

*Утверждены Генеральным директором
АО «Страховая компания АСКО-Центр» Бучиком А.Б.
Приказом № 19/о-к от 15.04.2010 года
Правила в редакции, утвержденной Приказом № 66/о-к от 18.12.2017 года,
подлежат применению с «01» января 2018 г.*

ПРАВИЛА № 183.1

ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

Содержание:

1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ. СУБЪЕКТЫ СТРАХОВАНИЯ.....	2
2. ОБЪЕКТ СТРАХОВАНИЯ.....	6
3. СТРАХОВЫЕ СЛУЧАИ. СТРАХОВЫЕ РИСКИ.....	6
4. СТРАХОВАЯ СУММА, СТРАХОВАЯ ПРЕМИЯ (СТРАХОВЫЕ ВЗНОСЫ), ФРАНШИЗА.....	8
5. ПОСЛЕДСТВИЯ НЕУПЛАТЫ В СРОК СТРАХОВОЙ ПРЕМИИ.....	10
6. ПОРЯДОК ЗАКЛЮЧЕНИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ. ВСТУПЛЕНИЕ ДОГОВОРА В СИЛУ.....	11
7. ПРЕКРАЩЕНИЕ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ.....	12
8. ПОСЛЕДСТВИЯ УВЕЛИЧЕНИЯ СТРАХОВОГО РИСКА.....	14
9. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН.....	14
10. ПОРЯДОК ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЫ.....	17
11. ОСВОБОЖДЕНИЕ СТРАХОВЩИКА ОТ СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЫ, СЛУЧАИ ОТКАЗА В СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЕ.....	18
12. ПОРЯДОК ПРИЗНАНИЯ ДОГОВОРА НЕДЕЙСТВИТЕЛЬНЫМ.....	19
13. ПОРЯДОК РАЗРЕШЕНИЯ СПОРОВ.....	19

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 страховая 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, индивидуальные предприниматели, заключившие со Страховщиком Договоры добровольного медицинского 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).

Застрахованным, если иное не предусмотрено договором страхования, может быть лицо в любом возрасте.

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

1.10. Для целей настоящих Правил страхования используются следующие основные понятия и определения:

Медицинские учреждения – предприятия, организации, учреждения всех форм собственности и физические лица, осуществляющие медицинскую деятельность на территории Российской Федерации или за ее пределами, имеющие соответствующие разрешения (лицензии) на право осуществления медицинской (фармацевтической) деятельности. К медицинским учреждениям относятся, в частности, амбулаторно-поликлинические учреждения, стационары, в том числе стационары дневного пребывания, диспансеры, учреждения скорой медицинской помощи, учреждения охраны материнства и детства, медико-санитарные части предприятий, аптечные учреждения, санаторно-курортные учреждения, научно-исследовательские учреждения и институты, клиники, иные учреждения, а также лица, осуществляющие медицинскую деятельность индивидуально.

Аптечные учреждения – предприятия, организации, учреждения всех форм собственности и физические лица, осуществляющие розничную торговлю лекарственными средствами, изготовление и отпуск лекарственных средств в соответствии с требованиями законодательства Российской Федерации, имеющие лицензии на право осуществления фармацевтической деятельности, оказывающие услуги Застрахованным лицам по программе «Лекарственное обеспечение». К аптечным учреждениям относятся аптеки, аптеки учреждений здравоохранения, аптечные пункты, аптечные магазины, аптечные киоски (ст. 4 Закона о лекарственных средствах).

Медицинские услуги – являющие единицей учета и имеющие стоимостное выражение

мероприятия или комплекс мероприятий по профилактике, диагностике и лечению Застрахованных, оказанных специалистами медицинских учреждений или привлеченными ими специалистами как в самом медицинском учреждении, так и за его пределами (по экстренным показаниям, на дому и т.д.).

Иные услуги – мероприятия или комплекс мероприятий, сопутствующих медицинским услугам, оказываемым Застрахованным лицам, и направленных на создание всех необходимых условий для успешного высококачественного и комфортного оказания Застрахованному медицинской помощи, включая медико-социальную и медико-транспортную помощь, ассистанские и сервисные услуги, стоимость пребывания и питания в медицинском учреждении, расходных материалов, средств реабилитации, жизнеобеспечения и т.п.

Виды медицинской помощи – формы организации и оказания медицинских услуг, сгруппированные в зависимости от специфики оказания медицинской помощи, места и условий ее предоставления, вида медицинской деятельности. В рамках настоящих Правил совокупность оказываемых Застрахованным лицам медицинских и иных услуг разбита на следующие виды медицинской помощи: скорая и неотложная помощь, амбулаторно-поликлиническая помощь, стационарная помощь, реабилитационно-восстановительное и санаторно-курортное лечение, стоматологическая помощь, ведение беременности и родов, лекарственное обеспечение.

Программа добровольного медицинского страхования – определенный Договором страхования и/или приложенный к нему в виде отдельного приложения перечень медицинских и иных услуг по видам медицинской помощи, в рамках которых Страховщик осуществляет организацию и оплату указанных в Программе добровольного медицинского страхования медицинских и иных сопутствующих услуг по Договору страхования с указанием перечня медицинских и иных учреждений, где Застрахованный может получить медицинские и иные услуги. Программа добровольного медицинского страхования определяется по соглашению между Страхователем и Страховщиком и, как правило, состоит из набора типовых Программ страхования, приложенных к настоящим Правилам. В Программе добровольного медицинского страхования также указывается перечень заболеваний и патологических состояний, которые являются общими исключениями из Программы добровольного медицинского страхования, и при наличии (возникновении) которых Страховщик не осуществляет организацию и оплату медицинских и иных сопутствующих услуг, связанных с данными заболеваниями и патологическими состояниями.

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

Страховая сумма – определенная Договором страхования денежная сумма, исходя из которой определяется размер страховой премии (страховых взносов), и которая определяет максимальную сумму страховых выплат по всем страховым случаям в течение срока действия Договора страхования.

Лимит ответственности – определенная Договором страхования денежная сумма, ограничивающая ответственность Страховщика (максимальную сумму страховых выплат) по отдельным Программам страхования, входящим в Программу добровольного медицинского страхования, по конкретному виду медицинской или иной сопутствующей помощи.

Страховая премия (страховые взносы) – плата за страхование, которую Страхователь обязан уплатить Страховщику в порядке и в сроки, установленные Договором страхования.

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

Страховой случай (страховое событие) – свершившееся событие, предусмотренное Договором страхования, с наступлением которого возникает обязанность Страховщика произвести страховую выплату.

Страховая выплата – денежная сумма в пределах установленной Договором страхования страховой суммы, которую Страховщик при наступлении страхового случая в соответствии с условиями Договора страхования должен выплатить в виде оплаты медицинских и иных услуг или в виде возмещения расходов Застрахованного лица.

Франшиза – определенная Договором страхования сумма страховой выплаты, не подлежащая возмещению со стороны Страховщика.

1.11. При заключении договора страхования, а также в период его действия в случаях, не противоречащих законодательству Российской Федерации, Страхователь и Страховщик могут

договориться об изменении, дополнении или исключении отдельных положений настоящих Правил.

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, за получением консультативных, лечебных, диагностических, реабилитационно-восстановительных, физиотерапевтических, бальнеологических, лекарственных, профилактических (в том числе иммуно- и фармакопрофилактики) и других медицинских и иных услуг по видам медицинской помощи, предусмотренным Программой добровольного медицинского страхования, при:

- острых заболеваний, обострении хронических заболеваний;
- травмах, отравлениях, несчастных случаях и других состояниях, повлекших за собой нарушение здоровья или необходимость выявления возможных нарушений состояния здоровья;
- нарушениях здоровья, требующих проведения реабилитационных или восстановительных мероприятий с целью улучшения состояния здоровья, восстановления нарушенных функций организма или снижения уровня заболеваемости;
- необходимости проведения профилактических мероприятий с целью выявления существующих нарушений состояния здоровья или оценки состояния здоровья или с целью предотвращения возникновения заболеваний или снижения уровня заболеваемости;

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;

3.2.3 получение Застрахованным лицом медицинских и иных услуг, предусмотренных Программой добровольного медицинского страхования, в случае, если на дату начала действия Договора страхования Застрахованное лицо уже находилось на амбулаторном (стационарном) лечении, и при этом Страховщик был уведомлен об этом и соответствующие услуги были получены после вступления Договора страхования в силу.

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 лицу, которому Застрахованное лицо передало свой страховой медицинский полис, пропуск в медицинское учреждение и т.п. документы.

3.4.5. 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.

3.4.6. 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 и не указанного им в заявлении или «Анкете Застрахованного».

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. Договор страхования может быть заключен на условиях страхования от следующих страховых рисков:

3.8.1. Риска возникновения обстоятельств, требующих оказания Застрахованному лицу амбулаторно-поликлинической помощи (типовые Программы страхования «Домашний доктор категория Стандарт», «Домашний доктор категория Люкс», «Врач в офис», «Амбулаторно-поликлиническая помощь категория Стандарт», «Амбулаторно-поликлиническая помощь категория Люкс» «Комплексная амбулаторно-поликлиническая помощь категория Стандарт» «Комплексная амбулаторно-поликлиническая помощь категория Люкс» - см. Приложения № 1.1 — 1.7. к настоящим Правилам).

3.8.2. Риска возникновения обстоятельств, требующих оказания Застрахованному лицу стоматологической помощи (типовые Программы страхования «Экстренная стоматология», «Стоматология категория Стандарт», «Стоматология категория Люкс» - см. Приложения № 1.8 - 1.10 к настоящим Правилам).

3.8.3. Риска возникновения обстоятельств, требующих оказания Застрахованному лицу скорой и неотложной помощи (типовая Программа страхования «Скорая и неотложная помощь» - см. Приложение № 1.11 к настоящим Правилам).

3.8.4. Риска возникновения обстоятельств, требующих оказания Застрахованному лицу стационарной помощи (типовые Программы страхования «Экстренная госпитализация», «Плановая госпитализация категория Стандарт», «Плановая госпитализация категория Люкс», «Стационарная помощь категория Стандарт», «Стационарная помощь категория Люкс» - см. Приложения № 1.12 - 1.16 к настоящим Правилам).

3.8.5. Риска возникновения обстоятельств, требующих оказания Застрахованному лицу реабилитационно-восстановительного и/или санаторно-курортного лечения (типовая Программа страхования «Реабилитационно-восстановительное лечение» - см. Приложение № 1.17 к настоящим Правилам).

3.8.6. Риска возникновения обстоятельств, требующих лекарственного обеспечения Застрахованного лица (типовая Программа страхования «Лекарственное обеспечение» - см.

Приложение № 1.18 к настоящим Правилам).

3.8.7. Риска возникновения обстоятельств, требующих оказания Застрахованному лицу помощи по ведению беременности и родов (типовая Программа страхования «Ведение беременности и родов» - см. Приложение № 1.19 к настоящим Правилам).

3.8.8. Риска возникновения обстоятельств, требующих оказания Застрахованному лицу медицинских и иных услуг при критических заболеваниях (типовая Программа страхования «Критические заболевания» - см. Приложение № 1.20 к настоящим Правилам).

3.8.9. Риска возникновения обстоятельств, требующих оказания Застрахованному лицу комплексной медицинской помощи (типовые Программы страхования «Комплексная медицинская помощь категория Стандарт», «Комплексная медицинская помощь категория Люкс», «Полное покрытие» - см. Приложения № 1.21 - 1.23 к настоящим Правилам).

3.8.10. Риска возникновения обстоятельств, требующих оказания Застрахованному лицу медицинских и иных услуг при орфанных заболеваниях (типовая Программа страхования «Орфанные болезни» - см. Приложение № 1.24 к настоящим Правилам).

3.9. Общие исключения из страхового покрытия к Программам страхования приведены в Приложении № 1.25 к настоящим Правилам.

3.10. Программа добровольного медицинского страхования, являющаяся неотъемлемой частью Договора страхования, может иметь текстовое изложение, отличное от текстового изложения типовых Программ страхования, изложенных в Приложениях № 1.1 - 1.24 к Правилам страхования.

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

3.12. Страховщик имеет право определить типовые 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, 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, указанной в п.п. 3.8.1.-3.8.10. настоящих Правил.

4.2. Страховая сумма может быть единой для всех Программ страхования, входящих в Программу добровольного медицинского страхования по договору страхования, либо оговаривается лимит ответственности (страховая сумма) для каждой из выбранных Страхователем Программ страхования отдельно. В случае установления лимита ответственности (страховой суммы) по каждой Программе страхования отдельно Страховщик при наступлении страховых случаев несет обязанность по страховой выплате в пределах лимита ответственности

(страховой суммы) по данной Программе 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.

4.4. В случае, если соглашением Сторон по Договору страхования устанавливается единая агрегатная страховая сумма на всех Застрахованных, индивидуальная страховая сумма на каждого Застрахованного не устанавливается.

4.5. 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.

4.6. 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.

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

4.8. При расчете страховой премии Страховщик вправе использовать коэффициенты риска, определяемые:

- по поло-возрастному признаку (Приложение № 3 к настоящим Правилам);
- по группе здоровья Застрахованного лица (Приложение № 4 к настоящим Правилам).

4.9. 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.

4.10. 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

4.11. 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:

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

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

4.12. Страховая премия уплачивается Страхователем после получения от Страховщика счета на оплату страховой премии или иного документа, содержащего информацию о размерах страховой премии, порядке и сроках ее уплаты. Страховая премия уплачивается одновременно или, по соглашению сторон, может вноситься в рассрочку – страховыми взносами в соответствии с графиком уплаты страховых взносов, предусмотренным Договором страхования.

4.12.1. При безналичной форме оплаты страховая премия (взносы) считается уплаченной в момент поступления суммы страховой премии (взноса) на расчетный счет Страховщика.

4.12.2. При оплате страховой премии (взноса) наличными деньгами страховая премия уплачивается внесением суммы премии (взноса) в кассу.

4.13. По соглашению Сторон договором страхования может быть предусмотрена доля собственного участия Страхователя в выплате страхового возмещения – франшиза. Франшиза - часть убытков, которая определена федеральным законом и (или) договором страхования, не подлежит возмещению страховщиком страхователю или иному лицу, интерес которого застрахован в соответствии с условиями договора страхования, и устанавливается в виде определенного процента от страховой суммы или в фиксированном размере. Порядок применения франшизы указывается в Договоре страхования.

4.14. Франшиза определяется в денежном эквиваленте (абсолютная франшиза), в процентах от страховой суммы или убытка (относительная франшиза), в единицах исчисления времени (временная франшиза). Наличие абсолютной или относительной франшизы и ее размер указываются в договоре страхования, наличие временной франшизы указывается в Программе страхования.

4.15. Франшиза может быть безусловная или условно-безусловная.

4.15.1. 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.

4.15.2. 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.

4.16. Франшиза может быть установлена по Договору, по Программе страхования, по одному страховому риску либо по их комбинации.

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 – физическое лицо, как правило, при составлении письменного Заявления на страхование заполняет его в форме Заявления – анкеты Застрахованного (Приложение № 5 к настоящим Правилам). Страхователь – юридическое лицо к заявлению (Приложение № 6 к настоящим Правилам) прилагает список Застрахованных с указанием следующих данных: фамилии, имени, отчества, даты рождения, места рождения, адреса проживания, данных документа, удостоверяющего личность (серия, номер, кем выдан, дата выдачи, код подразделения), а также индивидуальной страховой суммы на каждое Застрахованное лицо, если иное не предусмотрено Договором страхования и/или соглашением Сторон. 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.

6.5. 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 № 7.1 к настоящим Правилам. После заключения договора страхования Страховщик выдает для каждого Застрахованного комплект страховой документации, содержащий полис добровольного медицинского страхования (далее - Полис) (Приложение № 8 к настоящим Правилам), Программу страхования, список медицинских учреждений и, при необходимости, другие информационные документы, согласованные сторонами Договора. Страховщик выдает комплект страховых документов представителю Страхователя с возложением на него обязанностей по выдаче данных Полисов Застрахованным лицам, если соглашением Сторон не предусмотрен иной порядок передачи страховой документации.

Со Страхователем – физическим лицом Договор страхования оформляется письменно путем составления его на типовой форме указанной в Приложении № 7.2 к настоящим Правилам и сопровождается выдачей Застрахованному полиса добровольного медицинского страхования (Приложение № 8 к настоящим Правилам), Программы страхования, списка медицинских учреждений и, при необходимости, других информационных документов, согласованных сторонами Договора.

6.7. Кроме Полиса Застрахованным лицам могут выдаваться иные носители информации, определяющие право на получение медицинских и иных услуг в медицинских учреждениях, оказывающих услуги по Договору страхования.

6.8. При утрате Страхователем или Застрахованным страховых документов, утратившая их сторона должна незамедлительно в письменном виде 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, Программу страхования, список медицинских учреждений и/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 сроком на один год, если иное не предусмотрено условиями конкретного договора страхования. Дата начала и окончания срока действия договора страхования указываются в договоре 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, Программа страхования, список медицинских учреждений, если иное не предусмотрено Договором страхования, вручаются Страхователю:

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

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 неистекший 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 неистекший 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 неистекший 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 неистекший 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 неистекший 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. Досрочно прекратить действие Договора страхования.

9.1.4. Застраховать с согласия Страховщика дополнительное количество лиц по действующему Договору страхования. При этом условия страхования для вновь Застрахованных определяются отдельно условиями Договора страхования по соглашению сторон.

9.1.5. Прекратить в отношении одного или нескольких Застрахованных действие Договора страхования.

9.1.6. С согласия Страховщика произвести замену Застрахованных по договору. Замена Застрахованных по Договору страхования производится в соответствии с п. 2 ст. 955 ГК РФ.

9.1.7. В течение срока действия Договора страхования с согласия Страховщика вносить изменения в перечень страховых рисков, перечень медицинских учреждений и/или Программ страхования, заключив при этом со Страховщиком дополнительное соглашение к договору страхования с соответствующим возможным перерасчетом размера страховой премии, если иное не установлено в договоре страхования. 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. Отказаться 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. Своевременно и в полном размере уплачивать 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, в том числе информацию о показателях здоровья принимаемых на страхование лиц (контингента, подлежащего страхованию).

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

9.4.7. Получать согласие Застрахованного лица в случае его замены другим лицом в действующем договоре страхования в соответствии с п. 2 ст. 955 ГК РФ, а также предоставлять данное согласие по запросу Страховщика.

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, порядок оказания медицинской помощи, предусмотренной Программой 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. 13 Федерального закона от 21.11.2011 N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации». Информация о фактах обращения Застрахованных за оказанием медицинской помощи, состоянии их здоровья и диагнозах, а также иные сведения, полученные при медицинском обследовании и лечении Застрахованных могут быть представлены 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 за оказанные услуги.

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 или Застрахованное лицо (в случае, если условиями Договора предусмотрено установление индивидуальной страховой суммы по Программе страхования на каждого Застрахованного) и выставляет Страхователю (Застрахованному) счет на оплату такого превышения.

Страхователь обязан компенсировать расходы Страховщика, возникшие в результате превышения суммы страховых выплат над страховой суммой, установленной Договором. Если Договором установлена индивидуальная страховая сумма на каждого Застрахованного, то обязанность компенсировать расходы Страховщика в части превышения суммы страховых выплат над индивидуальной страховой суммой возлагается на Застрахованного, за исключением случаев, когда Договором страхования эта обязанность 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, не правомочным 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.