

**ОБЩЕСТВО С ОГРАНИЧЕННОЙ ОТВЕТСТВЕННОСТЬЮ
"СТРАХОВАЯ КОМПАНИЯ "ТИТ"**



УТВЕРЖДЕНЫ

Приказом № 87

от 17.04.2019

Генеральный директор



В.Б.Юн

**ПРАВИЛА
добровольного медицинского страхования**

г. Москва

СОДЕРЖАНИЕ:

1. Общие положения
 2. Субъекты страхования
 3. Объект страхования
 4. Страховые риски. Страховые случаи. 5. Страховая сумма
 6. Страховой тариф. Страховая премия . Франшиза
 7. Заключение, период действия и прекращение договора страхования
 8. Последствия увеличения страхового риска
 9. Порядок выполнения обязательств по договору страхования
 10. Права и обязанности сторон
 11. Определение размера и порядок осуществления страховой выплаты
 12. Ответственность сторон
 13. Порядок рассмотрения обращений и разрешения споров
 14. Особые условия
- Приложения 1-7

1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

1.1. В соответствии с действующим законодательством Российской Федерации (далее по тексту – РФ), Гражданским кодексом РФ, Законом РФ "Об организации страхового дела в Российской Федерации" настоящие Правила регулируют отношения, возникающие между Обществом с ограниченной ответственностью "Страховая компания "ТИТ" (далее по тексту - Страховщик) и юридическими и физическими лицами (далее по тексту - Страхователями), по поводу добровольного медицинского страхования физических лиц (Застрахованных лиц).

В соответствии с Правилами добровольного медицинского страхования (далее по тексту Правила) Страховщик заключает договоры добровольного медицинского страхования (далее по тексту – Договор страхования), по которым он гарантирует организацию и оплату медицинских и иных услуг определенного перечня и качества в объеме программы добровольного медицинского страхования в медицинских учреждениях. Программы добровольного медицинского страхования (далее по тексту – Программа(ы)) являются неотъемлемой частью Договора страхования.

1.2. Основные термины, используемые в настоящих Правилах:

Медицинские и иные услуги – комплекс мероприятий (действий), выполняемых медицинскими работниками и направленные на выявление, профилактику, лечение заболевания и восстановление здоровья у застрахованного лица.

Медицинские учреждения - юридические лица любой организационно-правовой формы, а также лица, занимающиеся предпринимательской деятельностью без образования юридического лица, получившие в установленном порядке лицензию на осуществление медицинской деятельности, оказывающие амбулаторно-поликлиническую, стационарную, реабилитационно-восстановительную и иную медицинскую помощь, с которыми Страховщик состоит в договорных отношениях непосредственно или через сервисную компанию и перечень которых приводится в договоре страхования.

Офис – специально оборудованное помещение страховщика, в котором осуществляется заключение и (или) расторжение Договора страхования, и (или) прием документов для рассмотрения вопроса о признании события страховым случаем, и (или) прием заявлений и других обращений получателей страховых услуг и иных лиц, обращающихся в страховую организацию.

Период охлаждения - период времени, начинающийся с момента заключения договора страхования, в течение которого страхователь-физическое лицо независимо от момента (даты) уплаты страховой премии (первого страхового взноса, при уплате страховой премии в рассрочку) вправе отказаться от договора страхования и получить обратно уплаченную им страховую премию или ее часть, при условии, что на дату отказа от Договора страхования не наступало событий, имеющих признаки страхового случая. По настоящим Правилам период охлаждения установлен сроком 14 (четырнадцать) календарных дней с даты заключения договора страхования, если больший срок не предусмотрен договором страхования.

Период ожидания – период с начала действия страхования, в течение которого обращение застрахованного за медицинской помощью не рассматривается в качестве страхового случая. Если иной срок не определен договором страхования, продолжительность периода ожидания в отношении каждого застрахованного устанавливается равной 3 (трем) календарным дням с даты начала страхования.

Получатель страховых услуг – физическое лицо, в том числе зарегистрированное в качестве индивидуального предпринимателя, или юридическое лицо, обратившееся к страховщику с намерением заключить договор страхования (потенциальный получатель), а также страхователь, застрахованное лицо или выгодоприобретатель по заключенному в соответствии с настоящими Правилами договору страхования.

Программа добровольного медицинского страхования - перечень медицинских и иных услуг, а также медицинских учреждений, в которых указанные услуги предоставляются застрахованному лицу.

Срок страхования – период времени, в течение которого страховщик предоставляет страхователю (застрахованному) страховую защиту по договору страхования. Страхование, обусловленное договором страхования, распространяется только на события, произошедшие в течение срока страхования. Если иное не предусмотрено договором страхования, срок страхования совпадает со сроком действия договора страхования.

Страховая премия - плата за страхование, которую страхователь обязан оплатить страховщику в порядке и в сроки, установленные договором страхования.

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

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

Событие, рассматриваемое в качестве страхового риска, должно обладать признаками вероятности и случайности его наступления.

Страховой случай - совершившееся событие, предусмотренное договором страхования, с наступлением которого возникает обязанность страховщика произвести страховую выплату страхователю или застрахованному лицу.

Страховой тариф – ставка страховой премии с единицы страховой суммы с учетом объекта страхования, характера страхового риска, а также других условий страхования (рода деятельности застрахованного лица, возраста застрахованного лица, срока страхования и т.п.).

Страховые услуги – финансовые услуги страховщика по заключению, изменению, расторжению и исполнению договоров страхования (полисов).

Территория страхования – территория, на которую распространяется действие страхования. События, имеющие признаки страхового случая и предусмотренные договором страхования, могут быть признаны страховыми случаями, если они произошли на территории страхования, указанной в договоре страхования.

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.

В соответствии с условиями страхования франшиза может быть условной (страховщик освобождается от возмещения убытка, если его размер не превышает размер франшизы, однако возмещает его полностью в случае, если размер убытка превышает размер франшизы) или безусловной (размер страховой выплаты определяется как разница между размером убытка и размером франшизы).

Временная франшиза - определенный промежуток времени в течение срока страхования, не подлежащий учету при расчете суммы страховой выплаты.

Договором страхования могут быть предусмотрены иные виды франшизы.

2. СУБЪЕКТЫ СТРАХОВАНИЯ

2.1. Субъектами комплексного добровольного медицинского страхования выступают: Страховщик, Страхователь, Застрахованное лицо.

2.1.1. "Страховщик" - Общество с ограниченной ответственностью "Страховая компания "ТИТ" - страховая организация, созданная в соответствии с законодательством

Российской Федерации для осуществления деятельности по страхованию и получившая лицензии на осуществление соответствующего вида страховой деятельности в установленном Законом порядке.

2.1.2. Страхователи:

2.1.2.1. физические лица, обладающие гражданской дееспособностью, в том числе индивидуальные предприниматели, заключающие Договоры страхования в свою пользу или в пользу третьих лиц (Застрахованных лиц).

Физические лица, в пользу которых заключаются Договоры добровольного медицинского страхования, считаются Застрахованными лицами, при этом Страхователь – физическое лицо, заключившее Договор страхования в свою пользу, является одновременно Страхователем и Застрахованным лицом.

2.1.2.2. юридические лица (предприятия, учреждения и организации любой организационно-правовой формы), представляющие интересы физических лиц, и заключающие Договоры страхования в пользу третьих лиц (Застрахованных лиц).

2.1.2.3. Застрахованный (Застрахованное лицо) – лицо, в пользу которого заключен Договор добровольного медицинского страхования (далее по тексту - Застрахованное лицо).

2.2. Страховщик вправе отказать в заключении Договора страхования физическим лицам, возраст которых на момент заключения Договора страхования превышает 60 лет, а также инвалидам I и II групп.

2.3. На страхование не принимаются физические лица:

2.3.1. состоящие на учете в наркологических, психоневрологических, туберкулезных, кожно-венерологических диспансерах;

2.3.2. состоящие на учете в центрах по профилактике и борьбе со СПИДом;

2.3.3. больные онкологическими заболеваниями в терминальной стадии и системными заболеваниями крови.

3. ОБЪЕКТ СТРАХОВАНИЯ

3.1. Объектом добровольного медицинского страхования являются имущественные интересы Страхователя (Застрахованного лица), связанные с оплатой организации и оказания медицинской и лекарственной помощи (медицинских услуг) и иных услуг вследствие расстройства здоровья физического лица или состояния физического лица, требующих организации и оказания таких услуг, а также проведения профилактических мероприятий, снижающих степень опасных для жизни или здоровья физического лица угроз и (или) устраняющих их в объеме и на условиях, предусмотренных Договором страхования и Программой добровольного медицинского страхования.

4. СТРАХОВЫЕ РИСКИ, СТРАХОВЫЕ СЛУЧАИ

4.1. Страховым случаем применительно к настоящим Правилам является обращение Страхователя (Застрахованного лица) в медицинское учреждение в течение срока действия Договора страхования за медицинской и иной помощью, предусмотренной Программой и условиями Договора страхования, в результате чего возникает обязанность Страховщика произвести страховую выплату в случае:

- ухудшения состояния здоровья и возникновения нового заболевания;
- обострения или осложнения хронического заболевания или состояния, а также при повышении риска обострения или осложнения хронического заболевания или состояния;
- плановых / экстренных медицинских вмешательств;
- травм, ожогов и отравлений в результате несчастных случаев или действий третьих лиц;
- других оговоренных в Договоре событий.

4.2. Перечень медицинских и иных услуг определяется Программой с указанием перечня медицинских учреждений, в которых Застрахованное лицо вправе получить медицинские и иные услуги, которые устанавливаются Договором страхования.

4.3. Договор страхования может быть заключен на условиях следующих программ:

- Амбулаторная помощь (включая помощь на дому или без нее) (Программа 1);
- Стоматологическая помощь (Программа 2);
- Стационарная помощь (Программа 3);
- Скорая (неотложная) медицинская помощь (Программа 4);
- Санаторно-курортное, восстановительное и реабилитационное лечение (Программа 5);
- Дородовое наблюдение (Программа 9);
- Индивидуальное ведение родов (Программа 10);
- Комплексная программа (Программа 7);
- Комплексная программа – экстренная (Программа 8);
- Лекарственное обеспечение (Программа 6).

4.4. Договор страхования заключается на основании выбранных Страхователем Программ указанных в Приложении 2 к настоящим Правилам.

4.5. Страховщик имеет право исключить из Программы или из Договора по конкретным Застрахованным лицам хронические заболевания, диагностированные до начала срока страхования.

4.6. Страховщик имеет право не оплачивать медицинские услуги, предоставленные Застрахованным лицам, если медицинские услуги или их исполнители не предусмотрены Программой.

4.7. Не признаются страховыми события, а также любые их последствия, которые прямо или косвенно, непосредственно или отдаленно произошли или возникли в связи с:

- получением травматического повреждения или иного расстройства здоровья в состоянии алкогольного, наркотического или токсического опьянения кроме случаев, когда наркотические средства являлись частью лечения и были предписаны лечащим врачом, но не для лечения наркологических расстройств;

- умышленным нарушением Страхователем или Застрахованным лицом закона, находящимся в прямой причинно-следственной связи с последующими медицинскими расходами;

- получения травм или иного расстройства здоровья при покушении на самоубийство за исключением тех случаев, когда Застрахованное лицо было доведено до такого состояния противоправными действиями третьих лиц;

- умышленного причинения себе телесных повреждений (членовредительство).

4.8. Страховщик имеет право не оплачивать медицинские и иные услуги, оказанные Застрахованному лицу, в связи с:

- занятием профессиональным спортом, если иное не оговорено в Договоре страхования;

- профессиональными заболеваниями или травмами в связи с несоблюдением требований техники безопасности;

- лечением, услугами или обеспечением, которые не являются обоснованными и необходимыми с медицинской точки зрения или не имеют лечебных целей;

- консультациями врача по телефону (если иное не указано в Договоре страхования);

- любыми повторными медицинскими услугами аналогичными проведенным ранее в другом лечебном учреждении в отношении одних и тех же жалоб, симптомов, синдромов или состояний, кроме случаев, одобренных Страховщиком;

- в связи с оплатой услуг, препаратов, лечения, включая любой период пребывания в стационаре или амбулаторного лечения, которые не были рекомендованы, письменно засвидетельствованы уполномоченным представителем Страховщика или лечащим врачом Застрахованного как необходимые и разумные меры;

- любыми услугами, если Застрахованное лицо (Страхователь) не следовал предписанным лечебным назначениям или не явился на назначенный прием к врачу;

- любыми медицинскими услугами, процедурами, консультациями и т.д., которые носят сугубо исследовательский или экспериментальный характер;

- операциями сутобо в эстетических или косметических целях, кроме реконструктивной хирургии, когда такая операция оказалась частью или следовала за начальной операцией, которая была произведена в связи со страховым случаем;

- любым лечением или процедурой, которые способствуют или предотвращают половое зачатие, включая но, не ограничиваясь: искусственное оплодотворение, лечение бесплодия или импотенции, стерилизация или де-стерилизация, кроме случаев, когда лечение бесплодия стало следствием заболевания или травмы, входящих в Программу и наступивших в течение срока действия страхования;

- абортom или преждевременным родоразрешением, за исключением случаев, когда здоровью матери или плода угрожает опасность;

- расходами на очки, контактные линзы, слуховые аппараты, слуховые имплантаты, визуальную терапию, или на любой осмотр или подбор подобных устройств, кроме случаев нарушения зрения и/или слуха в результате несчастного случая или других случаях, определенных прямыми медицинскими показаниями;

- хирургией глаза, когда первичной целью является коррекция близорукости, дальнозоркости или астигматизма;

- лечением венерических заболеваний и заболеваний, передающихся половым путем;

- пересадкой органов, а также сами органы, кроме случаев лечения травм или последствий травм, а также иных случаев, предусмотренных Договором страхования;

- пересадкой тканей, а также сами ткани, за исключением лечения ожогов и травм, а также иных случаев, предусмотренных Договором страхования;

- уходом и лечением при выпадении волос, включая парики, пересадку волос или любые препараты, которые способствуют росту волос, вне зависимости от того, предписаны врачом или нет;

- лечением, необходимым в результате осложнений или последствий предыдущего лечения, которое не было включено в Программу;

- психическими и невротическими состояниями и расстройствами, если в Договоре страхования не указано иное;

- лечением, связанным с инфицированием вирусом иммунодефицита человека.

- лечением онкологических заболеваний (злокачественных новообразований, в т.ч. кроветворной и лимфатической тканей, доброкачественных новообразований злокачественного течения) и их осложнений;

- лечением врожденных и наследственных заболеваний крови и кроветворных органов, а также врожденных аномалий развития органов и их осложнений;

- лечением особо опасных инфекций, вирусных геморрагических лихорадок;

- лечением демиелинизирующих заболеваний нервной системы;

- лечением сахарного диабета с осложненным течением;

- лечением профессиональных заболеваний, острой и хронической лучевой болезни;

- лечением заболеваний, сопровождающихся хронической почечной и/или печеночной недостаточностью, требующих проведения гемодиализа;

- лечением системной красной волчанки; туберкулеза, саркоидоза, муковисцероза; псориаза; глубоких микозов;

- лечением бесплодия (мужского и женского), импотенции.

Не оплачивается Страховщиком стоимость трансплантатов, эндопротезов, протезов, имплантатов, если иное прямо не оговорено в Договоре страхования.

Не оплачиваются Страховщиком расходы на приобретение медицинского оборудования, изделий медицинского назначения и предметов по уходу за больными при любых заболеваниях, услуги частных медсестер, дополнительные гонорары врачам и т.д.

4.9. Страховщик не организывает и не оплачивает медицинские услуги, оказанные Застрахованным лицам, в связи с заболеваниями и травмами вызванными:

а) воздействием ядерного взрыва, радиации или радиоактивного заражения;

б) военными действиями, а также маневрами или иными военными мероприятиями;

в) гражданской войной, народными волнениями всякого рода или забастовками;

г) стихийными бедствиями, экологическими катастрофами, эпидемиями.

4.10. Страхование по настоящим Правилам не действует в случае обращения Застрахованного лица в медицинское учреждение за получением медицинских и иных услуг вследствие причин, указанных в п.п. 4.7.-4.9. настоящих Правил.

По согласованию сторон Договор страхования может предусматривать обязанность Страховщика организовать, оплатить или возместить расходы на медицинские услуги и иные услуги в случаях, указанных в п. 4.8. настоящих Правил. При этом соответствующие события должны быть прямо определены в Договоре страхования.

4.11. Застрахованные считаются застрахованными только в пределах той территории, которая указана в Договоре страхования в качестве территории страхования.

В случае, если территория страхования не указана в Договоре страхования, такой территорией является территория РФ.

4.12. Страховщик на основании настоящих Правил вправе формировать условия страхования к отдельному Договору страхования или отдельной группе Договоров страхования, ориентированные на конкретного Страхователя или группу Страхователей (Застрахованных лиц), а также создавать страховые продукты, в той мере, в какой это не противоречит законодательству РФ и настоящим Правилам.

Такие условия страхования (страховые программы) прилагаются к Договору страхования и являются его неотъемлемой частью.

5. СТРАХОВАЯ СУММА

5.1. Страховая сумма по Договору страхования определяется Страховщиком и Страхователем по их усмотрению и соглашению, исходя из определенных Договором страхования условий: состояния здоровья Застрахованного лица, срока действия Договора страхования, количеству обращений в медицинские учреждения, стоимости сервисных услуг, включаемых в стоимость медицинских услуг, но не может быть менее стоимости медицинских услуг, установленных Страховщиком для конкретной Программы с учетом категории медицинских учреждений, определенных Договором страхования.

5.2. Договором страхования могут быть установлены:

5.2.1. страховая сумма по каждому Застрахованному лицу;

5.2.2 общая страховая сумма по всем Застрахованным лицам.

5.3. лимиты возмещения по определенным видам медицинской помощи, лечения или иным медицинским услугам.

5.3. По состояниям Застрахованного лица, возникшим в течение срока страхования и повлекшим экстренную госпитализацию, срок страхования может быть продлен до момента выписки из стационара или до момента завершения необходимого физиотерапевтического лечения последствий заболевания или состояния вне зависимости от даты окончания Договора страхования.

5.4. Страховщик оплачивает обоснованные медицинские услуги, предоставленные Застрахованному лицу медицинским учреждением, строго в соответствии со страховым случаем и Программой, в пределах страховой суммы и лимитов возмещения, установленных по Договору страхования.

5.5. Стороны Договора страхования имеют право в течение срока действия Договора страхования изменить размер страховой суммы по Застрахованному(ым) лицу(ам) с учетом уже произведенных или возможных размеров страховых выплат, изменений списка Застрахованных лиц и других факторов, связанных с увеличением страхового риска.

При изменении страховой суммы производится перерасчет размера страховой премии при этом страховая премия за неполный месяц уплачивается, как за полный, если иное не предусмотрено Договором страхования.

Указанные выше изменения оформляются в виде дополнительных соглашений в письменной форме.

5.6. О предполагаемом изменении стоимости медицинских услуг, гарантированных

Программами, Страховщик уведомляет Страхователя за месяц до предполагаемого введения новых цен.

6. СТРАХОВОЙ ТАРИФ. СТРАХОВАЯ ПРЕМИЯ ФРАНШИЗА

6.1. Сумма страховой премии устанавливается исходя из страховых тарифов, рассчитанных Страховщиком, в зависимости от перечня медицинских услуг согласно Программе, лимитов возмещения, срока страхования, территории страхования, действующих цен на медицинские и иные услуги по договорам с медицинскими учреждениями, предварительной оценки риска и иных условий, предусмотренных Договором страхования.

6.2. Страховщик при определении размера страховой премии, подлежащей уплате по Договору страхования, вправе применять разработанные им базовые страховые тарифы в соответствии с Таблицей 1 Приложения 1 к настоящим Правилам.

6.3. Страховая премия может быть уплачена в виде единовременного платежа или в рассрочку в виде нескольких страховых взносов. Порядок и сроки уплаты страховой премии определяется в Договоре страхования

6.4. При неуплате Страхователем страховой премии единовременно (первого страхового взноса при оплате страховой премии в рассрочку) в установленный Договором страхования срок или ее (его) уплаты не в полном размере Договор страхования считается не вступившим в силу и обязательства у Страховщика по Договору страхования не возникают, если иное не предусмотрено Договором страхования.

6.5. Если Договором страхования предусмотрена уплата страховой премии в рассрочку:

6.5.1. и очередной (второй и (или) последующий) страховой взнос не уплачен в установленные Договором страхования сроки и размере, то Договор страхования досрочно прекращает свое действие с 00 часов 00 минут дня, следующего за днем окончания установленного Договором страхования срока уплаты очередного страхового взноса, который не был уплачен полностью или частично. При этом неуплата очередного страхового взноса рассматривается как отказ Страхователя от Договора страхования;

6.5.2. и очередной (второй и (или) последующий) страховой взнос не уплачен в установленные Договором страхования сроки и размере, то Договор страхования прекращает свое действие по истечении 30 дней начиная с 00 часов 00 минут дня, следующего за днем окончания установленного Договором страхования срока уплаты очередного страхового взноса, который не был уплачен полностью или частично. В случае уплаты Страхователем просроченного страхового взноса в этот период действие Договора страхования не прекращается;

6.5.3. Договором страхования могут быть предусмотрены иные последствия за неуплату Страхователем в установленные сроки очередных страховых взносов.

Если Договором страхования не установлено иное, применяется порядок, предусмотренный в п. 6.5.1. настоящих Правил.

6.6. Страховщик уведомляет Страхователя о факте просрочки уплаты очередного страхового взноса (или о факте его уплаты не в полном размере) и о досрочном прекращении Договора страхования (либо о иных последствиях такого нарушения, предусмотренных Договором страхования) в письменной форме, если иной способ информирования не согласован со Страхователем при заключении Договора страхования.

6.7. При установлении у Застрахованного лица факторов, дополнительно влияющих на риск возникновения медицинских последствий, оплачиваемых в соответствии с настоящими Правилами, размер страховой премии по каждому полису увеличивается на соответствующий коэффициент, определяемый экспертным путем.

6.8. При определении размера страховой премии Страховщик может предложить Застрахованному лицу заполнить медицинскую анкету. Сведения, указанные в Заявлении на

страхование или в медицинских анкетах, подтверждаются подписью Страхователя (Застрахованного лица). В случае необходимости, для уточнения указанных сведений Страховщик имеет право направить Застрахованного на медицинское освидетельствование. В случае отказа Застрахованного лица от заполнения медицинской анкеты или прохождения медицинского освидетельствования Страховщик имеет право отказать Страхователю в заключении Договора страхования.

6.9. Страховая премия может быть уплачена Страхователем:

- наличными денежными средствами в кассу Страховщика при заключении Договора страхования;
- безналичным перечислением на расчетный счет Страховщика в течение 5 банковских дней со дня заключения Договора страхования, если иное не предусмотрено в Договоре страхования.

6.10. При существенном изменении условий оказания медицинской помощи в медицинских учреждениях (применение нового медицинского оборудования, использование новых методов диагностики и лечения и т. п.), связанных с увеличением стоимости оказания медицинских услуг, а также при подаче Страхователем заявления о расширении перечня медицинских услуг, а также при иных изменениях и дополнениях в Договоре страхования, размер страховой премии может быть изменен по соглашению сторон.

В этом случае Страхователь обязан уплатить дополнительную страховую премию в отношении всех Застрахованных лиц, соответствующую увеличению страховой суммы, пропорционально не истекшему оставшемуся сроку действия Договора страхования.

6.11. Договором страхования может быть применена франшиза.

В Договоре страхования франшиза может устанавливаться по каждому страховому случаю.

Если наступает несколько страховых случаев, франшиза вычитается по каждому из них.

7. ПОРЯДОК ЗАКЛЮЧЕНИЯ, СРОК ДЕЙСТВИЯ И ПРЕКРАЩЕНИЕ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ

7.1. Договор страхования является соглашением между Страхователем и Страховщиком, в силу которого Страховщик обязуется при возникновении страхового случая произвести оплату медицинских и иных услуг, оказанных Страхователю (Застрахованному лицу), в медицинском учреждении в соответствии с программой добровольного медицинского страхования, а Страхователь обязуется уплатить страховую премию (страховой взнос при уплате страховой премии в рассрочку) в установленные Договором страхования сроки.

Договор страхования заключается сроком на один календарный год, если условиями Договора страхования не предусмотрено иное. Даты начала и окончания срока действия Договора страхования и срока страхования указываются в Договоре страхования.

При страховании на срок менее одного года размер страховой премии устанавливается в зависимости от срока действия Договора страхования:

Срок действия Договора страхования в месяцах										
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Процент от общего годового размера страховой премии										
25	35	40	50	60	70	75	80	85	90	95

Страховой тариф для Договоров страхования, заключаемых на срок более 1 года рассчитывается по следующей формуле $СТ/12 \times N$, где:

СТ – величина годового страхового тарифа (в %).

N - срок действия Договора страхования в месяцах.

7.2. Для заключения Договора страхования Страхователь (физическое или

юридическое лицо) представляет Страховщику Заявление по установленной форме (Приложения 3 и 4 к настоящим Правилам) о своем намерении заключить Договор страхования, а также список лиц, подлежащих страхованию, в письменной форме.

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

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

7.2.1. Если Страхователем выступает физическое лицо, в Заявлении на страхование указывается:

- фамилия, имя, отчество Страхователя;
- фамилия, имя, отчество лица, в пользу которого заключается Договор страхования (Застрахованного лица);
- возраст в полных годах на момент подачи Заявления на страхование, пол, семейное положение, профессия, состояние здоровья на момент заполнения заявления, наличие хронических заболеваний, получение травм, физические показатели, перечень перенесенных заболеваний Застрахованным лицом;
- место жительства (домашний адрес и телефон);
- условия страхования (в т.ч. особые условия);
- срок страхования;
- паспортные данные;
- предполагаемый перечень медицинских услуг (программа медицинского страхования).

При этом Страхователь - физическое лицо имеет право иным (устное заявление, сообщение по факсу, электронной почте и т.д.) согласованным со Страховщиком способом заявить о своем намерении заключить Договор страхования.

7.2.2. Если Страхователем выступает юридическое лицо - предприятие, учреждение, организация и т.п., в Заявлении на страхование указывается: - наименование Страхователя, его юридический адрес и банковские реквизиты;

- количество Застрахованных лиц;
- условия страхования (в т.ч. особые условия);
- срок страхования;
- программа добровольного медицинского страхования.

При заключении Договора страхования Страхователь обязан предоставить Страховщику списки Застрахованных лиц по форме, установленной Страховщиком.

Списки Застрахованных лиц могут быть представлены в письменной форме. Страховщик имеет право требовать заполнения индивидуальных анкет на сотрудников предприятия, организации и т.д.

7.2.3. Получив Заявление на страхование, Страховщик имеет право ринять Застрахованных лица на страхование на обычных условиях для физических лиц данного возраста и пола;

- на особых условиях, т.е. по повышенному тарифу, с установлением лимита возмещения.
- отказать в заключении Договора страхования.

7.2.4. Для соблюдения требований действующего законодательства РФ в целях противодействия легализации (отмыванию) доходов, полученных преступным путем, и финансированию терроризма Страховщик осуществляет идентификацию Получателей страховых услуг (их представителей) до приема на обслуживание и при урегулировании требований о страховой выплате.

До приема на обслуживание Страховщик обеспечивает идентификацию Страхователя, Выгодоприобретателя или их представителей. На стадии урегулирования требований о страховой выплате обеспечивается идентификация лица, обратившегося к Страховщику с заявлением о получении страховой выплаты (Выгодоприобретателя, Страхователя, Застрахованного лица или их представителей), а также получателя страховой выплаты.

При проведении идентификации Страховщик вправе требовать от Получателя страховых услуг документы, удостоверяющие личность, учредительные документы, документы о государственной регистрации юридического лица (индивидуального предпринимателя), а также иные документы, предусмотренные действующим законодательством РФ и нормативными актами Банка России.

7.3. Договор страхования может быть прекращен по истечении его срока действия, а также может быть прекращен досрочно в соответствии с условиями, оговоренными в п.п. 7.23.-7.26. настоящих Правил.

7.4. Если в Договоре страхования установлен период ожидания, Страховщик несет ответственность только по страховым случаям, произошедшим после окончания периода ожидания.

7.5. Договор страхования заключается в письменной форме, несоблюдение которой влечет его недействительность, в двух экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, по одному для каждой из сторон, с приложениями к нему, которые выдаются Страхователю, а также страховыми полисами и приложениями к ним, которые выдаются каждому Застрахованному лицу.

7.6. Страховой полис является документом, удостоверяющим право Застрахованного лица на получение медицинских услуг, предусмотренных Договором страхования.

7.7. Договор страхования или дополнения к основному договору страхования могут быть заключены на условиях предоставления медицинских услуг по:

- амбулаторному лечению;
- стационарному лечению;
- стоматологической помощи;
- скорой (неотложной) медицинской помощи;
- первичной медико-санитарной помощи (включая помощь на дому);
- лечению определенных состояний или заболеваний, существующих у Застрахованного лица на момент (дату) заключения Договора страхования или возникших (обострившихся) во время действия Договора страхования;
- определенным видам медицинской помощи или лечения (хирургия, травматология, интенсивная терапия, санаторно-курортное лечение, реабилитационно-восстановительное лечение и др.);

Договор страхования может включать в себя условия по предоставлению любой из медицинских услуг, определенного их набора или всего комплекса медицинских услуг.

7.8. Страховщик при заключении Договора страхования обязан ознакомить Страхователя с содержанием настоящих Правил и Программ.

7.9. Страховщик после получения от Страхователя Заявления на страхование и всех дополнительных сведений принимает решение о возможности заключения Договора страхования.

7.10. Договоры страхования могут заключаться как без предварительного медицинского освидетельствования, так с предварительным медицинским освидетельствованием Застрахованных лиц, которое производится за счет средств Страхователя, если иного не предусмотрено соглашением Страхователя и Страховщика.

Если предоставленных сведений окажется недостаточно для оценки страхового риска, Страховщик вправе затребовать дополнительную информацию от Страхователя /Застрахованного лица из медицинских учреждений или других государственных компетентных органов.

7.11. При заключении Договора страхования Страхователь обязан сообщить Страховщику известные Страхователю обстоятельства, имеющие существенное значение для определения вероятности наступления страхового случая и размера возможных убытков от его наступления (страхового риска), если эти обстоятельства не известны Страховщику

7.12. Договор страхования вступает в силу в 00 часов дня, следующего за днем поступления на расчетный счет Страховщика (при безналичном перечислении) или уплате в кассу Страховщика (при оплате наличными денежными средствами) страховой премии, если Договором страхования не предусмотрено иное.

7.13. Условия, содержащиеся в настоящих Правилах и не включенные в текст Договора страхования, обязательны для Страхователя, если они приложены к страховому полису или изложены в одном документе с ним.

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

7.14. В Договоре страхования Страхователем и Страховщиком может быть предусмотрено, что отдельные положения настоящих Правил не включаются в Договор страхования и не действуют по конкретным условиям страхования, если это не противоречит действующему законодательству РФ.

7.15. При коллективной форме страхования численность Застрахованных лиц, принимаемых на страхование, определяется Страхователем.

7.16. Если у Страхователя возникает необходимость застраховать дополнительное количество Застрахованных, то он вправе заключить дополнительное соглашение к Договору страхования с условием оплаты дополнительной страховой премии.

7.17. При коллективной форме страхования к Договору страхования прилагаются:

- а) список Застрахованных лиц с указанием фамилии, имени, отчества каждого Застрахованного лица, возраста, полного домашнего адреса и телефона;
- б) Программа, с указанием объема оказываемых медицинских и иных услуг и перечня медицинских учреждений предусмотренных Договором страхования;
- в) страховые полисы по каждому Застрахованному лицу в соответствии со списком Застрахованных лиц, пластиковые карты.

Список Застрахованных лиц составляется в двух экземплярах. Один экземпляр списка передается Страховщику, второй остается у Страхователя.

7.18. При индивидуальной форме страхования Страхователь получает:

- а) Договор страхования (полис), в котором указаны все основные условия страхования, пластиковую карту;
- б) Программу добровольного медицинского страхования, с указанием объема оказываемых медицинских и иных услуг и перечня медицинских учреждений предусмотренных Договором страхования;

7.19. Страховщик выдает Застрахованным лицам страховые полисы, пластиковые карты в течение 7 рабочих дней после получения страховой премии.

7.20. При утрате Застрахованным лицом страхового полиса или пластиковой карты он должен незамедлительно известить об этом Страховщика. Утраченные документы признаются недействительными и не могут являться основанием для получения медицинских услуг в соответствии с Договором страхования, взамен Страхователю (Застрахованному лицу) выдаются новые.

При повторной утрате страховых документов в течение срока действия Договора страхования Страхователь возмещает Страховщику расходы в размере фактической стоимости их изготовления.

Стоимость медицинских услуг, оказанных третьим лицам, воспользовавшимся этими документами, подлежит возмещению Страховщику Страхователем (Застрахованным) в размере фактических затрат.

7.21. Застрахованному лицу запрещается передавать страховой полис и/или пластиковую карту другим лицам с целью получения ими медицинских услуг по Договору страхования.

Если будет установлено, что Застрахованное лицо передало другому лицу страховой полис и/или пластиковую карту с целью получения им медицинских услуг по Договору страхования, Страховщик досрочно прекращает действие Договора страхования в

отношении такого Застрахованного лица. Возврат страховой премии за истекший срок действия договора страхования в этом случае не производится.

7.22. Договор страхования прекращается в случаях:

- истечения срока действия;
- исполнения Страховщиком обязательств по договору в полном объеме (в размере страховой суммы);
- неуплаты Страхователем страховой премии в установленные договором сроки;
- ликвидации Страхователя, являющегося юридическим лицом, или смерти Страхователя, являющегося физическим лицом, кроме случаев замены Страхователя в договоре страхования;
- смерти Застрахованного лица;
- ликвидации Страховщика;
- прекращения действия договора страхования по решению суда;
- в иных случаях, предусмотренных законодательством Российской Федерации;

7.23. Договор страхования может быть прекращен 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, за вычетом понесенных Страховщиком расходов.

7.24. Страхователь вправе отказаться от Договора страхования в любое время, если к моменту отказа возможность наступления страхового случая не отпала по обстоятельствам, иным, чем страховой случай.

7.25. При досрочном отказе Страхователя от Договора страхования уплаченная Страховщику страховая премия не подлежит возврату, если причиной отказа не стало нарушение Страховщиком своих обязанностей, предусмотренных условиями Договора страхования, настоящими Правилами, а также за исключением случаев, предусмотренных п.п. 7.27.1., 7.27.2. 7.28. и 7.29. настоящих Правил.

7.27. При отказе Страхователя-физического лица от Договора страхования:

7.27.1. в течение Периода охлаждения и до даты начала действия страхования, Страховщик возвращает Страхователю-физическому лицу уплаченную сумму страховой премии (взноса) в полном размере;

7.27.2. в течение Периода охлаждения, но после даты начала действия страхования, Страховщик при возврате уплаченной страховой премии (взноса) Страхователю-физическому лицу удерживает ее (его) часть пропорционально сроку действия Договора страхования, прошедшему с даты начала действия страхования до даты прекращения действия Договора страхования;

7.27.3. в течение Периода охлаждения и в течение действия страхования, при наличии заявленного страхового случая/события, имеющего признаки страхового случая, возврат уплаченной страховой премии не производится;

7.27.4. после окончания Периода охлаждения возврат уплаченной страховой премии не производится, если Договором страхования не предусмотрено иное.

В случаях, указанных в п.п. 7.27.1. и 7.27.2. настоящих Правил Страховщик осуществляет возврат Страхователю-физическому лицу страховой премии (ее части) по выбору Страхователя-физического лица наличными денежными средствами или безналичным перечислением на его лицевой счет, в течение 10 (десяти) рабочих дней со дня получения заявления Страхователя-физического лица в письменной форме об отказе от Договора страхования.

7.28. Если Договором страхования не предусмотрено иное, то в случае досрочного расторжения Договора страхования по соглашению сторон, Страховщик возвращает Страхователю сумму, исчисляемую путем вычитания из уплаченной суммы страховой премии следующих сумм:

- той части суммы страховой премии, которая причитается Страховщику за истекший срок страхования, рассчитанной пропорционально количеству дней;
- расходов на ведение дела в размере, предусмотренных структурой тарифной ставки;
- начисленной (выплаченной) суммы страховой выплаты.

7.29. Возврат части страховой премии по Договору страхования производится Страховщиком в случаях досрочного прекращения Договора страхования по следующим основаниям:

7.29.1. в случае ликвидации Страхователя, являющегося юридическим лицом, или смерти Страхователя, являющегося физическим лицом, кроме случаев замены Страхователя;

7.29.2. в случае смерти Застрахованного лица;

7.29.3. по требованию Страхователя, если причиной досрочного прекращения Договора страхования стало неисполнение Страховщиком своих обязанностей, предусмотренных условиями Договора страхования и настоящими Правилами.

7.29.4. по соглашению сторон.

7.30. Изменение условий Договора страхования возможно по соглашению сторон.

Соглашение об изменении условий Договора страхования совершается в той же форме, что и Договор страхования.

8. ПОСЛЕДСТВИЯ УВЕЛИЧЕНИЯ СТРАХОВОГО РИСКА

8.1. В течение срока действия Договора страхования Страхователь или Выгодоприобретатель обязаны незамедлительно, как только это станет им известно, сообщать Страховщику обо всех значительных изменениях, относящихся к застрахованным контейнерам, если эти изменения могут существенно повлиять на увеличение страхового риска.

8.2. При неисполнении Страхователем либо Выгодоприобретателем обязанности, предусмотренной п. 6.8. настоящих Правил, Страховщик вправе потребовать расторжения Договора страхования и возмещения убытков, причиненных расторжением Договора страхования, в соответствии с действующим законодательством РФ.

8.3. Страховщик, уведомленный об обстоятельствах, влекущих увеличение риска страхования, вправе потребовать изменения условий Договора страхования или оплаты дополнительной страховой премии.

8.4. Все изменения и дополнения к Договору страхования оформляются в письменной форме путем заключения дополнительного соглашения, подписанного уполномоченными сторонами.

Если Страхователь возражает против изменения условий Договора страхования или доплаты страховой премии, Страховщик вправе потребовать расторжения Договора страхования и возмещения убытков, причиненных расторжением Договора страхования (пункт 5 статьи 453 ГК РФ), уведомив Страхователя в письменной форме об этом в письменной форме в течение 5 (пяти) рабочих дней со дня принятия решения. Стороны не вправе требовать возвращения того, что было исполнено ими по обязательству до момента (даты) расторжения Договора страхования, если иное не установлено законодательством РФ.

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

8.5. Изменение Договора страхования возможно по соглашению Сторон, если иное не предусмотрено Договором страхования, в том числе при существенном изменении обстоятельств, из которых Стороны исходили при заключении Договора страхования.

8.6. Изменение обстоятельств признается существенным, когда они изменились настолько, что, если бы Стороны могли это разумно предвидеть, Договор страхования вообще не был бы ими заключен или был бы заключен на значительно отличающихся условиях.

8.7. Если после заключения Договора страхования будет установлено, что Страхователь сообщил Страховщику заведомо ложные сведения об обстоятельствах,

имеющих существенное значение для определения вероятности наступления страхового случая и размера возможных убытков от его наступления, Страховщик вправе потребовать признания Договора страхования недействительным и применения последствий в соответствии с законодательством РФ, за исключением случая, когда обстоятельства, о которых умолчал Страхователь, уже отпали.

9. ПОРЯДОК ВЫПОЛНЕНИЯ ОБЯЗАТЕЛЬСТВ ПО ДОГОВОРУ СТРАХОВАНИЯ

9.1. Право Застрахованного лица на получение и оплату медицинской, в том числе лекарственной, помощи, предусмотренной Договором страхования, наступает с даты, начала страхования, указанной в Договоре страхования.

9.2. Предоставление медицинской (лекарственной) помощи, обусловленной Договором страхования, осуществляется путем обращения Застрахованного лица (напрямую или по направлению Страховщика или Сервисной компании) в медицинские учреждения, с которыми Страховщик состоит в договорных отношениях.

Медицинским учреждением в системе медицинского страхования является учреждение, имеющее лицензию:

- а) лечебно-профилактические учреждения, научно-исследовательские и медицинские институты;
- б) другие учреждения, оказывающие медицинскую помощь;
- в) лица, осуществляющие медицинскую деятельность как индивидуально, так и коллективно.

Взаимоотношения между Страховщиком и медицинским учреждением определяются договором на предоставление лечебно-профилактической помощи (медицинских услуг), по которому медицинское учреждение обязуется предоставлять Застрахованным лицам медицинскую помощь определенного объема и качества в конкретные сроки в рамках программ добровольного медицинского страхования. При этом в договоре стороны вправе предусмотреть следующие условия: численность Застрахованных лиц, виды лечебно-профилактической помощи (медицинских услуг), стоимость работ, порядок расчетов, а так же порядок осуществления контроля качества оказания медицинской помощи, использования страховых средств, ответственность за неисполнение (ненадлежащее исполнение) по договору и иные условия по усмотрению сторон.

При обращении Застрахованного лица в медицинское учреждение предъявляется страховой полис, выданный Страховщиком, паспорт либо другой документ, удостоверяющий личность Застрахованного лица.

При обращении Застрахованного лица (его представителя) в аптеку медицинского учреждения по поводу лекарственных средств, предъявляется рецепт, установленной формы, выписанный врачом медицинского учреждения, с которым Страховщик состоит в договорных отношениях.

В случае необходимости Застрахованное лицо обращается по телефону, указанному в страховом полисе.

9.3. При отсутствии возможности оказания услуг, предусмотренных Программой, в учреждении, определенном в Договоре страхования, Страховщик организует ее выполнение в ином медицинском учреждении. При этом выбор медицинского учреждения производится Страховщиком.

9.4. В случае выявления у Застрахованного лица заболеваний и состояний, при которых лечение не может быть осуществлено в медицинских учреждениях, сотрудничающих со Страховщиком, Страховщик оказывает содействие в направлении Застрахованного в специализированное медицинское учреждение. При этом Страховщик не оплачивает расходы по оплате медицинских услуг, оказанных Застрахованному лицу в этих медицинских учреждениях.

9.5. Не оплачиваются Страховщиком расходы, возникшие по окончании срока действия Договора страхования, за исключением расходов, связанных с госпитализацией

Застрахованного лица, начавшейся в течение срока действия Договора страхования, до момента устранения угрозы жизни Застрахованного лица.

10. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

10.1. Страховщик обязан:

10.1.1. выдать страховой полис с приложением настоящих Правил, Программы, перечня медицинских учреждений в установленный Договором страхования срок;

10.1.2. не разглашать сведения о Страхователе (Застрахованном лице), если это не вступит в противоречие с законодательными актами РФ;

10.1.3. для реализации Программы заключать двусторонние и иные договоры с медицинскими учреждениями, в которые должны быть включены следующие условия:

- перечень медицинских услуг с указанием стоимости;
- описание документации, регламентирующей взаимоотношения Страховщика с медицинским учреждением и медицинского учреждения с Застрахованными лицами;
- сроки действия договора с медицинским учреждением;
- сроки предоставления медицинским учреждением счетов-фактур по оказанным медицинским услугам Страховщику;

- сроки оплаты Страховщиком счетов-фактур;

- порядок разрешения споров.

10.1.4. обеспечить доступ Застрахованного лица (Страхователя) в лечебные учреждения, предусмотренные Договором страхования;

10.1.5. оплачивать медицинские расходы, возникшие в связи с наступлением страховых случаев в соответствии с условиями Договора страхования;

10.1.6. контролировать объем, сроки и качество медицинских и иных услуг в соответствии с условиями договоров на оказание медицинских и иных услуг с медицинскими учреждениями;

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

10.1.8. уведомлять Страхователя о дополнительных условиях (в частности, о медицинском освидетельствовании лица, принимаемого на страхование) и о порядке их выполнения в случаях, когда Страховщик устанавливает такие дополнительные условия для заключения Договора страхования;

10.1.9. по запросу Страхователя один раз по одному Договору страхования бесплатно предоставить Страхователя заверенный Страховщиком расчет суммы страховой премии (части страховой премии), подлежащей возврату в связи с расторжением или досрочным прекращением Договора страхования. К указанному расчету по запросу Страхователя прилагаются пояснения в устной или письменной форме со ссылками на нормы права и (или) условия Договора страхования и настоящих Правил, на основании которых произведен расчет;

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

10.1.11. проинформировать Страхователя о факте просрочки уплаты очередного страхового взноса или факте его уплаты не в полном объеме, а также о последствиях таких нарушений способом, согласованным со Страхователем при заключении Договора страхования.

10.2. Страховщик имеет право:

10.2.1. устанавливать лимиты возмещения на оплату медицинских услуг по каждой

Программе;у;

10.2.2. при заключении Договора страхования при расчете размера страховой премии применять повышающие и понижающие коэффициенты, основываясь на результатах оценки риска и стоимости услуг в предоставляемых лечебных учреждениях;

10.2.3. проверить достоверность указанных в заявлении на страхование сведений, а в случае установления недостоверности сообщенных Застрахованным сведений Страхователю в заключении Договора страхования. Если же недостоверность сведений повлияла на увеличение страхового риска и была обнаружена после вступления Договора страхования в силу, Страховщик имеет право отказать в оплате медицинских услуг или досрочно прекратить действие Договора страхования, при уведомлении Страхователя в письменной форме о причинах расторжения Договора страхования. Страховая премия в этом случае возвращается за не истекший срок действия Договора страхования за вычетом понесенных Страховщиком расходов;

10.2.4. проверять выполнение Застрахованным лицом (Страхователем) условий Договора страхования;

10.2.5. знакомиться с медицинской документацией Застрахованного лица (Страхователя);

10.2.6. отказать в оплате медицинских услуг или в одностороннем порядке прекратить действие Договора страхования, если Застрахованный (Страхователь) передал свои страховые документы другому лицу с целью получения им медицинской помощи;

10.2.7. не оплачивать медицинские расходы, оплата которых предусмотрена иными страховыми соглашениями;

10.2.8. при возникновении осложнений и/или последующего развития необратимых последствий у Застрахованного лица по вине медицинского учреждения предъявить регрессный иск к медицинскому учреждению.

10.2.9. самостоятельно выяснять причины и обстоятельства страхового случая, включая направление запросов в соответствующие учреждения.

10.2.10. в случае нарушения медицинским учреждением, с которым Страховщик заключил договор, условий договора (отказ в предоставлении Застрахованному лицу услуги, предусмотренной Договором страхования, а также в случае неполного или некачественного предоставления медицинской услуги) полностью не возмещать затраты по оказанию медицинских услуг.

10.2.11. при возникновении осложнений у Застрахованного лица и необратимых последствий от них по вине медицинского учреждения предъявить регрессный иск к медицинскому учреждению на возмещение суммы компенсации, выплаченной Страховщиком в отношении Застрахованного лица.

10.3. Страхователь обязан:

10.3.1. уплачивать страховую премию (страховые взносы) в размерах и сроки, установленные договором страхования;

10.3.2. при заключении Договора страхования сообщать Страховщику обо всех известных ему обстоятельствах, имеющих значение для оценки страхового риска;

10.3.3. ознакомить всех Застрахованных лиц с условиями договора страхования, их правами и обязанностями, выдать Застрахованным лицам полученные от Страховщика страховые полисы (регистрационные карточки, пластиковые карты и т.п.);

10.3.4. во всех случаях прекращения Договора страхования уведомить Застрахованных лиц о прекращении действия Договора страхования и вернуть Страховщику страховые полисы (регистрационные карточки, пластиковые карты и т.п.), действие которых прекращается с момента прекращения страхования в срок, установленный Договором страхования;

10.3.5. при коллективной форме страхования уведомить Страховщика в письменной форме виде об увольнении Застрахованного лица в течении 5-ти дней с момента его увольнения;

10.3.6. выполнять условия Договора страхования и настоящих Правил, не вошедшие в Договор страхования.

10.4. Страхователь (Застрахованное лицо) имеет право:

10.4.1. требовать предоставления медицинских и иных услуг в медицинских учреждениях, определенных в Договоре страхования, в соответствии с условиями страхования и Программой; в случае же не предоставления таких медицинских услуг Страхователь (Застрахованное лицо) должен немедленно поставить в известность об этом Страховщика. При отсутствии у Страхователя (Застрахованного лица) возможности сообщить об этом Страховщику информировать Страховщика может любое уполномоченное Страхователем лицо;

10.4.2. в течение срока действия Договора страхования на основании дополнительного соглашения к действующему Договору страхования расширить перечень медицинских услуг, изменив Программу, которая была указана в Договоре страхования на другую, предусмотренную настоящими Правилами, или увеличить размер страховой суммы, заключив дополнительное соглашение к Договору страхования и уплатив при этом дополнительную страховую премию. Дополнительное соглашение к Договору страхования начинает действовать со дня уплаты дополнительной страховой премии.

10.4.3. в течение срока действия Договора страхования изменить количество Застрахованных лиц на основании дополнительного соглашения к действующему Договору страхования при этом:

- за вновь принимаемых на страхование работников (членов их семей) оплатить дополнительную страховую премию в размере, порядке и сроки, установленные Договором страхования;

- заменить одно Застрахованное лицо на другое без уплаты дополнительной страховой премии в том случае, если заменяемое Застрахованное лицо не обращалось за медицинскими и иными услугами и перечень Программ, установленных Договором страхования в отношении заменяемого Застрахованного лица, не изменился;

- заменить одно Застрахованное лицо на другое с уплаты дополнительной страховой премии в том случае, если заменяемое Застрахованное лицо обращалось за медицинскими и иными услугами и перечень Программ, установленных Договором страхования в отношении заменяемого Застрахованного лица, не изменился;

- уменьшить количество Застрахованных лиц, при этом Страхователь имеет право на возврат части страховой премии за истекший срок действия Договора страхования в размере, порядке и сроки, установленные Договором страхования;

10.4.4. получить у Страхователя или непосредственно у Страховщика (его страхового агента или иного уполномоченного представителя) Памятку, страховой полис, Программу и настоящие Правила.

10.5. Застрахованное лицо обязано:

10.5.1. соблюдать предписания лечащего врача, полученные в ходе предоставления медицинских и иных услуг, соблюдать распорядок, установленный медицинским учреждением;

10.5.2. достоверно и полностью ответить на все вопросы Заявления на страхование;

10.5.3. пройти предварительное медицинское освидетельствование, если это предусмотрено Договором страхования;

10.5.4. заботиться о сохранности страховых документов (полисов и пластиковых карт) и не передавать их третьим лицам с целью получения ими медицинских и иных услуг по Договору страхования. В противном случае Страховщик имеет право досрочно прекратить действие Договора страхования в отношении данного Застрахованного лица. Возврат взносов страховой премии в этом случае в отношении указанного Застрахованного лица производится за не истекший срок действия Договора страхования за вычетом понесенных Страховщиком в отношении указанного Застрахованного лица расходов;

10.5.5. в случае утраты Застрахованным лицом страхового полиса, пластиковой карты, пропуска и т.п., незамедлительно известить об этом Страховщика. Утраченные документы недействительными и не могут являться основанием для получения медицинских и иных

услуг в соответствии с Договором страхования, взамен Страхователю (Застрахованному лицу) выдаются новые.

При утрате страховых документов в течение действия Договора страхования со Страхователя (Застрахованного лица) дополнительно взыскивается платеж в размере фактической стоимости их изготовления и стоимость медицинских и иных услуг, оказанных третьим лицам, воспользовавшимся этими документами;

10.5.6. в случае ложного вызова бригады скорой медицинской помощи или врачей на дом возместить расходы Страховщика (медицинского учреждения) в полном размере;

10.5.7. самостоятельно оплачивать стоимость медицинских и иных услуг, не предусмотренных Договором страхования.

10.5.8. соблюдать предписания лечащего врача, полученные в ходе лечения, соблюдать распорядок, установленный медицинским учреждением;

10.5.9. своевременно информировать Страховщика обо всех обстоятельствах, возникающих в течение срока действия Договора страхования, вследствие которых может возникнуть необходимость по оплате медицинских услуг Страховщиком.

11. ОПРЕДЕЛЕНИЕ РАЗМЕРА И ПОРЯДОК ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЫ

11.1. Страховой выплатой по настоящим Правилам является оплата Страховщиком медицинских и иных услуг при наступлении страхового случая, производимая путем безналичного перечисления денежных средств на расчетный счет или путем внесения наличных денежных средств в кассу медицинского учреждения, в котором была оказана медицинская помощь (медицинская услуга) Застрахованному лицу, если иное не предусмотрено Договором страхования.

Страховщик оплачивает понесенные расходы Застрахованного лица в медицинском учреждении при наступлении страхового случая в рамках Программы, в пределах страховой суммы, определенной Договором страхования, и при соответствии назначений и проводимых манипуляций указанному диагнозу, послужившему поводом для обращения Застрахованного лица в медицинское учреждение.

11.2. Оплата стоимости оказанной медицинской помощи производится путем перечисления Страховщиком страховых выплат на расчетный счет медицинского учреждения, которым была оказана медицинская помощь Застрахованному лицу.

11.3. Перечисление производится после получения от медицинского учреждения счета с указанием перечня оказанных услуг, их стоимости и общей суммы расходов, понесенных по всем услугам, оказанным Застрахованным лицам. Страховщик анализирует полученные счета, сверяет соответствие внесенных в него услуг перечню страховых услуг, за которые он несет ответственность в рамках Программы и проверяет правильность указания в счете стоимости каждой услуги.

11.4. Не возмещаются расходы на медицинские услуги, полученные Застрахованным лицом в медицинских учреждениях, с которыми Страховщик не имеет договоры о совместной деятельности по добровольному медицинскому страхованию, если иное не оговорено Договором страхования, дополнительные гонорары врачам, а также иные расходы за медицинские услуги, за которые Страховщик не может получить должным образом оформленные платежные документы.

11.5. Страховщик имеет право отказать в страховой выплате на сумму стоимости услуг, оказанных Застрахованному лицу в связи с его обращением в медицинское учреждение по причинам, перечисленным в п. 4.8. настоящих Правил.

В этом случае медицинское учреждение, оказавшее медицинские услуги, впоследствии не оплаченные Страховщиком, или Страховщик, оплативший стоимость таких медицинских услуг в связи с ухудшением здоровья Застрахованного лица в результате случая, впоследствии признанного нестраховым, вправе потребовать от Страхователя

(Застрахованного лица) оплатить медицинскому учреждению или Страховщику стоимость оказанных (оплаченных) услуг, а Страхователь (Застрахованное лицо) обязаны внести указанную сумму в течение одного месяца с даты подписания искового требования к нему в кассу (на расчетный счет) медицинского учреждения или Страховщика.

11.6. Не подлежат возмещению косвенные и прочие расходы (не оговоренные Договором страхования), которые могут возникнуть вследствие страхового случая.

11.7. Страховщик не оплачивает расходы на лекарственную помощь при оказании скорой медицинской и стационарной помощи, предусмотренные программой обязательного медицинского страхования.

11.8. Для получения страховой выплаты в форме возмещения расходов, понесенных для получения медицинских и иных услуг, предусмотренных Программой, Застрахованное лицо (Страхователь) обращается к Страховщику с Заявлением о страховой выплате (Приложение 9 к настоящим Правилам), предъявляет Договор страхования (полис), а также документ, удостоверяющий его личность. Заявление Застрахованного принимается в срок не позднее 1 (одного) месяца после получения им медицинских услуг.

К заявлению о страховой выплате должны быть приложены:

- копия направления лечащего врача на получение медицинских и иных услуг, предусмотренных программой добровольного медицинского страхования, а в случае госпитализации - копии документов, послуживших основанием для госпитализации;
- врачебное заключение об установлении соответствующего диагноза, заверенное личной печатью врача и печатью медицинского учреждения;
- документы, подтверждающие оказание Застрахованному лицу соответствующих услуг (заключение о проведенном обследовании или лечении, выписку из истории болезни, результаты обследования, амбулаторную карту и т.д.);
- оригинал документа, свидетельствующий об оплате Застрахованным лицом (Страхователем) медицинских и иных услуг, предусмотренных Договором страхования (полисом);

11.9. Принятие решения о признании случая страховым и осуществлении страховой выплаты или решения об отказе в страховой выплате в случае отсутствия правовых оснований для осуществления страховой выплаты (далее по тексту – Решение об отказе) Страховщик осуществляет в течение 30 (тридцати) рабочих дней после получения заявления Страхователя (Выгодоприобретателя) и всех документов, необходимых для осуществления страховой выплаты.

11.10. Срок принятия решения о признании события страховым и осуществлении страховой выплаты или решения об отказе в страховой выплате исчисляется со дня, следующего за днем получения Страховщиком заявления о страховой выплате и всех предусмотренных настоящими Правилами или Договором страхования документов (последнего из необходимых и надлежащим образом оформленных документов, предусмотренных настоящими Правилами или Договором страхования), необходимых для принятия Страховщиком решения об осуществлении страховой выплаты.

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

11.12. При принятии решения о признании случая страховым и осуществлении страховой выплаты Страховщик в срок, указанный в п. 11.9. настоящих Правил, составляет страховой акт, в котором указываются обстоятельства страхового случая, обоснование произведенных расчетов размера причиненных убытков и размер суммы страховой выплаты.

Страховая выплата осуществляется в течение 15 (пятнадцати) рабочих дней после составления Страховщиком страхового акта, если иной срок не установлен Договором страхования.

11.13. Если лицо, обратившееся за страховой выплатой, не предоставило Страховщику банковские реквизиты, а также другие сведения, необходимые для

осуществления страховой выплаты безналичным перечислением, Страховщик вправе продлить (приостановить) срок осуществления страховой выплаты до получения Страховщиком указанных сведений. В этом случае Страховщик обязан уведомить обратившееся лицо о факте приостановки и запросить у него недостающие сведения.

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

11.15. При принятии Страховщиком в срок, указанный в п. 11.9. настоящих Правил, Решения об отказе в осуществлении страховой выплаты, Страховщик в течение 3 (трех) рабочих дней после принятия Решения об отказе информирует Застрахованное лицо в письменной форме об основаниях принятия такого решения со ссылками на нормы права и (или) условия Договора страхования и настоящих Правил, на основании которых принято решение об отказе. Указанная информация предоставляется в том объеме, в каком это не противоречит действующему законодательству РФ.

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

11.17. Страховщик вправе отказать в выплате или уменьшить ее размер в случае если после проведения экспертизы выявится несоответствие оказанных услуг /части оказанных услуг ППрограмме.

Эксперты Страховщика на основании предъявленных документов дают заключение о целесообразности с медицинской точки зрения получения платных медицинских или иных услуг для диагностирования или лечения данного заболевания/состояния. Страховщик вправе затребовать предоставления дополнительной информации медицинского характера или потребовать проведения медицинского освидетельствования Застрахованного лица специалистами, назначенными Страховщиком. В случае, если такая возможность предоставлена не будет, либо будет установлено сокрытие или искажение сведений о Застрахованном лице, Страховщик вправе отказать в выплате или уменьшить ее размер.

11.18. Если Договором страхования предусмотрено, Застрахованное лицо может обратиться с просьбой предварительно оплатить медицинскому учреждению медицинскую услугу, назначенную Застрахованному лицу его лечащим врачом. Страховщик вправе принять решение о предоплате на основании заключения эксперта, ознакомившегося с медицинскими показаниями.

12. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН

12.1. Ответственность Страховщика:

12.1.1. В случае необоснованного отказа медицинского учреждения в оказании Застрахованному услуг, предусмотренных условиями Договора страхования, неполного или некачественного оказания услуг, Страховщик, на основании письменного заявления Страхователя (Застрахованного лица) принимает меры, направленные на то, чтобы предусмотренные Договором страхования медицинские и другие услуги были предоставлены Застрахованному лицу в полном объеме. Обоснованность претензий Страхователя (Застрахованного лица) определяется Страховщиком.

12.1.2. Во всех случаях Страховщик не несет ответственности при изменении по желанию Застрахованного (вопреки рекомендациям врача) медицинских технологий, используемых при лечении как основного заболевания, так и его осложнений.

12.2. Ответственность Страхователя:

12.2.1. В случае установления факта передачи Застрахованным лицом другому лицу страхового полиса и/или пластиковой карты с целью получения последним услуг по Договору страхования, Страховщик вправе досрочно расторгнуть Договор страхования в отношении такого Застрахованного лица в порядке, предусмотренном законодательством РФ. При этом Страхователь обязан заплатить Страховщику штраф в размере стоимости услуг, оказанных лицу, необоснованно воспользовавшемуся страховым полисом и/или страховой карточкой.

12.2.2. В случае нарушения Застрахованным лицом медицинских предписаний и рекомендаций врачебного персонала, а также несоблюдения правил внутреннего распорядка, установленных в медицинском учреждении, медицинское учреждение вправе прекратить поликлиническое обслуживание Застрахованного лица или выписать его из стационара, сделав соответствующую отметку в листке нетрудоспособности и/или истории болезни амбулаторного или стационарного больного. При этом Страховщик оставляет за собой право приостановить выполнение своих обязательств либо расторгнуть Договор страхования в отношении данного Застрахованного лица в порядке, предусмотренном законодательством РФ.

12.2.3. За необоснованный вызов Застрахованным лицом на дом врача, скорой или неотложной медицинской помощи и использование санитарных транспортных средств не по медицинским показаниям, Страхователь уплачивает Страховщику штраф в размере стоимости таких услуг. Страховщик вправе досрочно расторгнуть Договор страхования в отношении такого Застрахованного лица в порядке, предусмотренном законодательством РФ.

Вызов на дом врача, скорой или неотложной медицинской помощи и использование санитарного транспорта считается необоснованным, если:

- вызов осуществлен Застрахованным лицом для медицинского обслуживания незастрахованного лица;
- при осуществлении вызова Застрахованным лицом преднамеренно представлена искаженная информация, касающаяся объема медицинского обслуживания и/или места пребывания Застрахованного лица;
- вызов осуществлен не в медицинских целях;
- вызов осуществлен к Застрахованному лицу, находящемуся в состоянии алкогольного, наркотического или токсического опьянения;
- вызов осуществлен к Застрахованному лицу, не нуждающемуся в оказании экстренной медицинской помощи (при наличии заключения медико-экономической экспертизы).

12.2.4. В случае выявления в течение срока действия Договора страхования фактов, свидетельствующих о сокрытии Застрахованным лицом при заполнении Медицинской анкеты сведений о наличии хронических заболеваний (в том числе сокрытия родителями сведений о наличии хронических, врожденных заболеваний у ребенка и т.д.), Страхователь обязуется возместить Страховщику стоимость медицинских услуг, полученных при лечении хронических заболеваний, сведения о которых были сокрыты. Страховщик имеет право расторгнуть Договор страхования в отношении данного Застрахованного лица в порядке, предусмотренном законодательством РФ.

13. ПОРЯДОК РАССМОТРЕНИЯ ОБРАЩЕНИЙ И РАЗРЕШЕНИЯ СПОРОВ

13.1. Все споры по договору страхования между Страхователем и Страховщиком решаются путем переговоров, а при невозможности достижения согласия – в соответствии с законодательством Российской Федерации.

13.2. Качество оказания медицинской помощи, соответствие ее условиям, предусмотренным в Договоре страхования, контролируется Страховщиком.

Спорные вопросы, возникающие в процессе оказания медицинской помощи Застрахованным лицам, решает согласительная комиссия, в состав которой входят представители Страхователя, Страховщика, медицинского учреждения, а при недостижении согласия и независимые эксперты.

13.3. Все уведомления и извещения производятся сторонами в письменной форме.

13.4. Иск по требованиям, вытекающим из договора добровольного медицинского страхования, может быть предъявлен Страховщику /Страхователю в сроки, предусмотренные гражданским законодательством РФ.

13.5. В случае поступления претензии (обращения) от Получателя страховых услуг (Страхователя, Выгодоприобретателя) ввиду возникновения спора, связанного с исполнением Договора страхования, Страховщик рассматривает такую претензию (обращение) в порядке, установленном законом и (или) определенном в Договоре страхования.