

**Акционерное общество  
«СТРАХОВАЯ ГРУППА МСК» (АО «СГ МСК»)**

---



**У Т В Е Р Ж Д А Ю**

Генеральный директор

М.В. Шепелев

Приказ АО «СГ МСК»  
от «28» мая 2015г. № 164

**ПРАВИЛА ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО  
СТРАХОВАНИЯ ИНОСТРАННЫХ ГРАЖДАН И ЛИЦ БЕЗ ГРАЖДАНСТВА ПРИ  
ОСУЩЕСТВЛЕНИИ ИМИ ТРУДОВОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ НА ТЕРРИТОРИИ РОССИЙСКОЙ  
ФЕДЕРАЦИИ**

1. Общие положения
2. Субъекты страхования
3. Объект страхования
4. Страховые случаи и страховые риски
5. Территория действия договора страхования
6. Страховая сумма
7. Страховая премия, страховой тариф, страховой взнос
8. Порядок заключения, исполнения, внесения изменений и дополнений в договор страхования
9. Порядок и условия осуществления страховой выплаты
10. Последствия увеличения степени страхового риска в период действия договора страхования
11. Права и обязанности сторон
12. Прекращение действия договора страхования
13. Порядок разрешения споров

## ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

1.1. Настоящими Правилами добровольного медицинского страхования иностранных граждан и лиц без гражданства при осуществлении ими трудовой деятельности на территории Российской Федерации (далее - Правила) определяются условия, на основании которых Акционерное общество «Страховая группа МСК» (АО «СГ МСК») («Страховщик») заключает договоры добровольного медицинского страхования.

1.2. Договором (полисом) добровольного медицинского страхования иностранных граждан и лиц без гражданства при осуществлении ими трудовой деятельности на территории Российской Федерации в рамках настоящих Правил (далее - Договор страхования) является соглашение между Страхователем и Страховщиком, в соответствии с которым Страховщик несет обязанность по организации и оказанию при обращении застрахованного лица в период действия договора ДМС в медицинскую организацию медицинских услуг в соответствии с программой добровольного медицинского страхования иностранных граждан и лиц без гражданства при осуществлении ими трудовой деятельности на территории Российской Федерации (далее – программа страхования), предусмотренной договором ДМС.

Застрахованный также вправе обратиться на круглосуточный диспетчерский пульт Страховщика для организации оказания необходимых медицинских услуг, позвонив по указанным в Договоре страхования телефонам и сообщив диспетчеру о страховом случае.

Договор (полис) добровольного медицинского страхования иностранных граждан и лиц без гражданства при осуществлении ими трудовой деятельности на территории Российской Федерации (далее – договор ДМС) заключается путем оформления и выдачи страхователю Полиса добровольного медицинского страхования иностранных граждан и лиц без гражданства при осуществлении ими трудовой деятельности на территории Российской Федерации (далее – полис ДМС).

На условиях настоящих Правил, Договоры страхования (полис ДМС) заключаются в пользу Застрахованных лиц.

1.3. Добровольное медицинское страхование осуществляется Страховщиком на основе Программ добровольного медицинского страхования иностранных граждан и лиц без гражданства при осуществлении ими трудовой деятельности на территории Российской Федерации (далее – Программа страхования) и обеспечивает Застрахованным лицам получение необходимых медицинских услуг предусмотренных соответствующей программой добровольного медицинского страхования.

1.4. При заключении Договора страхования на условиях настоящих Правил, положения настоящих Правил становятся неотъемлемой частью Договора страхования и обязательны для Страхователя, Застрахованного лица и Страховщика.

1.5. Термины, используемые в Правилах:

1.5.1. **Полис ДМС (Договор страхования)** - документ, выдаваемый Страховщиком Страхователю и удостоверяющий факт заключения Договора страхования;

1.5.2. **Страховая выплата** - денежная сумма, которая определена в порядке, установленном договором страхования, и выплачивается Страховщиком при наступлении страхового случая в соответствии с условиями Договора страхования и программой страхования;

1.5.3. **Срок действия договора ДМС (срок страхования)** - установленный в Договоре страхования период времени, в течение которого действует страхование, обусловленное Договором страхования, и соответственно, наступление страхового случая влечет за собой обязательства страховщика по страховой выплате;

1.5.4. **Программа добровольного медицинского страхования** - перечень медицинских услуг, которые Застрахованное лицо, в соответствии с условиями Договора страхования, может получить в соответствии с программой добровольного медицинского страхования,

предусмотренной соответствующим Договором страхования. Программа добровольного медицинского страхования является неотъемлемой частью Договора добровольного медицинского страхования;

1.5.5. **Сервисные компании** - сервисные или ассистанские компании и учреждения, имеющие договоры со Страховщиком по организации медицинских, медико-транспортных услуг, а также оказывающие услуги по репатриации;

1.5.6. **Медицинская помощь** - комплекс мероприятий, включающих медицинские услуги, организационно-технические мероприятия, направленные на удовлетворение потребностей Застрахованных в поддержании и восстановлении здоровья;

1.5.7. **Медицинские услуги** - мероприятия или комплекс мероприятий, направленных на диагностику и лечение заболеваний, имеющих самостоятельное законченное значение и определенную стоимость;

1.5.8. **Медико-транспортные услуги** - услуги, связанные с транспортировкой Застрахованного по медицинским показаниям, в соответствии с условиями Договора страхования, и программой страхования;

1.5.9. **Услуги по репатриации** - услуги, связанные с транспортировкой Застрахованного или останков адекватным состоянию здоровья транспортным средством в соответствии с условиями Договора страхования и программой страхования;

1.5.10. **Временная франшиза** - период времени с момента вступления Договора страхования в силу, на который не распространяется страхование, обусловленное Договором страхования, и при самостоятельном обращении за получением медицинской помощи в этот период времени Застрахованным, страховые выплаты не производятся.

Договором страхования могут быть предусмотрены иные виды франшизы.

Франшиза устанавливается по каждому страховому случаю. Если наступает несколько страховых случаев, франшиза учитывается по каждому из них.

1.6. При наличии противоречий между положениями Договора страхования и настоящих Правил преимущественную силу имеют нормы, содержащиеся в Договоре страхования.

## 2. СУБЪЕКТЫ СТРАХОВАНИЯ

2.1. **Страховщик** - юридическое лицо, созданное в соответствии с законодательством Российской Федерации для осуществления деятельности по страхованию и получившее лицензию на осуществление соответствующего вида страховой деятельности в установленном действующим законодательством порядке (Акционерное общество «Страховая группа МСК» (АО «СГ МСК»)).

2.2. **Страхователь** - дееспособное физическое лицо или юридическое лицо любой организационно-правовой формы, индивидуальный предприниматель, заключившее со Страховщиком Договор страхования в пользу застрахованного лица.

2.3. Субъектами (участниками) добровольного медицинского страхования в рамках настоящих Правил могут выступать также медицинские, ассистанские (сервисные) компании, с которыми Страховщик вступает в договорные отношения с целью выполнения обязательств по Договору страхования.

Для целей настоящих Правил:

– к медицинским организациям относятся российские юридические лица всех форм собственности, а также физические лица, получившие в установленном действующим законодательством порядке право (разрешение) на осуществление медицинской деятельности;

– к ассистанским (сервисным) организациям (компаниям) относятся юридические лица, осуществляющие сервисную поддержку программ добровольного медицинского страхования по поручению Страховщика;

**2.4. Застрахованные лица (Застрахованные)** - являются иностранные граждане и лица без гражданства, прибывшие в Российскую Федерацию и осуществляющие трудовую деятельность на основании разрешения на работу или патента.

### **3. ОБЪЕКТ СТРАХОВАНИЯ**

**Объектом** добровольного медицинского страхования является имущественный интерес Застрахованного, связанный с оплатой организации и оказания первичной медико-санитарной помощи и специализированной медицинской помощи в неотложной форме застрахованному лицу при условии предоставления данных услуг строго по медицинским показаниям в объеме, не менее установленного нормативными актами Банка России.

### **4. СТРАХОВЫЕ СЛУЧАИ И СТРАХОВЫЕ РИСКИ**

**4.1.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.

**4.2.Договор страхования** (с учетом исключений из числа страховых рисков и страховых случаев, указанных в п.п.4.3.-4.5. настоящих Правил) заключается в отношении следующего страхового риска (на следующем условии): застрахованным является риск документально подтвержденного обращения Застрахованного лица в указанные в Договоре страхования медицинские учреждения за получением первичной медико-санитарной помощи и специализированной медицинской помощи в неотложной форме застрахованному лицу при условии предоставления данных услуг строго по медицинским показаниям в объеме, предусмотренном программой страхования. Застрахованный также вправе обратиться на круглосуточный диспетчерский пульт Страховщика для организации оказания необходимых медицинских услуг, позвонив по указанным в Договоре страхования телефонам и сообщив диспетчеру о страховом случае.

**4.3**Если иное не предусмотрено Договором страхования, Страховщик не возмещает стоимость медицинских услуг, оказанных Застрахованному лицу в связи со следующими основаниями:

**4.3.1.** Внезапные острые заболевания, состояния, обострение хронических заболеваний, представляющие угрозу жизни застрахованного лица и требующие оказания медицинской помощи в экстренной форме;

**4.3.2.** Патологические состояния и травмы, возникшие у застрахованного лица в состоянии любой формы опьянения или под воздействием наркотических, психотропных, токсикологических, медикаментозных препаратов, употребленных без назначения врача;

**4.3.3.** Травматические повреждения или иные расстройства здоровья, наступившие в результате совершения застрахованным лицом умышленных противоправных действий;

**4.3.4.** Покушение застрахованного лица на самоубийство, за исключением тех случаев, когда застрахованное лицо было доведено до такого состояния противоправными действиями третьих лиц;

**4.3.5.** Умышленное причинение себе телесных повреждений застрахованным лицом;

**4.3.6.** Особо опасные инфекционные болезни (натуральная оспа, чума, холера, вирусные геморрагические лихорадки, полиомиелит, лепра, малярия ТОРС), иные заболевания, включенные в утверждаемый Правительством Российской Федерации перечень социально значимых заболеваний и заболеваний, представляющих опасность для окружающих;

**4.3.7.** Инфекции, передающиеся преимущественно половым путем;

**4.3.8.** Иммунодефицитные состояния;

**4.3.9.** ВИЧ-инфекция, СПИД;

- 4.3.10. Туберкулез независимо от клинической формы и стадии процесса;
  - 4.3.11. Онкологические заболевания (злокачественные новообразования, в том числе кроветворной и лимфатической тканей, образования головного мозга, мозговых оболочек и ганглиев);
  - 4.3.12. Острые и хронические вирусные гепатиты, цирроз печени;
  - 4.3.13. Сахарный диабет I и II типа;
  - 4.3.14. Лучевая болезнь;
  - 4.3.15. Демиелинизирующие, экстрапирамидные и другие дегенеративные заболевания нервной системы, миастения;
  - 4.3.16. Наследственные заболевания: хромосомные, моногенные, митохондриальные (болезни, аномалии, нарушения), наследственные болезни обмена; аномалии развития, врожденные пороки;
  - 4.3.17. Системные заболевания соединительной ткани (склеродермия, системная красная волчанка, дерматомиозит, ревматическая полимиалгия), ревматоидный артрит, ревматическая болезнь, васкулиты;
  - 4.3.18. Заболевания, послужившие основанием для установления застрахованному лицу инвалидности I или II группы;
  - 4.3.19. Хроническая почечная и печеночная недостаточность, требующая проведения экстракорпоральных методов лечения;
  - 4.3.20. Заболевания органов и тканей, требующие их трансплантации, ауто трансплантации, протезирования;
  - 4.3.21. Ронхопатия, апноэ во сне;
  - 4.3.22. Ожирение;
  - 4.3.23. Аллергические реакции (реакции гиперчувствительности), атопические заболевания и им подобные, не требующие неотложной помощи;
  - 4.3.24. Психические заболевания, органические психические расстройства (включая симптоматические), алкоголизм, наркомания, токсикомания.
- 4.4. Если иное не предусмотрено Договором страхования, Страховщик не возмещает стоимость медицинских услуг, оказанных Застрахованному лицу в случае обращения Застрахованного лица за медицинской помощью:
- 4.4.1. Медицинские услуги, не назначенные врачом;
  - 4.4.2. Оказание специализированной высокотехнологичной медицинской помощи;
  - 4.4.3. Профилактические и оздоровительные мероприятия, иммунопрофилактика, кроме противостолбнячной, антирабической вакцинации;
  - 4.4.4. Лабораторные исследования: все виды гормональных исследований, бактериологические исследования, вирусологические исследования, микологические исследования, паразитологические исследования, ПЦР диагностика;
  - 4.4.5. Инструментальные исследования: эхокардиография, сосудистая доплерография, компьютерная томография, магнитно-резонансная томография, радиоизотопные исследования;
  - 4.4.6. Лечебные и диагностические манипуляции: внутривенные капельные, внутрисуставные, парабульбарные инъекции в амбулаторных условиях; подбор контактных линз; подбор очков;
  - 4.4.7. Медицинские услуги, связанные с беременностью, осложнением беременности, родовспоможение;
  - 4.4.8. Диагностика, лечение, процедуры, пластические операции, проводимые с эстетической или косметической целью или с целью улучшения психологического состояния застрахованного лица, включая лечение заболеваний волос, удаление кондилом, мозолей, бородавок, папиллом, контагиозных моллюсков, невусов;
  - 4.4.9. Диагностические и лечебные мероприятия, связанные с лазерной коррекцией зрения, аппаратные методы лечения в офтальмологии, периферическая лазерокоагуляция сетчатки (за исключением случаев, когда диагностирован разрыв сетчатки, отслоение сетчатки);
  - 4.4.10. Методы нетрадиционной диагностики и терапии;
  - 4.4.11. Лечение средствами природного происхождения;

4.4.12. Традиционные системы оздоровления;

4.4.13. Аппаратная диагностика в офтальмологии: НРТ (ретиальная томография), пахиметрия, визоконтрастопериметрия;

4.4.14. Трансплантология;

4.4.15. Догоспитальное обследование;

4.4.16. Экстракорпоральные методы лечения;

4.4.17. Робот-ассистированные операции;

4.4.18. Индивидуальный медицинский пост;

4.4.19. Физиотерапевтическое и восстановительное лечение, включая восстановительное аппаратное лечение нарушений двигательной функции костно-мышечной системы;

4.4.20. Удаление ретинированных и дистопированных зубов;

4.4.21. Зубопротезирование и подготовка к нему, съемные и фиксированные протезы, костные трансплантаты, имплантация зубов;

4.4.22. Ортодонтические виды лечения;

4.4.23. Помощь на дому;

4.4.24. Покрытие расходов на лекарственные препараты (кроме случаев, предусмотренных программой страхования), очки, контактные линзы, слуховые аппараты, имплантаты, другие дополнительные медицинские устройства и приспособления, расходные материалы индивидуального назначения, в том числе требующиеся в ходе оперативного вмешательства: протезы, эндопротезы, импланты, включая искусственные хрусталики, сетки, петли, мочеточниковые стенты; металлоконструкции, наборы для остеосинтеза и фиксации, стабилизирующие системы; кардиостимуляторы, стенты, баллоны, проводники для проведения ангиопластики и стентирования, полимерные фиксирующие повязки, туторы, ортезы, брейсы.

4.5. Страховщик освобождается от страховой выплаты, если обращение Застрахованного лица в медицинское учреждение (организацию) вызвано заболеваниями и травмами, возникшими в результате:

- воздействия ядерного взрыва, радиации или радиоактивного заражения;
- военных действий, а также маневров или иных военных мероприятий;
- гражданской войны, народных волнений всякого рода или забастовок.

4.6. В Программе страхования (с учетом соответствующих исключений из числа страховых рисков и страховых случаев) указываются конкретные виды и объем медицинской помощи, оплачиваемой страховщиком при наступлении страхового случая, которая обеспечивает получение первичной медико-санитарной помощи и специализированной медицинской помощи в неотложной форме застрахованному лицу при условии предоставления данных услуг строго по медицинским показаниям в рамках программы добровольного медицинского страхования.

4.7. Утвержденные Страховщиком в рамках настоящих Правил страхования Программы страхования являются приложением к соответствующим договорам страхования. Страховщик вправе разрабатывать дополнительные программы страхования. Перечень медицинских услуг по Договору страхования в рамках конкретной программы страхования, а также любое сочетание программ страхования может иметь оригинальное название.

4.8. По настоящим Правилам Страховщик заключает Договор страхования в отношении нижеуказанных физических лиц исключительно при условии, что до заключения Договора в письменном Заявлении на страхование Страховщик был уведомлен Страхователем о состоянии здоровья данного лица, заявленного на страхование как о существенном обстоятельстве, влияющем на вероятность наступления страхового случая (оценку страхового риска Страховщиком). Если иное не предусмотрено Договором страхования, обязательное предварительное уведомление Страховщика во всяком случае требуется в отношении следующих лиц, заявленных на страхование:

- старше 55 лет;
- являющихся инвалидами первой, второй или третьей группы по любому заболеванию;

- больных синдромом приобретенного иммунодефицита (СПИД) или являющихся носителями вируса иммунодефицита человека (ВИЧ);
- состоящих на учете в наркологических, психоневрологических, туберкулезных, онкологических, кожно-венерологических (по поводу венерических заболеваний) диспансерах, центрах по профилактике и лечению СПИДа и ВИЧ-инфекции;
- находящихся на стационарном лечении.

При невыполнении условия п.4.8. настоящих Правил, Страховщик вправе потребовать признания заключенного в отношении вышеуказанного физического лица Договора страхования недействительным с момента его заключения в установленном действующим законодательством порядке.

## **5. ТЕРРИТОРИЯ ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ**

Договор страхования, если в нем прямо не предусмотрено иное, действует на территории субъекта Российской Федерации, на территории которого застрахованное лицо намеревается осуществлять трудовую деятельность (территория страхования).

## **6. СТРАХОВАЯ СУММА**

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

Страховая сумма устанавливается Страховщиком по соглашению со Страхователем для каждого Застрахованного лица и указывается в Договоре страхования. При этом страховая сумма, в пределах которой Страховщик при наступлении страховых случаев, произошедших в период действия договора ДМС, обязуется оплатить оказанные Застрахованному лицу медицинские услуги (медицинскую помощь) (произвести страховые выплаты), должна быть не менее ста тысяч рублей на каждого застрахованного на период страхования.

6.2. Страховая сумма по Договору страхования устанавливается исходя из предполагаемого перечня конкретных видов и объема медицинской помощи (перечня и стоимости медицинских услуг) предусмотренных программой страхования.

6.3. Сумма страховых выплат по Договору страхования, заключенному на условиях настоящих Правил, не может превысить установленный таким Договором размер страховой суммы.

Если в договоре страхования прямо не оговорено иное, страхования сумма в Договоре страхования является агрегатной страховой суммой.

Агрегатная страховая сумма – денежная сумма, уменьшаемая после выплаты страхового возмещения, в пределах которой страховщик обязуется выплатить страховое возмещение за весь срок действия Договора страхования.

После исчерпания агрегатной страховой суммы Договор страхования прекращает свое действие, о чем страховщик обязан уведомить застрахованное лицо.

6.4. Страхователь вправе в период действия Договора страхования по согласованию со Страховщиком изменить страховую сумму и/или расширить перечень указанных в программе медицинского страхования услуг в установленном действующим законодательством порядке. Размер Страховой суммы после внесенных изменений должен быть не менее чем указано в п.6.1. настоящих Правил.

6.5. Страховые суммы устанавливаются в российских рублях.

## **7. СТРАХОВАЯ ПРЕМИЯ, СТРАХОВОЙ ТАРИФ, СТРАХОВОЙ ВЗНОС**

7.1. Под страховой премией понимается плата за страхование, которую Страхователь обязан уплатить Страховщику в порядке и в сроки, установленные Договором страхования. Страховой взнос - часть страховой премии при уплате ее в рассрочку.

7.2. При определении размера страховой премии, подлежащей уплате по Договору страхования, Страховщик применяет разработанные им тарифы, определяющие величину страхового взноса, взимаемую с единицы страховой суммы, исходя из оценки Страховщиком страхового риска с учетом условий страхования, выбранной Страхователем Программы страхования, срока действия Договора страхования и иных условий, предусмотренных Договором страхования.

7.3. При определении размера страховой премии Застрахованному лицу может быть предложено заполнить Медицинскую анкету. Сведения, указанные в заявлении на страхование или в Медицинских анкетах, подтверждаются подписью Страхователя (Застрахованного). В случае необходимости, Страховщик имеет право направить Застрахованного на предварительное медицинское обследование (освидетельствование).

7.4. В зависимости от результатов предварительного медицинского освидетельствования или медицинского анкетирования Застрахованное лицо относится к одной из следующих групп здоровья:

- группа здоровья I - здоровые лица, не предъявляющие никаких жалоб, имеющие в анамнезе детские болезни, простудные заболевания; без хронических заболеваний или нарушений функций отдельных органов и систем;
- группа здоровья II - практически здоровые лица, имеющие в анамнезе острое или хроническое заболевание, но не имеющие обострений в течение нескольких лет;
- группа здоровья III - больные, нуждающиеся в лечении, лица с компенсированным течением заболевания, редкими обострениями, непродолжительными потерями трудоспособности;
- группа здоровья IV - больные, нуждающиеся в лечении, лица с субкомпенсированным течением заболевания, частыми и продолжительными потерями трудоспособности;
- группа здоровья V - больные, нуждающиеся в лечении, лица с декомпенсированным течением заболевания, устойчивыми патологическими изменениями, ведущими к стойкой утрате трудоспособности.

При определении группы здоровья учитываются факторы риска: производственные, бытовые, образ жизни (стрессы, нервные перегрузки, курение, употребление алкоголя, малоподвижный образ жизни). В зависимости от сведений, предусмотренных в Медицинской анкете и факторов риска, используемых Страховщиком для оценки страхового риска, Страховщик вправе формировать и иные группы (подгруппы) риска.

В случае отказа лица, подлежащего страхованию, от прохождения медицинского освидетельствования Договор страхования может быть заключен только на условиях, предусмотренных для группы здоровья V.

7.5. Страховая премия по Договору страхования уплачивается Страхователем единовременно - разовым платежом за весь срок действия Договора страхования.

Если страховая премия не была уплачена Страхователем или была уплачена не в полном объеме в срок, указанный в Договоре страхования, Договор страхования считается не вступившим в силу, при этом полученная в неполном объеме страховая премия возвращается Страхователю в течение 10 (десяти) рабочих дней с даты поступления денежных средств на расчетный счет Страховщика. Во всех случаях, страхование, обусловленное Договором страхования, распространяется исключительно на страховые случаи, происшедшие после даты оплаты страховой премии в полном объеме.

## **8. ПОРЯДОК ЗАКЛЮЧЕНИЯ, ИСПОЛНЕНИЯ, ВНЕСЕНИЯ ИЗМЕНЕНИЙ И ДОПОЛНЕНИЙ В ДОГОВОР СТРАХОВАНИЯ**

8.1. Срок действия Договора страхования определяется исходя из сообщенного Страхователем (Застрахованным лицом) предполагаемого срока действия разрешения на работу или патента.

8.2. Договор страхования может содержать различные программы страхования из числа действующих у Страховщика программ страхования. Перечень медицинских услуг в рамках



конкретной программы страхования, а также сама программа страхования и любое сочетание программ страхования может иметь оригинальное название. При этом программы добровольного медицинского страхования, предусмотренные Договором (полисом) страхования, должны обеспечивать возможность получения первичной медико-санитарной помощи и специализированной медицинской помощи в неотложной форме застрахованному лицу при условии предоставления данных услуг строго по медицинским показаниям в объеме, не менее установленного нормативными актами Банка России.

8.3. При заключении Договора страхования между Страхователем и Страховщиком должно быть достигнуто соглашение по следующим существенным условиям:

- о застрахованном лице;
- о характере события, на случай наступления которого осуществляется страхование (страховой риск);
- о сроке действия Договора и размере страховой суммы;
- о размерах, сроках оплаты страховой премии;
- о перечне медицинских услуг, соответствующих Программе страхования;

8.4. Страховщик обязан при заключении Договора страхования вручить Страхователю Правила страхования, памятку для застрахованного лица и программы страхования, что удостоверяется соответствующей записью в Договоре страхования. Условия, содержащиеся в настоящих Правилах и не включенные в текст Договора страхования, обязательны для Страхователя, если в Договоре страхования прямо указывается на применение настоящих Правил и сами Правила изложены в одном документе с Договором страхования или на его оборотной стороне либо приложены к нему. В последнем случае вручение Страхователю при заключении Договора страхования настоящих Правил должно быть удостоверено записью в Договоре страхования.

8.5. При заключении Договора страхования Страховщик, при необходимости, вправе назначить дополнительный медицинский осмотр страхуемого лица (страхуемых лиц) для оценки фактического состояния его (их) здоровья.

8.6. Основанием для заключения Договора страхования является письменное заявление Страхователя по форме утвержденной Страховщиком, в котором должны быть, в том числе указаны:

- наименование организации, идентификационный номер налогоплательщика или код иностранной организации, государственный регистрационный номер, место государственной регистрации и адрес местонахождения, банковские реквизиты;
- список Застрахованных лиц по форме, согласованной со Страховщиком, с указанием: фамилии, имя, а также отчества (если иное не вытекает из закона или национального обычая), гражданство, дата рождения, реквизиты документа, удостоверяющего личность, данные миграционной карты, документа, подтверждающего право иностранного гражданина или лица без гражданства на пребывание (проживание) в Российской Федерации, адрес места жительства (регистрации) или места пребывания, идентификационный номер налогоплательщика (при его наличии);
- программа страхования;
- срок действия Договора страхования;
- сведения о лицах, указанных в п.4.8 настоящих Правил.

В случае если в представленных Страхователем вышеуказанных сведениях и документах отсутствуют необходимые данные об обстоятельствах, имеющих существенное значение для определения вероятности наступления страхового случая и размера возможных убытков от его наступления, Страховщик в целях осуществления оценки страхового риска вправе предложить Страхователю предоставить иные конкретные документы, в которых содержатся соответствующие сведения об обстоятельствах, необходимых для оценки страхового риска, а также в порядке, предусмотренном п.7.3. настоящих Правил, предложить Застрахованному лицу заполнить

Медицинскую анкету и/или направить Застрахованного на предварительное медицинское обследование (освидетельствование).

8.7. Факт заключения договора страхования подтверждается оформлением единого документа – Полиса ДМС.

В Полисе ДМС указывается:

8.7.1 Лицевая сторона бланка полиса ДМС заверяется подписью страхователя (застрахованного лица) и содержит, в том числе:

1) сведения о страхователе физическом лице:

- фамилия, имя, а также отчество (если иное не вытекает из закона или национального обычая);

- дата и место рождения;

- гражданство (при наличии);

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

- реквизиты документа удостоверяющего личность, признаваемого Российской Федерацией в этом качестве, (наименование, серия и номер документа, дата выдачи и орган, его выдавший, код подразделения, если имеется);

- контактная информация (телефон, адрес электронной почты);

2) сведения о страхователе индивидуальном предпринимателе:

- фамилия, имя, а также отчество (если иное не вытекает из закона или национального обычая);

- дата и место рождения;

- гражданство (при наличии);

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

- реквизиты документа удостоверяющего личность, признаваемого Российской Федерацией в этом качестве, (наименование, серия и номер документа, дата выдачи и орган, его выдавший, код подразделения, если имеется);

- контактная информация (телефон, адрес электронной почты);

- 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;

- идентификационный номер налогоплательщика, дата постановки на учет индивидуального предпринимателя в налоговом органе;

- банковские реквизиты индивидуального предпринимателя;

3) сведения о страхователе юридическом лице:

- организационно-правовая форма и наименование организации;

- адрес места нахождения, телефон, факс, адрес сайта и/или электронной почты организации;

- банковские реквизиты организации;

- должность, фамилия, имя и отчество лица, уполномоченного подписывать договор ДМС от имени страхователя (застрахованного лица) и документ, на основании которого он подписывает договор ДМС;

4) информацию о застрахованном лице:

- фамилия, имя, а также отчество (если иное не вытекает из закона или национального обычая);

- пол;

- дата и место рождения;

- реквизиты документа удостоверяющего личность, признаваемого Российской Федерацией в этом качестве, (наименование, серия и номер документа, дата выдачи и орган, его выдавший и код подразделения, если имеется);

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

- гражданство (при наличии);

- контактная информация (телефон, адрес электронной почты);

5) данные полиса ДМС:

- серия и номер полиса ДМС;

- дата заполнения полиса ДМС;

- срок действия договора ДМС

- территория действия полиса ДМС;

- идентификационный номер застрахованного лица (при наличии);

- размер страховой суммы;

- подпись застрахованного лица.

8.7.2. Обратная сторона полиса ДМС заверяется подписью представителя страховщика, уполномоченного на выдачу полисов ДМС, печатью страховой организации и содержит сведения о страховщике:

- организационно-правовую форму и наименование страховщика;

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

- адрес места нахождения (фактический), телефон, факс, адрес сайта, адрес электронной почты;

- банковские реквизиты;

- должность, фамилия, имя и отчество лица, уполномоченного подписывать договор ДМС от имени страховщика, и документ, на основании которого он подписывает договор.

Приложением к Полису ДМС являются Правила страхования и Программа страхования.

8.8. Если после заключения Договора страхования будет установлено, что Страхователь сообщил заведомо ложные сведения об обстоятельствах, имеющих существенное значение для определения вероятности наступления страхового случая и размера возможных убытков от его наступления, Страховщик вправе потребовать признания Договора недействительным и применения последствий в соответствии с законодательством Российской Федерации (п.2 ст.179 ГК РФ), за исключением случая, когда обстоятельства, о которых умолчал Страхователь, уже отпали.

8.9. Условия, содержащиеся в настоящих Правилах страхования и не включенные в текст Договора страхования (страхового полиса), обязательны для Страхователя (Застрахованного лица), если в Договоре (страховом полисе) прямо указывается на применение настоящих Правил и сами Правила изложены в одном документе с Договором (страховым полисом) или на его обратной стороне либо приложены к нему.

8.10. При заключении Договора страхования Страхователь и Страховщик могут договориться об изменении или исключении отдельных положений настоящих Правил страхования, которые не повлекут ухудшения права застрахованного лица в период действия договора ДМС.

8.11. Договор страхования заключается на согласованный сторонами срок и, если в договоре не предусмотрено иное, вступает в силу с 00 часов 00 минут дня, следующего за днем оплаты страховой премии на расчетный счет Страховщика или оплаты страховой премии наличными деньгами, но не ранее 00 часов 00 минут дня, указанного в договоре страхования как дата начала действия договора страхования.

Действие договора страхования заканчивается в 24 часа 00 минут дня, указанного в нем как дата его окончания.

8.12. Договором страхования может быть предусмотрено вступление его в силу с определенной календарной даты или с момента уплаты страховой премии.

8.13. Днем уплаты страховой премии при безналичных расчетах считается день поступления денежных средств на расчетный счет Страховщика.

## **9. ПОРЯДОК И УСЛОВИЯ ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЫ**

9.1. В рамках настоящих Правил, Страховщик в соответствии с условиями договора страхования осуществляет страховую выплату в случаях документально подтвержденного обращения Застрахованного лица в указанные в Договоре страхования медицинские учреждения за получением первичной медико-санитарной помощи и специализированной медицинской помощи в неотложной форме застрахованному лицу при условии предоставления данных услуг строго по медицинским показаниям в объеме, предусмотренном программой страхования. Застрахованный также вправе обратиться на круглосуточный диспетчерский пульт Страховщика для организации оказания необходимых медицинских услуг, позвонив по указанным в Договоре страхования телефонам и сообщив диспетчеру о страховом случае. Размер страховой выплаты определяется стоимостью предусмотренной Договором страхования медицинской помощи (медицинских услуг), а также иных указанных в Договоре страхования услуг, оказанных Застрахованному лицу при наступлении страхового случая.

9.2. Страховщик в целях исполнения своих обязательств по Договору страхования вправе заключать соответствующие Договоры с государственными, частными медицинскими и иными учреждениями (организациями), находящимися на территории РФ, сервисными компаниями, научно-исследовательскими институтами, лабораториями, медицинскими центрами и клиниками.

9.3. Медицинские учреждения (организации), сервисные компании и иные учреждения (организации), в соответствии с Договором, заключенным со Страховщиком, оказывают медицинскую помощь (услуги) Застрахованным, предусмотренные Договором страхования и выбранными программами.

9.4. Страховщик вправе проверить соответствие оказываемых Застрахованному услуг, оговоренных в Договоре страхования, сроки предоставления, а также провести экспертизу качества оказанных услуг по своему усмотрению или по письменному заявлению Страхователя (Застрахованного лица).

## **10. ПОСЛЕДСТВИЯ УВЕЛИЧЕНИЯ СТЕПЕНИ СТРАХОВОГО РИСКА В ПЕРИОД ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ**

10.1. В течение срока действия Договора страхования Застрахованное лицо, являющееся выгодоприобретателем и Страхователь обязаны незамедлительно (не позднее 3 (трех) рабочих дней со дня, когда Страхователю станет известно) письменно сообщить Страховщику обо всех ставших ему известными значительных изменениях в обстоятельствах, сообщенных Страховщику при заключении Договора страхования.

10.2. Значительными во всяком случае признаются изменения в обстоятельствах, оговоренных в Договоре страхования, Заявлении на страхование, Программе страхования, Медицинской анкете, а также в переданных Страхователю (Застрахованному лицу) Правилах страхования.

10.3. При получении информации об обстоятельствах, влекущих увеличение степени страхового риска, Страховщик вправе потребовать изменения условий Договора страхования или уплаты дополнительной страховой премии (взноса) соразмерно увеличению страхового риска.

10.4. Если Страхователь (Застрахованное лицо) возражает против изменения условий Договора страхования или доплаты страховой премии (страхового взноса), Страховщик вправе потребовать расторжения Договора страхования.

10.5. При неисполнении Страхователем (Застрахованным лицом) обязанностей по сообщению Страховщику об увеличении страхового риска Страховщик вправе потребовать расторжения Договора страхования и возмещения убытков, причиненных расторжением Договора страхования.

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

## 11. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

### 11.1. Права и обязанности Застрахованного лица по Договору страхования.

#### 11.1.1. Застрахованное лицо имеет право:

а) обратиться на круглосуточный диспетчерский пульт Страховщика для организации оказания необходимых медицинских услуг, позвонив по указанным в Договоре страхования телефонам и сообщив диспетчеру о страховом случае;

б) обратиться в период действия договора ДМС в медицинскую организацию за получением медицинских услуг в соответствии с программой страхования, предусмотренной договором ДМС;

в) получать от Страховщика разъяснения условий Договора страхования (Полиса ДМС) и Программы страхования;

#### 11.1.2. Застрахованное лицо обязано:

а) представлять Страховщику необходимые для заключения Договора страхования достоверные сведения (заполнить Медицинскую анкету), а также иную необходимую информацию, связанную с исполнением Договора страхования;

б) при получении страховой документации (полиса ДМС, Правил страхования, Программы страхования и др.) удостоверить личной подписью факт получения указанных документов;

в) соблюдать требования Правил страхования, условий Договора страхования, предписания лечащего врача в ходе получения медицинской помощи, распорядок, установленный медицинским учреждением;

г) заботиться о сохранности страховых документов и не передавать их другим лицам с целью получения ими медицинской помощи;

д) сообщать своевременно Страховщику об изменении фамилии, имени, а также отчества (если иное не вытекает из закона или национального обычая), гражданства, реквизитов документа, удостоверяющего личность, данных миграционной карты, документа, подтверждающего право иностранного гражданина или лица без гражданства на пребывание (проживание) в Российской Федерации, адреса места жительства (регистрации) или места пребывания;

е) предоставлять Страховщику право на ознакомление с медицинской документацией из любых медицинских учреждений для решения вопросов, связанных с реализацией Договора страхования и оплатой оказанных Застрахованному услуг;

ж) посещать согласованные с медицинским учреждением процедуры, приемы и исследования, не нарушать лечебный режим;

з) в Договор страхования могут быть включены и иные права и обязанности сторон, не ухудшающие права застрахованных лиц, предусмотренные нормативными актами Банка России.

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

#### 11.2.1. Страхователь обязан:

а) при заключении Договора страхования сообщить Страховщику предусмотренные настоящими Правилами сведения о себе и Застрахованном лице, а также все известные ему обстоятельства, имеющие существенное значение для определения вероятности наступления страхового случая и размера возможных убытков от его наступления (страхового риска), если эти обстоятельства не известны и не должны быть известны страховщику;

б) уплачивать страховую премию в размере и срок, определенные Договором страхования (страховым полисом).

в) обеспечить прохождение медицинского освидетельствования Застрахованным лицом по требованию Страховщика;

г) сообщать Страховщику в течение действия Договора страхования незамедлительно обо всех ставших ему известными значительных изменениях в обстоятельствах в отношении Застрахованного лица, сообщенных Страховщику при заключении договора, если эти изменения могут привести к увеличению риска наступления страхового случая;

д) соблюдать установленные и общепринятые правила и нормы безопасности, а также воздерживаться от совершения действий, которые могут повлечь неблагоприятные последствия в отношении жизни и здоровья Застрахованного лица;

е) в случае заболевания и/или травмы Застрахованного лица принимать разумные и доступные меры для уменьшения вреда жизни и здоровью Застрахованного;

ж) при наступлении страхового случая незамедлительно, но в любом случае не позднее 30-ти дней со дня, когда Страхователю стало известно о произошедшем событии, известить об этом Страховщика любым доступным ему способом, позволяющим объективно зафиксировать факт сообщения;

з) надлежащим образом оформить и сохранить все документы, связанные с заболеванием и/или травмой Застрахованного лица;

и) обеспечить представителям Страховщика доступ к подлинникам любых имеющихся у Страхователя документов, имеющих отношение к заболеванию и/или травме Застрахованного лица; предоставить представителям Страховщика возможность изучать, копировать, фотографировать любые документы, связанные с заболеванием и/или травмой Застрахованного лица, а также опрашивать любых лиц, обладающих сведениями (информацией) об обстоятельствах их наступления;

к) уведомить Застрахованное лицо о необходимости выполнения им обязанностей (действий), предусмотренных подпунктами б), г) – и) п.11.2.1 настоящих Правил, если указанные обязанности могут или должны быть выполнены указанным лицом;

л) получить от Застрахованных лиц, а в случае, если Страхователем заключается договор страхования в отношении себя, предоставить самостоятельно письменное(ые) согласие(я) на обработку Страховщиком его (их- Застрахованных лиц) персональных данных, в соответствии с требованиями действующего законодательства Российской Федерации;

м) Страхователь, а также Застрахованное лицо, в пользу которого заключен Договор страхования обязаны:

- соблюдать установленные и общепринятые правила и нормы безопасности, а также воздерживаться от нецелесообразного совершения действий, которые приводят к неблагоприятным последствиям для его жизни и здоровья;

- при обращении за медицинской помощью добросовестно выполнять рекомендации лечащего врача;

- по требованию Страховщика пройти медицинское освидетельствование как при заключении договора страхования, так и после наступления страхового случая, когда это станет возможным по состоянию здоровья, если Страховщик сочтет это необходимым;

- выполнять обязанности, предусмотренные подпунктами б), г) – и) п.11.2.1 настоящих Правил.

11.2.2. Страхователь имеет право:

а) требовать от Страховщика в законном порядке соблюдения условий Договора страхования;

б) заменить Застрахованное лицо другим лицом с согласия самого Застрахованного лица и Страховщика с оплатой дополнительной страховой премии;

в) досрочно отказаться (расторгнуть в одностороннем порядке) от Договора страхования, в том числе в отношении одного или нескольких Застрахованных лиц.

11.3 Права и обязанности Страховщика.

11.3.1. Страховщик обязан:

а) вручить Страхователю при заключении договора страхования соответствующие Правила страхования на основании которых заключен вышеуказанный Договор страхования, а также Программу страхования;

б) выдавать Страхователю (Застрахованным) Договор страхования (Полис ДМС), памятку застрахованного;

в) производить страховые выплаты при наступлении страховых случаев в порядке, установленном настоящими Правилами и Договором страхования;

г) обеспечивать осуществление обработки персональных данных Застрахованных лиц в соответствии с требованиями Федерального закона от 27.07.2006 №152-ФЗ «О персональных данных». Информация о диагнозах заболеваний Застрахованных, фактах их обращения за медицинской помощью и ее объеме может быть представлена Страхователю только по письменному разрешению Застрахованных;

д) контролировать объем, сроки и качество медицинской помощи, оказанных Застрахованному в медицинских учреждениях (организациях), предусмотренных Программой страхования, и в медицинских учреждениях, медицинская помощь в которых были согласованы со Страховщиком в установленном Договором страхования порядке.

11.3.2. Страховщик имеет право:

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

б) досрочно расторгнуть Договор страхования в случаях, предусмотренных законодательством Российской Федерации.

в) требовать от Страхователя уплаты дополнительного страхового взноса при увеличении степени страхового риска;

г) проверять сообщенную Страхователем информацию;

д) согласовать не предусмотренное в Программе страхования медицинское учреждение (скорая медицинская помощь «03» («112»), госпитализация в ближайший стационар и пр.) для оказания экстренной медицинской помощи Застрахованному лицу с дальнейшим переводом по желанию Страхователя (Застрахованного лица) и при отсутствии медицинских противопоказаний в медицинское учреждение, предусмотренное Договором страхования;

11.4 Права и обязанности сторон по использованию персональных данных:

11.4.1. В отношении договоров страхования (страховых полисов), заключенных на основании настоящих Правил страхования, обработка Страховщиком персональных данных страхователей (застрахованных лиц) осуществляется на основании п.п. 5) ч.1 ст.6 и п.п. 8) ч.2 ст.10 Федерального закона от 27.07.2006 №152-ФЗ «О персональных данных»;

11.4.2. Страхователь, заключивший Договор страхования со Страховщиком на условиях настоящих Правил страхования (п.11.4.1.-11.4.9. Правил), подписывая Договор страхования и принимая его от Страховщика тем самым выражает свое добровольное согласие на обработку Страховщиком перечисленных ниже персональных данных Страхователя для осуществления исполнения обязательств Страховщика по Договору страхования, в том числе в целях проверки качества оказания страховых услуг и урегулирования убытков по Договору, администрирования Договора, защиты интересов Застрахованных лиц, а также в целях информирования Страхователя о других страховых продуктах и страховых услугах Страховщика (в целях продвижения Страховщиком своих страховых услуг).

11.4.3. Персональные данные Страхователя включают в себя в том числе: фамилия, имя, отчество, дата рождения, место рождения, адрес места жительства (места пребывания), контактный телефон, паспортные данные, сведения о состоянии здоровья, заболеваниях и об обращениях в медицинские учреждения (в том числе сведения составляющие врачебную тайну), а также данные, содержащиеся в документах, предоставляемых Страхователем в связи с наступлением страховых случаев, другие данные, указанные в заключенном со Страховщиком Договоре страхования (включая неотъемлемые его части – заявление на страхование, приложения и др.), которые могут быть отнесены в соответствии с законодательством Российской Федерации к персональным данным.

11.4.4. Страхователь дает согласие на обработку Страховщиком своих персональных данных в том числе право осуществлять все действия (операции) с персональными данными включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, передачу третьим лицам (в т.ч. медицинским учреждениям (организациям), с которыми у

Страховщика имеются договорные отношения об оказании медицинской помощи), обезличивание, блокирование, уничтожение, внесение в информационную систему, обработку с использованием средств автоматизации или без использования таких средств. Страховщик вправе обрабатывать персональные данные посредством включения их в электронные базы данных Страховщика. Страховщик может осуществлять обработку персональных данных в течение действия Договора страхования и в течение 25 (двадцати пяти) лет с даты его заключения.

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

11.4.6. Согласие Страхователя на обработку персональных данных Страхователя действует в течение 25 (двадцати пяти) лет, если иное не установлено Договором страхования.

11.4.7. В установленных законом случаях, Страхователь вправе отозвать своё согласие посредством составления соответствующего письменного документа, который должен быть направлен в адрес Страховщика заказным письмом с уведомлением о вручении, либо вручен лично под расписку уполномоченному представителю Страховщика, либо направлен Страховщику в ином порядке, предусмотренном действующим законодательством Российской Федерации.

11.4.8. В соответствии с достигнутым соглашением между Страхователем и Страховщиком, порядок отзыва согласия на обработку персональных данных Страхователя предусматривает, что после получения заявления в порядке, предусмотренном действующим законодательством Российской Федерации об отзыве вышеуказанного согласия на обработку персональных данных, Страховщик обязан прекратить их обработку в течение 6 (шести) месяцев с момента получения вышеуказанного заявления об отзыве, но в любом случае не ранее истечения 3 (трех) лет с даты окончания срока действия договора страхования. При этом, в случае рассмотрения в суде или арбитражном суде спора, связанного с исполнением обязательств по договору страхования, после получения письменного заявления об отзыве вышеуказанного согласия на обработку персональных данных Страховщик обязан прекратить обработку вышеуказанных персональных данных не ранее чем по истечении 3 (трех) лет с даты вступления в законную силу соответствующего решения суда (арбитражного суда) по данному делу.

11.4.9. Указанные выше положения настоящего пункта 11.4. настоящих Правил страхования относятся также и к Застрахованному лицу в случае подписания им согласия на обработку Страховщиком персональных данных.

## **12. ПРЕКРАЩЕНИЕ ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ**

12.1. Договор страхования прекращается в случаях:

- а) истечения срока его действия;
- б) исполнения Страховщиком обязательств по Договору страхования в полном объеме;
- в) в установленном действующим законодательством порядке в случае неуплаты Страхователем страховой премии в установленный Договором страхования срок и размере;
- г) ликвидации Страхователя, являющегося юридическим лицом, или смерти Страхователя, являющегося физическим лицом, кроме случая замены Страхователя в Договоре страхования;
- д) в случае смерти Застрахованного лица;
- е) в других случаях, предусмотренных законодательством РФ;

12.2. Договор страхования может быть расторгнут досрочно в одностороннем порядке (отказ от договора страхования) по требованию Страхователя в соответствии с нормами гражданского законодательствами.

12.3. Договор страхования прекращается в целом или в отношении отдельных Застрахованных лиц, до наступления срока, на который он был заключен, если после его вступления в силу возможность наступления страхового случая отпала и существование страхового риска прекратилось по обстоятельствам иным, чем страховой случай. При этом Страхователю



возвращается страховой взнос пропорционально не истекшему сроку действия договора страхования.

12.4. При досрочном расторжении Договора страхования по инициативе Страхователя (отказе от договора страхования) в целом или в отношении какого-либо Застрахованного возврат части страховой премии за не истекший срок действия Договора страхования осуществляется исходя из фактически поступившей по Договору страхования страховой премии, при этом возврату подлежит часть оплаченной страховой премии за не истекший срок действия страхования за вычетом суммы произведенных и/или предстоящих страховых выплат, если иное не предусмотрено Договором.

Стороны вправе согласовать в Договоре страхования иной размер подлежащей возврату Страхователю части страховой премии.

12.5. Если уплата страховой премии состоялась до даты вступления Договора страхования в силу, указанной в Договоре страхования, а Страхователь или Страховщик в силу обстоятельств, определенных законодательством Российской Федерации, отказываются от заключения Договора страхования, и при этом дата вступления договора в силу не наступила, страховой взнос, уплаченный до даты вступления Договора страхования в силу, возвращается в полном объеме без удержания расходов Страховщика.

### **13. ПОРЯДОК РАЗРЕШЕНИЯ СПОРОВ**

Все споры по договору страхования между Страховщиком и Страхователем (Застрахованным лицом) разрешаются путем переговоров, а при недостижении согласия в судебном порядке, предусмотренном действующим законодательством Российской Федерации.