

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

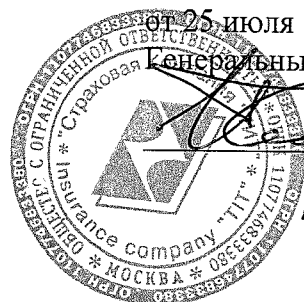


**УТВЕРЖДЕНЫ**

Приказом №161

от 25 июля 2018г.

Генеральный директор



И.Э. Чаус

**ПРАВИЛА  
добровольного медицинского страхования**

г. Москва

## СОДЕРЖАНИЕ:

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

## 1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

1.1. В соответствии с действующим законодательством Российской Федерации, 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 граждан.

В соответствии с Правилами добровольного медицинского страхования (далее – Правила) Страховщик заключает договоры добровольного медицинского страхования со, по условиям которых гарантирует организацию и финансирование медицинских и иных услуг определенного перечня и качества в объеме программы добровольного медицинского страхования в Медицинских учреждениях, разработанных Страховщиком. Программы комплексного добровольного медицинского страхования являются неотъемлемой частью Договора страхования.

Настоящими Правилами установлены следующие два вида договоров добровольного медицинского страхования:

- **Индивидуальный договор страхования** - заключается с отдельными гражданами, обладающими гражданской дееспособностью, в том числе индивидуальные предприниматели, заключающие договоры страхования в свою пользу или в пользу третьих лиц (Застрахованное лицо).

- **Коллективный договор страхования** - заключается с юридическими лицами в пользу третьих лиц (его работников и членов их семей, пенсионеров, и т.д.);

1.2. Основные термины, используемые в настоящих Правилах:

1.2.1. **«Амбулаторно-поликлиническая помощь»** - предоставление Застрахованному лицу медицинских и иных услуг, включая проведение мероприятий по профилактике, диагностике и лечению заболеваний как в Медицинских учреждениях, так и на дому, а также в дневных стационарах и в стационарах на дому амбулаторно-поликлинических учреждений (подразделений). Конкретный перечень медицинских и иных услуг устанавливается в программе добровольного медицинского страхования;

1.2.2. **«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 и перечень которых приводится в договоре страхования.

1.2.3. **«Медицинские и иные услуги»** – комплекс мероприятий (действий), выполняемых медицинскими работниками и направленные на выявление, профилактику, лечение заболевания и восстановление здоровья у Застрахованного лица;

1.2.4. **«Программа добровольного медицинского страхования»** - перечень медицинских и иных услуг, а также Медицинских учреждений, в которых указанные услуги предоставляются Застрахованному лицу;

1.2.5. **«Страховой риск»** – предполагаемое событие, на случай наступления которого проводится страхование.

1.2.6. **«Страховой случай»** - совершившееся событие, предусмотренное договором страхования, с наступлением которого возникает обязанность Страховщика произвести страховую выплату Страхователю или Застрахованному лицу.

Страховым случаем применительно к настоящим Правилам страхования является обращение Застрахованного в течение срока действия договора страхования в медицинские учреждения (к врачу) из числа предусмотренных Договором страхования при остром заболевании, обострении хронического заболевания, травме, отравлении и других заболеваниях за получением медицинских и иных услуг в соответствии с программой добровольного медицинского страхования.

1.2.7. **«Период охлаждения»** означает период времени, начинающийся со дня заключения договора страхования, в течение которого Страхователь вправе расторгнуть договор страхования на условиях, изложенных в пункте 6.6 настоящих Правил. По настоящим Правилам период охлаждения установлен продолжительностью 14 календарных дней. Договором страхования срок периода охлаждения может быть увеличен.

## 2. СУБЪЕКТЫ СТРАХОВАНИЯ

2.1. Субъектами комплексного добровольного медицинского страхования выступают: Страховщик, Страхователь, Застрахованный, медицинское учреждение.

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. **«Страхователь»:**

2.1.2.1. Граждане, 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 комплексного добровольного медицинского страхования, считаются Застрахованными, при этом Страхователь – физическое лицо, заключившее Договор страхования в свою пользу, является одновременно Страхователем и Застрахованным лицом.

Страхователями признаются российские и иностранные юридические лица, независимо от их организационно-правовой формы, а также дееспособные граждане РФ, иностранные граждане и лица без гражданства, заключившие со Страховщиком договоры добровольного медицинского страхования.

2.1.2.2. **Юридические лица** - предприятия, учреждения и организации любой организационно-правовой формы, представляющие интересы граждан, и заключающие договоры страхования в пользу третьих лиц (Застрахованных лиц).

2.1.3. **Застрахованный (Застрахованное лицо)** – лицо, в пользу которого заключен Договор комплексного добровольного медицинского страхования (далее Застрахованное лицо)

2.1.4. **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.

2.2. Взаимоотношения между Страховщиком и медицинским учреждением определяются Договором на предоставление лечебно-профилактической помощи (медицинских услуг), по которому медицинское учреждение обязуется предоставлять застрахованному контингенту медицинскую помощь определенного объема и качества в конкретные сроки в рамках программ медицинского страхования. При этом в Договоре

Стороны вправе предусмотреть следующие условия: численность застрахованных, 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.

2.3. При коллективном страховании Страхователи - юридические лица заключают договоры страхования в пользу своих работников (а также членов их семей), при индивидуальном страховании Страхователи - физические лица, вправе заключать со Страховщиком договоры страхования, как в свою пользу, так и в пользу третьих лиц (далее – Застрахованные лица).

2.4. Страховщик вправе отказать в заключение договора страхования в отношении Застрахованных лиц, возраст которых на момент заключения договора превышает 60 лет, а также инвалидам I и II групп.

2.5. На страхование не принимаются физические лица:

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

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

2.5.3. больные онкологическими заболеваниями в терминальной стадии и системными заболеваниями крови;

2.6. Субъектом страхования является также Медицинское учреждение, оказывающее медицинские услуги Застрахованным лицам.

### **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 и программой добровольного медицинского страхования.

3.2. По Договору страхования Застрахованное лицо имеет право на получение дополнительных медицинских услуг, предусмотренных Договором страхования (программой добровольного медицинского страхования) в медицинских учреждениях, перечисленных в программе добровольного медицинского страхования, либо непосредственно указанных в направлении Страховщика на получение Застрахованным лицом необходимой медицинской помощи. Медицинские услуги оказываются медицинскими учреждениями по Договору со Страховщиком.

### **4. СТРАХОВЫЕ РИСКИ, СТРАХОВЫЕ СЛУЧАИ И ОБЪЕМ ОБЯЗАТЕЛЬСТВ СТРАХОВЩИКА.**

4.1. Страховой риск – предполагаемое событие, на случай наступления которого проводится страхование. Событие, рассматриваемое в качестве страхового риска, должно обладать признаками вероятности и случайности его наступления.

4.2. Страховым случаем является совершившееся событие, предусмотренное договором страхования, с наступлением которого возникает обязанность Страховщика

произвести страховую выплату Страхователю или Застрахованному лицу.

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

- 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 случаев.

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

4.4. 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)

4.5. Договор страхования заключается на основании одной из выбранных программ медицинского страхования либо на основании комбинаций программ, указанных в Приложении 2 к настоящим Правилам.

4.6. На основании настоящих Правил и дополнительно к Программам, указанным выше может быть заключен договор страхования на условиях:

- Лекарственное обеспечение (Программа 6)

4.7. Страховщик имеет право исключить из страхового покрытия существующие ранее хронические заболевания, явные симптомы которых проявлялись в течение предшествующих 5 лет или по поводу которых осуществлялось лечение в течение того же срока.

4.8. Страховщик имеет право не оплачивать медицинские услуги, предоставленные Застрахованным лицам, если медицинские услуги или их поставщики не предусмотрены договором страхования.

В этих случаях решение об отказе в оплате медицинских расходов принимается экспертной комиссией Страховщика. Медицинское учреждение вправе взыскать со Страхователя (Застрахованного лица) стоимость оказанных медицинских услуг, а Страхователь (Застрахованное лицо) обязан внести указанную сумму в кассу (на счет) медицинского учреждения в течение одного месяца с даты решения экспертной комиссии.

При несогласии Застрахованного лица (Страхователя) с решением экспертной комиссии отказ Страховщика в оплате может быть оспорен в порядке, предусмотренном законодательством РФ.

4.9. В договоре страхования может быть установлен выжидательный период - промежуток времени, в течение которого обращение Застрахованного за медицинской помощью не рассматривается в качестве страхового случая. При таком условии

ответственность Страховщика по договору страхования начинается по окончании выжидательного периода, продолжительность которого оговаривается договором (полисом) страхования, но не менее 3 дней с момента вступления договора в силу.

4.10. Не признаются страховыми событиями и не покрываются настоящим страхованием случаи, а так же любые их последствия, которые прямо или косвенно, непосредственно или отдаленно произошли, прослеживаются 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);

4.11. Страховщик имеет право не оплачивать услуги, оказанные Застрахованному лицу, в связи с:

- занятием профессиональным спортом, если иное не оговорено в Страховом Полисе или 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 сугубо 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 добровольного медицинского страхования и наступивших в период действия договора страхования;

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

- расходами на очки, контактные линзы, слуховые аппараты, слуховые имплантанты, 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 добровольного медицинского страхования, настоящего Договора;

- психическими и невротическими состояниями и расстройствами, если в договоре 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.

4.12. Страховщик не организует 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;

4.13 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. 4.10-4.12 настоящих Правил.

По согласованию сторон договор страхования может предусматривать обязанность Страховщика организовать, оплатить или возместить расходы на медицинские услуги в случаях, указанных в пункте 4.11. настоящих Правил страхования. При этом соответствующие события должны быть прямо определены в договоре страхования.

4.14. Страхование не действует в отношении медицинских и иных услуг, оказанных Застрахованному лицу по Программе обязательного медицинского страхования.

4.15. При несогласии Застрахованного лица с решением Страховщика об отказе в оплате услуг медицинских учреждений это решение может быть оспорено в порядке, предусмотренном законодательством Российской Федерации.

## 5. СТРАХОВАЯ СУММА

5.1. 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.

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

5.2. Договором страхования может быть установлена страховая сумма:

5.2.1. в отношении всех Застрахованных лиц;

5.2.2. в отношении каждого Застрахованного лица.

5.3. Страховые суммы определяются Страховщиком с учетом максимальной стоимости медицинских услуг, предусмотренных программой добровольного медицинского страхования, и с учетом количества обращений по их предоставлению в медицинские учреждения.

Договором страхования могут быть предусмотрены пределы ответственности Страховщика (лимит ответственности), установленные отдельно для медицинских рисков по амбулаторному лечению, стационарному лечению, стоматологической, скорой, неотложной, первичной медико-санитарной (в т.ч. на дому) и иной помощи, а также для определенных состояний или заболеваний, существующих у Застрахованного лица на момент заключения договора страхования или возникших (обострившихся, осложнившихся) в период действия договора страхования.

Пределы ответственности Страховщика могут устанавливаться на один случай заболевания или травмы, определенные виды медицинской помощи или лечения, периоды страхования, отдельный визит к врачу или на одну медицинскую или иную услугу. По договоренности со Страхователем, ответственность страховщика по состояниям, возникшим в период действия Договора страхования и повлекшим экстренную госпитализацию, может длиться до момента выписки из стационара или до момента завершения необходимого физиотерапевтического лечения последствий заболевания или состояния вне зависимости от даты окончания периода страхования.

При заключении договора страхования на условиях комплексной программы могут устанавливаться лимиты страховой ответственности отдельно по различным видам медицинских или иных услуг, предусмотренных договором страхования.

5.4. Помимо установления страховых сумм по различным видам медицинской помощи Страховщик имеет право ограничить количество тех или иных медицинских услуг, получаемых Застрахованными лицами в течение срока действия договора страхования, а также применить франшизу (некомпенсируемый убыток).

5.5. Страховщик оплачивает обоснованные медицинские услуги, предоставленные Застрахованному лицу медицинским учреждением, строго в соответствии со страховым случаем и программой добровольного медицинского страхования, в пределах страховой суммы и лимитов по договору.

5.6. При полном или частичном (в пределах страховой суммы) страховом возмещении по оговоренным рискам лимит ответственности Страховщика может быть восстановлен путем уплаты дополнительной страховой премии при согласии Страховщика.

5.7. Стороны по Договору страхования имеют право в течение срока действия Договора изменить размер страховой суммы по Договору страхования с учетом уже произведенных или возможных размеров страховых выплат, изменений контингента Застрахованных лиц и других факторов, связанных с изменением степени риска.

При изменении страховой суммы производится перерасчет страховой премии (страхового взноса), при этом страховая премия (очередной страховой взнос) за неполный месяц уплачивается, как за полный, если иное не предусмотрено договором.

Указанные выше изменения оформляются в письменном виде путем подписания

Сторонами дополнительного соглашения к Договору страхования с соответствующим перерасчетом страховой премии.

5.8. О предполагаемом изменении стоимости медицинских услуг, гарантированных программами комплексного добровольного медицинского страхования, Страховщик уведомляет Страхователя за месяц до предполагаемого введения новых цен.

5.9. При заключении Договора страхования по нескольким условиям одновременно Страховщик несет ответственность по оплате медицинских и иных услуг в пределах страховой суммы по каждому из условий.

## **6. СТРАХОВОЙ ТАРИФ. СТРАХОВАЯ ПРЕМИЯ (СТРАХОВОЙ ВЗНОС). ФРАНШИЗА.**

6.1. Страховой тариф - ставка страховой премии с единицы страховой суммы с учетом объекта страхования и характера страхового риска, а также других условий страхования, в том числе наличия франшизы и ее размера в соответствии с условиями страхования.

Страховой премией является плата за страхование, которую Страхователь обязан уплатить Страховщику в порядке и сроки, предусмотренные Договором страхования.

6.2. Сумма страховой премии устанавливается исходя из страховых тарифов, рассчитанных Страховщиком, в зависимости от программы страхования, перечня медицинских услуг, лимита страховой ответственности, срока страхования, территории действия страхования (в пределах территориальной единицы Российской Федерации, на всей территории Российской Федерации, за пределами Российской Федерации), действующих цен у указанных в договоре страхования медицинских учреждений, предварительной оценки риска и иных условий, предусмотренных договором страхования.

6.3. 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.

6.4. 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.

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

6.5.1. и страховой взнос не уплачен в установленные договором страхования сроки и размере, то договор страхования прекращается в 24.00 часов даты указанной в договоре страхования как дата уплаты взноса, внесение которого просрочено. При этом неуплата страхового взноса рассматривается как отказ страхователя от договора страхования;

6.5.2. и страховой взнос не уплачен в установленные договором страхования сроки и размере, то договор страхования прекращается по истечении 30 дней начиная с 24.00 часов даты указанной в договоре страхования как дата уплаты взноса, внесение которого просрочено. В случае уплаты Страхователем просроченного страхового взноса в этот период действие договора страхования не прекращается;

6.5.3. Договором страхования могут быть предусмотрены иные санкции 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. Если иное не предусмотрено договором страхования, то при отказе Страхователя от договора страхования:

6.6.1. в течение периода охлаждения и до начала действия страхования, Страховщик в течение 14 (четырнадцати) календарных дней, следующих за днем получения от

Страхователя заявления об отказе от договора страхования, возвращает Страхователю уплаченную сумму страховой премии (взноса) в полном размере;

6.6.2. в течение периода охлаждения и в течение действия страхования, при условии отсутствия страхового случая/ события, имеющего признаки страхового случая, Страховщик в течение 14 (четырнадцати) календарных дней, следующих за днем получения от Страхователя заявления об отказе от договора страхования, возвращает Страхователю уплаченную страховую премию (взнос) в размере, исчисляемом путем вычитания из уплаченной суммы страховой премии (взносов) той части суммы страховой премии, которая пропорциональна времени, в течение которого действовало страхование;

6.6.3. 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;

6.6.4. после окончания периода охлаждения возврат уплаченной страховой премии не производится.

Если договором 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 (взносов) следующих сумм:

- той части суммы страховой премии, которая пропорциональна времени, в течение которого действовало страхование;
- расходов на ведение дела в размере, предусмотренном структурой тарифной ставки;
- начисленной (выплаченной) суммы страхового возмещения.

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 страхового взноса Застрахованному может быть предложено заполнение Медицинской анкеты. Сведения, указанные в заявлении на страхование или в Медицинских анкетах, подтверждаются подписью Страхователя (Застрахованного). В случае необходимости, для уточнения указанных данных, Страховщик имеет право направить Застрахованного на медицинское обследование. В случае отказа Застрахованного от заполнения Медицинской анкеты или прохождения медицинского обследования Страховщик имеет право отказать Страхователю в заключении Договора страхования.

6.9. Страховая премия может быть уплачена Страхователем:

- наличными деньгами через кассу Страховщика при подписании договора страхования;
- перечислением на расчетный счет Страховщика путем безналичной оплаты в течение 5 банковских дней со дня подписания договора страхования, если иное не предусмотрено в договоре страхования.

6.10. При страховании на срок менее 1 года размер страховой премии по договору страхования уменьшается с учетом коэффициента краткосрочности, представленного в таблице 3 Приложения 1 настоящих Правил (если иное не предусмотрено договором страхования):

При страховании на срок менее одного месяца период страхования устанавливается в целых днях (но не менее двух дней), при этом страховой взнос за каждый день страхования принимается равным  $1/30$  (одна тридцатая) от месячного страхового взноса, рассчитанного на основании приведенной выше таблицы.

6.11. 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,

что привело к повышению лимита ответственности, размер страховой премии может быть изменен по соглашению сторон.

В этом случае Страхователь обязан уплатить дополнительный взнос (при коллективном страховании - в отношении всех Застрахованных лиц), соответствующий увеличению страховой суммы пропорционально оставшемуся периоду действия договора страхования, а при расширении перечня медицинских услуг пропорционально увеличению объема ответственности Страховщика.

Внесение изменений и дополнений в договор страхования оформляется путем подписания на условиях настоящих Правил дополнительного соглашения, переоформления страхового полиса, и внесения Страхователем дополнительного страхового взноса. При этом размер дополнительного страхового взноса определяется Страховщиком.

6.12. Договором страхования может быть применена 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:

6.12.1. 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).

6.12.2. Договором страхования могут быть предусмотрены иные виды франшизы.

Франшиза определяется в виде определенного процента от страховой суммы или в фиксированной денежной сумме. Если в договоре страхования не предусмотрено иное, то установленная в договоре страхования франшиза является безусловной.

6.12.4.. 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 страхования, а Страхователь обязуется уплатить страховой взнос в установленные Договором сроки.

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

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

Срок страхования (мес.)	Процент от годовой суммы страховой премии
1	25
2	35
3	40
4	50
5	60
6	70
7	75
8	80

9	85
10	90
11	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.

Страховой тариф для Договоров страхования, заключаемых на срок от 1 дня до 1 месяца (включительно) рассчитывается по следующей формуле:

$0,25$  годового взноса  $\times N/30$ , где N – количество дней.

7.2. Для заключения договора страхования Страхователь (физическое или юридическое лицо) представляет Страховщику письменное заявление по установленной форме (Приложения 3,4 к настоящим Правилам) о своем желании заключить договор страхования, а также список лиц, подлежащих страхованию, при коллективном страховании.

7.2.1. Если Страхователем выступает физическое лицо, в заявлении - анкете на страхование указывается:

- фамилия, имя, отчество Страхователя;
- фамилия, имя, отчество лица, в пользу которого заключается Договор страхования (Застрахованного);
- 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, при индивидуальном страховании 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, при коллективном – Страховщик имеет право требовать заполнения индивидуальных анкет на сотрудников предприятия, организации и т.д.

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 страхования.

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

Списки Застрахованных лиц могут быть представлены на бумажных и магнитных носителях. Страховщик имеет право требовать заполнения индивидуальных анкет на сотрудников предприятия, организации и т.д.

7.2.3. Получив заявление, Страховщик имеет право:

- принять риск на страхование на обычных условиях для лиц данного возраста и пола;

- принять риск на страхование на особых условиях, т.е. по повышенному тарифу или с ограничением ответственности при наступлении определенных заболеваний;
- отказать в заключении Договора страхования.

7.3. Действие Договора страхования завершается по истечении срока страхования, а также может быть прекращено досрочно в соответствии с условиями, оговоренными в п.п. 7.23.-7.26. настоящих правил.

7.4. Если в договоре установлен выжидательный период, Страховщик несет ответственность по страховым случаям, произошедшим после окончания выжидательного периода в течение промежутка времени, указанного в договоре в качестве срока действия, но не менее 3 дней.

7.5. Договор страхования является соглашением между Страхователем и Страховщиком, в силу которого Страховщик обязуется при наступлении страхового случая произвести оплату медицинских услуг, оказанных Страхователю (Застрахованному лицу), в пользу которого заключен договор страхования, в Медицинском учреждении или у иного медицинского учреждения, где Застрахованное лицо получило медицинскую помощь, а Страхователь обязуется уплатить страховую премию в установленные договором страхования сроки.

7.6. 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 на каждое Застрахованное лицо.

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 заключения договора страхования или возникших (обострившихся) во время действия договора страхования;
- лечению одного случая заболевания или травмы;
- 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 Правил страхования, Медицинскими программами.

7.9. Страховщик после получения от Страхователя всех данных принимает решение о возможности заключения договора страхования, и делает соответствующие отметки на заявлении, при наличии такового.

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.

7.11. На основании результатов медицинского освидетельствования определяется принадлежность Застрахованных лиц к различным группам риска, по которым могут быть дифференцированы размеры подлежащей уплате страховой премии.

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

7.12. 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. При этом существенными признаются обстоятельства, определенно оговоренные Страховщиком в заявлении, в договоре страхования или в письменном запросе.

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

7.13. Договор страхования вступает в силу в 00 часов следующего дня после поступления на расчетный счет Страховщика (при безналичной оплате) или уплате через кассу Страховщика (при оплате наличными) первого (единовременного) взноса страховой премии, если договором страхования не предусмотрено иное.

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

7.15. В договоре страхования Страхователем и Страховщиком может быть предусмотрено, что отдельные положения Правил страхования не включаются в договор и не действуют в конкретных условиях страхования, если это не противоречит действующему законодательству РФ

7.16. При коллективном страховании численность работников, принимаемых на страхование, определяется Страхователем.

7.17. Если у Страхователя возникает необходимость застраховать дополнительное количество работников (членов их семей), то он вправе заключить дополнительный договор.

7.18. При коллективном страховании к договору прилагается:

а) список Застрахованных лиц с указанием фамилии, имени, отчества каждого, возраста, полного домашнего адреса и телефона;

б) программа добровольного медицинского страхования, с указанием объема оказываемых медицинских и иных услуг и перечня медицинских учреждений предусмотренных договором страхования;

в) именные полисы Застрахованных лиц в соответствии со списком Страхователя.

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

7.19. При индивидуальном страховании Страхователь получает:

а) страховой полис или договор страхования, 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;

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

7.21. 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) выдаются новые.

При повторной утрате страховых документов в течение действия договора страхования со Страхователя дополнительно взыскивается платеж в размере фактической стоимости их изготовления.

Стоимость медицинских услуг, произведенных третьим лицам, воспользовавшимся этими документами, взыскивается в размере фактических затрат со Страхователя/Застрахованного лица.

7.22. 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. Возврат страховых взносов в этом случае не производится.

7.23. 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;

7.24. Договор страхования может быть прекращен досрочно по требованию Страхователя или Страховщика, с письменным уведомлением другой стороны не менее чем за 30 дней до предполагаемой даты прекращения договора страхования, если договором страхования не предусмотрено иное.

7.25. 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.

7.25.1. Если иное не предусмотрено договором страхования, то при отказе Страхователя от договора страхования:

7.25.1.2. в течение периода охлаждения и до даты начала действия страхования, Страховщик в течение 10 (десяти) рабочих дней, следующих за днем получения от Страхователя заявления об отказе от договора страхования, возвращает Страхователю уплаченную сумму страховой премии (взноса) в полном размере;

7.25.1.3. в течение периода охлаждения и после даты начала действия страхования, при условии отсутствия страхового случая/ события, имеющего признаки страхового случая, Страховщик в течение 10 (десяти) рабочих дней, следующих за днем получения от Страхователя заявления об отказе от договора страхования, возвращает Страхователю уплаченную страховую премию (взнос) в размере, исчисляемом путем вычитания из уплаченной суммы страховой премии (взносов) той части суммы страховой премии, которая пропорциональна времени, в течение которого действовало страхование;

7.25.1.4. в течение периода охлаждения и после даты начала действия страхования, при наступлении страхового случая имеющего признаки страхового случая, возврат уплаченной страховой премии не производится;

7.25.1.5. после окончания периода охлаждения возврат уплаченной страховой премии не производится.

7.25.1.6. Если договором 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 (взносов) следующих сумм:

той части суммы страховой премии, которая пропорциональна времени, в течение которого действовало страхование;

расходов на ведение дела в размере, предусмотренном структурой тарифной ставки; начисленной (выплаченной) суммы страхового возмещения.

7.26. 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.

7.27. 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 страхования.

7.28. Возврат части страховой премии по договору страхования производится Страховщиком в случаях досрочного прекращения договора по следующим основаниям:

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

7.28.2. в случае смерти Застрахованного лица;

7.28.3. по требованию Страхователя, если причиной досрочного прекращения договора страхования стало неисполнение Страховщиком своих обязанностей, предусмотренных условиями договора страхования, настоящими правилами страхования.

7.28.4. по соглашению сторон.

7.29. Изменение условий договора страхования возможно по соглашению сторон.

7.30. Соглашение об изменении условий договора страхования совершается в той же форме, что и договор.

7.31. При изменении условий договора обязательства сторон сохраняются в измененном виде.

7.32. В случае изменения условий договора обязательства считаются измененными с момента заключения соглашения сторон об изменении договора, если иное не вытекает из соглашения или характера изменения договора.

## **8. ПОСЛЕДСТВИЯ УВЕЛИЧЕНИЯ СТРАХОВОГО РИСКА**

8.1. Страхователь обязан незамедлительно в разумные сроки уведомить Страховщика обо всех известных ему существенных изменениях в принятом на страхование страховом риске, произошедших в течение срока действия договора страхования, даже если такое изменение страхового риска происходит не по воле Страхователя.

8.2. Существенными изменениями в страховом риске признаются такие изменения в объекте страхования или связанные с объектом страхования, которые имеют значение для определения вероятности наступления страхового случая и размера возможных убытков от его наступления, и которые могли бы – если бы они существовали в момент заключения договора страхования – повлиять на решение Страховщика о заключении договора страхования или на конкретные условия договора страхования.

В случаях, если Страхователь сомневается, являются ли произошедшие в страховом риске изменения существенными, он обязан уведомить Страховщика об этих изменениях.

В любом случае существенными являются изменения в сведениях, указанных Страхователем при заключении договора страхования в его Заявлении о страховании и в договоре страхования.

8.3. Страховщик, уведомленный об обстоятельствах, влекущих увеличение страхового риска, вправе потребовать внесения изменений в условия действующего договора страхования или уплаты дополнительной страховой премии соразмерно увеличению страхового риска.

Если Страхователь возражает против внесения изменений в условия договора страхования или уплаты дополнительной страховой премии, Страховщик вправе потребовать расторжения договора в соответствии с правилами, предусмотренными законодательством Российской Федерации.

8.4. При неисполнении Страхователем обязанности, предусмотренной в п. 7.1. настоящих Правил, Страховщик (до наступления страхового события) вправе потребовать расторжения договора страхования и возмещения убытков, причиненных расторжением договора.

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

## **9. ПОРЯДОК ВЫПОЛНЕНИЯ ОБЯЗАТЕЛЬСТВ ПО ДОГОВОРУ**

9.1. Право Застрахованного на получение и оплату медицинской, в том числе лекарственной, помощи, предусмотренной договором страхования, наступает с даты, указанной в договоре страхования, при условии выполнения обязательств Страхователя по уплате страховых взносов.

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

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

При обращении Застрахованного (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 Застрахованный обращается по телефону, указанному в страховом полисе.

9.3. При отсутствии возможности оказания услуг, предусмотренных программой добровольного медицинского страхования, 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 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 в этих медицинских учреждениях.

9.5. Не оплачиваются Страховщиком расходы, возникшие по окончании срока действия Договора страхования, за исключением расходов, связанных с госпитализацией Застрахованного, начавшейся в течение срока действия Договора страхования, до момента устранения угрозы жизни Застрахованного.

## **10. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН**

### 10.1. Страховщик обязан:

10.1.1. выдать страховой полис с приложением настоящих Правил, программы добровольного медицинского страхования, 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 добровольного медицинского страхования 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 договора;
- 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;

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

#### 10.2. Страховщик имеет право:

10.2.1. установить максимальный и/или минимальный лимит ответственности на оплату медицинских услуг по договору страхования на каждую программу добровольного медицинского страхования;

10.2.2. при заключении Договора страхования, замене Застрахованного лица и расчете размера страхового взноса применять повышающие и понижающие коэффициенты, вводить ограничения или исключения по объему страхового обеспечения, основываясь на результатах оценки риска и стоимости услуг в предоставляемых лечебных учреждениях;

10.2.3. проверить достоверность указанных в заявлении на страхование данных, а в случае установления недостоверности сообщенных Застрахованным данных отказать Страхователю в заключении договора страхования. Если же недостоверность данных, влияющих на степень риска, будет обнаружена после вступления договора страхования в силу, Страховщик имеет право отказать в оплате медицинских услуг или досрочно прекратить действие договора страхования, с письменным уведомлением Страхователя о причинах расторжения договора. Страховая премия в этом случае возвращается за не истекший срок действия договора 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. в случае отказа Страхователя (Застрахованного лица) возместить Страховщику расходы, не подлежащие оплате Страховщиком в соответствии с Договором страхования:

а) сократить период страхования пропорционально сумме расходов, исходя из размера стандартного годового взноса применительно к Застрахованному лицу (Страхователю);

б) в одностороннем порядке расторгнуть Договор страхования;

в) требовать возмещения расходов в судебном порядке;

г) уменьшить размер страховой суммы, а также другие пределы ответственности Страховщика пропорционально сумме расходов, исходя из размера годового взноса применительно к Застрахованному лицу (Страхователю)

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

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

10.2.11. 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.

10.2.12. 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 коллективном страховании уведомить Страховщика в письменном виде об увольнении Застрахованного лица в течение 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 добровольного медицинского страхования; 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 добровольного медицинского страхования, которая была указана в договоре страхования на другую, предусмотренную настоящими Правилами, или повысить размер страховой суммы, заключив дополнительное соглашение к договору страхования и уплатив при этом дополнительный страховой взнос. Дополнительное соглашение к договору страхования начинает действовать со дня уплаты страхового взноса.

10.4.3. в течение срока действия договора страхования при коллективном страховании застраховать дополнительное количество работников (членов их семей) на основании дополнительного соглашения к действующему договору страхования при этом:

- за вновь принимаемых на страхование работников (членов их семей) доплатить 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 .

### 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 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 перечисления 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 добровольного медицинского страхования, 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 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 добровольного медицинского страхования и проверяет правильность указания в счете стоимости каждой услуги.

11.5. Из страхового покрытия могут быть исключены расходы на медицинские услуги, полученные Застрахованным лицом у медицинских учреждений, с которыми Страховщик не имеет договора 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.

11.6. 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. 4.11. 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.

11.7. Не подлежат возмещению по добровольному медицинскому страхованию косвенные и прочие расходы (не оговоренные Договором страхования), которые могут возникнуть вследствие страхового случая.

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

11.9. Для получения страховой выплаты в форме возмещения расходов, понесенных для получения медицинских и иных услуг, предусмотренных программой добровольного медицинского страхования, Застрахованное лицо (Страхователь) обращается к Страховщику с заявлением (требованием выплаты, претензией) и предъявляет договор страхования или страховой полис, а также документ, удостоверяющий его личность. Заявление Застрахованного принимается в срок не позднее одного месяца после получения им медицинских услуг.

К заявлению 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 лечебного 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 программой добровольного медицинского страхования;

После проведения экспертизы на соответствие оказанных услуг программе добровольного медицинского страхования возмещение производится в течение 14-ти дней после получения от Застрахованного всей необходимой документации. Сумма возмещения определяется исходя из расчета средней стоимости аналогичных услуг в медицинских учреждениях, указанных в программе добровольного медицинского страхования.

11.10. Страховщик вправе отказать в выплате или уменьшить ее размер в случае если после проведения экспертизы выявится несоответствие оказанных услуг /части оказанных услуг программе добровольного медицинского страхования.

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.

11.11. 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) принимает меры, направленные на то, чтобы предусмотренные Договором страхования медицинские и другие услуги были предоставлены Застрахованному в полном объеме. Обоснованность претензий Страхователя (Застрахованного) 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 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 в порядке, предусмотренном гражданским 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 медицинских предписаний и рекомендаций врачебного персонала, а также несоблюдения правил внутреннего распорядка, установленных в медицинском учреждении, медицинское учреждение вправе прекратить поликлиническое обслуживание Застрахованного 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 в порядке, предусмотренном гражданским законодательством РФ.

12.2.3. За необоснованный вызов Застрахованным 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 в порядке, предусмотренном гражданским законодательством РФ.

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

- вызов осуществлен Застрахованным для медицинского обслуживания незастрахованного лица;

- при осуществлении вызова Застрахованным преднамеренно представлена искаженная информация, касающаяся объема медицинского обслуживания и/или места пребывания Застрахованного;

- вызов осуществлен не в медицинских целях;

- вызов осуществлен к Застрахованному, находящемуся в состоянии алкогольного, наркотического или токсического опьянения;

- вызов осуществлен к Застрахованному, 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 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 в порядке, предусмотренном гражданским законодательством РФ.

12.2.5. При неуплате Страхователем штрафа или возмещения стоимости услуг в случаях, предусмотренных настоящими Правилами, в течение 3 банковских дней с момента выставления Страховщиком соответствующего счета, Страховщик имеет право приостановить действие Договора страхования. Действие Договора возобновляется с момента погашения Страхователем задолженности. В случае неуплаты штрафа или возмещения стоимости медицинских услуг в течение 1 месяца с момента выставления соответствующего счета, Страховщик имеет право расторгнуть Договор страхования в порядке предусмотренном гражданским законодательством РФ.

### **13. ПОРЯДОК 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 Российской Федерации.

### **14. ОСОБЫЕ УСЛОВИЯ**

14.1. Настоящие Правила регламентируют основные условия страхования. Однако по соглашению сторон в договор могут быть внесены оговорки, дополнения и изменения к настоящим Правилам, не противоречащие действующим нормативным актам, исходя из конкретных условий страхования.

14.2. Согласованные положения договора имеют преимущественное значение по сравнению с положениями настоящих Правил.