЙ	_____	_____	_____
	Паспортные данные	_____ выдан _____	
	Адрес проживания на территории РФ	_____	
	Контактный телефон	_____	
ТЕРРИТОРИЯ СТРАХОВАНИЯ	РОССИЙСКАЯ ФЕДЕРАЦИЯ		
СТРАХОВЫЕ РИСКИ	Обращение Застрахованного лица в период действия Договора страхования в медицинское учреждение из числа предусмотренных Программой страхования при заболевании, обострении хронического заболевания, травме, отравлениях и других физиологических состояниях за получением медицинской (лечебной, диагностической, консультативной помощи, требующей оказания медицинских и / или транспортных услуг в пределах их перечня, предусмотренного Программой страхования. Услуги по репатриации в страну постоянного проживания или гражданства. Расходы по посмертной репатриации (организуется только Сервисной компанией) тела или урны с прахом Застрахованного лица (смерть которого наступила вследствие страхового случая в течение срока страхования на территории страхования.Амбулаторно-поликлиническая помощь, стоматологическая помощь, специализированная медицинская помощь. Услуги по репатриации в страну постоянного проживания или гражданства. Услуги при посмертной репатриации		
ПРОГРАММА СТРАХОВАНИЯ	_____		
СТРАХОВАЯ ПРЕМИЯ, руб.	_____		
СТРАХОВАЯ СУММА, руб.	_____		
ПОРЯДОК УПЛАТЫ	единовременно		
СРОК ДЕЙСТВИЯ ПОЛИСА	с 00:00 часов	по 23:59 часов	
ДАТА ВЫДАЧИ ПОЛИСА	_____		

СТРАХОВАТЕЛЬ:

С "Правилами добровольного медицинского страхования  
иностранных граждан, обучающихся в высших учебных заведениях  
Российской Федерации " от " \_\_\_\_ " \_\_\_\_ 2019 г. ознакомлен, согласен и  
экземпляр получил.  
Экземпляр Правил страхования и программы страхования  
получил

СТРАХОВЩИК:

\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_  
" " \_\_\_\_\_ 20\_\_ г. " " \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.



## Программа страхования

### Первичная медико-санитарная помощь и специализированная медицинская помощь в неотложной форме

Все медицинские услуги оказываются при наступлении острых состояний, обострении хронических состояний, нуждающихся в оказании неотложной медицинской помощи в объеме, не менее, чем предусмотрено Федеральными стандартами оказания медицинской помощи для взрослого населения и настоящей Программой.

Неотложная медицинская помощь - оказывается при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний без явных признаков угрозы жизни пациента (ФЗ от 21.11.2011 N323-ФЗ (ред. от 29.12.2015) "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации")

#### 1.1 Амбулаторная первичная медико-санитарная помощь:

- Включает в себя мероприятия по диагностике, лечению заболеваний.
- Первичная медико-санитарная помощь включает в себя первичные приемы врачей и необходимые исследования в неотложной форме по медицинским показаниям, выполняемые в амбулаторных условиях.
- Кулирование острой боли.

Удаление зубов в целях снятия острой зубной боли с использованием местной анестезии.

#### 1.3 Специализированная медицинская помощь:

- Оказываются врачами-специалистами и включает в себя диагностику и лечение заболеваний и состояний требующих использования специальных методов
- Специализированная медицинская помощь оказывается в неотложной форме по медицинским показаниям в условиях стационара.
- Специализированная медицинская помощь оказывается в неотложной форме по медицинским показаниям в условиях стационара.

### НЕ ОПЛАЧИВАЕТСЯ СТРАХОВЩИКОМ:

#### 2.1 Медицинские услуги при обращении Застрахованного в случае:

В случае заболевания, или расстройства здоровья хронического и рецидивирующего характера, их осложнения, имевшиеся до начала срока страхования или начавшиеся до приезда на территорию страхования, не требующие экстренной или неотложной медицинской помощи.

В случае заболевания, или несчастного случая, по которым уже проводилось лечение на территории страхования и в период действия полиса, не согласованное со Страховщиком.

В случае заболевания, или расстройства здоровья, возникших вследствие нарушений Застрахованным лицом правил профилактики заболеваний, невыполнения или ненадлежащего выполнения предписаний лечащего врача, а также вследствие самолечения и/или приема медицинских препаратов, не назначенных указанным врачом. В случае поездки, осуществленной Застрахованным лицом с намерением получить медицинскую помощь.

#### 2.2 Не подлежат возмещению следующие расходы:

##### 2.2.1 Расходы по оказанию медицинских услуг:

- по оказанию застрахованному лицу медицинской помощи, не назначенной врачом, оказывающим медицинскую помощь в рамках программы страхования;

- по оказанию застрахованному лицу медицинской помощи при особо опасных инфекционных болезнях (натуральная оспа, полиомиелит, малярия, ТРОС), заболеваниях, включенных в утверждаемый Правительством Российской Федерации перечень заболеваний, представляющих опасность для окружающих, а также при злокачественных новообразованиях, сахарном диабете, психических расстройствах и расстройствах поведения в соответствии с частью 2 статьи 43 Федерального закона от 21 ноября 2011 года N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации";

- по оказанию застрахованному лицу высокотехнологичной медицинской помощи;

- по оказанию застрахованному лицу медицинской помощи при патологических состояниях, отравлениях и травмах, возникших у застрахованного лица в состоянии алкогольного опьянения или под воздействием иных психотропических веществ и (или) лекарственных препаратов, употребленных без назначения врача;

- по оказанию застрахованному лицу медицинской помощи при возникновении травматических повреждений или иных нарушений здоровья, наступивших в результате совершения застрахованным лицом умышленных противоправных действий;

- по оказанию застрахованному лицу медицинской помощи при покушении застрахованного лица на самоубийство, за исключением тех случаев, когда застрахованное лицо было доведено до такого состояния противоправными действиями третьих лиц;

- по оказанию медицинской помощи при умышленном причинении себе телесных повреждений застрахованным лицом;

- связанных с беременностью, родами, послеродовым периодом и абортми застрахованного лица абортми застрахованного лица

- по оказанию застрахованному лицу высокотехнологичной медицинской помощи;

- любые профилактические мероприятия, обследования, вакцинации.

- артроскопическая хирургия; все виды протезирования (в т.ч. –эндопротезирование, зубное и глазное протезирование).

- реабилитационные мероприятия, восстановительное лечение, физиотерапия.

- операции на сердце и сосудах, в том числе ангиопластика, коронарография, стентирование, шунтирование и ангиографию даже при наличии медицинских показаний к их проведению (если иное не предусмотрено Договором);

#### 2.2.2 Расходы по диагностике и лечению следующих нозологических групп (далее – в соответствии с кодами МКБ 10):

##### ИНФЕКЦИОННЫЕ И ПАРАЗИТАРНЫЕ БОЛЕЗНИ:

- любые формы туберкулеза (A15-A19);
- бактериальные зоонозы (A20-A28);
- инфекции, передающиеся половым путем (A50-A64);
- болезни, вызываемые спирохетами (A65-A69);
- хламидиозы (A70-A74); - риккетсиозы (A75-A79);
- вирусные инфекции центральной нервной системы (полиомиелиты, энцефалиты, менингиты и др.) (A80-A89);
- вирусные лихорадки, передаваемые членистоногими, и вирусные геморрагические лихорадки (A90-A99);
- вирусные инфекции, характеризующиеся поражениями кожи и слизистых оболочек (герпес, корь, краснуха и др.) (B00-B09); - вирусные гепатиты (кроме А и В) (B17-B19);
- болезнь, вызванная вирусом иммунодефицита человека [ВИЧ] (B20-B24);
- местные и системные микозы (B35-B49);
- протозойные болезни (малярия, лейшманиоз, токсоплазмоз и др.) (B50-B64);
- гельминтозы (B65-B83);
- педикулез, чесотка и другие инфекации (B85-B89).

### НОВООБРАЗОВАНИЯ:

- любые злокачественные и доброкачественные новообразования, любой стадии (C00-D48).

**БОЛЕЗНИ КРОВИ, КРОВЕТВОРНЫХ ОРГАНОВ И ОТДЕЛЬНЫЕ НАРУШЕНИЯ, ВОВЛЕКАЮЩИЕ ИММУННЫЙ МЕХАНИЗМ**

- анемии, нарушения свертываемости крови, прочие болезни крови и кроветворных органов, а также нарушения, вовлекающие иммунный механизм (D50-D89).

**ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА И РАССТРОЙСТВА ПОВЕДЕНИЯ:**

- любые виды органических и функциональных психических расстройств, делирий любого генеза, невротические расстройства, эмоциональные расстройства и др. (F00-F99).

**БОЛЕЗНИ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ**

- церебральный паралич и другие паралитические синдромы (ДЦП, пlegии и др.) (G80-G83).

- эпилептические и пароксизмальные расстройства (эпилепсия, судороги, мигрень, транзиторные ишемические церебральные атаки и связанные с ними состояния и др.) (G40-G47);

**БОЛЕЗНИ ПОЛОСТИ РТА, СЛЮННЫХ ЖЕЛЕЗ И ЧЕЛЮСТЕЙ (K00-K14), кроме K02, K04.0, K05.2, K12.2.**

**БЕРЕМЕННОСТЬ, РОДЫ И ПОСЛЕРОДОВОЙ ПЕРИОД (O00-O99).** Если иное не оговорено договором страхования.

**ВРОЖДЕННЫЕ АНОМАЛИИ, ДЕФОРМАЦИИ И ХРОМОСОМНЫЕ НАРУШЕНИЯ (Q00-Q99).**

#### 2.2.3. Расходы на прочие услуги:

- Уход и/или лечение Застрахованного лица родственниками и любимыми лицами, не согласованными со Страховщиком.
- Расходы, связанные с предоставлением дополнительного комфорта (палаты типа «люкс», прочие услуги).

В соответствии с настоящими Правилами, не подлежат возмещению расходы Застрахованного лица в случае добровольного отказа:

- От назначенных Страховщиком схем организации помощи.
- От выполнения предписаний лечащего врача, полученных им в связи с обращением по поводу страхового случая.
- От эвакуации до транспортного узла (аэропорта, вокзала, порта) города, где Застрахованный постоянно проживает.
- От организации перевода в другое лечебное учреждение, предложенное Страховщиком.

### ПОРЯДОК ПОЛУЧЕНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Полис действует на указанной в полисе территории Российской Федерации.

3.1 При необходимости получения медицинской помощи Застрахованный должен обратиться для согласования объема услуг в круглосуточную медицинскую диспетчерскую службу по телефону указанному в договоре/полисе страхования.

Диспетчеру необходимо назвать:

- номер полиса/сертификата;
- ФИО застрахованного.

#### 3.2. При обращении за неотложной медицинской помощью Застрахованному необходимо предъявить:

- Полис;
- Паспорт или иное удостоверение личности с фотографией.

#### 3. Расходы по медицинской транспортировке:

3.1.1. Расходы на медицинскую репатриацию - экстренную медицинскую транспортировку Застрахованного лица адекватным транспортным средством, включая расходы на сопровождение медицинским персоналом (если такое сопровождение предписано лечащим врачом). Медицинская репатриация проводится только при отсутствии медицинских противопоказаний.

При осуществлении медицинской репатриации Сервисная компания (или Страховщик) вправе использовать обратный билет Застрахованного лица по своему усмотрению (в том числе, сдать его в транспортную организацию, обменять и т.п.). При этом Застрахованное лицо не должно препятствовать Сервисной компании (или Страховщику) в осуществлении данного права.

Решение о возможности, целесообразности и условиях транспортировки Застрахованного лица принимается по согласованию с Сервисной компанией или Страховщиком, с учетом рекомендаций лечащего врача.

#### 3.1.2. Расходы на репатриацию тела в случае смерти Застрахованного лица:

Расходы на репатриацию тела Застрахованного лица, смерть которого наступила в результате внезапного заболевания в течение срока страхования на территории страхования, до места ближайшего к его постоянному месту жительства. Данные расходы включают в себя оплату организации репатриации тела, необходимую подготовку тела, похорон и погребению не возмещаются. При этом репатриация тела организуется только Сервисной компанией и/или по согласованию с Сервисной компанией или Страховщиком.

### ОСОБЫЕ УСЛОВИЯ:

Расходы, не возмещаемые Страховщиком

Расходы по стационарному лечению, медико-транспортные, транспортные расходы, расходы по смертной репатриации, не согласованные Застрахованным лицом (или его представителем) с Сервисной компанией, в случае если обращение в Сервисную компанию по условиям договора является обязательным. Если Страховщик сочтет причины не обращения Застрахованного лица (или его представителя) в Сервисную компанию уважительными, он вправе принять решение о возмещении Застрахованному лицу (или Выгодоприобретателю) указанных расходов частично или в полном объеме.

### ВНИМАНИЕ:

Передавать документы незастрахованному лицу для получения им медицинской помощи запрещено! При выявлении факта передачи полиса незастрахованному лицу с целью получения им медицинской помощи, Страховщик имеет право расторгнуть настоящий полис с соответствующим уведомлением миграционной службы региона.

Страховщик:

( \_\_\_\_\_ )

" " 20\_\_ г.

Страхователь:


( \_\_\_\_\_ )

" " 20\_\_ г.

**Приложение № 4**  
к Правилам добровольного медицинского страхования  
иностранных граждан, обучающихся  
в высших учебных заведениях Российской Федерации

**Образец\***

\*) В образец документа могут быть внесены изменения,  
не противоречащие данным Правилам и действующему  
законодательству РФ

 <p align="center"><b>Т И Т</b> ООО СТРАХОВАЯ КОМПАНИЯ</p> <p>Tel.: (495) 967-86-12 Fax: (495) 967-86-12 (круглосуточно)</p>	<p align="center"><b>Заявление</b> <b>о добровольном медицинском страховании</b> <b>иностранных граждан, обучающихся в высших учебных</b> <b>заведениях Российской Федерации</b></p> <p>Приложение __ к договору № _____ от " __ " _____ 201 __ г.</p>	
<p align="center"><b>Страхователь</b> (наименование организации, тел./факс)</p>		
<p align="center"><b>Застрахованные лица</b></p>	<p align="center">(приложить Список Застрахованных лиц с указанием Ф.И.О. паспортных данных, сведений о регистрации проживания и др.)</p>	
<p align="center"><b>Общее количество</b> <b>Застрахованных лиц</b></p>	<p align="right">чел.</p>	
<p align="center"><b>Программа добровольного</b> <b>медицинского страхования:</b></p> <p align="center">«Базовая программа»</p> <p align="center">«Программа оказания амбулаторно поликлинической помощи»</p> <p align="center">«Программа оказания специализированной помощи»</p> <p align="center">«Репатриация»</p>	<p align="center"><b>Страховая сумма (на одно</b> <b>Застрахованное лицо, на всех</b> <b>Застрахованных лиц)</b></p>	<p align="center"><b>Количество</b> <b>Застрахованных</b> <b>лиц</b></p>
<p align="center"><b>Срок действия</b> (по московскому времени)</p>	<p>с 00.00 часов " ____ " _____ 201 __ г. до 24.00 часов " ____ " _____ 201 __ г.</p>	
<p><b>Юридический адрес и банковские реквизиты Страхователя</b></p>		
<p>С Условиями и Правилами добровольного медицинского страхования ООО "Страховая компания "ТИТ", утвержденными _____ апреля 2019 г. ознакомлен и согласен.</p> <p>Сведения, указанные в настоящем документе, являются достоверными и полными. Обязуюсь письменно сообщать Страховщику обо всех изменениях в данных, приведенных в настоящем документе.</p> <p>Подписывая настоящее Заявление, Страхователь в соответствии с Федеральным законом РФ от 27.07.2006 №152-ФЗ "О персональных данных" дает свое согласие и подтверждает согласие Застрахованного(-ых), указанных в настоящем Заявлении, на обработку Страховщиком его (их) персональных данных в целях обеспечения исполнения Договора страхования, а также на обработку таких данных в указанных целях третьими лицами, а также выражает согласие на предоставление информации по Договору страхования Застрахованному(-ым).</p>		

Обработка персональных данных осуществляется посредством сбора, систематизации, накопления, хранения, уточнения (обновления, изменения), использования, распространения (в том числе передачи), обезличивания, блокирования, уничтожения персональных данных как на бумажных, так и на электронных носителях.

Настоящее согласие действительно в течение периода действия Договора страхования, заключенного на основании настоящего Заявления и в течение 5 лет после окончания периода действия Договора страхования, заключенного на основании настоящего Заявления.

С Правилами добровольного медицинского страхования ознакомлен и согласен.

Информация, предусмотренная базовыми стандартами Банка России предоставлена и понятна.

Данное Заявление является неотъемлемой частью договора страхования.

Страхователь: \_\_\_\_\_

(подпись)

К настоящей Анкете прилагается Список Застрахованных лиц на \_\_\_\_\_ с.

" \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ 201 \_\_ г..  
М.П. \_\_\_\_\_

Руководитель предприятия \_\_\_\_\_

Главный бухгалтер \_\_\_\_\_

**Приложение № 5**  
к Правилам добровольного медицинского страхования  
иностранных граждан, обучающихся  
в высших учебных заведениях Российской Федерации

**Образец\***

*\*) В образец документа могут быть внесены изменения, не противоречащие  
данным Правилам и действующему законодательству РФ*

Генеральному директору  
ООО «Страховая компания «ТИТ»  
Юну В.Б.  
От \_\_\_\_\_  
Паспорт \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
Тел. \_\_\_\_\_  
Адрес \_\_\_\_\_

**Заявление  
о страховой выплате**

НОМЕР ПОЛИСА: серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_

СРОК СТРАХОВАНИЯ: с \_\_\_\_\_ по \_\_\_\_\_

МЕСТО СЛУЧАЯ: \_\_\_\_\_

ДАТА СЛУЧАЯ: \_\_\_\_\_

ДАТА ПРЕДВАРИТЕЛЬНОГО СОГЛАСОВАНИЯ РАСХОДОВ СО СТРАХОВЩИКОМ/СЕРВИСНОЙ  
СЛУЖБОЙ: \_\_\_\_\_

ПРОБЛЕМА/ЗАБОЛЕВАНИЕ: \_\_\_\_\_

ОБЩАЯ СУММА РАСХОДОВ В РУБЛЯХ: \_\_\_\_\_

ПОДТВЕРЖДАЮЩИЕ ДОКУМЕНТЫ: \_\_\_\_\_

ОБСТОЯТЕЛЬСТВА ЗАБОЛЕВАНИЯ/ТРАВМЫ:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Прошу выплатить страховое возмещение: \_\_\_\_\_ через кассу \_\_\_\_\_ банковским переводом

ФИО владельца счета: \_\_\_\_\_

Банк получателя \_\_\_\_\_

БИК \_\_\_\_\_ ИНН \_\_\_\_\_ КПП \_\_\_\_\_

Корр. Счет \_\_\_\_\_

Расчетный счет / МФО \_\_\_\_\_

Лицевой счет \_\_\_\_\_

Прочее (номер карты и т.д.) \_\_\_\_\_

Дата: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Подпись Заявителя: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /



**Образец\***

*\*) В образец документа могут быть внесены изменения, не противоречащие данным Правилам и действующему законодательству РФ*

**Памятка к Договору (полису) страхования № \_\_\_ от " \_\_\_ " \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.**

Страхователь (Застрахованное лицо) ознакомлен, что:

1. Договор страхования (полис) заключен на срок \_\_\_\_\_ месяцев. Порядок оплаты страховой премии (страховых взносов) определен в п. 6.4. Договора страхования (полиса) и может предусматривать обязательства Страхователя по регулярной оплате страховых взносов (в случае оплаты страховой премии в рассрочку). При просрочке уплаты Страхователем очередного взноса (при уплате страховой премии в рассрочку) или его уплаты не в полном объеме Договор страхования (полис) досрочно прекращает свое действие.

2. Обязательства по Договору страхования несет Общество с ограниченной ответственностью "Страховая компания "ТИТ" (ООО "СК "ТИТ") (далее – Страховщик), а не организация, при посредничестве которой заключен Договор (полис) (при заключении Договора страхования (полиса) при посредничестве юридических лиц).

3. Договор страхования (полис) имеет период охлаждения, начинающийся с момента заключения Договора страхования (полиса), в течение которого Страхователь – физическое лицо вправе отказаться от Договора страхования (полиса) и получить обратно уплаченную им страховую премию или ее часть при условии, что на дату отказа от Договора страхования (полиса) не наступало событий, имеющих признаки страхового случая. Период охлаждения по Договору страхования (полису) установлен сроком 14 (четырнадцать) календарных дней с даты заключения Договора страхования (полиса).

Заявления об отказе от Договора страхования (полиса) подается в письменной форме Страхователем-физическим лицом в офис Страховщика, в котором был заключен Договор страхования (полис), в центральный офис Страховщика по адресу: 115088, г. Москва, 2-ой Южнопортовый проезд, д.18, стр.8, посредством почтовой связи на указанный адрес, а также через третье лицо, действующее по поручению Страховщика, если это предусмотрено условиями договора, заключенного с таким лицом.

4. Возврат страховой премии или ее части по Договору страхования(полису) осуществляется Страховщиком в следующем порядке:

- если Страхователь-физическое лицо отказался от Договора страхования (полиса) в течение периода охлаждения независимо от даты уплаты страховой премии (первого страхового взноса) и до даты начала действия страхования, уплаченная им страховая премия (первый страховой взнос) возвращается Страховщиком Страхователю-физическому лицу в полном объеме;

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

Возврат Страхователю-физическому лицу страховой премии осуществляется по выбору Страхователя наличными денежными средствами в кассе в офисе Страховщика или денежными средствами безналичным перечислением на его лицевой счет, в срок не превышающий 10 (десять) рабочих дней со дня получения Страховщиком заявления Страхователя-физического лица в письменной форме об отказе от Договора страхования (полиса).

Страхователь (Застрахованный): \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / Дата: \_\_\_\_\_