

**ОБЩЕСТВО С ОГРАНИЧЕННОЙ ОТВЕТСТВЕННОСТЬЮ
“СТРАХОВОЕ МЕДИЦИНСКОЕ ОБЩЕСТВО “СПАСЕНИЕ”**

**Утверждены
приказом Генерального директора
ООО «СМО «Спасение»
№ 125 от «07» декабря 2017 г.**

П Р А В И Л А
добровольного медицинского страхования

Казань - 2017

ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

1.1. Общество с ограниченной ответственностью «Страховое медицинское общество «Спасение» (сокращенное наименование – ООО «СМО «Спасение») заключает договоры добровольного медицинского страхования на основании настоящих Правил, в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

1.2. Основные термины, используемые в настоящих Правилах.

1.2.1. **Страховщик** - ООО «СМО «Спасение» – юридическое лицо, осуществляющее деятельность по добровольному медицинскому страхованию в соответствии с лицензией, выданной органом государственного страхового надзора.

1.2.2. **Страхователь** - юридическое лицо, индивидуальный предприниматель или физическое лицо, заключившее (-ий) со Страховщиком договор добровольного медицинского страхования.

1.2.3. **Застрахованное лицо** - физическое лицо, в отношении которого заключен договор страхования. На условиях настоящих Правил заключаются договоры страхования лиц в возрасте от 0 (новорожденные) до 90 лет. Программами страхования могут быть установлены ограничения по возрасту лиц, принимаемых на страхование на условиях этих программ.

1.2.4. **Страховая сумма** - определенная договором страхования денежная сумма, в пределах которой Страховщик обязуется осуществить страховую выплату и, исходя из которой, определяется размер страховой премии.

1.2.5. **Страховая премия** - плата за страхование, которую Страхователь обязан уплатить Страховщику в порядке и сроки, определенные договором страхования. **Неиспользованная страховая премия** – это часть оплаченной Страхователем страховой премии, приходящейся на неистекший(шие) период(ы) страхования.

1.2.6. **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.

1.2.7. **Страховой риск** - предполагаемое событие, на случай наступления которого проводится страхование.

1.2.8. **Страховой случай** - совершившееся событие, предусмотренное договором страхования (или программой страхования), с наступлением которого возникает обязанность Страховщика произвести страховую выплату.

1.2.9. **Страховая выплата** - денежная сумма, которую Страховщик в соответствии с договором страхования обязан выплатить при наступлении страхового случая.

Страховая выплата определяется в размере убытка за вычетом франшизы, но в любом случае не может превышать страховой суммы.

Общая сумма страховых выплат по всем страховым случаям, происшедшим в период действия договора страхования не может превышать страховой суммы.

1.2.10. **Выжидательный период** - установленный договором страхования промежуток времени (обычно после вступления договора в силу), в течение которого обращение Застрахованного лица за оказанием медицинских и иных услуг не признается страховым случаем. Договором страхования может быть установлено несколько выжидательных периодов.

1.2.11. **Договор страхования** – соглашение Страховщика и Страхователя о добровольном медицинском страховании, заключенное между Страховщиком и Страхователем в соответствии с настоящими Правилами. Договор страхования может быть заключен путем составления одного документа либо вручения Страховщиком Страхователю, на основании его письменного или устного заявления, страхового полиса, подписанного Страховщиком.

В последнем случае согласие Страхователя заключить договор на предложенных Страховщиком условиях подтверждается принятием от Страховщика указанных в абзаце первом настоящего пункта документов.

1.2.12. Индивидуальный договор страхования – договор добровольного медицинского страхования, заключенный в отношении одного Застрахованного лица.

1.2.13. Коллективный договор страхования – договор добровольного медицинского страхования, заключенный Страхователем в отношении более чем одного Застрахованного лица.

1.2.14. Полис (страховой полис, полис добровольного медицинского страхования) – документ, удостоверяющий факт заключения договора страхования.

1.2.15. Медицинские и аптечные организации.

Медицинская организация - юридическое лицо независимо от организационно-правовой формы, осуществляющее в качестве основного (уставного) вида деятельности медицинскую деятельность на основании лицензии, выданной в порядке, установленном законодательством Российской Федерации, а также иные юридические лица независимо от организационно-правовой формы, осуществляющие наряду с основной (уставной) деятельностью медицинскую деятельность.

К медицинским организациям в частности относятся российские и иностранные медицинские организации: стационары, клиники, диспансеры, амбулаторно-поликлинические организации, организации скорой медицинской помощи, организации охраны материнства и детства, санаторно-курортные, лечебно-реабилитационные организации и другие.

К медицинским организациям приравниваются индивидуальные предприниматели, осуществляющие медицинскую деятельность.

Медицинские организации, находящиеся за границей Российской Федерации, должны иметь лицензию на оказание медицинской помощи и (или) удовлетворять иным аналогичным требованиям законодательства того государства, в котором они находятся.

Аптечная организация - организация, структурное подразделение медицинской организации, осуществляющая розничную торговлю лекарственными препаратами, хранение, изготовление и отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения в соответствии с требованиями действующего законодательства и имеющая соответствующую лицензию.

1.2.16. Программа страхования – документ, определяющий условия страхования (страховой случай, перечень предоставляемых медицинских услуг и иных услуг, ограничения и исключения из страхового покрытия и др.). Исходя из программы страхования, определяется страховой тариф.

1.2.17. Группа заболеваний – совокупность заболеваний и состояний, сформированная по этиологическим признакам, анатомической локализации, обстоятельствам возникновения болезни и т.д. В настоящих правилах выделяются следующие группы заболеваний: классы заболеваний (п. 1.2.18.) и блоки заболеваний (п. 1.2.19).

1.2.18. Классы заболеваний – группы заболеваний в соответствии с Международной классификацией болезней (МКБ 10):

I) Инфекционные и паразитарные болезни.

II) Новообразования.

III) Болезни крови, кроветворных органов и отдельные нарушения, вовлекающие иммунный механизм.

IV) Болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ.

V) Психические расстройства и расстройства поведения.

VI) Болезни нервной системы.

VII) Болезни глаза и его придаточного аппарата.

VIII)Болезни уха и сосцевидного отростка.
IX)Болезни системы кровообращения.
X)Болезни органов дыхания.
XI)Болезни органов пищеварения.
XII)Болезни кожи и подкожной клетчатки.
XIII)Болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани.
XIV)Болезни мочеполовой системы.
XV)Беременность, роды и послеродовой период.
XVI)Отдельные состояния, возникающие в перинатальном периоде.
XVII)Врожденные аномалии (пороки развития), деформациями и хромосомные нарушения.

XVIII)Иные симптомы, признаки и отклонения от нормы, выявленные при клинических и лабораторных исследованиях.

XIX)Травмы, отравления и другие последствия воздействия внешних причин.

XX)Внешние причины заболеваемости и смертности

XXI)Факторы, влияющие на состояние здоровья населения и обращения в организации здравоохранения

1.2.19.**Блок заболеваний** – группа заболеваний внутри одного класса по МКБ-10.

1.2.20.**Врачебная тайна** – конфиденциальная информация, связанная с обращением Застрахованного лица за оказанием медицинских услуг, сведения о состоянии его здоровья и диагнозе, иные сведения, полученные при его медицинском обследовании и лечении. Сведения, составляющие врачебную тайну, не могут быть разглашены третьим лицам без согласия Застрахованного лица, за исключением случаев, предусмотренных законодательством РФ.

1.2.21.**Декларация здоровья (медицинская анкета)** – сведения о состоянии здоровья лица, подлежащего страхованию, составленные в форме вопросов Страховщика и ответов на них или предоставляемые иными документами.

1.2.22.**Код программы страхования** – условное цифровое или буквенно-цифровое обозначение программы страхования Застрахованного лица, вводимое Страховщиком.

1.2.23.**Лечащий врач** - врач, оказывающий медицинскую и (или) лекарственную помощь пациенту в период его наблюдения и лечения в медицинской организации.

1.2.24.**Лечебный режим** - установленный лечащим врачом распорядок оказания медицинской и (или) лекарственной помощи.

1.2.25.**Медицинская документация** – комплект документов, оформленных в соответствии с приказом Министерства здравоохранения СССР от 4 октября 1980 г. № 1030 (с последующими изменениями) и/или иными нормативными правовыми актами, касающихся наступления страхового случая: листки нетрудоспособности, выписные эпикризы, заключение о проведенном обследовании или лечении, выписка из истории болезни, результаты обследования, амбулаторная карта, рецепты и назначения лечащего врача и т.д.

1.2.26.**Медицинские расходы** – расходы Страховщика в виде страховой выплаты по оказанным Застрахованному лицу при наступлении страхового случая услугам.

1.2.27.**Медицинские и иные услуги**

Медицинская услуга – медицинская и (или) лекарственная помощь, предоставляемая медицинской или аптечной организацией по договору оказания услуг Застрахованным лицам. К медицинским услугам относятся: консультативная, лечебная, диагностическая, профилактическая, реабилитационно-восстановительная, оздоровительная, диспансерная, лекарственная помощь.

Иные услуги – услуги, предоставляемые с целью организации и оказания медицинской и лекарственной помощи (медицинских услуг).

К иным услугам относятся в частности: медико-социальные, медико-транспортные, транспортные, сервисные услуги и др.

Под медицинской помощью понимается комплекс мероприятий, направленных на поддержание и (или) восстановление здоровья и включающих в себя медицинское вмешательство или комплекс медицинских вмешательств, направленных на профилактику, диагностику и лечение заболеваний, медицинскую реабилитацию.

Под лекарственной помощью понимается:

- применение лекарственных средств и изделий медицинского назначения при оказании медицинской помощи;
- лекарственное обеспечение (получение лекарственных средств по рецептам врача).

Формами оказания медицинской помощи являются:

- 1) экстренная - медицинская помощь, оказываемая при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний, представляющих угрозу жизни пациента;
- 2) неотложная - медицинская помощь, оказываемая при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний без явных признаков угрозы жизни пациента;
- 3) плановая - медицинская помощь, которая оказывается при проведении профилактических мероприятий, при заболеваниях и состояниях, не сопровождающихся угрозой жизни пациента, не требующих экстренной и неотложной медицинской помощи, и отсрочка оказания которой на определенное время не повлечет за собой ухудшение состояния пациента, угрозу его жизни и здоровью.

1.2.28.Период страхования - период времени, в течение которого могут произойти страховые случаи, определенные договором страхования. Договором страхования может быть установлено несколько периодов страхования, в том числе отдельно по каждой программе страхования, начало и окончание каждого периода указываются в договоре страхования и/или полисе.

1.2.29.Срок действия договора страхования - период времени, включающий в себя все установленные договором страхования периоды страхования и выжидательные периоды. Начало и окончание договора страхования указываются в страховом полисе (договоре страхования).

1.2.30.Страховое покрытие - совокупность страховых случаев, предусмотренных договором страхования, при наступлении которых возникает обязанность Страховщика произвести страховую выплату.

1.2.31.Страховой взнос – часть страховой премии.

1.2.32.Тайна страхования – информация, ставшая известной Страховщику в связи с заключением и исполнением договора страхования. Страховщик не вправе сообщать информацию, составляющую тайну страхования, третьим лицам без согласия Страхователя (Застрахованного лица), за исключением случаев, установленных законодательством РФ.

1.2.33.Убыток – определяется как стоимость медицинских и иных услуг, оказанных при наступлении страхового случая и предусмотренных программой и (или) договором страхования, а также стоимость организации их оказания.

1.2.34.Франшиза - часть убытков, определенная договором страхования и не подлежащая возмещению Страховщиком. Франшиза устанавливается в виде определенного процента от страховой суммы или в фиксированном размере.

Договором могут быть предусмотрены иные виды франшизы (например, франшиза, установленная в виде процента от стоимости медицинских услуг).

Франшиза может быть условная или безусловная.

При условной франшизе Страховщик освобождается от возмещения убытка, если его размер не превышает размер франшизы, однако возмещает его полностью в случае, если размер убытка превышает размер франшизы

При безусловной франшизе размер страховой выплаты определяется как разница между размером убытка и размером франшизы

1.2.35. **Экспертиза медицинских услуг** - исследование, проводимое экспертом для определения соответствия объема, качества и стоимости оказанных Застрахованным лицам медицинских услуг установленным стандартам.

1.2.36. **Персональные данные** - информация, относящаяся к определенному или определяемому на основании такой информации физическому лицу (субъекту персональных данных). Персональными данными в рамках заключенного договора добровольного медицинского страхования признаются, в том числе: фамилия, имя, отчество, дата (год, месяц, день) рождения, паспортные данные, адрес проживания, адрес регистрации (прописки), контактные телефоны, данные о состоянии здоровья, о заболеваниях, а также о случаях обращения Застрахованного лица за медицинскими услугами.

1.2.37. Термины, для которых в настоящих Правилах и(или) договоре страхования нет специальных определений, используются в общепринятых значениях.

1.3. Условия, содержащиеся в настоящих Правилах страхования и не включенные в текст договора страхования, обязательны для Страхователя, если в договоре прямо указывается на применение таких правил и сами правила изложены в одном документе с договором или на его оборотной стороне, либо приложены к нему.

2. ОБЪЕКТЫ И СУБЪЕКТЫ СТРАХОВАНИЯ

2.1. Объектом добровольного медицинского страхования являются имущественные интересы Страхователей и/или Застрахованных лиц, связанные с оплатой организации и оказания Застрахованным лицам 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.

2.2. В качестве субъектов медицинского страхования выступают: Страховщик, Страхователь, Застрахованное лицо.

3. СТРАХОВЫЕ СЛУЧАИ

3.1. В соответствии с настоящими Правилами страховым случаем является совершившееся событие, предусмотренное договором страхования (или программой страхования), с наступлением которого возникает обязанность Страховщика произвести страховую выплату.

3.2. Страховым случаем признается обращение Застрахованного лица в течение периода(ов) страхования:

3.2.1. в медицинскую и (или) аптечную организацию, из числа предусмотренных договором страхования, за получением медицинских и иных услуг, в соответствии с программой страхования, предусмотренной договором страхования

3.2.2. в медицинскую (или) аптечную организацию не предусмотренные договором страхования (в том числе расположенные в других регионах РФ), за получением медицинских и иных услуг в соответствии с программой страхования, предусмотренной договором страхования, если это обращение организовано и/или согласовано Страховщиком.

3.3. При наступлении страхового случая Страховщик обязуется оплатить медицинские расходы в виде:

- оплаты медицинской и (или) аптечной организации медицинских и иных услуг, оказанных Застрахованному лицу при наступлении страхового случая, и организации их оказания, в пределах установленной договором страхования страховой суммы, в случае заключения договора страхования на условиях п. 10.1.1. настоящих Правил, а также в соответствии с порядком и условиями осуществления страховых выплат, определенных в договоре, заключенном Страховщиком с медицинской и (или) аптечной организацией.

- оплаты расходов, понесенных Застрахованным лицом (Страхователем), связанных с оказанием медицинских и иных услуг Застрахованному лицу при наступлении страхового случая в пределах установленной договором страхования страховой суммы, в случае заключения договора на условиях п. 10.1.2. настоящих Правил.

3.4. Страховщик заключает договоры страхования на случай наступления событий, предусмотренных следующими программами страхования:

Полное наименование программы страхования	Сокращенное наименование программы страхования
Амбулаторно-поликлиническая помощь	
включая выезд на дом	АПП_ВД
исключая выезд на дом	АПП
Стационарная помощь	СтП
Скорая помощь	СНП
Эконом	
включая оказание медицинской помощи в условиях стационара	ЭК_СтП
исключая оказание медицинской помощи в условиях стационара	ЭК
Полная страховая защита	
включая выезд на дом	ПСЗ_ВД
исключая выезд на дом	ПСЗ
V.I.P.	VIP
Здоровье коллектива	
включая лекарственное обеспечение	ЗК1
исключая лекарственное обеспечение	ЗК2
Комплексная	
включая лекарственное обеспечение	К1
исключая лекарственное обеспечение	К2
Реабилитационно–восстановительное лечение	РВЛ
Стоматологическая помощь	СП
Педиатрическая помощь	
Новорожденные и дети первого года жизни	ПП1
Дети от 1 до 14 лет (включительно)	ПП2
Подростки от 15 до 17 лет (включительно)	ПП3

Акушерская помощь	АП
Ведение беременности до родов	АП1
Родовспоможение и послеродовое наблюдение	АП2
Семейный доктор	СД
Офисный врач	ОВ
Травматология	Тр
Профилактика	Пр
Клещевой энцефалит	КЭ
Антигрипп	АГ
Вирусный гепатит В	ВГВ
ГЛПС (Геморрагическая лихорадка с почечным синдромом)	ГЛПС
Лекарственное обеспечение	ЛО
Сердце под контролем	СПК
Амбулаторно-поликлиническая помощь+	
включая выезд на дом	АПП_ВД+
исключая выезд на дом	АПП+
Консультативная помощь+	
включая выезд на дом	КП_ВД+
исключая выезд на дом	КП+
Консультативная помощь	КП
Помощь на дому	ПД
Медицинское сопровождение пациента	МС
Медицинское сопровождение в поликлинике	МСП

Перечень медицинских и иных услуг, предоставляемых в рамках программ страхования, приведен в Приложении 1.

3.5.Страховщик вправе присваивать маркетинговые названия отдельным группам единообразных договоров страхования (страховых полисов), заключаемых на основании настоящих Правил страхования, в той мере, в какой это не противоречит законодательству Российской Федерации.

3.6.Выбранные программы страхования, перечни медицинских и аптечных организаций, определяются договором страхования и являются неотъемлемой его частью. Договором страхования может быть предусмотрено страхование по нескольким программам страхования.

3.7.Страховщик вправе ограничить объем медицинской и (или) лекарственной помощи (медицинских услуг) и иных услуг, предоставляемых в рамках договора

страхования, по количеству, видам и стоимости, в том числе по отдельным медицинским и (или) аптечным организациям. Ограничения вводятся Страховщиком при заключении договора страхования; в период действия договора страхования ограничения могут быть введены по согласованию со Страхователем.

3.8.Страховщик вправе ограничить перечень классов заболеваний, по которым в рамках договора страхования предоставляются медицинские и иные услуги, в том числе по отдельным медицинским и (или) аптечным организациям. Ограничения вводятся Страховщиком при заключении договора страхования; в период действия договора страхования ограничения могут быть введены по согласованию со Страхователем.

3.9.Если Страховщик направляет Застрахованное лицо, для получения услуг, предусмотренных программой страхования в медицинскую и (или) аптечную организацию, имеющую договорные отношения со Страховщиком и не указанную в договоре страхования, то данное обращение Застрахованного лица является страховым случаем, даже если это не оговорено в договоре страхования.

4. ИСКЛЮЧЕНИЯ ИЗ СТРАХОВОГО ПОКРЫТИЯ

4.1.Страховщик вправе не принимать на страхование лиц, которые на момент заключения договора:

а) состоят на учете в наркологических, психоневрологических, туберкулезных, кожно-венерологических диспансерах;

б) ВИЧ-инфицированы;

в) имеют злокачественные новообразования, в том числе заболевания крови;

г) госпитализированы;

д) являются инвалидами I или II группы;

Лица, указанные в настоящем пункте могут быть застрахованы по программам страхования, не предусматривающим лечение основного заболевания.

4.2.Не рассматривается как страховой случай получение медицинских и иных услуг если:

4.2.1.они не предусмотрены договором страхования или не назначены лечащим врачом;

4.2.2.они предоставлены в медицинских и (или) аптечных организациях, не предусмотренных договором страхования (кроме случаев предусмотренных п. 3.2.2. настоящих Правил) или не имеющих лицензии на соответствующие виды медицинской / фармацевтической деятельности;

4.2.3.они оказаны вне периода(ов) страхования, установленных договором страхования, или в течение установленного выжидательного периода(ов);

4.3.Не является страховым случаем обращение Застрахованного лица в медицинскую и (или) аптечную организацию:

4.3.1.по поводу получения травматического повреждения или иного расстройства здоровья, наступившего в связи с совершением Застрахованным лицом действий, в которых судом установлены признаки умышленного преступления;

4.3.2.в связи с умышленным причинением себе телесных повреждений, в том числе с покушением на самоубийство, за исключением случаев, когда Застрахованное лицо было доведено до такого состояния противоправными действиями третьих лиц;

4.3.3.в связи с получением травматического повреждения в результате совершения Застрахованным лицом действий в состоянии алкогольного, наркотического или токсического опьянения, а также заболеваний, причиной которых явилось употребление алкоголя, наркотических или токсических веществ.

4.3.4.по поводу алкоголизма, токсикомании или наркомании.

4.3.5.в связи с психиатрическими заболеваниями и их осложнениями, а также иными заболеваниями (в т.ч. травмами), возникшими в связи с заболеваниями психической природы;

4.4.Программами страхования могут быть установлены дополнительные ограничения и исключения из страхового покрытия в отношении определенных заболеваний и медицинских и иных услуг.

4.5.Если договором страхования не предусмотрено иное, Страховщик не производит выплат в связи с заболеваниями и травмами, полученными вследствие:

4.5.1.воздействия ядерного взрыва, радиации или радиоактивного заражения;

4.5.2.участия в военных действиях, а также маневрах или иных военных мероприятиях;

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

5.СТРАХОВАЯ СУММА

5.1.Страховая сумма на всех или на каждое Застрахованное лицо по договору страхования определяется Страховщиком и Страхователем по соглашению сторон, исходя из выбранной программы страхования. Страховщик имеет право установить минимальную страховую сумму для каждой из программ страхования.

5.2.Страховщик и Страхователь, по соглашению между ними, вправе устанавливать отдельные страховые суммы – по группам заболеваний, видам медицинских услуг, по группам Застрахованных лиц, по медицинским и (или) аптечным организациям, на один страховой случай и т.д.

5.3.Договором страхования может быть предусмотрена франшиза – условная или безусловная. Франшиза устанавливается в виде определенного процента от страховой суммы или в фиксированном размере.

Договором могут быть предусмотрены иные виды франшизы (например, франшиза, установленная в виде процента от стоимости медицинских услуг, на один страховой случай и т.д.).

Применение в договоре страхования франшизы может служить основанием для снижения страхового тарифа (применения коэффициентов риска), кроме случаев, когда применение франшизы является непременным условием принятия на страхование.

6.СТРАХОВАЯ ПРЕМИЯ И СТРАХОВЫЕ ВЗНОСЫ

6.1.При определении размера страховой премии, подлежащей уплате по договору страхования, Страховщик применяет разработанные им базовые тарифные ставки (Приложение 2 к настоящим Правилам).

6.2.Страховщик имеет право применять к базовым тарифным ставкам повышающие или понижающие коэффициенты риска от 0,01 до 3,0 экспертно определяемые по результатам оценки риска в каждом конкретном случае. Выбор коэффициента риска зависит от принимаемого на страхование риска: количества Застрахованных, основного вида деятельности и их половозрастного состава, возраста и рода занятий Застрахованных, состояния их здоровья, сообщенных сведений о заболеваниях, особенностей образа жизни, данных медицинских документов, характера предшествующей страховой истории, срока страхования, франшизы, включаемых в программу страхования классов заболеваний, видов медицинских и иных услуг и кратности их применения, а также других обстоятельств, имеющих значение для определения степени вероятности наступления страхового случая и (или) размера убытков от его наступления.

6.3. Страховщик вправе предусмотреть в локальных нормативных документах группы обстоятельств, касающихся рода деятельности, условий работы, образа жизни

Застрахованного лица и иные факторы имеющие значение для определения степени вероятности наступления страхового случая и(или) размера убытков от его наступления, согласно которым принимаются решения о заключении договора страхования, а также порядок определения страховых тарифов и использования коэффициентов риска при заключении договоров страхования.

6.4.В зависимости от результатов предварительного медицинского осмотра (при его назначении Страховщиком) или по медицинским данным, сведениям о роде деятельности, условиях работы, образе жизни и иных факторах имеющих значение для определения степени вероятности наступления страхового случая и(или) размера убытков от его наступления, полученным о Застрахованном лице, Страховщик вправе присвоить Застрахованному лицу соответствующую группу риска и использовать повышающие или понижающие коэффициенты к страховым тарифам. При коллективном страховании решение о применении повышающих или понижающих коэффициентов может быть принято относительно всех Застрахованных лиц, или их части; при этом могут быть использованы усредненные показатели по всем Застрахованным лицам, или их части.

6.5.Страховая премия по договору страхования может быть уплачена Страхователем единовременно - разовым платежом за весь срок страхования или уплачиваться периодически в течение срока страхования (страховые взносы). Порядок уплаты страховой премии (страховых взносов) определяется в договоре страхования.

6.6.Страховой взнос может быть уплачен наличными деньгами представителю Страховщика, в кассу Страховщика или путем перечисления на расчетный счет Страховщика. Порядок проведения оплаты страховой премии (взносов) определяется в договоре страхования.

6.7.Страховая премия (страховые взносы) может быть уплачена за счет средств нескольких лиц, в том числе, Застрахованных лиц, с их согласия, если это установлено договором страхования.

7.ПОРЯДОК ЗАКЛЮЧЕНИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ

7.1.Договор страхования заключается в письменной форме, несоблюдение которой влечет его недействительность.

7.2.Страхователи - юридические лица или индивидуальные предприниматели заключают со Страховщиком договоры страхования определенных в них физических лиц (Застрахованных лиц) в пользу последних, в том числе иностранные юридические лица.

Страхователи - физические лица, в том числе иностранные граждане и лица без гражданства, заключают со Страховщиком договоры страхования в свою пользу, или в пользу определенных в договоре третьих лиц (Застрахованных лиц).

7.3.В соответствии с договором страхования Страховщик принимает на себя обязательство организовать и оплатить медицинские и иные услуги, оказанные Застрахованным лицам в соответствии с программой страхования в медицинских и (или) аптечных организациях, и оплатить организацию их оказания, в пределах обусловленной в договоре страхования страховой суммы.

7.4. При заключении договора страхования между Страхователем и Страховщиком должно быть достигнуто соглашение по следующим существенным условиям:

- о Застрахованном(ых) лице(ах) и их численности;
- о характере событий, на случай наступления которых осуществляется страхование (страховых случаях);
- о сроке действия договора;
- о размере страховой суммы;
- о размере страховой премии, сроках и порядке оплаты страховой премии или

страховых взносов;

- об объеме медицинских и иных услуг, которые Застрахованные лица могут получить в рамках договора (программы(мм) страхования);
- о правах, обязанностях, ответственности сторон;

Договор страхования может содержать другие условия, не противоречащие законодательству Российской Федерации.

7.5. 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, если эти обстоятельства не известны и не могут быть известны Страховщику. При этом существенными признаются обстоятельства, оговоренные Страховщиком в настоящих Правилах и заявлении о заключении договора страхования.

К заявлению, по требованию Страховщика, может быть приложена декларация здоровья (медицинская анкета), заполненная лицами, в отношении которых заключается договор страхования. При необходимости Страховщик может потребовать предварительного медицинского освидетельствования этих лиц, которое проводится за счет Страхователя.

7.6. При заключении договора страхования до получения ответов Страхователя на поставленные Страховщиком вопросы, последний не может впоследствии требовать расторжения договора либо признания его недействительным на том основании, что соответствующие обстоятельства не были сообщены Страхователем.

7.7. Порядок заключения договора страхования.

7.7.1. Основанием для заключения договора является письменное либо устное заявление Страхователя, в котором должны быть указаны:

- наименование и юридический адрес Страхователя, его банковские реквизиты, если Страхователь – юридическое лицо или индивидуальный предприниматель, или фамилия, имя и отчество Страхователя, его место жительства, паспортные данные, если Страхователь – физическое лицо;
- выбранная программа (программы) страхования;
- срок действия договора страхования;
- другие данные, имеющие значение для установления размера страховой суммы и страхового тарифа.

7.7.2. При заключении индивидуального договора страхования в заявлении указываются фамилия, имя, отчество, дата рождения, место жительства, программа страхования, страховая сумма и иные необходимые сведения о Застрахованном лице.

При заключении коллективного договора страхования в списке лиц, подлежащих страхованию указываются: фамилия, имя, отчество, дата рождения, место жительства, программа страхования, страховая сумма (в случае, если она устанавливается для каждого Застрахованного лица в отдельности) и иные необходимые сведения о каждом Застрахованном лице и общая страховая сумма по списку. Список лиц, подлежащих страхованию по договору с юридическим лицом или индивидуальным предпринимателем заверяется подписью уполномоченного лица Страхователя и печатью Страхователя (если Страхователь имеет печать) и прилагается к Договору страхования.

Список лиц, подлежащих страхованию по договору с физическим лицом заверяется подписью Страхователя и прилагается к Договору страхования. При страховании одного физического лица по индивидуальному договору список застрахованных лиц может не прилагаться к договору, а все данные застрахованного лица могут быть указаны непосредственно в договоре.

7.7.3. При заключении коллективных договоров на страхование принимается любое количество работников юридического лица или индивидуального предпринимателя, членов их семей, а также иных лиц, определенных Страхователем.

7.7.4. В случае расширения списка Застрахованных лиц в период действия договора страхования Страхователь представляет Страховщику предусмотренные настоящими Правилами сведения о включаемых в список лицах и уплачивает за них страховую премию (взносы) за период с момента включения в список Застрахованных лиц до окончания договора страхования. При этом страховой взнос за неполный месяц уплачивается как за полный.

7.8. Страховщик принимает решение о возможности заключения договора страхования в течение пяти дней со дня подачи заявления Страхователем.

7.9. Договор страхования может быть оформлен путем составления одного документа (Приложение 3 к настоящим Правилам), либо вручения Страхователю страхового Полиса (Приложения 6, 7, 8 к настоящим Правилам), подписанного Страховщиком, с приложением Правил, программы (программ) страхования и перечня медицинских и (или) аптечных организаций, в которые могут обратиться Застрахованные лица за получением медицинских и иных услуг. В последнем случае согласие Страхователя заключить договор на предложенных Страховщиком условиях подтверждается принятием от Страховщика полиса.

7.10. Страховщик выдает страховые полисы на каждое Застрахованное лицо непосредственно Застрахованным лицам или Страхователю (для передачи Застрахованным лицам) в следующие сроки (если иные сроки не установлены договором):

- при заключении коллективного договора страхования - в течение 10 рабочих дней после вступления договора в силу, либо после предоставления Страхователем списка Застрахованных лиц, - в зависимости от того, какое событие наступит позже;
- при заключении индивидуального договора страхования - в течение 10 рабочих дней после вступления договора в силу. Страховой полис на застрахованное лицо может не выдаваться в случае, если договор страхования заключен путем вручения Страхователю страхового Полиса.

Страховой полис Застрахованного лица может быть выдан:

- на весь срок действия договора или отдельно на каждый период страхования, установленный договором страхования;
- на все программы страхования, предусмотренные договором страхования, или отдельно по программам страхования;
- на все виды медицинских и иных услуг, предусмотренных договором страхования, или отдельно по видам услуг;
- на все медицинские и (или) аптечные организации, предусмотренные договором страхования, или на отдельные организации.

8. СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ

8.1. Договор страхования заключается на срок 1 год, если условиями договора не предусмотрено иное.

8.2. При заключении договора (дополнительного соглашения к действующему договору страхования) на иной срок размер страховой премии (дополнительного страхового взноса) составляет (в процентах от исчисленной на 1 год страховой премии):

Срок страхования	Процент от годовой премии
менее 1 месяца	0,75% за каждый день

1 месяц	20%
2 месяца	30%
3 месяца	40%
4 месяца	50%
5 месяцев	60%
6 месяцев	70%
7 месяцев	75%
8 месяцев	80%
9 месяцев	85%
10 месяцев	90%
11 месяцев	95%
более 11 месяцев и менее 12 месяцев	100%

При этом, при сроке страхования 1 месяц и более, страховой взнос за неполный месяц уплачивается как за полный.

При сроке страхования более одного года страховой тариф увеличивается прямо пропорционально количеству лет, при этом страховой взнос за неполный месяц уплачивается как за полный.

В случае, если базовые тарифные ставки для программы страхования рассчитаны помесечно, то при заключении договора (дополнительного соглашения к действующему договору страхования) по такой программе страхования на срок, отличающийся от 1 года, размер страховой премии (дополнительного страхового взноса) определяется исходя из базовой тарифной ставки соответствующего месяца без учета предусмотренной настоящим пунктом таблицы.

8.3. Договор страхования вступает в силу с момента уплаты страховой премии или первого страхового взноса (при уплате страховой премии в рассрочку):

8.3.1. При безналичном расчете – с 00 часов дня следующего за днем поступления страховой премии (первого страхового взноса) на расчетный счет Страховщика;

8.3.2. При наличном расчете – с 00 часов дня следующего за днем оплаты страховой премии (первого страхового взноса).

8.4. Договором страхования могут быть предусмотрены иные сроки вступления в силу.

8.5. Если к сроку, установленному в договоре страхования, условия вступления в силу по которому соответствуют п.п. 8.3.1. или 8.3.2. настоящих Правил, страховая премия при единовременном платеже или первый страховой взнос при рассроченном платеже не уплачен, то договор считается не вступившим в силу, страховые выплаты по этому договору страхования не производятся.

8.6. Если к сроку, установленному в договоре страхования, очередной страховой взнос (при оплате страховой премии в рассрочку) не уплачен или уплачен не полностью, Страховщик имеет право расторгнуть договор страхования, и вернуть полученные страховые взносы Страхователю за оставшийся до окончания действия договора страхования срок за вычетом понесенных расходов, либо потребовать соразмерного уменьшения страховой суммы. Договор страхования может содержать условия, ограничивающие право Страховщика на выбор из указанных двух вариантов.

8.7. Если в договоре страхования предусмотрен выжидательный период, Страховщик несет обязательства только по страховым случаям, произошедшим вне выжидательного периода.

9. ПОРЯДОК ИСПОЛНЕНИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ.

9.1. Для получения медицинских и иных услуг Застрахованное лицо обращается в медицинские или аптечные организации, предусмотренные договором страхования, или к Страховщику в порядке, указанном в страховом Полисе.

9.2. Медицинская или аптечная организация, с которой Страховщик заключил соответствующий договор на оказание Застрахованным лицам услуг в случае отсутствия у него по преискуранту и (или) роду деятельности (специализации) соответствующих услуг может организовать оказание их в других медицинских или аптечных организациях. При этом письменное согласие Страховщика является обязательным, если иное не предусмотрено договором между Страховщиком и медицинской и (или) аптечной организацией.

9.3. Если Застрахованному лицу показаны лечебно-диагностические мероприятия, выходящие за рамки программы страхования, обусловленной договором, Страховщик не несет обязанностей по решению вопросов их назначения и финансирования.

9.4. Вся медицинская документация выдается медицинскими организациями Застрахованным лицам на общих основаниях согласно действующему законодательству Российской Федерации.

10. СТРАХОВАЯ ВЫПЛАТА

10.1. Страховая выплата осуществляется в пределах страховой суммы в виде:

10.1.1. оплаты медицинских и иных услуг, оказанных при наступлении страхового случая и предусмотренных программой и (или) договором страхования, и оплаты организации их оказания, медицинским и (или) аптечным организациям, перечисленным в договоре страхования;

10.1.2. компенсации расходов Застрахованного лица (Страхователя), понесенных им при получении медицинских и иных услуг, оказанных при наступлении страхового случая и предусмотренных программой и (или) договором страхования, Страховщик производит оплату услуг только по тем страховым случаям, которые предусмотрены программой и (или) договором страхования, при предоставлении соответствующих документов.

Договор страхования может предусматривать осуществление страховой выплаты как в виде, установленном п.10.1.1., так и в видах, установленных п.п. 10.1.1. и 10.1.2. одновременно.

Выбор вида осуществления страховой выплаты производится при заключении договора страхования.

10.2. Порядок и условия осуществления страховых выплат медицинским и (или) аптечным организациям определяются соответствующими договорами, заключенными Страховщиком с ними.

10.3. Для получения страховой выплаты в форме компенсации расходов, понесенных с целью получения медицинских и иных услуг, Застрахованное лицо (Страхователь) обращается к Страховщику с заявлением и предъявляет договор страхования или страховой полис, а также документ, удостоверяющий его личность.

К заявлению должны быть приложены:

а) документы, подтверждающие оказание Застрахованному лицу соответствующих услуг (акт об оказании медицинских и иных услуг, счет-реестр медицинской организации, или заключение о проведенном обследовании или лечении, выписка из истории болезни, результаты обследования, амбулаторная карта, рецепты лечащего врача и др.);

б) документ, свидетельствующий об оплате Застрахованным лицом или Страхователем медицинских и иных услуг, предусмотренных программой страхования (копии платежных поручений, приходные ордера, кассовые и товарные чеки и др.).

10.4.Размер страховой выплаты равен стоимости медицинских и иных услуг, оказанных в соответствии с программой страхования, и стоимости организации их оказания, за вычетом франшизы (если она предусмотрена договором страхования), но не превышает страховой суммы.

10.5.При первичном выявлении заболеваний, указанных в списке исключений из страхового покрытия, или установлении Застрахованному лицу I-II группы инвалидности в течение срока действия договора страхования, Страховщик оплачивает стоимость медицинских и иных услуг, оказанных Застрахованному лицу до момента установления диагноза, либо установления инвалидности. В дальнейшем, оказание медицинских и иных услуг по выявленному заболеванию может быть исключено Страховщиком из страхового покрытия в отношении данного Застрахованного лица с уведомлением Страхователя и Застрахованного лица и заключением соответствующего дополнительного соглашения к договору, либо договор страхования может быть расторгнут Страховщиком в отношении данных лиц с момента установления диагноза.

10.6.Если срок действия договора страхования закончился, а лечение по текущему заболеванию Застрахованного лица не завершено, Страховщик оплачивает стоимость оказанных медицинских и иных услуг, и организации их оказания: при амбулаторном лечении – до окончания острого периода заболевания; при госпитализации – до выписки из стационара, но не более чем в течение 10 дней. Плановая госпитализация осуществляется не менее чем за 20 дней до окончания действия последнего установленного договором периода страхования.

10.7.Если стоимость медицинских и иных услуг (за вычетом франшизы) превышает страховую сумму, оказанные услуги оплачиваются в пределах страховой суммы.

10.8.Страховая выплата или уведомление об отказе в выплате производятся в течение 20-ти рабочих дней после получения Страховщиком необходимых документов (если договором страхования не установлен иной срок). Уведомление об отказе в страховой выплате направляется Застрахованному лицу (Страхователю), либо медицинской организации, либо аптечной организации, в зависимости от того, кто обратился за получением страховой выплаты.

10.9.Если страховая выплата не осуществлена в установленный срок по вине Страховщика, для него наступают последствия, предусмотренные законодательством Российской Федерации.

11. СЛУЧАИ ОТКАЗА В СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЕ

11.1.Страховщик вправе отказать в страховой выплате в следующих случаях:

11.1.1.Установлен факт передачи страхового полиса Застрахованного лица другому лицу для получения им медицинских и иных услуг;

11.1.2.Страхователь предоставил ложные или искаженные сведения о Застрахованном лице при заключении договора страхования;

11.1.3.Страховщик не был извещен в установленный п. 12.2.4. настоящих Правил срок о страховом случае, если не будет доказано, что Страховщик своевременно узнал о наступлении страхового случая либо что отсутствие у Страховщика сведений об этом не могло сказаться на его обязанности произвести страховую выплату;

11.1.4.Требование выплаты предъявлено по событиям, подпадающим под перечень исключений, установленных настоящими Правилами, договором и программами страхования.

11.1.5.Застрахованное лицо нарушало установленный медицинской организацией, из числа предусмотренных договором страхования, лечебный режим.

11.1.6.Застрахованное лицо отказывает Страховщику в праве ознакомиться с медицинской документацией, отражающей его историю заболевания, физическое и психическое состояние, диагноз и ход лечения.

11.1.7. Страхователь (Застрахованное лицо), медицинская организация или аптечная организация не предоставили Страховщику документы, необходимые для осуществления страховой выплаты.

11.2.Решение об отказе в страховой выплате сообщается в письменной форме с мотивированным обоснованием причин отказа в течение 20-ти рабочих дней после предоставления Страхователем (Застрахованным лицом), медицинской или аптечной организацией всех необходимых документов.

12.ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

12.1.Страхователь имеет право:

12.1.1.Требовать предоставления Застрахованным лицам медицинских и иных услуг в медицинских и (или) аптечных организациях, определенных в договоре страхования, в соответствии с договором и программами страхования.

12.1.2.При наступлении страхового случая требовать осуществления страховой выплаты в порядке, предусмотренном договором страхования.

12.1.3.Проверять соблюдение Страховщиком условий договора страхования.

12.1.4.Изменить условия договора страхования в течение срока его действия по согласованию со Страховщиком, в том числе:

12.1.5.увеличить страховую сумму, расширив перечень медицинских и иных услуг, предоставляемых по договору страхования, либо иным способом повысить уровень страхового обеспечения, заключив при этом дополнительное соглашение к договору страхования и уплатив дополнительный страховой взнос;

12.1.6.уменьшить страховую сумму и страховую премию по договору страхования по соглашению сторон и получить неиспользованную часть страховой премии за вычетом расходов Страховщика;

12.1.7.заявлять о внесении изменений в списки Застрахованных лиц (об исключении отдельных лиц из списков, о дополнении списков новыми лицами).

12.1.8.Расторгнуть договор страхования, обратившись к Страховщику с письменным заявлением об отказе от страхования, не менее чем за 3 месяца до предполагаемой даты расторжения, за исключением случая, предусмотренного п. 12.1.9 настоящих Правил.

12.1.9. Отказаться от договора страхования, обратившись к Страховщику с письменным заявлением об отказе от договора страхования в течение пяти рабочих дней со дня его заключения, если более длительный срок не установлен в договоре страхования, независимо от момента уплаты страховой премии, при отсутствии в данном периоде событий, имеющих признаки страхового случая.

12.1.10.Получить дубликат страхового полиса в случае его утраты. При утрате полиса (или его дубликата) Страхователь оплачивает Страховщику стоимость изготовления дубликата полиса. Стоимость изготовления дубликата полиса устанавливается внутренними распорядительными документами Страховщика.

12.2.Страхователь обязан:

12.2.1.Своевременно и в полном объеме уплачивать обусловленные договором страхования страховую премию (страховые взносы).

12.2.2.Ознакомить Застрахованных лиц с условиями договора страхования и настоящими Правилами и выдать Застрахованным лицам переданные Страховщиком страховые полисы.

12.2.3.Обеспечить сохранность документов по договору страхования.

12.2.4. В течение 30-ти календарных дней, если договором страхования не предусмотрено иное, известить Страховщика о наступлении события, которое может быть квалифицировано как страховой случай, предусматривающий компенсацию расходов Застрахованного лица (Страхователя) понесенных им при получении медицинских и иных услуг, в том случае, когда договором страхования предусмотрена страховая выплата в форме полной или частичной компенсации расходов Застрахованного лица (Страхователя) понесенных им при получении медицинских и иных услуг.

12.2.5. При заключении договора страхования сообщить Страховщику известные Страхователю обстоятельства, имеющие существенное значение для определения вероятности наступления страхового случая и (или) размера возможных убытков от его наступления. Не позднее десяти рабочих дней с момента изменения вышеуказанных обстоятельств, известить Страховщика о произошедших изменениях (ухудшение здоровья, перевод на производство с вредными условиями труда и т.п.).

12.2.6. Известить Страховщика о непредоставлении, несвоевременном, неполном или некачественном предоставлении медицинских и иных услуг, предусмотренных договором страхования, в течение 3-х дней с момента возникновения указанных обстоятельств.

12.2.7. Исполнение обязанностей Страхователя, предусмотренных п.п. 12.2.4 – 12.2.6 Правил, может быть возложено договором страхования на Застрахованное лицо.

12.2.8. Возместить по требованию Страховщика расходы, понесенные им в случае оплаты счетов за медицинские и иные услуги, оказанные незастрахованному лицу по вине Страхователя или Застрахованного лица.

12.2.9. Получить от Застрахованных лиц письменные согласия на обработку их персональных данных в целях исполнения договора страхования, в соответствии с пунктом 15.1. настоящих Правил и требованиями действующего законодательства Российской Федерации.

12.2.10. По запросу Страховщика предоставить ему указанные в п. 12.2.9. настоящих Правил письменные согласия Застрахованных лиц.

12.3. Застрахованное лицо имеет право:

12.3.1. Требовать предоставления медицинских и иных услуг в соответствии с условиями договора страхования в перечисленных в нем медицинских и (или) аптечных организациях.

12.3.2. Выбрать для прикрепления любую медицинскую / аптечную организацию из перечисленных в договоре страхования, лечащего врача из числа врачей, привлекаемых для осуществления программы страхования, и менять их не чаще одного раза в квартал, если договором не предусмотрено иное.

12.3.3. Обращаться к Страховщику за разъяснениями по особенностям оказания медицинских и иных услуг, а также при возникновении спорных ситуаций в связи с оказанием таких услуг.

12.3.4. Исполнить обязанности Страхователя по оплате страховой премии (взноса) частично или полностью.

12.3.5. Выполнить обязанности Страхователя, предусмотренные п.п. 12.2.4 – 12.2.6 настоящих Правил.

12.3.6. Принять на себя обязанности Страхователя, а также приобрести все его права в случае смерти Страхователя - физического лица, ликвидации Страхователя - юридического лица или индивидуального предпринимателя в порядке, предусмотренном законодательством.

12.3.7. Получить дубликат страхового Полиса в случае его утраты. При утрате Полиса (или его дубликата) Застрахованное лицо оплачивает Страховщику стоимость изготовления дубликата Полиса. Стоимость изготовления дубликата Полиса устанавливается внутренними распорядительными документами Страховщика.

12.3.8.Получить доступ к своим персональным данным, обрабатываемым Страховщиком.

12.4.Застрахованное лицо обязано:

12.4.1.При заключении договора страхования пройти предварительное медицинское освидетельствование, если на это есть требование Страховщика. В случае отказа Застрахованного лица от исполнения этой обязанности Страховщик вправе отказаться от заключения договора страхования.

12.4.2.Соблюдать предписания лечащего врача, полученные в ходе предоставления медицинских и иных услуг.

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

12.4.4.Незамедлительно известить Страховщика об утрате страхового полиса. Утраченный документ признается недействительным и не может являться основанием для получения медицинских и иных услуг в соответствии с договором страхования.

12.4.5.Исполнить обязанности Страхователя, предусмотренные п.п. 12.2.4 – 12.2.6, если они возложены на него договором страхования.

12.5.Страховщик имеет право:

12.5.1.При заключении договора страхования потребовать представления лицами, подлежащими страхованию, сведений, позволяющих судить о степени вероятности наступления страхового случая и (или) размера убытков от его наступления по заключаемому договору, в том числе о состоянии их здоровья.

12.5.2.Проверить достоверность сведений, предоставленных при заключении договора Страхователем или лицом, в отношении которого заключается договор страхования.

12.5.3. Отказать Страхователю в заключении договора страхования в случае предоставления Страхователем или лицом, в отношении которого заключается договор страхования, ложных, неточных или неполных сведений.

12.5.4.Если после заключения договора страхования будет установлено, что Страхователь (Застрахованное лицо) при заключении договора сообщил Страховщику заведомо ложные сведения, Страховщик вправе потребовать признания договора недействительным и применения последствий его недействительности, за исключением случая, когда обстоятельства, о которых умолчал Страхователь (Застрахованное лицо), уже отпали.

12.5.5.Ознакомиться с медицинской документацией Застрахованного лица, отражающей историю его заболевания, физическое и психическое состояние, диагноз, и ход лечения, а также использовать данную информацию для решения вопросов, связанных с реализацией Договора страхования, оплатой оказанных Застрахованному лицу медицинских и иных услуг, их организации, защитой прав Застрахованного лица.

12.5.6.Если в течение срока действия договора страхования у Застрахованных лиц выявляются заболевания или состояния, указанные в п. 4.1 настоящих Правил, а также в исключениях из страхового покрытия, установленных программами страхования, то оказание медицинских и иных услуг по выявленному заболеванию может быть исключено Страховщиком из страхового покрытия в отношении данного Застрахованного лица с уведомлением Страхователя и Застрахованного лица и заключением соответствующего дополнительного соглашения к договору, либо договор страхования может быть расторгнут Страховщиком в отношении данных лиц с момента установления диагноза.

12.5.7.Проверять исполнение Страхователем и Застрахованным лицом требований договора страхования.

12.5.8.Проводить экспертизу обоснованности, объема и качества оказанных медицинских услуг, включая экспертизу соответствия лекарственной помощи стандартам медикаментозного лечения.

12.5.9.Потребовать изменения условий договора страхования или уплаты дополнительной страховой премии при получении уведомления об обстоятельствах, влекущих увеличение вероятности наступления страхового случая и(или) размера убытков от его наступления. Если Страхователь возражает против изменения условий договора страхования или доплаты страховой премии, Страховщик вправе потребовать расторжения договора и возмещения убытков, причиненных его расторжением и увеличением степени риска.

12.5.10.Отказать в оплате медицинских и иных услуг, и их организации в случаях, предусмотренных настоящими Правилами или договором страхования.

12.5.11.Отложить решение вопроса о произведении или отказе в страховой выплате в случае возбуждения уголовного дела в отношении Застрахованного лица по факту событий, приведших к травматическому повреждению или иному расстройству здоровья Застрахованного лица, до принятия решения органами государственной власти.

12.5.12.При наличии обоснованных сомнений в подлинности документов, подтверждающих наступление страхового случая, отложить решение вопроса о страховой выплате до установления подлинности указанных документов.

12.5.13.Досрочно прекратить действие договора страхования в отношении Застрахованного лица в случае выявления факта передачи им другому лицу страхового полиса (договора страхования) с целью получения последним медицинских и иных услуг. Возврат страховых взносов в этом случае не производится.

12.5.14.Расторгнуть договор страхования в случае неисполнения Страхователем (Застрахованным лицом) обязанности по сообщению Страховщику сведений об обстоятельствах, влекущих увеличение вероятности наступления страхового случая и (или) размера убытков от его наступления. Страховщик не вправе требовать расторжения договора, если вышеуказанные обстоятельства уже отпали.

12.5.15.В одностороннем порядке уменьшить размер страховой премии (до фактически уплаченной) и пропорционально уменьшить размер страховой суммы, указанной в договоре страхования (с учетом произведенных страховых выплат), в случае неполной уплаты страховой премии в сроки, установленные договором. Если Страхователь возражает против изменения условий договора страхования Страховщик вправе потребовать расторжения договора и возмещения убытков, причиненных его расторжением.

12.6.Страховщик обязан:

12.6.1.До заключения договора страхования ознакомить Страхователя с Правилами и программами страхования.

12.6.2.При заключении договора коллективного страхования в течение 10 рабочих дней с момента вступления договора коллективного страхования в силу выдать на каждое Застрахованное лицо страховой полис с приложением Правил и программ страхования, списка медицинских и (или) аптечных организаций, в которые Застрахованное лицо может обратиться за оказанием медицинских и иных услуг;

12.6.3.Защищать права Застрахованных лиц в отношениях с медицинскими / аптечными организациями в рамках договора страхования.

12.6.4.При наступлении страхового случая произвести:

- оплату медицинских и иных услуг, предусмотренных программой (программами) страхования, медицинской / аптечной организации, оказавшей такие услуги, и организации их оказания;

- либо возместить Застрахованному лицу (Страхователю) расходы, понесенные им для получения медицинских и иных услуг, предусмотренных программой (программами) страхования.

12.6.5. В случае отсутствия возможности предоставления Застрахованному лицу медицинских и иных услуг, предусмотренных программой страхования в медицинской и (или) аптечной организации, определенной Договором страхования, организовать предоставление необходимых и соответствующих по объему и качеству услуг Застрахованному лицу на базе иных медицинских и (или) аптечных организаций соответствующего профиля, имеющих договорные отношения со Страховщиком и определенных по усмотрению Страховщика.

12.6.6. Соблюдать тайну страхования. Страховщик несет ответственность за разглашение тайны страхования, включая врачебную тайну, его работниками в соответствии с законодательством Российской Федерации.

13. ПРЕКРАЩЕНИЕ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ

13.1. Договор страхования прекращает действие в следующих случаях:

13.1.1. Окончание срока действия договора;

13.1.2. Исполнение Страховщиком обязательств по договору в полном объеме;

13.1.3. Смерть Застрахованного лица (при индивидуальном договоре страхования);

13.1.4. Смерть Страхователя – физического лица, являющегося одновременно Застрахованным лицом;

13.1.5. Смерть Страхователя – физического лица, заключившего договор о страховании третьего лица, если Застрахованное или иное лицо не приняли на себя исполнение обязанностей Страхователя по уплате страховых взносов;

13.1.6. Ликвидация Страхователя – юридического лица или индивидуального предпринимателя, если Застрахованное или иное лицо не приняли на себя исполнение обязанностей Страхователя по уплате страховых взносов;

13.1.7. Ликвидация Страховщика;

13.1.8. Отказ Страхователя от уплаты дополнительной страховой премии при увеличении вероятности наступления страхового случая и(или) размера убытков от его наступления;

13.1.9. По соглашению сторон;

13.1.10. По требованию одной из сторон;

13.1.11. Отказ Страхователя от договора страхования в течение четырнадцати календарных дней со дня его заключения, если более длительный срок не установлен в договоре страхования, независимо от момента уплаты страховой премии, при отсутствии в данном периоде событий, имеющих признаки страхового случая.

13.1.12. В других случаях, предусмотренных законодательством Российской Федерации и настоящими Правилами.

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

13.3. Действие коллективного договора страхования может быть прекращено в отношении отдельного Застрахованного лица (в случае отказа от страхования, увольнения и т.д.) при продолжении действия в отношении других Застрахованных лиц, если договором страхования не предусмотрено иное.

В случае досрочного прекращения действия коллективного договора страхования в части одного или нескольких застрахованных лиц по инициативе Страхователя, неиспользованная страховая премия за этих лиц определяется как страховая премия за этих лиц за оставшийся до окончания действия договора срок, за вычетом расходов Страховщика, если договором страхования не предусмотрено иное.

В случае досрочного прекращения действия коллективного договора страхования в части одного или нескольких застрахованных лиц по инициативе Страхователя, неиспользованная страховая премия за этих лиц возврату не подлежит, но может быть зачтена Страховщиком при последующем страховании новых лиц в рамках этого же действующего договора страхования и/или учтена им при оплате последующих страховых взносов по тому же договору, если договором страхования не предусмотрено иное.

13.4. При досрочном прекращении действия договора страхования по основаниям, указанным в п.п. 13.1.3, 13.1.6, 13.1.7, 13.1.9, 13.1.10, 13.1.12, 13.2 Страховщик возвращает Страхователю часть страховой премии (за оставшийся до окончания действия договора срок, за вычетом расходов Страховщика), если договором страхования не предусмотрено иное.

При досрочном отказе Страхователя от договора страхования уплаченная Страховщику страховая премия не подлежит возврату, если договором страхования не предусмотрено иное, за исключением случаев, предусмотренных пунктами 13.7, 13.8 настоящих Правил..

13.5. При досрочном прекращении действия договора страхования по основаниям, указанным в п.п. 13.1.4, 13.1.5. Страховщик возвращает часть страховой премии (за оставшийся до окончания действия договора срок, за вычетом расходов Страховщика) законным наследникам Страхователя, если это предусмотрено договором страхования.

13.6. При прекращении действия договора страхования по основаниям, указанным в п. 13.1.9. до начала периода страхования, Страховщик вправе вернуть Страхователю оплаченную им страховую премию за данный период в полном размере.

13.7. При прекращении действия договора страхования по основанию, указанному в п. 13.1.11, в случае если Страхователь отказался от договора страхования в срок, установленный п. 13.1.11, и до даты возникновения обязательств Страховщика по заключенному договору страхования (далее - дата начала действия страхования), Страховщик возвращает Страхователю уплаченную им страховую премию в полном размере.

13.8. При прекращении действия договора страхования по основанию, указанному в п. 13.1.11, в случае если Страхователь отказался от договора страхования в срок, установленный п. 13.1.11, но после даты начала действия страхования, Страховщик при возврате уплаченной страховой премии Страхователю вправе удержать ее часть пропорционально сроку действия договора страхования, прошедшему с даты начала действия страхования до даты прекращения действия договора страхования.

13.9. При прекращении действия договора страхования по основанию, указанному в п. 13.1.11, договор страхования считается прекратившим свое действие с даты получения Страховщиком письменного заявления Страхователя об отказе от договора страхования или иной даты, установленной по соглашению сторон, но не позднее срока, определенного в соответствии с п. 13.1.11.

13.10. При прекращении действия договора страхования по основанию, указанному в п. 13.1.11, возврат страховой премии осуществляется по выбору Страхователя наличными деньгами или в безналичном порядке в срок, не превышающий 10 рабочих дней со дня получения Страховщиком письменного заявления

13.11. Во всех случаях прекращения договора страхования Страхователь обязан вернуть Страховщику страховые полисы.

14. НЕДЕЙСТВИТЕЛЬНОСТЬ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ

14.1. Договор страхования может быть признан недействительным с момента его заключения по основаниям, предусмотренным Гражданским Кодексом Российской Федерации.

14.2. При недействительности договора страхования каждая из сторон обязана вернуть другой все полученное по нему, если иные последствия недействительности договора не предусмотрены законом.

14.3. Признание договора страхования недействительным осуществляется в соответствии с нормами гражданского законодательства Российской Федерации.

15. ПЕРСОНАЛЬНЫЕ ДАННЫЕ

15.1. Заключая договор страхования на основании настоящих Правил, Страхователь подтверждает получение согласия Застрахованных лиц на обработку их персональных данных Страховщиком, медицинскими и аптечными организациями, врачами-экспертами в целях исполнения договора страхования, в том числе для решения вопросов, связанных с осуществлением страховых выплат, контролем качества медицинских услуг и защитой прав Застрахованных лиц.

15.2. Согласие на обработку персональных данных с использованием средств автоматизации и без использования таких средств действительно в течение срока действия договора страхования и в течение 5 (Пяти) лет после окончания действия договора страхования.

15.3. В случае отзыва Застрахованным лицом своего согласия на обработку персональных данных действие договора страхования в отношении такого лица прекращается, а уплаченная Страховщику страховая премия за данное застрахованное лицо не подлежит возврату Страхователю или зачету при последующем страховании новых лиц.

16. ПОРЯДОК РАЗРЕШЕНИЯ СПОРОВ

16.1. Качество оказания медицинских и иных услуг, соответствие их условиям, предусмотренным в договоре страхования, контролируется Страховщиком.

16.2. В случае отказа медицинской и(или) аптечной организации от оказания медицинских и иных услуг, некачественного оказания таких услуг, Застрахованное лицо (Страхователь) может обратиться к Страховщику с заявлением о нарушении его прав по договору страхования. Заявление Застрахованного лица (Страхователя) рассматривается в соответствии с локальными нормативными документами Страховщика. При недостижении согласия по результатам рассмотрения заявления может быть создана согласительная комиссия из представителей Страховщика и медицинской и (или) аптечной организации. По требованию одной из сторон к участию в рассмотрении заявления могут быть привлечены независимые эксперты.

16.3. В других случаях споры, связанные с исполнением договора страхования, разрешаются в порядке, установленном действующим законодательством Российской Федерации.

16.4. Иск по требованиям, вытекающим из договора страхования, может быть предъявлен Страховщику в сроки, предусмотренные гражданским законодательством Российской Федерации.