



**ОБЩЕСТВО С ОГРАНИЧЕННОЙ ОТВЕТСТВЕННОСТЬЮ  
«СТРАХОВАЯ КОМПАНИЯ «СОГЛАСИЕ» (ООО «СК «Согласие»)**



**УТВЕРЖДАЮ**

**Генеральный директор**

**ООО «СК «Согласие»**

*М.А. Тихонова* **М.А. Тихонова**

**июня 2019 года**

*Предыдущая редакция:*

*Приказ от 07.08.2018 № 20-1/438*

Код правил страхования: 400

**П Р А В И Л А  
ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ**

**Москва  
2019**

## ОГЛАВЛЕНИЕ

ОПРЕДЕЛЕНИЯ.....	3
1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ.....	4
2. СУБЪЕКТЫ СТРАХОВАНИЯ.....	6
3. ОБЪЕКТ СТРАХОВАНИЯ.....	6
4. СТРАХОВЫЕ РИСКИ. СТРАХОВЫЕ СЛУЧАИ.....	6
5. СТРАХОВАЯ СУММА. СТРАХОВАЯ ПРЕМИЯ. СТРАХОВОЙ ТАРИФ. ФРАНШИЗА.....	8
6 . ПОРЯДОК ЗАКЛЮЧЕНИЯ, ИСПОЛНЕНИЯ, ПРЕКРАЩЕНИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ ..	10
7. ИЗМЕНЕНИЕ СТРАХОВОГО РИСКА.....	14
8. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН.....	15
9. ПОРЯДОК ОПРЕДЕЛЕНИЯ СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЫ.....	18
10. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТРАХОВЩИКА, ЗАСТРАХОВАННОГО ЛИЦА.....	21
11. ИСКОВАЯ ДАВНОСТЬ. ПОРЯДОК РАЗРЕШЕНИЯ СПОРОВ.....	21

## ОПРЕДЕЛЕНИЯ

Медицинская организация (медицинское учреждение) – юридическое лицо независимо от организационно-правовой формы, осуществляющее в качестве основного (уставного) вида деятельности, а также наряду с основной (уставной) деятельностью, медицинскую деятельность на основании лицензии (разрешения), выданной в законодательно установленном порядке: лечебно-профилактические учреждения, научно - исследовательские и медицинские институты, другие учреждения, оказывающие медицинскую помощь. Вместе с тем, к медицинским организациям приравниваются индивидуальные предприниматели, практикующие врачи, иные физические лица, осуществляющие медицинскую деятельность в законодательно установленном порядке.

Лечебно-профилактические учреждения (медицинские учреждения) включают в себя: больничные учреждения, диспансеры, амбулаторно-поликлинические учреждения, учреждения скорой и неотложной медицинской помощи, учреждения охраны материнства и детства, санаторно-курортные учреждения, центры, клиники и другие учреждения.

Медицинская помощь – комплекс мероприятий, направленных на поддержание и (или) восстановление здоровья и включающих в себя предоставление медицинских услуг.

Медицинские услуги – медицинское вмешательство или комплекс медицинских вмешательств, направленных на профилактику, диагностику и лечение заболеваний, медицинскую реабилитацию и имеющих самостоятельное законченное значение.

Медицинское вмешательство – выполняемые медицинским работником по отношению к пациенту, затрагивающие физическое или психическое состояние человека и имеющие профилактическую, исследовательскую, диагностическую, лечебную, реабилитационную направленность виды медицинских обследований и (или) медицинских манипуляций.

Профилактика – комплекс мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннее выявление, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания.

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

Заболевание – возникающее в связи с воздействием патогенных факторов нарушение деятельности организма, работоспособности, способности адаптироваться к изменяющимся условиям внешней и внутренней среды при одновременном изменении защитно-компенсаторных и защитно-приспособительных реакций и механизмов организма.

Лечение – комплекс медицинских вмешательств, выполняемых по назначению медицинского работника, целью которых является устранение или

облегчение проявлений заболевания или заболеваний либо состояний пациента, восстановление или улучшение его здоровья, трудоспособности и качества жизни.

Лечащий врач – врач - сотрудник одного из базовых медицинских учреждений Программы добровольного медицинского страхования, на которого возложены функции по организации и непосредственному оказанию пациенту медицинской помощи в период наблюдения за ним и его лечения.

Под иными услугами в рамках настоящих Правил добровольного медицинского страхования понимаются медицинские сервисные услуги, бытовые услуги, информационные услуги (услуги по обмену медицинской информацией, телеконсультации), дополнительно представляемые при оказании медицинской помощи.

Врачебная ошибка – непреднамеренная ошибка или упущение, совершенное медицинским персоналом медицинского учреждения при оказании медицинской помощи (медицинских услуг) пациенту и повлекшая вред здоровью (расстройство здоровья/ заболевание) пациента, подтвержденное официальными документами – вступившим в законную силу решением суда.

Срок страхования – период времени, установленный договором страхования, в течение которого произошедшее событие, признанное Страховщиком страховым случаем, влечет за собой обязанность Страховщика осуществить страховую выплату.

Период ожидания – период времени, между датой вступления договора страхования в силу и датой начала срока страхования, в течение которого документально подтвержденное обращение Застрахованного лица за медицинскими и иными услугами не является страховым случаем. Период ожидания может быть определен в договоре страхования по соглашению сторон.

Программа добровольного медицинского страхования – гарантированный к оплате по договору страхования перечень видов медицинской помощи, включающий медицинские и иные услуги, оказываемые Застрахованному лицу при наступлении страхового случая.

Вариант страхования – совокупность Программ добровольного медицинского страхования, видов и объема медицинских и иных услуг, перечня медицинских учреждений в рамках договора добровольного медицинского страхования.

Лимит ответственности – денежная сумма, в пределах которой Страховщик обязан произвести страховую выплату, соответственно условиям договора страхования.

Франшиза – часть убытков, которая договором страхования, не подлежит возмещению Страховщиком Страхователю или иному лицу, интерес которого застрахован в соответствии с условиями договора страхования.

## **1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ**

1.1. В соответствии с Гражданским кодексом Российской Федерации, Законом Российской Федерации от 27.11.1992 № 4015-1 «Об организации страхового дела в Российской Федерации», Федеральным законом от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», иными нормативно-правовыми актами, на основании настоящих Правил добровольного медицинского страхования (далее – «Правила»), Страховщик заключает Договоры добровольного медицинского страхования (далее – «договор страхования») со Страхователем.

1.2. Настоящие Правила определяют общие условия и порядок осуществления добровольного медицинского страхования. По всем вопросам, не урегулированным

настоящими Правилами, стороны руководствуются действующим законодательством Российской Федерации.

1.3. Правила страхования являются неотъемлемой частью договора страхования. При заключении договора страхования Страхователь и Страховщик могут договориться об изменении или исключении отдельных положений настоящих Правил и об их дополнении.

1.4. Условия, содержащиеся в настоящих Правилах и не включенные в текст договора страхования (страхового полиса), обязательны для Страхователя/Застрахованного лица, если в договоре страхования (страховом полисе) прямо указывается на применение таких Правил и сами Правила изложены в одном документе с договором страхования (страховым полисом) или на его оборотной стороне либо приложены к нему. В последнем случае вручение Страхователю при заключении договора страхования Правил должно быть удостоверено записью в договоре страхования.

1.5. По договору страхования Страховщик обязуется за обусловленную договором плату (страховую премию) организовать и финансировать предоставление Застрахованным лицам медицинских и иных услуг в согласованном сторонами договора страхования (согласованных) медицинском учреждении (медицинских учреждениях) или в медицинском учреждении, помимо предусмотренных договором страхования, если это обращение организовано и/или согласовано Страховщиком, в объеме и качестве соответствующим условиям Программ добровольного медицинского страхования.

1.6. Страхованию не подлежат, если иное не предусмотрено договором страхования, лица, которые на момент заключения договора страхования находятся на стационарном лечении на дату заключения договора страхования.

Если после заключения договора страхования будет установлено, что договор страхования был заключен в отношении указанных выше лиц, Страховщик вправе исключить их из списка Застрахованных лиц (в случае заключения договора страхования в отношении нескольких Застрахованных лиц), потребовать уплаты дополнительной страховой премии или признать договор страхования недействительным в отношении такого лица в соответствии с законодательством Российской Федерации.

1.7. Страховщик не вправе разглашать полученные сведения о Страхователе, Застрахованном лице, состоянии их здоровья, имущественном положении. За нарушение тайны страхования Страховщик, в зависимости от рода нарушенных прав и характера нарушения, несет ответственность в порядке, предусмотренном законодательством Российской Федерации.

1.8. Добровольное медицинское страхование осуществляется на основе Программ добровольного медицинского страхования (Приложение 3) и обеспечивает Застрахованным лицам в соответствии с настоящими Правилами и договором страхования возмещение затрат на получение медицинских и иных услуг.

1.9. На основе настоящих Правил Страховщик вправе разрабатывать Условия страхования, являющиеся Приложением к ним. В случае заключения договора страхования на основании Условий страхования, если они содержат положения отличные от положений настоящих Правил страхования, приоритет имеют положения Условий страхования.

## **2. СУБЪЕКТЫ СТРАХОВАНИЯ**

2.1. Страховщик - Общество с ограниченной ответственностью «Страховая Компания «Согласие» (ООО «СК «Согласие») - страховая организация, созданная в соответствии с законодательством Российской Федерации для осуществления деятельности по страхованию и получившая лицензию на осуществление соответствующего вида страховой деятельности в законодательно установленном порядке.

2.2. Страхователь - дееспособное физическое лицо, индивидуальный предприниматель или юридическое лицо любой организационно-правовой формы, заключившие со Страховщиком договор страхования.

2.3. Застрахованное лицо - физическое лицо, в пользу которого заключается договор страхования в возрасте от 0 (нуля) до 75 (семидесяти пяти) лет, если договором страхования не предусмотрено иное.

Договор страхования, в соответствии с настоящими Правилами, может быть заключен в пользу нескольких Застрахованных лиц, в этом случае к договору страхования должен быть приложен список Застрахованных лиц.

## **3. ОБЪЕКТ СТРАХОВАНИЯ**

3.1. Объектами медицинского страхования являются имущественные интересы (все в совокупности или каждые в отдельности), связанные с оплатой организации и оказания медицинской и лекарственной помощи (медицинских услуг) и иных услуг вследствие расстройства здоровья Застрахованного лица или состояния Застрахованного лица, требующих организации и оказания таких услуг; проведения профилактических мероприятий, снижающих степень опасных для жизни или здоровья Застрахованного лица угроз и (или) устраняющих их.

## **4. СТРАХОВЫЕ РИСКИ. СТРАХОВЫЕ СЛУЧАИ**

4.1. Страховым риском является предполагаемое событие, на случай наступления которого проводится страхование. В соответствии с настоящими Правилами страховым риском является риск возникновения затрат на получение медицинских и иных услуг.

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

4.2.1. Страховым случаем в соответствии с настоящими Правилами являются документально подтвержденное обращение Застрахованного лица в медицинское учреждение из числа предусмотренных договором страхования и/или в иные медицинские учреждения, помимо предусмотренных договором страхования, если это обращение организовано и/или согласовано Страховщиком, произошедшее в течение срока страхования при условии, что Застрахованное лицо обратилось:

4.2.1.1. вследствие расстройства здоровья или при таком состоянии здоровья, которое требует получения медицинской помощи (медицинских услуг) и иных услуг, включенных в Программу добровольного медицинского страхования;

4.2.1.2. за получением медицинской (лечебной, в том числе - лекарственной, диагностической, консультативной, реабилитационно-восстановительной, оздоровительной, профилактической, иммунопрофилактической и другой, указанной в Программе добровольного медицинского страхования помощи), при условии включения ее в Программу добровольного медицинского страхования.

4.3. Количество используемых методов диагностики и лечения из числа перечисленных в соответствующей Программе добровольного медицинского страхования может быть ограничено или расширено по соглашению между Страхователем и Страховщиком.

4.4. Перечень видов медицинской помощи, в том числе медицинских и иных услуг по договору страхования устанавливается по соглашению между Страхователем и Страховщиком в соответствии с Программой (Программами) добровольного медицинского страхования.

4.4.1. Перечень отдельных видов медицинской помощи, в том числе отдельных медицинских и иных услуг и порядок её предоставления Застрахованным лицам может быть установлен по соглашению между Страхователем и Страховщиком договором страхования (дополнительным соглашением к договору страхования) или Программой добровольного медицинского страхования.

4.5. Договор страхования может быть заключен как на условиях одной Программы добровольного медицинского страхования, так и нескольких Программ добровольного медицинского страхования, так и комбинироваться из нескольких Программ добровольного медицинского страхования.

4.6. Если иное не предусмотрено договором страхования, не является страховым случаем:

4.6.1. обращение Застрахованного лица за получением медицинских и иных услуг: не предусмотренных договором страхования; не назначенных врачом как медицински необходимые и целесообразные; выполняемых по желанию Застрахованного лица;

4.6.2. обращение Застрахованного лица за получением медицинских и иных услуг в связи с патологическими состояниями и травмами, возникшими или полученными в состоянии алкогольного, наркотического, токсического опьянения, а также в период нахождения под воздействием иных психоактивных веществ;

4.6.3. обращение Застрахованного лица за получением медицинских и иных услуг в связи с получением травматического повреждения или иного расстройства здоровья, наступившего в результате совершения Застрахованным лицом противоправных действий;

4.6.4. обращение Застрахованного лица за получением медицинских и иных услуг, связанных с пластической, реконструктивной и эстетической (косметической) хирургией;

4.6.5. обращение Застрахованного лица за получением медицинских и иных услуг, связанных с преодолением последствий травм или оперативных вмешательств, произошедших вне непрерывного периода действия договора страхования со Страховщиком;

4.6.6. иные исключения, прямо предусмотренные в Программах добровольного медицинского страхования и Перечне исключений в Программах добровольного медицинского страхования.

4.7. Страховщик освобождается от выплаты страхового возмещения, когда страховой случай наступил вследствие:

4.7.1. воздействия ядерного взрыва, радиации или радиоактивного заражения;

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

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

4.8. При наступлении обстоятельств непреодолимой силы (форс-мажор), то есть чрезвычайных и непредотвратимых при данных условиях, Страховщик вправе приостановить выполнение обязательств по договору страхования на время действия таких обстоятельств, если иные правовые последствия не предусмотрены договором страхования.

4.8.1. Под обстоятельствами непреодолимой силы понимаются: введение чрезвычайного или особого положения, бунты, путчи, государственные перевороты, заговоры, восстания, революции, эпидемии, стихийные природные бедствия (землетрясения, наводнения, смерчи, обвалы, извержения вулканов, снежные завалы и иные стихийные бедствия), признанные таковыми в установленном законодательством Российской Федерации порядке.

## **5. СТРАХОВАЯ СУММА. СТРАХОВАЯ ПРЕМИЯ. СТРАХОВОЙ ТАРИФ. ФРАНШИЗА**

5.1. Страховой суммой является определенная договором страхования денежная сумма, исходя из которой, устанавливаются размер страховой премии и страховой выплаты при наступлении страхового случая.

5.2. Страховая сумма по договору страхования устанавливается Страховщиком и Страхователем по соглашению сторон исходя из определенных договором страхования условий, перечня и стоимости медицинских услуг в медицинских учреждениях, возраста, состояния здоровья Застрахованного лица, профессии (рода занятий) и иных показателей.

5.3. Страховая сумма устанавливается в рублях. По соглашению сторон в договоре страхования страховая сумма может быть указана в иностранной валюте в сумме, эквивалентной определенной сумме в долларах США/ евро или условных денежных единицах. В случае заключения договора страхования в сумме, эквивалентной определенной сумме в долларах США/ евро, условных денежных единицах все расчеты производятся в рублях по курсу Центрального Банка Российской Федерации на дату осуществления платежа/ курсу условной денежной единицы на день платежа, если иное не установлено договором страхования.

5.4. Под страховой премией понимается плата за страхование, которую Страхователь обязан уплатить Страховщику в порядке и сроки, установленные договором страхования.

5.5. При заключении договора страхования Страховщик применяет рассчитанные им по каждой Программе добровольного медицинского страхования страховые тарифы (Приложение 2), определяющие страховую премию, взимаемую с единицы страховой суммы, с учетом объекта страхования и характера страхового риска.

5.6. Законом Российской Федерации от 27.11.1992 № 4015-1 «Об организации страхового дела в Российской Федерации» осуществление оценки страхового риска возложено на Страховщика. В связи с этим, основываясь на базовых страховых тарифах (тарифных ставках), Страховщик, в каждом конкретном случае при заключении договора страхования, в зависимости от степени страхового риска и с учетом особенностей условий страхования вправе применять к базовым страховым тарифам (тарифным ставкам) повышающие и понижающие коэффициенты в диапазонах применения, указанных в Приложении 2 к настоящим Правилам. Страховой тариф по конкретному договору страхования определяется по соглашению сторон.

5.7. При определении размера страховой премии лицу, в отношении которого заключается договор страхования, может быть предложено заполнение декларации здоровья (медицинской анкеты). Сведения, указанные в заявлении о добровольном медицинском страховании или в декларации здоровья (медицинской анкете), подтверждаются подписью лица, заполнившего их. Исходя из существа заполненных сведений, Страховщик может, реализуя свое право на оценку страхового риска при заключении договора страхования, запросить уточняющую информацию по согласованию с лицом, в пользу которого заключается договор страхования, а также направить на прохождение медицинского освидетельствования. В случае отказа от заполнения декларации здоровья (медицинской анкеты) или прохождения медицинского обследования, объем которого определяется Страховщиком, Страховщик имеет право отказать Страхователю в заключении договора страхования.

5.8. Решение о конкретном размере повышающего или понижающего коэффициента, принимается Страховщиком после изучения и оценки декларации здоровья (медицинской анкеты), информации и документов, представленных Страхователем, в том числе результатов медицинского обследования (если оно проводилось), а также с учетом возраста, пола, состояния здоровья Застрахованного лица, профессии (рода деятельности) Застрахованного лица, количества Застрахованных лиц, категории медицинского учреждения, перечня медицинских и иных услуг и других обстоятельств, имеющих существенное значение для определении степени страхового риска, указанных в заявлении о добровольном медицинском страховании, медицинской анкете (декларации здоровья), договоре страхования и (или) письменном запросе Страховщика.

5.9. Страховая премия по договору страхования может быть оплачена Страхователем единовременно (разовым платежом) за весь срок действия договора страхования или в рассрочку страховыми взносами. Порядок оплаты страховой премии (страховых взносов) определяется в договоре страхования.

5.10. Страхователь обязан уплатить Страховщику страховую премию или первый страховой взнос (при уплате страховой премии в рассрочку) в 5-дневный срок со дня заключения договора страхования, если иное не предусмотрено договором страхования.

5.11. Датой оплаты страховой премии (страхового взноса) считается:

- при оплате наличными деньгами – дата документа о принятии денежных средств представителем Страховщика (дата приходно-кассового ордера либо квитанции формы А-7);
- при оплате безналичным путем юридических лиц – дата поступления денежных средств на расчетный счет Страховщика;
- при оплате безналичным путем физических лиц – дата подтверждения кредитной организацией, обслуживающей Страхователя, исполнения его распоряжения о переводе денежных средств на расчетный счет Страховщика.

5.12. Если иное не предусмотрено договором страхования, при заключении договора страхования на срок менее одного года страховая премия рассчитывается в следующем проценте от ее годового размера (при этом неполный месяц принимается за полный): при страховании на срок от 0 до 2-х месяцев – 50%; при страховании на срок от 3-х до 5-и месяцев – 65%; при страховании на срок от 6-и до 8-ми месяцев – 75%; при страховании на срок более 9-и месяцев – 100%.

5.13. Если иное не предусмотрено договором страхования, при заключении договора страхования на срок более одного года:

- в случае заключения договора страхования на несколько лет общая страховая премия по договору страхования в целом устанавливается как сумма страховых премий за каждый год;

- в случае страхования на год (несколько лет) и несколько месяцев страховая премия за указанные месяцы определяется как часть страховой премии за год и несколько месяцев в соответствии с пунктом 5.12. настоящих Правил.

5.14. В случае неуплаты Страхователем в установленный договором страхования срок страховой премии или первого страхового взноса договор страхования считается не вступившим в силу, если иное не предусмотрено договором страхования.

5.15. Договор страхования прекращается в случае неуплаты Страхователем очередного страхового взноса в установленные Договором страхования сроки и размере. Договор страхования прекращается по письменному уведомлению Страховщика со дня, следующего за днем, в который должен был быть уплачен очередной страховой взнос.

Если Страховщик не уведомил Страхователя о досрочном прекращении Договора страхования в связи с неуплатой Страхователем очередного страхового взноса, Страховщик вправе при определении размера подлежащего выплате страхового возмещения зачесть сумму просроченных страховых взносов.

В Договоре страхования могут быть определены иные последствия неуплаты в установленные сроки очередных страховых взносов.

5.16. В период действия договора страхования Страхователь по согласованию со Страховщиком вправе изменить перечень видов медицинской помощи, медицинских и иных услуг Программы добровольного медицинского страхования, а также перечень медицинских учреждений, предоставляющие медицинские и иные услуги по договору страхования с соответствующим перерасчетом страховой премии. Указанные изменения оформляются в письменной форме как дополнительное соглашение к договору страхования, которое подписывается сторонами.

5.17. По соглашению сторон в договор страхования может быть включено условие о франшизе: в виде определенного процента от страховой суммы или в фиксированном размере.

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

Вид и размер франшизы устанавливается договором страхования.

## **6. ПОРЯДОК ЗАКЛЮЧЕНИЯ, ИСПОЛНЕНИЯ, ПРЕКРАЩЕНИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ**

6.1. Договор страхования заключается на основании устного или письменного заявления Страхователя по форме установленной Страховщиком, содержащего данные, необходимые для заключения договора страхования.

6.2. Договор страхования заключается сроком на один год, если условиями договора страхования не предусмотрено иное.

6.3. Договор страхования вступает в силу в момент уплаты страховой премии (первого страхового взноса), если договором страхования не предусмотрено иное.

6.4. Договор страхования заключается в письменной форме путем составления одного документа либо вручения Страховщиком Страхователю страхового полиса, подписанного Страховщиком. В последнем случае согласие Страхователя заключить договор страхования на предложенных Страховщиком условиях подтверждается принятием от Страховщика страхового полиса.

Вместе с тем, составление одного документа (договора страхования) может быть удостоверено выдачей Застрахованному лицу страхового полиса, содержащего сведения, которые указаны в договоре страхования.

Страховой полис выдается Страховщиком Страхователю в течение 5 (пяти) рабочих дней, после вступления договора страхования в силу, если договором страхования не установлено иное.

6.5. В связи с тем, что конкурсная документация и иные документы, представляемые Страховщику для заключения договора страхования, могут содержать различные формулировки страховых рисков (страховых случаев), соответствующие по своему существу, но не являющиеся буквальным повторением формулировки страховых рисков (страховых случаев), покрываемых в рамках настоящих Правил, Страховщик при принятии риска на страхование осуществляет оценку заявленных в документации страховых рисков. Если заявленные Страхователем страховые риски (страховые случаи) не расширяют страхового покрытия и соответствуют по существу, определенным в Правилах страхования страховым рискам (страховым случаям), то Страховщик оставляет за собой право указывать в договоре страхования страховые риски (страховые случаи) в соответствии с заявленными Страхователем требованиями.

6.6. В соответствии со статьей 160 Гражданского кодекса Российской Федерации договор страхования/ страховой полис может быть удостоверен факсимильной, электронно-цифровой подписью Страховщика в установленном законодательством Российской Федерации порядке.

6.7. При заключении договора страхования в отношении более одного Застрахованного лица Страхователем предоставляется список Застрахованных лиц по установленной Страховщиком форме и в срок, определенный договором страхования. Список Застрахованных лиц прилагается к договору страхования и является его неотъемлемой частью. Страхователь должен получить согласие Застрахованных лиц на обработку Страховщиком своих персональных данных в соответствии с Федеральным законом №152-ФЗ от 27 июля 2006 г. «О персональных данных», в объеме, необходимом Страховщику для исполнения своих обязательств по договору страхования.

6.8. Страховщик принимает решение о заключении договора страхования в течение 10 (десяти) рабочих дней после поступления заявления от Страхователя с приложением всех документов, указанных в заявлении о добровольном медицинском страховании, необходимых для принятия данного решения.

6.9. При заключении договора страхования Страхователь обязан правдиво и полно сообщить Страховщику все известные Страхователю обстоятельства, имеющие существенное значение для оценки вероятности наступления страхового случая. Существенными признаются обстоятельства, определенно оговоренные Страховщиком в договоре страхования, заявлении о добровольном медицинском

страховании, декларации здоровья (медицинской анкете), по результатам медицинского обследования (если проводилось) или в его письменном запросе.

Указанные сведения являются существенными обстоятельствами, влияющими на степень страхового риска в целях статьи 944 и 959 Гражданского кодекса Российской Федерации, об изменении которых Страхователь (Застрахованное лицо) обязан в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации сообщить Страховщику.

6.10. Если после заключения договора страхования будет установлено, что Страхователь сообщил Страховщику заведомо ложные сведения об обстоятельствах, имеющих существенное значение для определения вероятности наступления страхового случая, Страховщик вправе потребовать признания договора страхования недействительным и применить последствия, предусмотренных пунктом 179 Гражданского кодекса Российской Федерации. В случае установления факта сообщения Страхователем/Застрахованным лицом заведомо ложных сведений при заключении договора страхования, Страховщик имеет право отказать Страхователю в заключении договора страхования.

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

- о Застрахованном лице (Застрахованных лицах);
- о характере события, на случай наступления которого в жизни Застрахованного лица осуществляется страхование (страховом случае);
- о размере страховой суммы;
- о сроке действия договора страхования;
- о Программе (Программах) добровольного медицинского страхования и перечне медицинских учреждений, оказывающих медицинские и иные услуги в рамках договора страхования, являющихся неотъемлемой частью договора страхования.

6.12. С договором страхования/страховым полисом Страхователю (Застрахованному лицу) может выдаваться карточка медицинского страхования. В ряде случаев, карточка медицинского страхования используется как пропуск в медицинское учреждение.

6.13. Предоставление медицинских и иных услуг осуществляется путем обращения Застрахованного лица в медицинское учреждение в соответствии с условиями договора страхования и условиями страхования по Программе добровольного медицинского страхования.

6.14. Право Застрахованного лица на получение медицинских и иных услуг, предусмотренных договором страхования, а также на возмещение затрат, связанных с их получением, наступает с даты, указанной в договоре страхования, при условии выполнения обязательств Страхователя по уплате страховой премии (первого страхового взноса), если иное не предусмотрено договором страхования.

Если на дату окончания срока действия договора страхования, Застрахованное лицо находилось на стационарном лечении, связанных госпитализацией Застрахованного лица для оказания экстренной стационарной помощи, то Страховщик с учетом медицинских показаний оплачивает счет за оказание медицинских и иных услуг, продолжительность оказания которых составляет не более 7 (семи) дней с момента окончания действия договора страхования, если иное не предусмотрено договором страхования.

6.15. При обращении Застрахованного лица в медицинское учреждение предъявляется страховой полис/ карточка медицинского страхования, документ, удостоверяющий личность, если иное не предусмотрено договором страхования.

6.16. В случае утери договора страхования/ страхового полиса/ карточки медицинского страхования, Страхователь (Застрахованное лицо) обязан незамедлительно сообщить об этом Страховщику любым способом, позволяющим зафиксировать факт обращения. С этого момента утраченные документы признаются недействительными и не могут являться основанием для получения медицинских и иных услуг в соответствии с договором страхования. Взамен утерянных документов Страхователю (Застрахованному лицу) выдаются дубликаты.

6.17. Застрахованное лицо может быть заменено Страхователем с согласия самого Застрахованного лица и Страховщика. До момента получения Страховщиком указанных изменений, действующий договор страхования сохраняет силу в отношении Застрахованных лиц, указанных в ранее представленном списке Застрахованных лиц.

6.17.1. Если иное не предусмотрено договором страхования, в случае увеличения численности Застрахованных лиц Страхователь представляет Страховщику сведения, предусмотренные настоящими Правилами, о дополнительно принимаемых на страхование лицах и уплачивает за них страховую премию за период с даты заключения договора страхования в отношении этих лиц до окончания срока действия договора страхования.

6.17.2. В случае если договором страхования предусмотрена замена Застрахованных лиц другими лицами без увеличения числа Застрахованных лиц по определенной Программе добровольного медицинского страхования (Варианту страхования) и в рамках одной возрастной группы, Страхователь представляет Страховщику сведения об исключаемых из списка Застрахованных лиц и включаемых в него. При этом Страховщик не производит возврат части страховой премии Страхователю в связи с уменьшением количества Застрахованных, а Страхователь, в свою очередь, не производит уплату дополнительной страховой премии за лиц, включаемых в список Застрахованных лиц, если иное не предусмотрено договором страхования.

6.18. Действие договора страхования прекращается в случаях:

6.18.1. выполнения Страховщиком своих обязательств по договору страхования в полном объеме;

6.18.2. неуплаты Страхователем очередного страхового взноса в размере и в сроки, установленные договором страхования. Договор страхования прекращается по письменному уведомлению Страховщика со дня, следующего за днем, в который должен был быть уплачен очередной страховой взнос;

6.18.3. смерти Застрахованного лица (в случае заключения договора страхования в отношении нескольких Застрахованных лиц, договор страхования прекращается в отношении данного Застрахованного лица) с даты получения Страховщиком письменного уведомления от Страхователя;

6.18.4. предусмотренных действующим законодательством Российской Федерации.

6.19. По истечении срока действия договора страхования истекает и срок действия страхования, обусловленного договором страхования.

6.20. 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.

6.20.1. Страхователь – физическое лицо имеет право отказаться от договора страхования в течение 14 (четырнадцати) календарных дней со дня его заключения независимо от момента уплаты страховой премии («период охлаждения»), с возвратом указанному Страхователю уплаченной страховой премии, при отсутствии в данном периоде событий, имеющих признаки страхового случая.

В указанном случае 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, предусмотренного «периодом охлаждения» в соответствии с настоящими Правилами.

При этом возврат Страхователю страховой премии осуществляется Страховщиком по выбору Страхователя наличными деньгами или в безналичном порядке в срок, не превышающий 10 (десять) рабочих дней со дня получения письменного заявления Страхователя об отказе от договора страхования.

В случае получения Страховщиком в срок, установленный «периодом охлаждения» и до даты возникновения обязательств Страховщика по заключенному договору страхования (далее – дата начала действия страхования), соответствующего заявления Страхователя об отказе от договора страхования, уплаченная страховая премия подлежит возврату Страховщиком Страхователю в полном объеме.

В случае получения Страховщиком в срок, установленный «периодом охлаждения», но после даты начала действия страхования соответствующего заявления Страхователя об отказе от договора 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.

6.20.2. В остальных случаях, за исключением случая, указанного в пункте 6.20.1., при досрочном отказе Страхователя от договора страхования, возврат страховой премии не производится, если договором страхования не предусмотрено иное.

6.21. При досрочном прекращении договора страхования (в случае если к моменту отказа возможность наступления страхового случая отпала по обстоятельствам иным, чем страховой случай) Страховщик возвращает Страхователю страховую премию за не истекший срок действия договора страхования.

6.22. Договор страхования считается расторгнутым с момента, указанного в уведомлении Страховщика, независимо от даты его получения Страхователем. При этом дата расторжения договора страхования не может быть указана ранее даты отправки уведомления.

6.23. Изменение и расторжение договора страхования осуществляется в порядке, предусмотренном настоящими правилами, а также Гражданским кодексом Российской Федерации.

## **7. ИЗМЕНЕНИЕ СТРАХОВОГО РИСКА**

7.1. В период действия договора страхования Страхователь (Застрахованное лицо) обязан незамедлительно сообщать Страховщику о ставших ему известными

значительных изменениях в обстоятельствах, сообщенных Страховщику при заключении договора страхования (в соответствии с пунктом 6.9. настоящих Правил), если эти изменения могут существенно повлиять на увеличение страхового риска, в том числе первичное диагностирование (выявление) заболеваний, являющихся исключением из страхового покрытия и указанные в перечне исключений Программы (Программ) добровольного медицинского страхования.

7.2. При получении информации об обстоятельствах, влекущих увеличение страхового риска от Страхователя, Застрахованного лица, медицинского учреждения Страховщик вправе потребовать изменения условий договора страхования (Программы страхования) и/или уплаты дополнительной страховой премии соразмерно увеличению риска.

7.3. Если Страхователь (Застрахованное лицо) возражает против изменения условий договора страхования (Программы страхования) и/или доплаты страховой премии, Страховщик вправе потребовать расторжения договора страхования в порядке, предусмотренном Гражданским кодексом Российской Федерации.

7.4. При неисполнении Страхователем (Застрахованным лицом) обязанностей по сообщению Страховщику информации об увеличении страхового риска, Страховщик вправе потребовать расторжения договора страхования и возмещения убытков в порядке, предусмотренном гражданским законодательством Российской Федерации.

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

## **8. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН**

8.1. Страхователь имеет право:

8.1.1. выбирать из числа предложенных Страховщиком и по согласованию с ним: Программы добровольного медицинского страхования в любом их сочетании и наполнении медицинскими и иными услугами; медицинские учреждения, оказывающие услуги по договору страхования;

8.1.2. осуществлять контроль над соблюдением условий договора страхования;

8.1.3. требовать предоставления Застрахованному лицу в медицинских учреждениях, предусмотренных договором страхования, медицинских и иных услуг в соответствии с условиями договора страхования;

8.1.4. в случае не предоставления медицинских и иных услуг надлежащего качества, в объеме, предусмотренном Программой добровольного медицинского страхования, сообщать об этом Страховщику;

8.1.5. изменить численность Застрахованных лиц по договору страхования путем подписания дополнительных соглашений к договору страхования с предоставлением Страховщику необходимых сведений, доплатой страховой премии в случае необходимости;

8.1.6. расторгнуть договор страхования досрочно в отношении одного или нескольких Застрахованных лиц при наличии их согласия в любое время, направив письменное заявление Страховщику;

8.1.7. вносить изменения в течение срока действия договора страхования в Программу добровольного медицинского страхования и иные условия договора страхования, заключив дополнительные соглашения к договору страхования и уплатив, в случае необходимости, дополнительную страховую премию.

8.2. Страхователь обязан:

8.2.1. правдиво и полно сообщить Страховщику все известные Страхователю обстоятельства, имеющие существенное значение для оценки вероятности наступления страхового случая (оценки степени страхового риска);

8.2.2. уплатить страховую премию/страховые взносы в размере и сроки, определенные договором страхования;

8.2.3. довести до каждого Застрахованного лица условия страхования, определенные договором страхования;

8.2.4. представить список Застрахованных лиц по установленной Страховщиком форме и в срок, определенный договором страхования;

8.2.5. получить согласие (дать согласие, в случае заключения договора страхования в отношении себя) Застрахованных лиц на обработку Страховщиком своих персональных данных в объеме, необходимом Страховщику для исполнения своих обязательств по договору страхования;

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

8.3. Страховщик имеет право:

8.3.1. проверять сообщенную Страхователем (Застрахованным лицом) информацию, а также выполнение Страхователем (Застрахованным лицом) требований и условий договора страхования;

8.3.2. по согласованию со Страхователем в случае прекращения взаимоотношений с медицинским учреждением, предусмотренным договором страхования, изменять Программу добровольного медицинского страхования;

8.3.3. выяснять причины и обстоятельства страхового случая, включая направление запросов в соответствующие учреждения о факте и причинах страхового случая;

8.3.4. требовать от Застрахованного лица (Страхователя) компенсации расходов Страховщика, возникших в связи с неявкой Застрахованного лица на заранее согласованные с медицинским учреждением процедуры, приемы и исследования, необоснованным или ложным вызовом Службы скорой и неотложной медицинской помощи, нарушением лечебного режима, если такие действия Застрахованного лица повлекли затраты Страховщика;

8.3.5. на ознакомление с медицинской документацией Застрахованного лица, отражающей его заболевание/ травму, физическое и психическое состояние, диагноз, ход и прогноз результатов лечения, а так же использовать данную информацию для решения вопросов, связанных с исполнением договора страхования, оплатой оказанных Застрахованному лицу медицинских и иных услуг, защитой прав Застрахованного лица.

8.4. Страховщик обязан:

8.4.1. ознакомить Страхователя с настоящими Правилами;

8.4.2. выдать страховой полис и/или карточку медицинского страхования Страхователю в срок, определенный в договоре страхования;

8.4.3. организовать, оплачивать предоставление Застрахованным лицам медицинских или иных услуг в соответствии с условиями договора страхования;

8.4.4. контролировать объем, сроки и качество медицинской помощи и иных услуг, предоставленных Застрахованному лицу в соответствии с условиями договора страхования;

8.4.5. обеспечить конфиденциальность в отношениях со Страхователем и Застрахованным лицом;

8.4.6. в случае невозможности предоставления медицинских и иных услуг Застрахованному лицу в медицинских учреждениях, определенных договором страхования, организовать представление соответствующих по объему и качеству медицинских и иных услуг Застрахованному лицу на базе иных учреждений соответствующего профиля, определенных по усмотрению Страховщика;

8.4.7. по письменному запросу Застрахованного лица в срок, не превышающий 30 дней, предоставить документы (в том числе копии документов и (или) выписки из них), обосновывающие решение об отказе (бесплатно один раз по одному страховому событию и в объеме, в каком это не противоречит действующему законодательству);

8.4.8. по письменному запросу Застрахованного лица в срок, не превышающий 30 дней, предоставить в письменном виде исчерпывающую информацию и документы (в т.ч. копии или выписки), на основании которых было принято решение о страховой выплате (бесплатно один раз по одному страховому событию и в объеме, в каком это не противоречит действующему законодательству).

8.5. Застрахованное лицо имеет право:

8.5.1. на своевременное и качественное получение медицинских и иных услуг в объеме видов медицинской помощи, определенном Программой (Программами) добровольного медицинского страхования и в медицинских учреждениях, в соответствии с условиями договора страхования;

8.5.2. предъявлять претензии к Страховщику по качеству своего обслуживания в избранном медицинском учреждении;

8.5.3. требовать от Страховщика в законном порядке соблюдения условий договора страхования;

8.5.4. получать разъяснения об условиях настоящих Правил, договора страхования, порядке предоставления медицинских и иных услуг.

8.6. Застрахованное лицо обязано:

8.6.1. представлять Страховщику необходимые для заключения договора страхования достоверные сведения, а также необходимую информацию, связанную с исполнением договора страхования;

8.6.2. соблюдать условия настоящих Правил, договора страхования и Программы добровольного медицинского страхования;

8.6.3. соблюдать медицинские предписания и рекомендации врачебного персонала, лечебно-охранительный режим, установленный в медицинском учреждении;

8.6.4. использовать страховые документы (договор страхования, страховой полис, карточку медицинского страхования, пропуск в медицинское учреждение) с целью получения только самим Застрахованным лицом медицинских и иных услуг, возмещаемых в рамках договора страхования Страховщиком; при утере страховых документов – незамедлительно известить Страховщика;

8.6.5. не передавать страховые документы другим лицам с целью получения ими медицинских и иных услуг;

8.6.6. сообщать Страховщику и Страхователю об обстоятельствах, влияющих на увеличение страхового риска; 8.6.7. предоставлять Страховщику право на ознакомление с медицинской документацией из медицинских и иных учреждений, в целях исполнения Страховщиком обязательств по договору страхования

8.7. Договором страхования по соглашению сторон могут быть предусмотрены иные права и обязанности.

## **9. ПОРЯДОК ОПРЕДЕЛЕНИЯ СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЫ**

9.1. Размер страховой выплаты определяется стоимостью медицинских и иных услуг, оказанных Застрахованному лицу при наступлении страхового случая, предусмотренного договором страхования и в соответствии с условиями страхования по Программе добровольного медицинского страхования.

Любые расходы, превышающие размер страховой суммы или лимиты ответственности Страховщика, установленные Договором страхования, Программой (Программами) добровольного медицинского страхования не подлежат страховому возмещению.

9.2. Страховая выплата по договорам страхования производится в рублях, за исключением случаев, предусмотренных валютным законодательством Российской Федерации и принятым в соответствии с ним нормативными правовыми актами органов валютного регулирования.

9.3. В зависимости от условий договора страхования, страховая выплата осуществляется в следующем порядке:

9.2.1. Страховщик производит оплату счетов медицинского учреждения за оказанные медицинские и иные, определенные в Программе (Программах) добровольного медицинского страхования, услуги Застрахованному лицу.

9.2.1.1. Оплата медицинских и иных услуг производится по тарифам и ценам (прейскурантам), согласованным между Страховщиком и медицинским учреждением.

9.2.1.2. Перечисление производится в определенный соглашением сторон (Страховщика и медицинского учреждения) срок после получения Страховщиком от медицинского учреждения надлежащим образом оформленных документов, подтверждающих факт оказания медицинских и иных услуг по страховым случаям.

9.2.2. Страховщик возмещает документально подтвержденные, предварительно согласованные до их получения со Страховщиком, расходы Застрахованного лица за оказанные медицинские и иные услуги, определенные в Программе (Программах) добровольного медицинского страхования, понесенные им самостоятельно, при наступлении страхового случая.

9.2.2.1. Если иное не предусмотрено договором страхования, для решения вопроса о страховой выплате Страховщику должно быть представлено Заявление на страховую выплату с приложением следующих документов:

- копии договора страхования/страхового полиса/карточки медицинского страхования;
- копии паспорта /документа, удостоверяющего личность Застрахованного лица;
- договор на оказание платных услуг (подтверждение факта получения услуг) Застрахованному лицу;
- выписку из лечебного учреждения, подтверждающего факт получения Застрахованным лицом медицинских и иных услуг;

- кассового чека с реестром оказанных услуг и указанием их стоимости.

Дополнительно предоставляются:

А) в отношении несовершеннолетних и/или недееспособного Застрахованного лица представитель Застрахованного лица должен предоставить следующие документы:

- копия свидетельства о рождении Застрахованного лица;
- паспорт Застрахованного лица для лиц старше 14-ти лет;
- копия паспорта Заявителя – одного из родителей (опекуна, попечителя)

Застрахованного лица;

- для попечителей и опекунов Застрахованного лица - к пакету документов на страховую выплату прилагается копия документа, удостоверяющего данный факт.

В данном случае Заявление на страховую выплату пишется представителем Застрахованного лица с приложением копии паспорта /документа, удостоверяющего личность Заявителя.

Б) для Застрахованных лиц (их законных представителей) по Программе добровольного медицинского страхования, которой предусмотрена выплата страхового возмещения в размере расходов Застрахованного лица, связанных с оплатой им медицинских услуг по поводу расстройства здоровья/ заболевания Застрахованного лица, потребовавшего проведения стационарного хирургического лечения в экстренном, неотложном или плановом порядке и совершенной медицинским персоналом в процессе оказания данного вида медицинской помощи непреднамеренной ошибки или упущения, подтвержденных официальными документами - вступившим в законную силу решением суда. При этом непреднамеренность ошибки или упущения, а также размер расходов Застрахованного лица должны быть подтверждены вступившим в законную силу решением суда.

9.2.2.2. Все справки и выписки из медицинских учреждений должны быть заверены подписью руководителя медицинского учреждения и печатью медицинского учреждения.

9.2.2.3. В случае предоставления документов, которые не могут быть прочтены Страховщиком в связи с особенностями почерка врача, а так же вследствие нарушения целостности документа (надорван, смят, стерт и т.д.), Страховщик вправе отложить решение вопроса о выплате страхового возмещения до предоставления документов надлежащего качества.

В случае выявления факта предоставления Страхователем (Выгодоприобретателем/Застрахованным лицом) документов, недостаточных для принятия решения об осуществлении страховой выплаты, и (или) ненадлежащим образом оформленных документов Страховщик обязан в течении 15 (пятнадцати) календарных дней уведомить Страхователя (Выгодоприобретателя/застрахованного лица) и указать перечень недостающих и (или) ненадлежащим образом оформленных документов.

9.2.2.4. Страховое возмещение выплачивается в размере не выше средней стоимости аналогичных услуг тех медицинских учреждений, которые предусмотрены договором страхования.

9.2.2.5. Если иное не установлено договором страхования, в течение 15 (пятнадцати) рабочих дней с даты получения всех надлежащим образом оформленных документов, необходимых и достаточных для осуществления

страховой выплаты: указанных в пункте 9.2.2.1. настоящих Правил, а также письменных документов, запрошенных Страховщиком по согласованию со Страхователем (Застрахованным лицом), устанавливающих факт наступления страхового случая, Страховщик: составляет страховой акт, признавая тем самым произошедшее событие страховым случаем, или принимает решение об отказе в страховой выплате и письменно сообщает Застрахованному лицу об основаниях принятия решения об отказе в выплате со ссылками на нормы права и/или условия договора страхования и правил страхования, в течение 3 (трех) рабочих дней после принятия решения об отказе в выплате.

9.2.2.6. Если иное не установлено договором страхования, в течение 10 (десяти) рабочих дней после составления страхового акта, Страховщик осуществляет страховую выплату.

Страховая выплата осуществляется путем безналичного перечисления на счет Застрахованного лица либо выдается Застрахованному лицу наличными деньгами в кассе Страховщика.

9.4. После осуществления Страховщиком страховой выплаты по страховому случаю в порядке, предусмотренном настоящими Правилами, страховая сумма, установленная при заключении договора страхования, уменьшается на величину осуществленной страховой выплаты.

9.5. Предусмотренные договором страхования выплаты производятся Страховщиком независимо от сумм, причитающихся Застрахованному лицу по государственному социальному страхованию, социальному обеспечению, сумм, выплачиваемых в порядке возмещения вреда по другим договорам страхования.

9.6. Страховщик не оплачивает медицинские и иные услуги, полученные по инициативе Застрахованного лица в медицинских учреждениях, не указанных в договоре страхования (страховом полисе), за исключением случаев, когда такие услуги получены в медицинском учреждении, не предусмотренном в договоре страхования, но обращение в которые предварительно согласовано и организовано Страховщиком.

9.7. Страховщик также не производит страховую выплату, если Застрахованное лицо обратилось за получением медицинских и иных услуг, которые не были рекомендованы и письменно засвидетельствованы медицинским учреждением (лечащим врачом) как необходимые и целесообразные.

9.8. Страховщик освобождается от страховой выплаты, когда обращение Застрахованного лица за получением медицинских и иных услуг связано с умышленным причинением себе телесных повреждений, попытками суицида (с учетом положений пункта 3 статьи 963 Гражданского кодекса Российской Федерации), за исключением случаев, когда Застрахованное лицо было доведено до этого состояния противоправными действиями третьих лиц, что подтверждено соответствующим судебным решением.

9.9. В случае если не были представлены документы и сведения, необходимые для установления причин, характера события, обладающего признаками страхового случая, Страховщик не осуществляет страховую выплату, поскольку не представляется возможным установить причинно-следственную связь и определить является ли наступившее событие страховым случаем.

9.10. Страховщик вправе отказать в страховой выплате в случаях если расходы Застрахованного лица связаны с необходимостью повторного выполнения комплекса

мероприятий (консультации врачами-специалистами, лабораторно-инструментальные исследования) для получения плановой стационарной помощи, которая не состоялась по инициативе Застрахованного лица.

## **10. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТРАХОВЩИКА, ЗАСТРАХОВАННОГО ЛИЦА**

### **10.1. Ответственность Страховщика:**

10.1.1. В случае причинения медицинским учреждением вреда здоровью Застрахованного лица при наступлении страхового случая, Страховщик принимает необходимые меры по возмещению этим учреждением нанесенного вреда.

Обоснованность претензий Застрахованного лица определяется экспертной комиссией, созданной на паритетных началах из представителей Страховщика, Страхователей и медицинского учреждения, а в случае необходимости - независимой экспертной комиссией.

### **10.2. Ответственность Застрахованного лица:**

10.2.1. В случае нарушения Застрахованным лицом медицинских предписаний и рекомендаций врачебного персонала, а также несоблюдения лечебно-охранительного режима, установленного в медицинском учреждении, медицинское учреждение вправе прекратить амбулаторно-поликлиническое обслуживание Застрахованного лица или выписать его из стационара, сделав соответствующую отметку в листке нетрудоспособности.

10.2.2. За необоснованный вызов Застрахованным лицом или его представителем на дом врача, бригады Службы скорой и неотложной медицинской помощи или санитарного транспортного средства Страховщик вправе расторгнуть договор страхования в отношении данного Застрахованного лица. Страховщик вправе потребовать от Страхователя (Застрахованного лица) возмещения расходов, понесенных в связи данным с необоснованным вызовом.

10.2.3. Вызов на дом врача, бригады Службы скорой и неотложной медицинской помощи или санитарного транспортного средства считается необоснованным, если вызов был осуществлен:

- для медицинского обслуживания незастрахованного лица;
- по неточному, неполному или несуществующему адресу, указанному Застрахованным лицом или лицом, действующим в его интересах;
- к Застрахованному лицу, не нуждающемуся в оказании экстренных или неотложных видов медицинской помощи (преднамеренно представлена искаженная информация, касающаяся необходимости и/или степени срочности организации экстренных или неотложных видов медицинской помощи).

## **11. ИСКОВАЯ ДАВНОСТЬ. ПОРЯДОК РАЗРЕШЕНИЯ СПОРОВ**

11.1. Все споры и разногласия, возникшие между Страхователем (Выгодоприобретателем) и Страховщиком в связи с заключением, исполнением, изменением, расторжением Договора страхования, разрешаются Страхователем и Страховщиком путем переговоров с обязательным направлением надлежащим образом оформленной письменной претензии. В случаях, предусмотренных Федеральным законом от 4 июня 2018 г. N 123-ФЗ "Об уполномоченном по правам потребителей финансовых услуг", Страхователь (Выгодоприобретатель),

являющийся потребителем финансовых услуг, имеет право обратиться к финансовому уполномоченному.

При получении претензии в связи с заключением, исполнением, изменением, расторжением Договора страхования срок направления ответа на претензию:

- составляет не более 15 (пятнадцати) рабочих дней со дня получения Страховщиком в случае, если указанное заявление (претензия) направлено в электронной форме в порядке, предусмотренном Федеральным законом № 123-ФЗ от 04.06.2018;

- во всех остальных случаях, не может составлять более 30 (тридцати) календарных дней со дня получения заявления (претензии) другой Стороной Договора страхования.

В случае если Страхователь и Страховщик не разрешили спор и (или) разногласия путем ведения переговоров, то возникшие споры подлежат разрешению в соответствии с действующим законодательством РФ.

11.1.1. В случаях, предусмотренных Федеральным законом от 4 июня 2018 г. N 123-ФЗ "Об уполномоченном по правам потребителей финансовых услуг", Страхователь (Выгодоприобретатель), являющийся потребителем финансовых услуг, имеет право обратиться к финансовому уполномоченному.