

*Утверждены Генеральным директором
АО «Страховая компания АСКО-Центр» Бучиком А.Б.
Приказом № 32/о-к от 14.09.2015 года*

*Правила в редакции, утвержденной Приказом № 68/о-к от 19.12.2017 года,
подлежат применению с «01» января 2018 г.*

ПРАВИЛА № 184.1

ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

Содержание:

<u>1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ. СУБЪЕКТЫ СТРАХОВАНИЯ.....</u>	<u>2</u>
<u>2. ОБЪЕКТ СТРАХОВАНИЯ.....</u>	<u>7</u>
<u>3. СТРАХОВЫЕ СЛУЧАИ. СТРАХОВЫЕ РИСКИ.....</u>	<u>7</u>
<u>4. СТРАХОВАЯ СУММА И СТРАХОВАЯ ПРЕМИЯ (СТРАХОВЫЕ ВЗНОСЫ). ФРАНШИЗА.....</u>	<u>9</u>
<u>5. ПОСЛЕДСТВИЯ НЕУПЛАТЫ В СРОК СТРАХОВОЙ ПРЕМИИ.....</u>	<u>11</u>
<u>6. ПОРЯДОК ЗАКЛЮЧЕНИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ. ВСТУПЛЕНИЕ ДОГОВОРА В СИЛУ</u>	<u>11</u>
<u>7. ПРЕКРАЩЕНИЕ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ.....</u>	<u>13</u>
<u>8. ПОСЛЕДСТВИЯ УВЕЛИЧЕНИЯ СТРАХОВОГО РИСКА.....</u>	<u>15</u>
<u>9. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН.....</u>	<u>15</u>
<u>10. ПОРЯДОК ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЫ.....</u>	<u>18</u>
<u>11. ОСВОБОЖДЕНИЕ СТРАХОВЩИКА ОТ СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЫ. СЛУЧАИ ОТКАЗА В</u> <u>СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЕ.....</u>	<u>19</u>
<u>12. ПОРЯДОК ПРИЗНАНИЯ ДОГОВОРА НЕДЕЙСТВИТЕЛЬНЫМ.....</u>	<u>19</u>
<u>13. ПОРЯДОК РАЗРЕШЕНИЯ СПОРОВ.....</u>	<u>19</u>

1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ. СУБЪЕКТЫ СТРАХОВАНИЯ

1.1. Настоящие Правила приняты в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации и содержат в себе стандартные условия, на которых Акционерное общество «Страховая компания АСКО-Центр» (далее по тексту – Страховщик) обязуется за обусловленную договором добровольного медицинского страхования страховую плату (далее – страховая премия), уплачиваемую другой стороной (далее – Страхователь), осуществить организацию и финансирование медицинских и иных услуг определенного перечня и качества в объеме Программы добровольного медицинского страхования с целью покрытия затрат Застрахованных лиц на медицинские и иные услуги в результате наступления указанных в договоре добровольного медицинского страхования (далее – Договор страхования, Договор) страховых случаев.

1.2. Страхователями признаются юридические лица любой организационно-правовой формы, в том числе и зарубежные юридические лица, дееспособные физические лица, в том числе и предприниматели без образования юридического лица, заключившие со Страховщиком Договоры страхования.

1.3. Страхователи – юридические лица заключают Договоры страхования в пользу физических лиц (далее по тексту – Застрахованные лица или Застрахованные).

Страхователи – физические лица заключают Договоры страхования в отношении самих себя или в отношении иных физических лиц (далее по тексту – Застрахованные лица или Застрахованные). Если Договор страхования заключен Страхователем – физическим лицом в отношении самого себя, он одновременно является Застрахованным лицом (Застрахованным).

1.4. Конфиденциальность и защита информации:

1.4.1. Стороны считают конфиденциальной информацию:

1.4.1.1. о сумме страховой премии, подлежащей уплате по Договору;

1.4.1.2. о персональных данных Застрахованного: фамилия, имя, отчество, дата рождения, место рождения, адрес проживания, паспортные данные (серия, номер, кем и когда выдан, код подразделения);

1.4.1.3. о специальной категории персональных данных Застрахованного: данные о состоянии здоровья Застрахованного, о заболеваниях Застрахованного, а также о случаях его обращения за медицинской помощью.

1.4.2. Стороны примут все достаточные меры для предотвращения разглашения конфиденциальной информации.

1.4.3. Страховщик обязуется соблюдать конфиденциальность, принципы, правила обработки персональных данных в соответствии с законодательством и обеспечивать безопасность персональных данных Застрахованных при их обработке в соответствии с требованиями ст. 18.1 и ст. 19 Федеральным законом № 152-ФЗ от 27 июля 2006 г «О персональных данных» (далее — Закон).

Обеспечение безопасности персональных данных достигается, в частности:

1) определением угроз безопасности персональных данных при их обработке в информационных системах персональных данных;

2) применением организационных и технических мер по обеспечению безопасности персональных данных при их обработке в информационных системах персональных данных, необходимых для выполнения требований к защите персональных данных, исполнение которых обеспечивает установленные Правительством Российской Федерации уровни защищенности персональных данных;

3) оценкой эффективности принимаемых мер по обеспечению безопасности персональных данных до ввода в эксплуатацию информационной системы персональных данных;

4) учетом машинных носителей персональных данных;

5) обнаружением фактов несанкционированного доступа к персональным данным и принятием мер;

6) восстановлением персональных данных, модифицированных или уничтоженных вследствие несанкционированного доступа к ним;

7) установлением правил доступа к персональным данным, обрабатываемым в информационной системе персональных данных, а также обеспечением регистрации и учета всех действий, совершаемых с персональными данными в информационной системе персональных данных;

8) контролем за принимаемыми мерами по обеспечению безопасности персональных

данных и уровня защищенности информационных систем персональных данных.

1.4.4. Страховщик во исполнение своих обязательств по Договору имеет право передавать указанные в п. 1.4.1.2. персональные данные своим партнерам, с которыми у Страховщика заключены договоры, направленные на исполнение Страховщиком обязательств по Договору, следующие данные о Застрахованных: фамилия, имя, отчество, номер страхового медицинского полиса, место работы, размер страховой суммы, наименование раздела программы страхования. При этом Страховщик подтверждает, что с его партнерами заключены договоры, в обязательства которых вменено предотвращение разглашения персональных данных Застрахованных Страховщика, соблюдение принципов, условий, обеспечение безопасности персональных данных при их обработке в соответствии с требованиями Закона.

1.4.5. Посредством направления соответствующих запросов своим партнерам, Страховщиком могут быть получены данные, указанные в п. 1.4.1.3. Договора. При этом партнеры Страховщика освобождаются от обязательств конфиденциальности перед Страховщиком.

1.4.6. Передача конфиденциальной информации иным лицам или иное разглашение этой информации может осуществляться только с письменного согласия Сторон, а при осуществлении этих действий в отношении информации, указанной в п. 1.4.1.2. и п. 1.4.1.3. Договора, и с письменного согласия Застрахованного.

1.4.7. При извещении Страхователя о прекращении действия Договора в отношении конкретного Застрахованного по основаниям, предусмотренным Договором, Страховщик не указывает заболевания (состояния) Застрахованного.

1.4.8. Страховщик обрабатывает персональные данные Застрахованных для осуществления добровольного медицинского страхования Застрахованных, в целях проверки качества оказания медицинской помощи, получения Застрахованным страхового возмещения в случае наступления страхового случая, администрирования Договора, выявления фальсификации счетов или счетов ненадлежащей формы, получаемых из медицинских учреждений, а также в целях информирования Застрахованных о других продуктах и услугах Страховщика, в статистических целях и в целях проведения анализа.

1.4.9. Страховщик имеет право осуществлять все действия (операции) с персональными данными Застрахованных (в том числе с данными о состоянии здоровья), с использованием средств автоматизации и без использования таких средств, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, передачу своим партнерам, обезличивание, блокирование, уничтожение. Страховщик и партнеры Страховщика вправе обрабатывать персональные данные Застрахованных (в том числе данные о состоянии здоровья) посредством включения их в списки и внесения в электронные базы данных Страховщика и партнеров Страховщика.

1.4.10. Подписывая Договор, Страхователь подтверждает, что им получены от Застрахованных письменные согласия на обработку Страховщиком и партнерами Страховщика их персональных данных, указанных в п. 1.4.1.2., п. 1.4.4. и п. 1.4.5. Договора, полученных от Страхователя в объеме согласно п.6.1.2. Договора и необходимом Страховщику в целях, указанных в п. 1.4.8. Договора.

1.4.11. В случае отзыва Застрахованным своего согласия на обработку персональных данных, переданного Страхователю, Страхователь обязан письменно уведомить об этом Страховщика с заявлением о прекращении действия Договора в отношении такого Застрахованного.

1.4.12. Страховщик несет ответственность перед Страхователем за обработку персональных данных Застрахованных в соответствии с требованиями ст. 6 Закона.

1.4.13. Страховщик имеет право обрабатывать персональные данные Застрахованных после отзыва согласия Застрахованного до проведения окончательных расчетов и других действий, связанных с хранением персональных данных Застрахованных в соответствии с законодательством РФ.

1.5. Страховщик вправе при заключении Договора страхования определить особые условия страхования в отношении лиц:

- возраст которых меньше 2-х лет или больше 65-ти лет на момент заключения Договора страхования;
- которые являются инвалидами I, II или III группы или имеющих категорию «ребенок-инвалид»;
- ВИЧ-инфицированных, больных онкологическими заболеваниями, системными болезнями

соединительной ткани, с хронической почечной недостаточностью, заболеваниями крови, перенесшими операции трансплантации органов, больных хроническими заболеваниями в стадии декомпенсации или имеющих хронические заболевания, которые могут повлечь установление группы инвалидности или смерть Застрахованного лица;

- находящихся на стационарной лечении на момент заключения Договора страхования;
- употребляющих наркотики, токсичные вещества с целью наркотического или токсичного опьянения;

- состоящих или состоявших на диспансерном учете в специализированном медицинском учреждении (наркологические, психоневрологические, туберкулезные, кожно-венерологические диспансеры);

- длительное время нуждающихся в постороннем уходе;

- находящихся в местах лишения свободы.

1.6. Если после заключения Договора страхования будет выявлено, что среди Застрахованных лиц имеются лица, перечисленные в п. 1.5. настоящих Правил, Страховщик имеет право досрочно прекратить действие Договора страхования в отношении таких Застрахованных или произвести перерасчет страховой премии по данным Застрахованным с учетом вновь выяснившихся обстоятельств.

1.7. Страховщик вправе на основе настоящих Правил, Программ страхования и их комбинаций формировать условия страхования по отдельным группам единообразных Договоров страхования, ориентированных на конкретную группу Страхователей, с присвоением данным отдельным группам единообразных Договоров страхования оригинальных маркетинговых названий в той мере, в какой это не противоречит законодательству Российской Федерации.

1.8. Страховщик не вправе разглашать полученные им в результате своей профессиональной деятельности сведения о Страхователе, Застрахованном лице, состоянии их здоровья, имущественном положении. За нарушение тайны страхования Страховщик несет ответственность в порядке, предусмотренном нормами гражданского законодательства Российской Федерации.

1.9. Применяемые в настоящих Правилах страхования наименования и понятия в ряде случаев специально поясняются соответствующими определениями. Если значение какого-либо наименования или понятия не оговорено Правилами страхования и не может быть определено, исходя из законодательства и нормативных актов, то такое наименование или понятие используется в своем обычном лексическом значении.

Амбулаторно-поликлиническая помощь - лечебно-профилактическая медицинская помощь и мероприятия, не требующие госпитализации и постоянного пребывания в медицинской организации, оказываемые Застрахованному лицу как непосредственно в самой медицинской организации, так и на дому при внезапных острых заболеваниях, состояниях, не сопровождающихся угрозой жизни (см. понятие «первичная медико-санитарная помощь»); при заболеваниях и состояниях, не сопровождающихся угрозой жизни Застрахованного лица, не требующих экстренной и неотложной медицинской помощи, и отсрочка оказания которой на определенное время не повлечет за собой ухудшение состояния Застрахованного лица, угрозу его жизни и здоровью (плановая амбулаторно-поликлиническая помощь), а также осуществление комплекса лечебно-профилактических мероприятий, направленных на предупреждение заболеваний Застрахованного лица (профилактическая амбулаторно-поликлиническая помощь).

Ассистанские организации – сервисные организации, оказывающие услуги Застрахованному лицу по организации медицинской, технической и других видов помощи, предусмотренных договором страхования.

Выжидательный период (временная франшиза) – промежуток времени, в течение которого обращение Застрахованного за получением медицинских и иных услуг не рассматривается в качестве страхового случая.

Диагностика - комплекс медицинских исследований, направленных на распознавание состояний или установление факта наличия либо отсутствия заболеваний, осуществляемых посредством сбора и анализа жалоб пациента, данных его анамнеза и осмотра, проведения лабораторных, инструментальных и иных исследований в целях определения диагноза, выбора мероприятий по лечению пациента и (или) контроля за осуществлением этих мероприятий.

Договор страхования (полис страхования) – письменное соглашение между Страховщиком и Страхователем, в силу которого Страховщик обязуется за обусловленную договором страхования плату (страховую премию) при наступлении предусмотренного в договоре

события (страхового случая) организовать и оплатить или возместить стоимость медицинских и (или) иных услуг, оказанных Застрахованному лицу медицинской и (или) иной организацией, а Страхователь обязуется оплатить страховую премию в установленные договором страхования сроки и в соответствующем размере.

Заболевание - возникающее в связи с воздействием патогенных факторов нарушение деятельности организма, работоспособности, способности адаптироваться к изменяющимся условиям внешней и внутренней среды при одновременном изменении защитно-компенсаторных и защитно-приспособительных реакций и механизмов организма. В Правилах страхования и Программах добровольного медицинского страхования болезни и медицинские состояния указываются в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем, официально действующей на территории РФ на дату заключения договора страхования.

Изделия медицинского назначения - любые инструменты, аппараты, приборы, оборудование, материалы и прочие изделия, применяемые в медицинских целях отдельно или в сочетании между собой, а также вместе с другими принадлежностями, необходимыми для применения указанных изделий по назначению, включая специальное программное обеспечение, и предназначенные производителем для профилактики, диагностики, лечения и медицинской реабилитации заболеваний, мониторинга состояния организма человека, проведения медицинских исследований, восстановления, замещения, изменения анатомической структуры или физиологических функций организма, функциональное назначение которых не реализуется путем фармакологического, иммунологического, генетического или метаболического воздействия на организм человека.

Лекарственное обеспечение – предоставление фармацевтической организацией Застрахованному лицу лекарственных средств и изделий медицинского назначения, предусмотренных договором страхования и Программой добровольного медицинского страхования и назначенных лечащим врачом и (или) возмещение Страховщиком Застрахованному лицу стоимости необходимых лекарственных средств и изделий медицинского назначения (и при необходимости их доставки) в случаях, предусмотренных договором страхования.

Лечение – комплекс медицинских вмешательств, выполняемых по назначению медицинского работника, целью которых является устранение или облегчение проявлений заболевания или заболеваний либо состояний Застрахованного лица, восстановление или улучшение его здоровья, трудоспособности и качества жизни.

Медицинская организация (учреждение) – организации любой формы собственности и физические лица, осуществляющие медицинскую деятельность на территории РФ и (или) за ее пределами, имеющие лицензии на право осуществления медицинской деятельности в соответствии с законодательством страны, где они осуществляют свою деятельность, привлекаемые для оказания услуг Застрахованным лицам. Перечень медицинских организаций приводится в договоре страхования и (или) Программах добровольного медицинского страхования.

Медицинские услуги (медицинская помощь) - это мероприятия или комплекс мероприятий, совершенных медицинскими и (или) иными работниками и направленных на профилактику заболеваний, их диагностику и лечение, имеющих самостоятельное законченное значение и определенную стоимость.

Иные услуги – услуги, связанные с оказанием или организацией оказания медицинской помощи, включенные в Программу добровольного медицинского страхования, в том числе: сервисные услуги (дополнительное питание, связь, телевизор, компьютер, холодильник, кондиционер, душ, туалет и др.); питание и проживание (нахождение) при стационарном, санаторно-курортном лечении, если оно не входит в стоимость медицинской услуги (стоимости койко-дня); оформление медицинской организацией различной медицинской документации; услуги по организации медицинской помощи в других медицинских организациях; информационные услуги, связанные с оказанием или организацией оказания медицинской помощи.

Скорая медицинская помощь – форма скорой (за исключением скорой специализированной, если иное не предусмотрено) медицинской помощи, оказываемой Застрахованным лицам при заболеваниях, несчастных случаях, травмах, отравлениях и других состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства. Данный вид медицинской помощи оказывается вне медицинской организации, а также в амбулаторных и стационарных условиях, в том случае, когда присутствует угроза жизни Застрахованного лица (экстренная скорая медицинская

помощь), а также при отсутствии явных признаков угрозы жизни Застрахованного лица (неотложная скорая медицинская помощь).

Специализированная медицинская помощь - медицинская помощь оказываемая врачами-специалистами в амбулаторно-поликлинических условиях и условиях стационара при заболеваниях, состояниях Застрахованного лица, требующих специальных методов диагностики, лечения и использования сложных, уникальных или ресурсоемких медицинских технологий в случае, когда присутствует угроза жизни Застрахованного лица (экстренная специализированная медицинская помощь), или при отсутствии явных признаков угрозы жизни Застрахованного лица (неотложная специализированная медицинская помощь) или при заболеваниях и состояниях, не сопровождающихся угрозой жизни Застрахованного лица, не требующих экстренной и неотложной медицинской помощи, и отсрочка оказания которой на определенное время не повлечет за собой ухудшение состояния Застрахованного лица, угрозу его жизни и здоровью (плановая специализированная медицинская помощь).

Стоматологическая помощь – медицинская помощь, оказываемая Застрахованному лицу при стоматологических заболеваниях зубов, пародонта, слизистой оболочки рта, языка, слюнных желез, челюстей, лица и головы, включающих кариозные, некариозные и другие поражения зубов; острые, хронические и специфические воспалительные заболевания, острую и хроническую травму, приобретенные дефекты и деформации, в случае, когда присутствует угроза жизни Застрахованного лица (экстренная стоматологическая помощь), или при отсутствии явных признаков угрозы жизни Застрахованного лица (неотложная стоматологическая помощь) или при заболеваниях и состояниях, не сопровождающихся угрозой жизни Застрахованного лица, не требующих экстренной и неотложной медицинской помощи, и отсрочка оказания которой на определенное время не повлечет за собой ухудшение состояния Застрахованного лица, угрозу его жизни и здоровью (плановая стоматологическая помощь).

Программа добровольного медицинского страхования – программа, разработанная Страховщиком, содержащая перечень видов, форм, условий и порядка предоставления медицинских и (или) иных услуг Застрахованным лицам (далее – Программа страхования). Программа страхования является приложением к договору страхования.

Первичная медико-санитарная помощь – амбулаторно-поликлиническая помощь, оказываемая Застрахованным лицам при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострениях хронических заболеваний, не сопровождающихся угрозой жизни и не требующих экстренной медицинской помощи, в амбулаторных условиях и (или) в условиях дневного стационара. Данный вид помощи не оказывается в плановом порядке.

Реабилитационно - восстановительное лечение -комплекс мероприятий медицинского и психологического характера, направленных на полное или частичное восстановление нарушенных и (или) компенсацию утраченных функций пораженного органа либо системы организма, поддержание функций организма в процессе завершения остро развившегося патологического процесса или обострения хронического патологического процесса в организме, а также на предупреждение, раннюю диагностику и коррекцию возможных нарушений функций поврежденных органов либо систем организма, предупреждение и снижение степени возможной инвалидизации, улучшение качества жизни, сохранение и восстановление работоспособности Застрахованного лица.

Санаторно-курортное лечение включает в себя медицинскую помощь, осуществляемую медицинскими организациями (санаторно-курортными организациями) в профилактических, лечебных и реабилитационных целях на основе использования природных лечебных ресурсов, в том числе в условиях пребывания в лечебно-оздоровительных местностях и на курортах.

Страховой случай – свершившееся событие, предусмотренное договором страхования, с наступлением которого возникает обязанность Страховщика произвести страховую выплату.

Страховым случаем в соответствии с настоящими Правилами является документально подтвержденное обращение Застрахованного лица в течение срока действия договора страхования в медицинскую организацию, из числа предусмотренных договором/программой страхования или согласованных со Страховщиком, для получения различных видов медицинских и иных услуг, включенных в программу страхования, а также обстоятельств, требующих оказания медицинской помощи и повлекшее возникновение расходов на оплату медицинской помощи, оказанной Застрахованному лицу, а также обязанность Страховщика произвести страховую выплату.

Страховая сумма – определенная договором страхования денежная сумма, исходя из

которой устанавливается размер страховой премии (страховых взносов) и в пределах которой Страховщик обязуется при наступлении страхового случая (страховых случаев), в предусмотренном договором страхования порядке, произвести страховую выплату.

Страховая премия – плата за страхование, которую Страхователь обязан уплатить Страховщику в порядке и сроки, установленные договором страхования.

Страховой взнос – часть страховой премии при ее уплате Страхователем в рассрочку.

Стационарная помощь - медицинская помощь Застрахованным лицам, оказываемая в стационарных условиях и обеспечивающая круглосуточное медицинское наблюдение, при состояниях, угрожающих жизни Застрахованного лица (экстренная стационарная помощь), при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострениях хронических заболеваний, не сопровождающихся угрозой жизни Застрахованного лица и не требующих экстренной медицинской помощи (неотложная стационарная помощь), при заболеваниях и состояниях, не сопровождающихся угрозой жизни Застрахованного лица, не требующих экстренной и неотложной медицинской помощи, и отсрочка оказания которой на определенное время не повлечет за собой ухудшение состояния Застрахованного лица, угрозу его жизни и здоровью (плановая стационарная помощь).

Франшиза – определенная договором страхования сумма, не подлежащая возмещению Страховщиком в случаях, предусмотренных договором страхования, устанавливаемая в виде определенного процента от страховой суммы или в фиксированном размере.

Медико-транспортные услуги - перемещение Застрахованного лица в медицинскую и (или) иную организацию, располагающую необходимым медицинским и (или) иным оборудованием, либо в той стране, где он обратился за оказанием медицинских и (или) иных услуг, либо в иной близлежащей стране, либо в стране его основного проживания или в стране его гражданства (репатриация). Услуга включает в себя все необходимое лечение на период перемещения Застрахованного лица. Под репатриацией также понимается возвращение (транспортировка) Застрахованного лица в страну постоянного проживания при внезапном заболевании/несчастном случае или доставка тела Застрахованного лица в случае его смерти в страну постоянного проживания.

2. ОБЪЕКТ СТРАХОВАНИЯ

Объектом добровольного медицинского страхования являются не противоречащие законодательству Российской Федерации имущественные интересы Застрахованного, связанные с затратами на оказание ему медицинских и иных услуг в результате наступления страхового случая.

3. СТРАХОВЫЕ СЛУЧАИ. СТРАХОВЫЕ РИСКИ

3.1. Страховыми случаями являются события, совершившиеся в течение срока действия Договора страхования, с наступлением которых возникает обязанность Страховщика организовать и оплатить оказанные Застрахованному лицу медицинские и иные услуги, предусмотренные Программой добровольного медицинского страхования.

3.2. В соответствии с настоящими Правилами страховым случаем является:

3.2.1. Обращение Застрахованного лица в течение срока действия Договора страхования в медицинские и иные учреждения, предусмотренные Программой добровольного медицинского страхования, по поводу состояния здоровья, которое требует получения медицинских и (или) иных услуг, предусмотренных Программой добровольного медицинского страхования, за получением медицинских услуг (лечебных, диагностических, консультативных, реабилитационно-восстановительных, санаторно-курортных, оздоровительных, диспансерных, профилактических) и иных услуг, предусмотренных Программой добровольного медицинского страхования, и повлекшее возникновение расходов на оплату медицинской помощи, оказанной Застрахованному лицу, а также обязанность Страховщика произвести страховую выплату.

3.2.2. Обращение Застрахованного лица в течение срока действия Договора страхования за получением предусмотренных Программой добровольного медицинского страхования медицинских и иных услуг в другие медицинские учреждения, не предусмотренные Программой добровольного медицинского страхования, если это обращение согласовано и/или организовано Страховщиком.

3.3. В случае установления в Договоре страхования выжидательного периода (временной франшизы) обязанность Страховщика организовывать и оплачивать оказанные Застрахованному лицу медицинские и иные услуги наступает по окончании выжидательного периода.

3.4. Не является страховым случаем обращение Застрахованного лица за получением медицинских и иных услуг, если:

3.4.1. Застрахованным получены медицинские и иные услуги, не предусмотренные Программой добровольного медицинского страхования.

3.4.2. Застрахованным получены медицинские и иные услуги в медицинских и иных учреждениях, не предусмотренных Программой добровольного медицинского страхования, и выбор которых не был согласован или организован Страховщиком.

3.4.3. Медицинские услуги оказаны не Застрахованному, а лицу, которому Застрахованное лицо передало свой страховой медицинский полис, пропуск в медицинское учреждение и т.п. документы.

3.4.4. Застрахованным получены медицинские и иные услуги по окончании срока действия Договора страхования, даже если заболевание или патологическое состояние, послужившее причиной оказания данных услуг, произошло в течение срока действия Договора страхования.

3.4.5. Оказание Застрахованному лицу медицинских и иных услуг необходимо в связи с заболеваниями, патологическими состояниями и травмами, возникшими или полученными:

- в состоянии или вследствие алкогольного, наркотического или токсического опьянения Застрахованного лица;

- при управлении Застрахованным транспортным средством в состоянии алкогольного, наркотического или токсического опьянения или передачи управления лицу, находящегося в состоянии алкогольного, наркотического или токсического опьянения;

- при совершении Застрахованным лицом умышленного противоправного действия;

- в связи с умышленным причинением Застрахованным лицом себе телесных повреждений, а также с покушением на самоубийство.

3.5. Если Договором страхования или Программой добровольного медицинского страхования не предусмотрено иное, не является страховым случаем обращение Застрахованного лица за получением медицинских и иных услуг, если:

3.5.1. Застрахованным получены медицинские и иные услуги, не назначенные врачом, либо не являющиеся необходимыми с медицинской точки зрения для диагностики или лечения Застрахованного, либо выполненные по желанию Застрахованного без медицинских показаний.

3.5.2. Застрахованным получены медицинские и иные услуги в связи с обострением хронического заболевания или последствиями заболевания, имевшегося у Застрахованного лица до вступления в силу Договора страхования.

3.6. Если Договором страхования не предусмотрено иное, не признается страховым случаем обращение Застрахованного за получением медицинских и иных услуг, вызванное стихийными бедствиями.

3.7. Если в период действия Договора страхования у Застрахованного лица будет выявлено заболевание (патологическое состояние), которое является исключением из Программы добровольного медицинского страхования, то Страховщик обязан организовать и оплатить оказанные Застрахованному лицу медицинские и иные услуги до момента установления окончательного диагноза по данному заболеванию, при этом оказываемые в дальнейшем медицинские и иные услуги в связи с данным заболеванием оплате Страховщиком не подлежат и Страховщик имеет право досрочно прекратить действие Договора страхования в отношении такого Застрахованного.

3.8. Страховым риском в соответствии с настоящими Правилами страхования является предусмотренное договором страхования предполагаемое, но непредсказуемое во времени событие, на случай наступления которого проводится страхование. Событие, рассматриваемое в качестве страхового риска, должно обладать признаками вероятности и случайности его наступления. В соответствии с настоящими Правилами страхования страховым риском является риск возникновения затрат у Застрахованного лица (Страхователя) на организацию и оказание медицинских и (или) иных услуг Застрахованному лицу.

3.9. Общие исключения из страхового покрытия к Программам страхования приведены в Приложении № 1.7 к настоящим Правилам.

3.10. Программы добровольного медицинского страхования, являющиеся неотъемлемой частью Договоров страхования, изложены в Приложениях № 1.1 - 1.6 к Правилам страхования.

3.11. Страхователь имеет право определить набор Программ страхования в любой комбинации или выбрать определенный перечень услуг из любой Программы страхования.

3.12. Страховщик имеет право определить Программы страхования, заключение Договоров страхования по которым не может осуществляться отдельно, а должно осуществляться в комплексе

с другими Программами страхования.

3.13. Страхователь вправе в период действия Договора страхования по согласованию со Страховщиком внести изменения в перечень предоставляемых услуг по Программе добровольного медицинского страхования путем оформления дополнительного соглашения с указанием соответствующих изменений. Вносимые изменения в Программу добровольного медицинского страхования могут сопровождаться изменением страховой суммы по Договору страхования и пересчетом страховой премии, если такое изменение увеличивает степень риска или объем ответственности Страховщика по Договору страхования.

3.14. Страховщик по согласованию со Страхователем имеет право вносить изменения в перечень медицинских учреждений, оказывающих медицинские и иные услуги по Договору страхования. Изменение перечня медицинских учреждений, оказывающих медицинские и иные услуги по Договору страхования, может осуществляться Страховщиком в одностороннем порядке при расширении перечня медицинских учреждений, оказывающих услуги по Договору, или исключении медицинского учреждения из перечня - только в случае окончания срока действия медицинской лицензии у медицинского учреждения или прекращения договорных отношений между Страховщиком и медицинским учреждением, исключаемым из Программы добровольного медицинского страхования.

4. СТРАХОВАЯ СУММА И СТРАХОВАЯ ПРЕМИЯ (СТРАХОВЫЕ ВЗНОСЫ). ФРАНШИЗА

4.1. Страховая сумма устанавливается по соглашению между Страховщиком и Страхователем исходя из выбранной Страхователем Программы добровольного медицинского страхования, перечня медицинских учреждений, привлекаемых для обслуживания Застрахованных, иных факторов и указывается в Договоре страхования. Страховщик имеет право установить минимальную величину страховой суммы для каждой из Программ страхования (Приложения 1.1-1.6 к Правилам №184.1).

4.2. Страховая сумма определяется по соглашению Страхователя со Страховщиком по их усмотрению, исходя из определенных договором условий страхования, формы проведения страхования (коллективной или индивидуальной), срока действия договора страхования, предполагаемого объема медицинской помощи (перечня и стоимости медицинских и иных услуг, в том числе стоимости лекарственных средств и изделий медицинского назначения), предусмотренных программой страхования.

4.3. Страховая сумма по Договору страхования может устанавливаться как на всех Застрахованных, так и на каждого Застрахованного отдельно. При установлении индивидуальной страховой суммы по каждому Застрахованному лицу Страховщик при наступлении страхового случая несет обязанность по страховой выплате каждому Застрахованному лицу в пределах его индивидуальной страховой суммы. Договором страхования может быть предусмотрена страховая сумма по программе страхования и (или) по отдельным заболеваниям или видам медицинской помощи, входящим в Программу страхования. В договоре страхования Стороны вправе установить определенные лимиты страховых выплат – по отдельным программам страхования, видам медицинских и (или) иных услуг, группам Застрахованных лиц, на один страховой случай и иным категориям.

4.4. Страхователь вправе в период действия Договора страхования по согласованию со Страховщиком изменить страховую сумму в целом по Договору страхования или по конкретным Застрахованным лицам путем оформления дополнительного соглашения с указанием соответствующих изменений и пересчетом страховой премии.

4.5. Страховая премия (страховые взносы при уплате страховой премии в рассрочку) устанавливаются на основе страхового тарифа, рассчитанного Страховщиком в зависимости от размера страховой суммы, срока страхования, объема Программы добровольного медицинского страхования, перечня медицинских учреждений, привлекаемых для обслуживания Застрахованных по Договору страхования, а также по результатам андеррайтинга с учетом других существенных обстоятельств, влияющих на степень риска, в том числе указанных в п. 4.7. настоящих Правил, и указывается в Договоре страхования.

4.6. Базовые страховые тарифы указаны в Приложении № 2 к настоящим Правилам.

4.7. При расчете страховой премии Страховщик вправе, но не обязан, использовать коэффициенты риска, определяемые:

- по поло-возрастному признаку;
- по группе здоровья Застрахованного лица.

4.8. При существенном изменении условий оказания медицинской помощи в медицинских учреждениях или изменении ее стоимости, а также изменении перечня предоставляемых Застрахованным лицам услуг по Программе добровольного медицинского страхования или размера страховой суммы, размер страховой премии может быть изменен по соглашению между Страховщиком и Страхователем с внесением соответствующих изменений в Договор страхования.

4.9. Если иное не предусмотрено Договором страхования, при заключении краткосрочных договоров страхования (на срок менее одного года), страховая премия уплачивается в следующем проценте от годового размера страховой премии (при этом неполный месяц договора страхования принимается за полный):

Срок действия договора в месяцах										
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Размер страхового взноса в процентах общего годового размера страховой премии										
20	35	50	60	65	70	75	80	85	90	95

4.10. При страховании на срок более одного года страховая премия по Договору страхования определяется в следующем размере:

- в случае страхования на несколько лет общая страховая премия по Договору устанавливается как сумма страховых премий за каждый год страхования;
- в случае страхования на год (или несколько лет) и несколько месяцев страховая премия за указанные месяцы может определяться:

4.10.1. путем умножения $1/12$ величины годовой страховой премии на количество месяцев срока действия Договора страхования. При этом неполный месяц принимается за полный.

4.10.2. путем умножения $1/365$ величины годовой страховой премии на количество дней срока действия Договора страхования.

4.11. Страховая премия по Договору страхования может уплачиваться наличными или безналичными платежами, одновременно или в рассрочку (страховые взносы). Порядок и сроки уплаты страховой премии или страховых взносов указываются в Договоре страхования.

4.12. Договором страхования может быть установлена франшиза. В этом случае порядок применения франшизы должен быть предусмотрен Договором страхования. Франшиза может быть безусловная, условно-безусловная, временная.

4.12.1. При указании в Договоре страхования безусловной франшизы Страховщик уменьшает размер страховой выплаты на размер установленной франшизы. Например, Договором страхования может быть предусмотрено долевое (процентное) участие Застрахованного лица в оплате медицинских и иных услуг, полученных в соответствии с условиями Договора страхования.

4.12.2. При указании в Договоре страхования условно-безусловной франшизы Страховщик применяет безусловную франшизу в установленном в Договоре страхования размере по страховым событиям, произошедшим при определенных условиях (например, по определенным Программам страхования или видам медицинской помощи и т.д.), тогда как по всем другим страховым событиям страховая выплата подлежит возмещению полностью.

4.12.3. Временная франшиза – период времени в период действия Договора страхования, в течение которого страховые выплаты при возникновении событий, имеющих признаки страхового случая, или отдельно оговоренных заболеваний (состояний, травм, повреждений) не производятся.

4.12.4. Франшиза определяется при заключении Договора страхования в процентном отношении, днях или в абсолютной величине, выраженной в рублях.

5. ПОСЛЕДСТВИЯ НЕУПЛАТЫ В СРОК СТРАХОВОЙ ПРЕМИИ

5.1. Если к предусмотренному в Договоре страхования сроку очередной страховой взнос не будет внесен или будет внесен в меньшей сумме, чем предусмотрено Договором, то Договор страхования считается прекращенным с 00 часов дня, следующего за днем, указанным в Договоре страхования как день оплаты очередного взноса рассроченной страховой премии (см. подпункт 7.1.3. настоящих Правил).

5.2. Договором страхования могут быть определены иные последствия неуплаты Страхователем в установленные сроки очередных страховых взносов рассроченной страховой премии, в том числе:

5.2.1. Договором страхования может быть предусмотрено право Страховщика расторгнуть Договор страхования в связи с неуплатой в установленные сроки очередных страховых взносов путем направления Страхователю письменного уведомления о расторжении Договора страхования. При этом Страховщик не производит страховые выплаты по страховым событиям, произошедшим с 00 часов дня, следующего за днем, указанным в договоре страхования как день оплаты очередного взноса рассроченной страховой премии, оплата которого Страхователем не осуществлена.

Если Страховщик не расторг Договор страхования в связи с просрочкой уплаты Страхователем очередного взноса рассроченной страховой премии, Страхователь имеет право уплатить Страховщику очередной взнос страховой премии. Срок действия Договора страхования при этом не продлевается, а Страховщик не производит страховые выплаты по страховым событиям, произошедшим в период с 00 часов дня, следующего за днем, указанным в Договоре страхования как день оплаты очередного взноса рассроченной страховой премии, оплата которого Страхователем не осуществлена, до 00 часов дня, следующего за днем его оплаты.

5.2.2. Договором страхования может быть предусмотрено, что в случае неуплаты Страхователем в установленные сроки очередных страховых взносов Договор страхования продолжает действовать на первоначальных условиях, а Страховщик обязан осуществлять страховые выплаты по страховым событиям, произошедшим с момента просрочки уплаты Страхователем очередного взноса рассроченной страховой премии. При этом неуплата Страхователем в установленные сроки очередных страховых взносов не приводит к прекращению действия Договора страхования и Страхователь обязан осуществить уплату просроченных страховых взносов, предусмотренных Договором страхования.

5.3. Если Договором страхования предусмотрено внесение страховой премии в рассрочку, то Договором могут быть предусмотрены финансовые санкции за неуплату в установленные сроки очередных страховых взносов.

6. ПОРЯДОК ЗАКЛЮЧЕНИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ. ВСТУПЛЕНИЕ ДОГОВОРА В СИЛУ

6.1. Договор страхования является соглашением между Страхователем и Страховщиком (далее совместно именуемые – Стороны), в силу которого Страховщик обязуется при страховом случае осуществить организацию и оплату медицинских и иных услуг, оказанных Застрахованному лицу, в пользу которого заключен Договор страхования, а Страхователь обязуется уплатить страховую премию в установленные в Договоре страхования сроки.

6.2. Договор страхования должен отвечать общим условиям действительности сделки, предусмотренным гражданским законодательством РФ.

6.3. Договор страхования заключается на основании устного или письменного Заявления Страхователя. Письменное Заявление на страхование в случае его составления является неотъемлемой частью Договора страхования. Страхователь – юридическое лицо к заявлению (приложение № 3 к настоящим Правилам) прилагает список Застрахованных с указанием Ф.И.О., возраста, пола и индивидуальной страховой суммы на каждое Застрахованное лицо, если иное не предусмотрено договором страхования. По запросу Страховщика в списке Застрахованных могут содержаться и другие сведения, необходимые для идентификации Застрахованных лиц и учета факторов страхового риска (адрес, паспортные данные, должность, социальное положение и т.д.). Для заключения Договора страхования также могут быть потребованы дополнительные документы: анкеты, результаты медицинского обследования и др. Заполненные анкеты в случае их составления являются составной частью Заявления на страхование.

6.4. Страхователь имеет право по согласованию со Страховщиком заменить одно Застрахованное лицо, названное в Договоре страхования, другим лицом лишь с согласия самого Застрахованного лица, при этом Страхователь должен письменным заявлением известить Страховщика о предполагаемой замене и наличии согласия Застрахованного лица на данную замену. При согласии Страховщика на замену Застрахованного лица другим лицом Страхователь должен изъять у Застрахованного лица страховые документы, дающие право на получение медицинских и иных услуг, после чего Сторонами вносятся изменения в Договор страхования путем оформления дополнительного соглашения с указанием соответствующих изменений.

Если после осуществления замены Застрахованного лица выяснится, что Застрахованный не давал согласия на замену и продолжает обращаться за получением медицинских услуг в медицинские учреждения, Страхователь обязан компенсировать расходы Страховщика в размере

затрат на оплату медицинских услуг, вызванных данными обращениями.

6.5. При заключении договора страхования Страхователь обязан сообщить Страховщику обо всех известных ему обстоятельствах, имеющих существенное значение для определения степени риска в отношении принимаемых на страхование лиц. Существенными признаются во всяком случае обстоятельства, определенно оговоренные Страховщиком в стандартной форме Договора страхования или в Заявлении на страхование.

6.6. Со Страхователем – юридическим лицом Договор страхования оформляется письменно путем составления его на типовой форме указанной в Приложении № 4 к настоящим Правилам и выписывается полис (Приложение № 5 к настоящим Правилам), подтверждающий вступление в силу Договора страхования. В случае если срок начала и окончания действия Договора страхования указан в Договоре, полис может не выписываться. Каждому Застрахованному лицу выдается страховой медицинский Полис (далее - Полис), при этом, как правило, Страховщик выдает Полисы представителю Страхователя с возложением на него обязанностей по выдаче данных Полисов Застрахованным лицам.

6.6.1. Со Страхователем – физическим лицом Договор страхования оформляется письменно путем составления его на типовых формах, указанных в Приложении № 6.1 и Приложении № 6.2 к настоящим Правилам.

6.7. Кроме Договора страхования Застрахованным лицам могут выдаваться именные регистрационные карточки, пластиковые карты или иные носители информации, определяющие право на получение медицинских и иных услуг в медицинских учреждениях, оказывающих услуги по Договору страхования.

6.8. При утрате страховых документов (Договора страхования, именной регистрационной карточки, пластиковые карты или иных документов) Страхователь или Застрахованный должны незамедлительно известить об этом Страховщика. Утраченные документы признаются недействительными и не могут являться основанием для получения медицинских услуг в соответствии с Договором страхования. Страховщик обязан выдать Страхователю или Застрахованному лицу дубликаты утерянных документов.

6.9. Застрахованному лицу запрещается передавать страховые документы (Полис, именную регистрационную карточку, пластиковую карту или иные документы) другим лицам с целью получения ими медицинских услуг по Договору страхования. В случае установления такого факта Страховщик имеет право досрочно прекратить действие Договора страхования в отношении такого Застрахованного лица, при этом Застрахованный обязан компенсировать расходы Страховщика в размере затрат на оплату медицинских услуг, вызванных данными обращениями, если иное не оговорено в Договоре страхования.

6.10. Договор страхования заключается, как правило, сроком на один год. Срок начала и окончания действия Договора страхования указывается в полисе, страховом медицинском Полисе или тексте Договора страхования.

6.11. Договор страхования, если условиями Договора не предусмотрен иной срок вступления его в силу, вступает в силу после уплаты Страхователем страховой премии (ее первого страхового взноса при уплате в рассрочку):

6.11.1. При уплате наличными деньгами – с 00 часов дня, следующего за днем получения денег представителем Страховщика;

6.11.2. При безналичном платеже – с 00 часов дня, следующего за днем списания Банком денег с расчетного счета Страхователя для зачисления на расчетный счет Страховщика.

6.12. Полис и страховые медицинские Полисы, если иное не предусмотрено Договором страхования, вручается Страхователю:

– при безналичной форме уплаты – в течение 5 банковских дней со дня поступления страховой премии (или ее первого взноса при уплате в рассрочку) на счет Страховщика;

– при уплате наличными деньгами – непосредственно после уплаты Страхователем страховой премии (или ее первого взноса при уплате в рассрочку).

7. ПРЕКРАЩЕНИЕ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ

7.1. Действие Договора страхования прекращается:

7.1.1. По истечении указанного в нем срока – в 24 часа дня, указанного в полисе или Договоре страхования как день окончания Договора страхования.

7.1.2. С момента наступления страхового случая, повлекшего страховую выплату в полном

размере страховой суммы – в 24 часа дня наступления события, повлекшего такую выплату.

7.1.3. В случае неуплаты Страхователем страховой премии или очередного страхового взноса в установленные Договором страхования сроки – в 24 часа дня, являющимся последним сроком уплаты страховой премии или ее части, если иное не предусмотрено условиями Договора страхования (см. п. 5.2. настоящих Правил).

7.1.4. В случае ликвидации Страховщика в установленном законодательством Российской Федерации порядке – в 24 часа дня принятия решения о ликвидации, оформленного в виде протокола собрания акционеров.

7.1.5. В случае смерти Застрахованного лица – в 24 часа дня наступления такого события.

7.1.6. В случае ликвидации Страхователя, являющегося юридическим лицом, кроме случаев перехода прав по Договору страхования к правопреемнику Страхователя или к Застрахованному лицу в Договоре страхования – в 24 часа дня внесения записи о ликвидации в Единый государственный реестр юридических лиц.

7.1.7. По требованию Страховщика при повышении степени риска страхования, если Страхователь отказывается от перезаключения Договора на условиях, соответствующих новой степени риска (см. раздел 8 настоящих Правил) – в 24 часа дня принятия Страховщиком такого решения.

7.1.8. По решению суда – с момента вступления решения суда в законную силу.

7.1.9. По требованию Страховщика, если Страхователь или Застрахованный не соблюдает настоящие Правила и условия Договора страхования – в 24 часа дня принятия Страховщиком такого решения.

7.1.10. По требованию Страхователя или по взаимному соглашению Сторон – с даты подписания Страховщиком заявления Страхователя о досрочном прекращении Договора страхования.

7.1.11. В других случаях, предусмотренных законодательством Российской Федерации.

7.2. В случаях, предусмотренных п.п. 1.6., 3.7., 6.4., 6.9., 7.1.2., 7.1.5., 7.1.7., 7.1.8. 7.1.9. и 7.1.10. настоящих Правил, действие Договора страхования может быть прекращено досрочно в отношении конкретного Застрахованного лица или группы Застрахованных лиц.

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

При досрочном прекращении Договора страхования по обстоятельствам, иным, чем страховой случай, Страховщик имеет право на часть страховой премии пропорционально времени, в течение которого действовало страхование.

7.4. Страхователь вправе отказаться от Договора страхования в любое время. О намерении досрочного прекращения Договора страхования Страхователь письменно уведомляет Страховщика не менее чем за 30 дней до предполагаемой даты прекращения Договора страхования, если Договором страхования или взаимным соглашением Сторон не предусмотрено иное.

7.4.1 В случае расторжения Договора страхования по письменному требованию Страхователя, за исключением случаев, указанных в п. 7.4.2 настоящих правил, последний обязан уведомить страховщика в письменной форме с приложением оригинала Договора страхования. Договор страхования считается прекращенным с 00 часов 00 минут дня, указанного в заявлении страхователя, но не ранее даты поступления заявления Страховщику. Если дата расторжения договора не указана, Договор страхования считается прекращенным с 00 часов 00 минут дня, следующего за днем получения Заявления на расторжение.

7.4.2. В случае отказа Страхователя — физического лица от Договора страхования в течение четырнадцати календарных дней со дня его заключения при отсутствии событий, имеющих признаки страхового случая, оплаченная страховая премия возвращается Страхователю:

- в полном размере, при отказе от Договора страхования до даты начала действия Договора страхования;

- с удержанием Страховщиком части страховой премии пропорционально сроку действия Договора страхования, при отказе от Договора после даты начала действия Договора страхования.

Договор страхования прекращает свое действие с 00 часов 01 минуты даты получения Страховщиком письменного заявления Страхователя об отказе от него, но в любом случае не позднее 23 часов 59 минут четырнадцатого календарного дня с даты заключения Договора страхования.

7.5. При досрочном отказе Страхователя от Договора страхования уплаченная Страховщику страховая премия не подлежит возврату, если Договором страхования не предусмотрено иное. Если на дату предполагаемой даты прекращения Договора страхования по требованию Страхователя у Страхователя имеется задолженность по оплате страховой премии, Страхователь обязан осуществить уплату части страховой премии пропорционально времени, в течение которого действовало страхование, и неустоек, предусмотренных Договором страхования.

7.6. Во всех случаях досрочного прекращения Договора страхования, в т.ч. в отношении отдельных Застрахованных лиц, Страхователь обязан вернуть Страховщику страховые документы, дающие право на получение медицинских и иных услуг по Договору страхования.

7.7. Возврат части уплаченной Страхователем страховой премии за истекший период действия Договора страхования производится в следующих случаях досрочного прекращения действия Договора страхования:

7.7.1. В случае ликвидации Страховщика;

7.7.2. По решению суда;

7.7.3. По взаимному соглашению Сторон;

7.7.4. По другим причинам, если это предусмотрено условиями Договора страхования.

7.8. При досрочном прекращении Договора страхования по обстоятельствам, указанным в пункте 7.7., Страховщик осуществляет возврат части страховой премии Страхователю, пропорционально времени действия Договора с учетом п. 7.9. настоящих Правил.

7.9. При расчете возвращаемой Страхователю страховой премии за истекший период действия Договора страхования Страховщик удерживает в свою пользу часть страховой премии в размере расходов на ведение дела, утвержденных в структуре тарифной ставки по данному виду страхования, за исключением случая когда Страхователь - физическое лицо обратится к Страховщику с заявлением о расторжении Договора страхования в течение четырнадцати календарных дней, включая дату обращения, с даты заключения Договора страхования. Если Страхователь - физическое лицо обратится к Страховщику с заявлением о расторжении Договора страхования в течение четырнадцати календарных дней, включая дату обращения, с даты заключения Договора страхования, то Страховщик осуществляет возврат уплаченной страховой премии без удержания расходов на ведение дела.

7.10. Возврат части уплаченной Страхователем страховой премии за истекший период действия Договора страхования осуществляется в течение 10 рабочих дней со дня получения письменного заявления Страхователя, если иные сроки не установлены в Договоре страхования. По выбору Страхователя возврат части уплаченной Страхователем страховой премии за истекший период действия Договора страхования производится безналичным платежом на расчетный или лицевой счет Страхователя, открытый в банковском учреждении, или наличными деньгами в установленном законодательством порядке. При расчете возвращаемой Страхователю страховой премии за истекший период действия Договора страхования Страховщик удерживает в свою пользу часть премии в размере расходов на ведение дела, утвержденных в структуре тарифной ставки по данному виду страхования. Возврат части уплаченной премии осуществляется в течение 10 банковских дней, если иные сроки не установлены в Договоре страхования.

8. ПОСЛЕДСТВИЯ УВЕЛИЧЕНИЯ СТРАХОВОГО РИСКА

8.1. В период действия Договора страхования Страхователь (Застрахованный) обязан незамедлительно сообщать Страховщику о ставших ему известными значительных изменениях в обстоятельствах, сообщенных Страховщику при заключении Договора, если эти изменения могут существенно повлиять на увеличение страхового риска. Значительными изменениями признаются изменения, оговоренные в Договоре страхования и Заявлении на страхование (анкете Застрахованного).

8.2. Страховщик, уведомленный об обстоятельствах, влекущих увеличение страхового риска, вправе потребовать изменения условий Договора страхования или уплаты дополнительной страховой премии соразмерно увеличению риска.

Если Страхователь возражает против изменения условий Договора страхования или доплаты страховой премии, то в соответствии с Гражданским Кодексом Российской Федерации Страховщик вправе потребовать расторжения Договора и возмещения убытков, причиненных расторжением Договора страхования.

8.3. При неисполнении Страхователем или Застрахованным лицом обязанности, предусмотренной п. 8.1. настоящих Правил, Страховщик вправе потребовать расторжения Договора страхования и возмещения убытков, причиненных расторжением Договора.

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

8.5. Последствия, предусмотренные п.п. 8.2. и 8.3. настоящих Правил, могут наступить, если они прямо предусмотрены в Договоре страхования.

9. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

9.1. Страхователь имеет право:

9.1.1. Требовать предоставления Застрахованному в медицинских учреждениях, предусмотренных Договором страхования, медицинских и иных услуг в соответствии с условиями Договора страхования.

В случае непредоставления таких услуг Страхователь должен немедленно поставить об этом в известность Страховщика. При отсутствии у Страхователя возможности сообщить об этом Страховщику, информировать Страховщика может любое уполномоченное Страхователем лицо (представитель).

9.1.2. Осуществлять контроль за выполнением условий Договора страхования.

9.1.3. Расторгать досрочно Договор страхования, в том числе в отношении одного или нескольких Застрахованных при наличии их согласия, обратившись с письменным заявлением к Страховщику.

9.1.4. Изменять в течение срока действия Договора страхования Программу добровольного медицинского страхования или иные условия Договора страхования, заключая дополнительные соглашения к Договору страхования и уплачивая, в случае необходимости, дополнительные страховые взносы. Дополнительные соглашения вступают в силу в порядке, установленном для Договора страхования.

9.2. Застрахованное лицо имеет право:

9.2.1. Требовать предоставления медицинских и иных услуг в соответствии с условиями Договора страхования.

9.2.2. Получать дубликат страхового медицинского полиса или иных страховых документов в случае их утраты.

9.2.3. Получать разъяснения о Правилах страхования и условиях Договора страхования, порядке предоставления медицинских и иных услуг.

9.2.4. Сообщать Страховщику о случаях непредоставления услуг, неполного или некачественного предоставления медицинских и иных услуг.

9.2.5. Принимать на себя обязанности Страхователя – юридического лица по уплате предусмотренных Договором страхования страховых взносов своевременно и в полном объеме в случае его ликвидации.

9.3. Страховщик имеет право:

9.3.1. Проверять сообщенную Страхователем (Застрахованными) информацию, а также выполнение Страхователем (Застрахованными) требований и условий Договора страхования.

9.3.2. Отказывать Страхователю в заключении Договора страхования, и осуществлении страховых выплат или досрочно расторгнуть Договор страхования в случае установления факта, что Страхователь (его представитель) или Застрахованный сообщили ложные данные, влияющие на степень страхового риска.

9.3.3. В случае выявления обстоятельств, влекущих увеличение страхового риска, требовать от Страхователя уплаты дополнительной страховой премии соразмерно увеличению страхового риска или изменения условий Договора страхования.

9.3.4. Приостанавливать выполнение своих обязательств по Договору страхования или расторгать досрочно Договор страхования при непоступлении очередного платежа страхового взноса в соответствии с условиями Договора страхования.

9.3.5. Отказать в организации и оплате медицинских и иных услуг по обстоятельствам, оговоренным законодательством Российской Федерации, настоящими Правилами и Договором страхования.

9.3.6. Расторгать досрочно Договор страхования по обстоятельствам, оговоренным законодательством Российской Федерации, настоящими Правилами и Договором страхования.

9.3.7. Расторгать досрочно Договор страхования в отношении Застрахованного лица по обстоятельствам, оговоренным в настоящих Правилах и Договоре страхования.

9.3.8. Требовать от Страхователя (Застрахованного) оплатить медицинскому учреждению (Страховщику) стоимость оказанных (оплаченных) медицинских услуг в результате случая, впоследствии признанного нестраховым (в размере стоимости услуг), или в результате превышения суммы страховых выплат над индивидуальной страховой суммой конкретного Застрахованного лица (в размере превышения).

9.3.9. Вносить изменения в перечень медицинских учреждений, оказывающих медицинские и иные услуги по Договору страхования, в случае окончания срока действия медицинской лицензии у медицинского учреждения или прекращения договорных отношений между Страховщиком и медицинским учреждением, предусмотренным Договором страхования.

9.3.10. В рамках своих обязательств по Договору страхования знакомится с медицинской документацией Застрахованных лиц в медицинских учреждениях.

9.3.11. Организовывать экстренную медицинскую помощь Застрахованным по жизненным показаниям с привлечением муниципальной медицины (скорая медицинская помощь, госпитализация в ближайший стационар и пр.) с дальнейшей организацией перевода по желанию Страхователя (Застрахованного) и при отсутствии медицинских противопоказаний в одно из медицинских учреждений, предусмотренных Договором страхования.

9.3.12. В случае отсутствия возможности предоставления медицинских и иных услуг Застрахованному в медицинских и иных учреждениях, определенных Договором страхования, организовать предоставление необходимых и соответствующих по объему и качеству услуг Застрахованному на базе иных учреждений соответствующего профиля, определенных по усмотрению Страховщика.

9.4. Страхователь обязан:

9.4.1. Уплачивать своевременно и в полном размере обусловленную Договором страхования страховую премию (страховые взносы).

9.4.2. Представлять Страховщику необходимые для заключения Договора страхования достоверные сведения, а также иную необходимую информацию, связанную с исполнением Договора страхования.

9.4.3. Доводить до сведения Застрахованных информацию об условиях Договора страхования, настоящих Правилах, Программе добровольного медицинского страхования и порядке предоставления медицинских услуг.

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

9.4.5. Предоставить по запросу Страховщика письменное согласие Застрахованных лиц на право экспертам Страховщика производить проверку медицинской документации в медицинских учреждениях с целью контроля объемов и качества медицинской помощи, их соответствия Программе добровольного медицинского страхования.

9.4.6. Получать согласие Застрахованных лиц при их исключении из числа Застрахованных по Договору страхования.

9.4.7. Уплачивать дополнительный страховой взнос соразмерно увеличению страхового риска или согласовывать изменение условий Договора страхования в случае выявления обстоятельств, влекущих увеличение страхового риска.

9.5. Застрахованный обязан:

9.5.1. Представлять Страховщику необходимые для заключения Договора страхования достоверные сведения, а также иную необходимую информацию, связанную с исполнением Договора страхования.

9.5.2. Соблюдать требования настоящих Правил, условий Договора страхования, предписания лечащего врача в ходе получения медицинской помощи, распорядок, установленный медицинским учреждением.

9.5.3. Заботиться о сохранности страховых документов и не передавать их другим лицам с целью получения ими медицинских услуг.

9.5.4. При утрате страхового полиса и/или страховой карточки незамедлительно извещать об этом Страховщика.

9.5.5. Предоставлять Страховщику право на ознакомление с медицинской документацией из любых медицинских и иных учреждений для решения вопросов, связанных с реализацией Договора страхования и оплатой оказанных Застрахованному услуг.

9.5.6. Компенсировать расходы Страховщика, возникшие в связи с оплатой оказанных медицинских услуг в результате случая, впоследствии признанного нестраховым (в размере стоимости услуг), или в результате превышения суммы страховых выплат над индивидуальной страховой суммой Застрахованного лица (в размере превышения), если Договором страхования эта обязанность не возложена на Страхователя.

9.6. Страховщик обязан:

9.6.1. Ознакомить Страхователя с Правилами страхования.

9.6.2. Выдавать Страхователю (Застрахованным) страховые медицинские полисы и иные страховые документы, определяющие право на получение медицинских и иных услуг в медицинских и иных учреждениях, оказывающих услуги по Договору страхования.

9.6.3. Производить страховые выплаты при наступлении страховых случаев в порядке, установленном настоящими Правилами и Договором страхования.

9.6.4. Обеспечивать конфиденциальность в отношениях со Страхователем (Застрахованными) в соответствии со ст. 61 Основ Законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан. Информация о диагнозах заболеваний Застрахованных, их обращениях за медицинской помощью и ее объеме может быть представлена Страхователю только по письменному разрешению Застрахованных.

9.6.5. Контролировать объем, сроки и качество медицинской помощи, оказанной Застрахованному в медицинских учреждениях, предусмотренных Договором страхования, и иных медицинских учреждениях, медицинская помощь в которых была организована Страховщиком.

9.6.6. Содействовать Застрахованному по его письменному заявлению в предъявлении им в судебном порядке иска путем составления искового заявления, связанного с качеством оказанной ему в рамках Договора страхования медицинской помощи, а также в получении им результатов медицинской экспертизы, подтверждающей оказание Застрахованному неполной или некачественной медицинской помощи.

9.7. Перечень прав и обязанностей Сторон, перечисленных в данном разделе, не является исчерпывающим. Стороны по Договору страхования также несут другие права и обязанности, не предусмотренные в настоящем разделе, но возлагаемые на участников договорных отношений действующим гражданским законодательством, настоящими Правилами и Договором страхования.

9.8. Если Застрахованным является несовершеннолетнее или недееспособное лицо, то его права и обязанности по Договору страхования осуществляют его законные представители: родители, опекуны и т.д.

10. ПОРЯДОК ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЫ

10.1. Право Застрахованного лица на получение медицинских и иных услуг, предусмотренных Договором страхования, наступает с момента вступления Договора в силу.

10.2. Для получения медицинских услуг Застрахованное лицо обращается в медицинские учреждения, предусмотренные Программой добровольного медицинского страхования или непосредственно к Страховщику по телефонам, указанным в Полисе или иных страховых документах, для получения информации о порядке предоставления медицинской и иной помощи. Медицинские и иные услуги Застрахованному оказываются медицинскими учреждениями при условии предъявления им Полиса или иного документа, определяющего право на получение медицинских услуг в медицинских учреждениях, и документа, удостоверяющего его личность.

10.3. Страховой выплатой по настоящим Правилам является плата за медицинские и иные услуги по страховым случаям, определенным в Договоре страхования. Страховая выплата осуществляется в пределах страховой суммы в виде:

10.3.1. Оплаты медицинских и иных услуг, предусмотренных Программой добровольного медицинского страхования, перечисляемой в медицинские или иные учреждения, в которых была оказана медицинская помощь Застрахованному лицу.

10.3.2. Возмещения документально подтвержденных расходов Застрахованного (Страхователя), понесенных им для получения медицинских и иных услуг, предусмотренных Программой добровольного медицинского страхования, если это предусмотрено Договором страхования и согласовано со Страховщиком.

10.4. Оплата стоимости медицинских услуг, оказанных Застрахованному лицу медицинскими учреждениями, производится исходя из фактических затрат на оказание медицинских услуг по ценам, согласованным между Страховщиком и медицинским учреждением, после выставления медицинским учреждением Страховщику счета по оказанным услугам.

10.5. Страховщик производит оплату медицинских и иных услуг в пределах страховой суммы в строгом соответствии с условиями и порядком, оговоренными в настоящих Правилах и Договоре страхования.

10.6. Страховщик не оплачивает часть стоимости лечения, которая превышает установленную Договором страховую сумму.

При необходимости оказания Застрахованному лицу медицинских услуг сверх страховой суммы эти услуги могут быть оказаны Застрахованному только после увеличения страховой суммы по Договору с соответствующим увеличением страховой премии. Размер дополнительной страховой премии определяется Страховщиком.

10.7. В случае если Страховщик произвел страховую выплату, превышающую установленную Договором страховую сумму, Страховщик извещает об этом Страхователя и Застрахованное лицо и выставляет последнему счет на оплату такого превышения. Застрахованный обязан компенсировать расходы Страховщика, возникшие в результате превышения суммы страховых выплат над индивидуальной страховой суммой Застрахованного лица, если Договором страхования эта обязанность не возложена на Страхователя.

10.8. Решение об отказе в страховой выплате принимается Страховщиком и сообщается Застрахованному лицу, Страхователю или медицинскому учреждению в письменной форме с указанием причин отказа в течение 10 дней с момента принятия решения об отказе в страховой выплате.

10.9. В отдельных случаях Страховщик может рассмотреть вопрос о возмещении расходов, понесенных Страхователем (Застрахованным) по оплате медицинских и иных услуг, оказанных по согласованию со Страховщиком и в соответствии с условиями Договора страхования, непосредственно Страхователю (Застрахованному) наличными деньгами или перечислением на его счет, при этом:

10.9.1. Затраты должны быть признаны Страховщиком обоснованными и соответствующими положениям конкретного Договора страхования, а так же если они подтверждаются документами, перечисленными в пункте 10.10. настоящих Правил, являются необходимыми и оплачены Страхователем (Застрахованным) в полном объеме.

10.9.2. Заявление Застрахованного принимается в срок не позднее 90 календарных дней после получения им медицинских услуг.

10.10. Для осуществления выплаты в соответствии с п. 10.9. настоящих Правил, Застрахованный должен предоставить Страховщику следующие оригинальные документы:

- Заявление в адрес Страховщика;
- оплаченный счет с указанием медицинского или иного учреждения, перечня оказанных услуг и их стоимости;
- квитанция и/или кассовый чек;
- выписка из истории болезни или другой документ, подтверждающий получение застрахованным оплаченной им услуги, и заверенный подписью и печатью медицинского или иного учреждения.

10.11. В случае принятия Страховщиком решения о возмещении документально подтвержденных расходов Застрахованного (Страхователя), понесенных им для получения медицинских и иных услуг, возмещение расходов производится в течение 15-ти рабочих дней после получения от Застрахованного всей необходимой документации.

10.12. Выплаты по Договорам добровольного медицинского страхования производятся Страховщиком независимо от сумм, причитающихся Застрахованному по государственному социальному страхованию, социальному обеспечению, сумм, выплачиваемых в порядке возмещения вреда по другим договорам страхования.

11. ОСВОБОЖДЕНИЕ СТРАХОВЩИКА ОТ СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЫ. СЛУЧАИ ОТКАЗА В СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЕ

11.1. Страховщик освобождается от обязанности осуществлять страховую выплату, если

страховой случай наступил вследствие умысла Страхователя или Застрахованного лица.

11.2. Если Договором страхования не предусмотрено иное, Страховщик освобождается от обязанности осуществлять страховую выплату, если страховой случай наступил вследствие:

11.2.1. воздействия ядерного взрыва, радиации или радиоактивного заражения;

11.2.2. военных действий, а также маневров или иных военных мероприятий;

11.2.3. гражданской войны, народных волнений всякого рода или забастовок.

11.3. Страховщик вправе отказать в страховой выплате, если совершившееся событие в соответствии с настоящими Правилами не признается страховым случаем.

11.4. Страховщик вправе отказать в страховой выплате также в иных случаях, предусмотренных настоящими Правилами и законодательством Российской Федерации.

11.5. Решение об отказе в страховой выплате принимается Страховщиком и сообщается Застрахованному лицу, Страхователю или медицинскому учреждению в письменной форме с указанием причин отказа в течение 10 дней с момента принятия решения об отказе в страховой выплате.

12. ПОРЯДОК ПРИЗНАНИЯ ДОГОВОРА НЕДЕЙСТВИТЕЛЬНЫМ

12.1. Договор страхования признается недействительным с момента его заключения, если:

12.1.1. Он заключен с лицом, неправомерно заключать Договор от имени Страховщика или Страхователя или с лицом, не обладающим гражданской дееспособностью.

12.1.2. В других случаях, предусмотренных законодательством Российской Федерации.

12.2. Договор страхования признается недействительным в судебном порядке.

13. ПОРЯДОК РАЗРЕШЕНИЯ СПОРОВ

13.1. Споры по Договору страхования между Страховщиком и Страхователем разрешаются путем переговоров, а при недостижении согласия – в порядке, предусмотренном законодательством Российской Федерации.

13.2. Иск по требованиям, вытекающим из Договора страхования, может быть предъявлен в течение срока исковой давности, предусмотренного законодательством Российской Федерации.