



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

**УТВЕРЖДАЮ
Генеральный директор**

_____ п/п _____ **М.А. Тихонова**
«29» декабря 2018 г.

Приложение 1 к Приказу от 29.12.2018 №20-1/761

*Предыдущая редакция:
Приказ от 10.10.2017 № 20-1/772*

Код правил страхования: 431

**ПРАВИЛА
ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ
(специальные правила)**

**Москва
2019**

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.

Срок страхования – период времени, установленный договором страхования в отношении конкретного Застрахованного лица, в течение которого произошедшее событие, признанное Страховщиком страховым случаем, влечет за собой обязанность Страховщика осуществить страховую выплату с учетом истечения периода ожидания (временной франшизы).

Период ожидания (временная франшиза) - количество дней с даты вступления договора (полиса) страхования в силу. Любые расходы, связанные с покрываемыми страхованием заболеваниями или медицинскими процедурами, диагностированными в течение указанного периода, исключаются на протяжении всего срока действия договора (полиса), включая возобновления.

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.

Предварительный медицинский сертификат – письменное подтверждение Страховщика или Сервисной Компании, в котором указывается подтверждение страхового покрытия по Договору страхования до начала оказания услуг по Программе страхования в указанном медицинском (лечебно-профилактическом) учреждении за пределами страны проживания Застрахованного лица – на лечение, изделия медицинского назначения, рецептурные лекарственные препараты, иные услуги, имеющие отношение к урегулированию убытка по страховому случаю.

Лимит ответственности – денежная сумма, в пределах которой Страховщик обязан произвести страховую выплату, соответственно условиям 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 (специальных правил) (далее – «Правила», «Правила страхования»), 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. 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.

1.7. Добровольное медицинское страхование осуществляется на основе Программ добровольного медицинского страхования (Приложение №2) и обеспечивает Застрахованным лицам в соответствии с настоящими Правилами и договором страхования возмещение затрат на получение медицинских и иных услуг.

1.8. На основе настоящих Правил Страховщик вправе разрабатывать Условия страхования, являющиеся Приложением к Программе (Программам) страхования. В случае заключения договора страхования на основании Условий страхования, если они содержат положения отличные от положений настоящих Правил страхования, приоритет имеют положения Условий страхования к Программе 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 85 (восемидесяти 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. исключения, прямо предусмотренные как исключения из страхового покрытия по Программе 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

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 1 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. 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.

5.9. 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.

5.10. 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.

5.11. 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%.

5.12. 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 5.11. настоящих Правил.

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

5.14. В случае неуплаты очередного страхового взноса в полном объеме в течение 3 (трех) рабочих дней со дня, установленного договором страхования срока его оплаты, обязательства Страховщика по выплате страхового возмещения прекращаются, о чем Страховщик направляет письменное уведомление Страхователю. Договор страхования считается прекращенным с момента, указанного в уведомлении Страховщика, независимо от даты его получения Страхователем. При этом дата досрочного прекращения договора страхования не может быть указана ранее даты отправки уведомления.

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.

5.15. В период действия договора страхования какие-либо изменения условий страхования по Программе добровольного медицинского страхования (изменений территории действия страхования, изменение страховой суммы, изменение перечня видов медицинской помощи и/или отдельных медицинских и иных услуг Программы добровольного медицинского страхования) не производятся.

6 . ПОРЯДОК ЗАКЛЮЧЕНИЯ, ИСПОЛНЕНИЯ, ПРЕКРАЩЕНИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ

6.1. Договор страхования заключается на основании 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 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 от 27 июля 2006 № 152-ФЗ «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, предусмотренные пунктом 2 статьи 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/сроке страхования;
- о Программе (Программах) добровольного медицинского страхования, являющейся неотъемлемой частью договора страхования;
- об Условиях страхования по Программе (Программах) добровольного медицинского страхования, являющихся неотъемлемой частью договора страхования.

6.12. С договором страхования Страхователю выдается Полис для каждого Застрахованного лица, указанного в договоре страхования / в списке Застрахованных лиц.

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.

6.14.1. Если на дату окончания срока действия договора страхования, Застрахованному лицу было согласовано лечение или Застрахованное лицо находилось на лечении, согласованном Страховщиком в период действия договора страхования, то Страховщик оплачивает счет за оказание медицинских и иных услуг, продолжительность оказания которых составляет не более 6 (шести) месяцев с момента окончания действия договора страхования в отношении данного Застрахованного лица.

6.15. При обращении в медицинское учреждение Застрахованное лицо предъявляет Договор страхования (Полис), Предварительный медицинский сертификат и документ, удостоверяющий личность, если иное не предусмотрено договором страхования.

6.16. В случае утери договора страхования/ полиса, 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. В случае увеличения численности Застрахованных лиц Страхователь предоставляет Страховщику сведения, предусмотренные настоящими Правилами, договором страхования и условиями включения дополнительно принимаемых на страхование лиц и уплачивает за них страховую премию в размере и в сроки, указанные в договоре страхования.

6.18. Замена Застрахованных лиц в течение срока действия договора страхования не производится.

6.19. Действие договора страхования прекращается в случаях:

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

6.19.2. неуплаты Страхователем очередного страхового взноса в размере и в сроки, установленные договором страхования;

6.19.3. 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;

6.19.4. предусмотренных действующим законодательством Российской Федерации.

6.20. По истечении срока действия договора страхования истекает и срок страхования, обусловленный договором страхования.

6.21. 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.

6.21.1. 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.

6.21.2. В остальных случаях, за исключением случая, указанного в пункте 6.21.1., при досрочном отказе Страхователя от договора страхования, возврат страховой премии не производится, если договором страхования не предусмотрено иное.

6.22. 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.

6.23. 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.

6.24. Изменение и расторжение договора страхования осуществляется в порядке, предусмотренном Гражданским кодексом Российской Федерации.

7. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

7.1. Страхователь имеет право:

7.1.1. выбирать из числа предложенных Страховщиком и по согласованию с ним Программу добровольного медицинского страхования;

7.1.2. осуществлять контроль над соблюдением условий договора страхования;

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

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

7.1.5. изменить численность Застрахованных лиц по договору страхования путем подписания дополнительных соглашений к договору страхования с

предоставлением Страховщику необходимых сведений и уплатой страховой премии в случае необходимости;

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

7.2. Страхователь обязан:

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

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

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

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

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

7.3. Страховщик имеет право:

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

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

7.3.3. 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.

7.4. Страховщик обязан:

7.4.1. ознакомить Страхователя с настоящими Правилами;

7.4.2. выдать Полис (Полисы) Страхователю в срок, определенный в договоре страхования;

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

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

7.4.5. обеспечить конфиденциальность в отношениях со Страхователем и Застрахованным лицом.

7.5. Застрахованное лицо имеет право:

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

7.5.2. предъявлять претензии к Страховщику по качеству своего обслуживания по Программе добровольного медицинского страхования;

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

7.5.4. получать разъяснения о порядке предоставления медицинских и иных услуг в рамках Программы добровольного медицинского страхования.

7.6. Застрахованное лицо обязано:

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

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

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

7.6.4. использовать страховые документы (Договор страхования, Полис, Предварительный медицинский сертификат) с целью получения только самим Застрахованным лицом медицинских и иных услуг, возмещаемых в рамках договора страхования Страховщиком; при утере страховых документов – незамедлительно известить Страховщика;

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

7.6.6. предоставлять Страховщику право на ознакомление с медицинской документацией из медицинских и иных учреждений, в целях исполнения Страховщиком обязательств по договору страхования.

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

8. ПОРЯДОК ОПРЕДЕЛЕНИЯ РАЗМЕРА СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЫ И ПОРЯДОК ЕЁ ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ

8.1. 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 добровольного медицинского страхования) не подлежат страховому возмещению.

8.2. Страховая выплата осуществляется в следующем порядке:

8.2.1. Страховщик производит оплату счетов за оказанные медицинские и иные услуги, документально подтвержденные и предварительно согласованные Страховщиком (Сервисной компании) до их получения Застрахованным лицом;

8.2.2. Перечисление производится в определенный соглашением сторон (Страховщика и Сервисной компании) срок после получения Страховщиком от Сервисной компании надлежащим образом оформленных документов, подтверждающих факт получения Застрахованным лицом услуг по страховому случаю. Страховая выплата осуществляется путем безналичного перечисления на расчетный счет Сервисной компании.

8.2.3. 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.

8.3. 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.

8.4. 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. ОСНОВАНИЯ ДЛЯ ОТКАЗА В СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЕ

9.1. Страховщик вправе отказать в страховой выплате в случае выполнения Страховщиком своих обязательств по договору страхования в полном объеме.

9.2. 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.

9.3. Страховщик не производит страховую выплату, если Застрахованное лицо обратилось за получением медицинских и иных услуг, которые не были рекомендованы и письменно засвидетельствованы врачом как необходимые с медицинской точки зрения.

9.4. Не возмещаются Страховщиком расходы Застрахованного лица, не организованные и предварительно не согласованные Страховщиком (Сервисной компанией).

9.5. Решение об отказе в страховой выплате сообщается Застрахованному лицу (законному представителю Застрахованного лица) в письменной форме с обоснованием причин в порядке, предусмотренном настоящими Правилами.

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.

11. ОСОБЫЕ УСЛОВИЯ

11.1. Все заявления и сообщения, которые делают друг другу Страхователь, Страховщик в связи с заключением, исполнением, прекращением настоящего Договора страхования должны производиться в письменной форме и/или способами, позволяющими объективно зафиксировать факт сообщения.

11.2. Вся корреспонденция направляется по почтовым адресам, которые указаны в договоре страхования. В случае изменения адресов и/или реквизитов сторон, стороны обязуются заблаговременно в письменном виде известить друг друга об этом. Если сторона не была извещена об изменении адреса и/или реквизитов другой стороны заблаговременно, то вся корреспонденция, направленная по прежнему адресу, будет считаться отправленной надлежащим образом и полученной на дату ее поступления по прежнему почтовому адресу.

11.3. При заключении договора страхования на условиях настоящих Правил Страхователь и Страховщик предусматривают следующий порядок направления уведомлений, письменных претензий, заявлений (далее – уведомление):

11.3.1. Уведомление одной Стороной-отправителем другой Стороне-получателю направляется следующим способом доставки корреспонденции: по почте заказным письмом с отметкой о его вручении по месту нахождения адресата либо путем вручения представителю Стороны-получателя курьерской службой доставки Стороны-отправителя корреспонденции.

В последнем случае доказательством доставки уведомления является расписка о вручении корреспонденции или соответствующая отметка на копии переданного текста, в которых указываются подпись, фамилия лица, передавшего уведомление, дата и время его передачи, а также подпись, фамилия, должность и/или реквизиты письменного уполномочия (доверенности) лица, его принявшего.

11.3.2. В случае если адресат отказался принять, получить уведомление, то лицо, его доставляющее или вручающее, фиксирует отказ путем проставления соответствующей отметки на расписке о вручении корреспонденции (копии переданного текста), которые подлежат возврату Стороне-отправителю корреспонденции.

В случае если адресат не находится по указанному в договоре страхования или дополнительном соглашении к договору страхования месте (выбыл), и место нахождения адресата неизвестно, об этом лицом, доставляющим корреспонденцию, делается отметка на расписке о вручении корреспонденции (копии переданного текста), с указанием даты и времени совершенного действия, которые подлежат возврату Стороне-отправителю корреспонденции.

11.3.3. Стороны обязаны оповещать друг друга об изменении своего наименования не позднее 15 (пятнадцати) рабочих дней с момента такого изменения. При отсутствии подобного оповещения Сторона-получатель корреспонденции именуется в уведомлении исходя из последнего известного своего наименования.

Стороны обязаны оповещать друг друга об изменении своего адреса во время действия договора страхования не позднее 15 (пятнадцати) рабочих дней с момента такого изменения. При отсутствии подобного оповещения уведомления направляются по последнему известному адресу Стороны-получателя

корреспонденции и считаются доставленными даже в случае, если адресат по этому адресу более не находится.

11.3.4. Сторона (Страхователь/Страховщик) также считается извещенной надлежащим образом, если:

11.3.4.1. адресат отказался от получения уведомления, и этот отказ зафиксирован организацией почтовой связи или курьерской службой доставки Стороны-отправителя корреспонденции;

11.3.4.2. уведомление не вручено в связи с отсутствием адресата по указанному в договоре страхования или дополнительном соглашении к договору страхования адресу, о чем организация почтовой связи или курьерская служба доставки уведомила Сторону-отправителя корреспонденции, с указанием источника данной информации;

11.3.4.3. уведомление направлено по последнему известному месту нахождения Стороны-получателя корреспонденции, указанному в договоре страхования или дополнительном соглашении к договору страхования, если место его нахождения неизвестно.

11.3.4.4. имеются доказательства вручения или направления уведомления в порядке, установленном настоящими Правилами.

12. ИСКОВАЯ ДАВНОСТЬ. ПОРЯДОК РАЗРЕШЕНИЯ СПОРОВ

12.1. Иск по требованиям, вытекающим из договора страхования, может быть предъявлен в сроки и в порядке, предусмотренном действующим законодательством Российской Федерации, в соответствующий компетентный судебный орган.

12.2. Все споры по договору страхования между Страховщиком и Страхователем разрешаются путем переговоров, а при не достижении согласия – в судебном порядке.