

*У россиян, пользующихся услугами страховых компаний, теперь есть право в течение пяти дней отказаться от купленной страховки и вернуть свои деньги. Такое указание в конце 2015 года выпустил Банк России.*

В мае истекает срок, который был отведен страховщикам на то, чтобы привести свою работу в соответствие с новыми требованиями регулятора.

Так называемый период охлаждения – пять дней, которые Центробанк отвел гражданам на то, чтобы передумать и расторгнуть договор со страховщиком, распространяется практически на все виды добровольного страхования, будь то покупка полиса для защиты жизни, здоровья или, к примеру, имущества.

Исключение сделано лишь для добровольного медицинского страхования трудовых мигрантов, страхования туристов, выезжающих за границу, и страхования, являющегося обязательным условием допуска гражданина к выполнению профессиональной деятельности.

В указании Центробанка подчеркивается, что если человек отказался от страховки в отведенный для этого пятидневный срок, при этом договор еще не успел вступить в силу, он имеет право потребовать возврата всей суммы, заплаченной за страховку. Если же гражданин решил расторгнуть договор уже после начала действия страховки, но опять же успел сделать это в пятидневный срок, страховщик будет вправе удержать часть страховой премии, то есть некоторый процент заплаченной клиентом суммы, «пропорционально сроку действия договора страхования, прошедшему с даты начала действия страхования до даты прекращения действия договора добровольного страхования».

Важно помнить, что договор добровольного страхования считается прекратившим свое действие с даты получения страховщиком письменного заявления клиента. После этого страховая компания в течение 10 дней обязана будет вернуть деньги: наличными или на карточку.

Есть еще одно указание Банка России, касающееся правил добровольного медстрахования трудовых мигрантов. Переход на них страховщики также должны завершить до конца мая. Речь идет о том, что сумма страхования по полисам ДМС для трудовых мигрантов должна быть не менее 100 тысяч рублей на одного человека. В договоре должен быть указан список медуслуг, покрываемых страховкой, и порядок их осуществления. Страховщик имеет право не вносить в этот список определенные заболевания. К примеру, психические расстройства, диабет второго типа, злокачественные опухоли, повреждения, полученные в связи с алкогольным опьянением. Не распространяется договор на случаи умышленного причинения вреда здоровью и ситуации, когда медпомощь требуется в связи с беременностью, родами или абортом.

Источник: [Российская газета](#) , № 94, 04.05.16

Автор: Кривошапко Ю.