

**ПУБЛИЧНОЕ АКЦИОНЕРНОЕ ОБЩЕСТВО
«СТРАХОВАЯ ГРУППА «ХОСКА»
(ПАО СГ «ХОСКА»)**



ПРИТВЕРЖДАЮ»

Генеральный директор
ПАО СГ «ХОСКА»

_____ А.И. Зайцев

Приказ № 142 «10» октября 2017 г.

П РА В И Л А
добровольного медицинского страхования

1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ. СУБЪЕКТЫ И ОБЪЕКТ СТРАХОВАНИЯ

1.1. В соответствии с действующим законодательством Российской Федерации, настоящие Правила добровольного медицинского страхования (далее по тексту – Правила страхования, Правила) регулируют отношения, возникающие между Страховщиком, Страхователем, Застрахованным и Медицинским учреждением по поводу осуществления добровольного медицинского страхования.

1.2. Условия, изложенные в настоящих Правилах становятся неотъемлемой частью договора страхования и обязательными для Страхователя и Страховщика.

1.3. При заключении договора страхования Страхователь и Страховщик могут договориться об изменении, дополнении или исключении отдельных положений настоящих Правил в случаях, не противоречащих законодательству Российской Федерации. Добровольное медицинское страхование осуществляется на основе программ добровольного медицинского страхования и обеспечивает гражданам получение дополнительных медицинских и иных услуг сверх установленных программами обязательного медицинского страхования.

1.4. Страховщик на основании Правил страхования вправе формировать условия страхования к отдельному Договору страхования или отдельной группе Договоров страхования, ориентированной на конкретного Страхователя или группу Страхователей (Застрахованных), а также создавать страховые продукты в той мере, в какой эти продукты не противоречат законодательству Российской Федерации и Правилам страхования. Такие условия страхования (страховые Программы) прилагаются к Договору страхования и являются его неотъемлемой частью.

1.5. Субъектами добровольного медицинского страхования выступают Страховщик, Страхователь и Застрахованные лица.

1.6. Страховщик – ПАО СГ «ХОСКА», осуществляет страховую деятельность в соответствии с лицензией, выданной компетентным государственным органом Российской Федерации.

1.7. Страхователь – юридическое, или дееспособное физическое лицо, заключившее со Страховщиком договор добровольного медицинского страхования.

1.8. Застрахованное лицо (далее – Застрахованный) – названное в договоре страхования физическое лицо, в пользу которого Страхователем заключен договор страхования. В случае если договор страхования заключен Страхователем в свою пользу, на него распространяются права и обязанности Застрахованного.

Взаимоотношения между Страховщиком и медицинским учреждением определяются Договором на предоставление лечебно-профилактической помощи (медицинских услуг), по которому медицинское учреждение обязуется предоставлять застрахованному контингенту медицинскую помощь определенного объема и качества в конкретные сроки в рамках программ медицинского страхования. При этом указанный Договор должен содержать: наименование сторон; виды лечебно-профилактической помощи (медицинских услуг); стоимость работ и порядок расчетов; порядок контроля качества медицинской помощи и использования страховых средств; ответственность сторон и иные не противоречащие законодательству РФ условия.

1.9. Страховщик **имеет право отказать в заключение договора страхования** в отношении лица, попадающего в одну из следующих категорий на момент заключения договора страхования:

- лица в возрасте старше 65 лет;
- лица, состоящего на учете в центре по профилактике и борьбе со СПИД;
- лица, которому присвоена 1 или 2 группа инвалидности, ребенку - инвалиду;
- лица, больного онкологическим заболеванием, туберкулезом и системными заболеваниями крови;
- граждане, состоящие на учете в наркологических, психоневрологических диспансерах;
- лица, состоящего на учете в кожно-венерологическом диспансере;
- лица, находящегося на момент заключения договора страхования на стационарном лечении.

1.10. Участниками добровольного медицинского страхования могут выступать медицинские, фармацевтические, ассистанские, экспертные и иные организации, с которыми

Страховщик вступает в договорные отношения с целью выполнения обязательств по договору страхования.

Для целей настоящих Правил:

- к медицинским организациям относятся российские и зарубежные организации всех форм собственности, а также частные лица, имеющие право на осуществление медицинской деятельности;

- к фармацевтическим организациям относятся имеющие право на осуществление фармацевтической деятельности юридические лица и индивидуальные предприниматели;

- к ассистанским организациям относятся юридические лица, осуществляющие сервисную поддержку программ добровольного медицинского страхования по поручению Страховщика;

- к экспертным организациям относятся юридические лица и индивидуальные предприниматели, предоставляющие Страховщику услуги экспертного или консультативного характера;

- к иным организациям относятся юридические лица и индивидуальные предприниматели (кроме фармацевтических), производящие и торгующие, в частности, изделиями медицинского назначения, медицинскими изделиями, лечебным питанием.

1.11. Объектом добровольного медицинского страхования являются имущественные интересы, связанные с оплатой организации и оказания медицинской и лекарственной помощи (медицинских услуг) и иных услуг вследствие расстройства здоровья застрахованного лица, требующих организации и оказания таких услуг, а также проведения профилактических мероприятий, снижающих степень опасных для жизни или здоровья застрахованного лица угроз и (или) устраняющих их.

Страховщик не вправе разглашать полученные им в результате своей профессиональной деятельности сведения о Страхователе, Застрахованном, состоянии их здоровья и имущественном положении.

За нарушение тайны страхования Страховщик в зависимости от рода нарушенных прав и характера нарушения несет ответственность в порядке, предусмотренном гражданским законодательством Российской Федерации.

2. СТРАХОВЫЕ СЛУЧАИ

2.1. Страховым риском является предполагаемое событие, на случай наступления которого проводится страхование.

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

2.2. Договор страхования заключается в отношении риска затрат на оказание медицинской помощи застрахованному лицу при его обращении в медицинское (иное) учреждение по поводу ухудшения состояния здоровья и (или) состояния требующего оказания медицинской помощи.

2.1. Страховым случаем является обращение Застрахованного в течение срока действия Договора страхования в медицинское учреждение, из числа предусмотренных договором страхования, в связи с возникновением острого заболевания и/или обострением хронического заболевания, травмой, отравлением и другими состояниями за получением медицинской (диагностической, консультативной, лечебной, восстановительной, фармакологической, оздоровительной, профилактической, в том числе иммунопрофилактической и др.) и иной (в том числе медико-социальной, медико-транспортной, транспортной, сервисной и др.) помощи в соответствии с условиями договора страхования или полиса страхования и программы страхования, а также обращение Застрахованного в иные медицинские учреждения, помимо предусмотренных договором страхования или полисом страхования, если это обращение согласовано и/или организовано Страховщиком, повлекшее возникновение обязательств Страховщика произвести оплату медицинских и иных услуг.

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

2.3. Не признается страховым случаем обращение Застрахованного за получением медицинских и иных услуг:

- не предусмотренных договором страхования;
- в связи с умышленным причинением Застрахованным себе телесных повреждений, суицидальными попытками, в том числе членовредительством, за исключением тех случаев, когда Застрахованное лицо было доведено до такого состояния противоправными действиями третьих лиц, что подтверждено соответствующими судебными решениями;
- в связи с патологическими состояниями и травмами, возникшими или полученными в состоянии алкогольного/наркотического или иного токсического опьянения или остаточных явлений такого опьянения, а также в период нахождения под воздействием иных психоактивных веществ;
- в связи с получением травматического повреждения или иного расстройства здоровья, наступившего в результате совершения Застрахованным противоправных действий;
- не назначенных врачом, выполняемых по желанию Застрахованного, или без медицинских показаний.

2.4. Не признается страховым случаем, если иное не оговорено в Договоре страхования:

- лечение и лекарственное обеспечение, которое не является обоснованным и необходимыми с медицинской точки зрения, а также услуги, не имеющие лечебных целей;
- любые повторные медицинские услуги, аналогичные проведенным ранее в другом лечебном учреждении в отношении одних и тех же жалоб, симптомов, синдромов или состояний, кроме случаев, согласованных со Страховщиком;
- оплата услуг, препаратов, лечения, включая любой период пребывания в стационаре или амбулаторного лечения, которые не были рекомендованы, письменно засвидетельствованы уполномоченным представителем Страховщика или лечащим врачом Застрахованного как необходимые и разумные меры;
- любые услуги, если они оказаны в связи заболеванием (осложнением, состоянием), возникшим в результате того, что Застрахованный (Страхователь) не следовал предписанным лечебным назначениям или не явился на назначенный прием к врачу;
- любые медицинские услуги, процедуры, консультации и т.д., которые носят научно-исследовательский или экспериментальный характер;
- операции сугубо в эстетических или косметических целях, кроме реконструктивной хирургии, когда такая операция оказалась частью или следовала за начальной операцией, которая была произведена в связи со страховым случаем;
- любое лечение или процедуры, которые способствуют или предотвращают половое зачатие, включая но, не ограничиваясь: искусственное оплодотворение, лечение бесплодия или импотенции, стерилизация или де-стерилизация, кроме случаев, когда лечение бесплодия стало следствием заболевания или травмы, входящих в программу страхования и наступивших в период действия договора страхования;
- аборт или преждевременное родоразрешение, за исключением случаев, когда здоровью матери или плода угрожает опасность;
- расходы на очки, контактные линзы, слуховые аппараты, слуховые имплантанты, визуальную терапию, или на любой осмотр или подбор подобных устройств, кроме случаев нарушения зрения и/или слуха в результате несчастного случая или других случаях, определенных прямыми медицинскими показаниями;
- лечение венерических заболеваний и заболеваний, передающихся половым путем;
- получение медицинских услуг в связи с алкоголизмом, токсикоманией или наркоманией;
- пересадка органов, а также сами органы, кроме случаев лечения травм или последствий травм, а также иных случаев, предусмотренных договором страхования;
- пересадка тканей, а также сами ткани, за исключением лечения ожогов и травм, а также иных случаев, предусмотренных договором страхования;
- уход и лечение при выпадении волос, включая парики, пересадку волос или любые препараты, которые способствуют росту волос, вне зависимости от того, предписаны врачом или нет;
- лечение, связанное с инфицированием вирусом иммунодефицита человека;

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

- воздействием ядерного взрыва, радиации или радиоактивного заражения;
- военными действиями, а также маневрами или иными военными мероприятиями;

- гражданской войной, народными волнениями всякого рода или забастовками;
- стихийными бедствиями, экологическими катастрофами.

Стихийное бедствие – экстремальное явление природы катастрофического характера, приводящее к внезапному нарушению нормальной деятельности людей и признанное таковым документами соответствующих органов исполнительной власти РФ.

К стихийным бедствиям по данным Правил относятся: извержения вулканов, землетрясения, цунами, оползни, обвалы, сели, лавины, наводнения, ураганы, тайфуны, смерчи, лесные пожары, циклоны, засуха, опустынивание и др.

Экологическая катастрофа – необратимое изменение природных комплексов, связанное с массовой гибелью живых организмов.

2.6. По согласованию сторон договор страхования может предусматривать обязанность Страховщика организовать, оплатить или возместить расходы на медицинские услуги в случаях, указанных в пунктах 2.4. настоящих Правил страхования. При этом соответствующие события должны быть четко определены в договоре/полисе страхования.

Не является страховым случаем обращение за медицинской помощью в медицинские учреждения, не указанные в договоре страхования, если такое обращение не было согласовано и/или организовано Страховщиком. Страховщик может установить, что оплата медицинских услуг, оказанных Застрахованному, будет осуществляться по ценам, не выше применяемых в медицинских учреждениях, указанных в договоре страхования.

При заключении договора страхования в отношении инвалидов II и III группы не покрываются страхованием возникновение или обострение заболеваний, связанных с причиной инвалидности или являющихся сопутствующими этому заболеванию.

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

3. СТРАХОВАЯ СУММА

3.1. Страховой суммой является определенная договором страхования денежная сумма, в пределах которой Страховщик обязуется при наступлении страхового случая (страховых случаев), в предусмотренном договором страхования порядке, произвести страховую выплату.

3.2. Страховая сумма по договору страхования определяется Страховщиком и Страхователем по соглашению сторон исходя из предполагаемого объема медицинской помощи (перечня и стоимости медицинских и иных услуг, а также стоимости лекарственных средств и изделий медицинского назначения), предусмотренного программой страхования, возраста Застрахованного лица, срока страхования и иных факторов, влияющих на степень страхового риска.

3.3. В период действия договора страхования Страхователь по согласованию со Страховщиком вправе изменить страховую сумму при изменении цен на стоимость медицинских услуг, перечень медицинских услуг (программы медицинского страхования), а также поменять медицинские учреждения, предоставляющие медицинскую помощь по договору страхования.

Указанные изменения оформляются в письменном виде путем подписания дополнительного соглашения к договору страхования с соответствующим перерасчетом страховой премии.

3.4. Страховая сумма может определяться по всей программе в целом или совокупности программ, либо по отдельным заболеваниям, отдельным видам медицинской помощи в т.ч. медицинским услугам, обеспечению лекарственными средствами или изделиями медицинского назначения или их различной совокупности, по каждому страховому случаю или по всем страховым случаям суммарно.

3.5. При заключении договора по нескольким условиям страхования одновременно Страховщик несет обязательства по оплате медицинских и иных услуг в пределах страховой суммы по каждому из условий.

4. СТРАХОВАЯ ПРЕМИЯ (СТРАХОВЫЕ ВЗНОСЫ). СТРАХОВОЙ ТАРИФ

4.1. Страховая премия – плата за страхование, которую Страхователь¹ обязан уплатить Страховщику в порядке и в сроки, установленные договором страхования. Страховой взнос – часть страховой премии при ее уплате в рассрочку.

Страховая премия (страховые взносы) уплачивается Страхователем в валюте Российской Федерации, за исключением случаев, предусмотренных законодательством Российской Федерации о валютном регулировании и валютном контроле.

4.2. Страховая премия может быть уплачена в виде единовременного платежа или в рассрочку путем наличных и безналичных расчетов. Порядок и сроки уплаты страховой премии определяются в договоре страхования.

4.3. При определении размера страховой премии, подлежащей уплате по договору страхования, Страховщик применяет рассчитанные им страховые тарифы, определяющие премию, взимаемую с единицы страховой суммы, с учетом объекта страхования, характера страхового риска условий страхования, выбранной Страхователем программы медицинского страхования, категории медицинского учреждения (в зависимости от цен на оказание медицинских услуг в медицинском учреждении, предусмотренном договором страхования), срока страхования. Конкретный размер страхового тарифа определяется договором страхования по соглашению сторон.

4.4. Страхователь обязан уплатить Страховщику страховую премию (или первый взнос при уплате страховой премии в рассрочку) в 10-дневный срок (если иное не предусмотрено договором страхования), после подписания договора страхования.

Днем уплаты страховой премии (первого страхового взноса) считается:

- при безналичной оплате – день поступления денежных средств на расчетный счет Страховщика;

- при оплате наличными средствами – день уплаты страховой премии (взноса) в кассу Страховщика или их передачи представителю (агенту) страховой компании.

4.5. В случае неуплаты Страхователем в установленный договором страхования срок страховой премии (при уплате страховой премии единовременно) или первого взноса (при уплате страховой премии в рассрочку) договор страхования считается не вступившим в силу.

При неуплате очередного взноса (при уплате страховой премии в рассрочку) договор страхования расторгается по инициативе Страховщика в соответствии с Гражданским кодексом Российской Федерации (гл.29 ГК РФ) или в одностороннем порядке (в случае если такой порядок был предусмотрен сторонами при заключении договора страхования), если стороны не договорились об отсрочке уплаты очередного взноса (договоренность об отсрочке страхового взноса оформляется дополнительным соглашением к договору страхования).

До момента зачисления суммы просроченного страхового взноса на расчетный счет Страховщика (уплаты в кассу или представителю Страховщика) медицинские услуги Застрахованному лицу не оказываются. В этом случае приостановление Страховщиком оказания медицинских услуг Застрахованному лицу производится в 24 часа 00 минут дня, определенного в договоре страхования как день уплаты очередного страхового взноса Страхователем, о чем последний в течение одних суток, с момента истечения срока оплаты, уведомляется Страховщиком письменно, любым доступным способом, в том числе по факсу или электронной почте.

4.6. Расчет страховой премии по дополнительному соглашению в связи с увеличением страховой суммы при изменении стоимости или расширении перечня медицинских услуг, производится в следующем порядке:

а) страховая премия по дополнительному соглашению делится на 12 месяцев и умножается на количество месяцев, оставшихся до конца действия основного договора страхования (неполный месяц считается за полный);

Результатом является величина страховой премии по дополнительному соглашению, полученная исходя из увеличенного размера страховой суммы на оставшийся период срока действия основного договора страхования;

¹ В предусмотренных Договором страхования случаях обязанность по уплате страховой премии может быть возложена на Застрахованного

б) страховая премия по договору страхования делится на 12 месяцев и умножается на количество месяцев (неполный месяц считается за полный), оставшихся до конца срока действия договора страхования.

Результатом является величина страховой премии по основному договору на оставшийся период срока его действия;

в) величина страховой премии, подлежащая уплате Страхователем по дополнительному соглашению к основному договору страхования, определяется путем вычитания из полученной величины страховой премии по дополнительному соглашению (п.п. "а") величины страховой премии за оставшийся период срока действия по основному договору страхования (п.п. "б").

4.7. В случае изменения по согласованию со Страховщиком условий договора страхования, связанных с сокращением Застрахованным перечня медицинских программ, Страховщик вправе, по согласованию с Застрахованным, возратить ему часть страховой премии пропорционально времени, в течение которого прекращается пользование им медицинскими услугами в рамках исключаемой программы (программ) или зачесть данную сумму в счет оплаты страховой премии при заключении (продлонгации) договора страхования на новый срок. Указанные изменения условий договора страхования оформляются сторонами в письменном виде.

5. СРОК СТРАХОВАНИЯ

5.1. Договор страхования заключается сроком на один, либо менее одного года и может быть продлен по соглашению сторон.

При заключении договора на срок, менее одного года неполный месяц принимается за полный. При страховании на срок менее месяца срок страхования устанавливается в днях, но не менее двух дней.

5.2. При страховании на срок менее 1 года размер страховой премии страхового полиса уменьшается с учетом коэффициента краткосрочности: При страховании на срок менее одного месяца период страхования устанавливается в целых днях (но не менее двух дней), при этом страховой взнос за каждый день страхования принимается равным 1/30 (одна тридцатая) от месячного страхового взноса, рассчитанного на основании приведенной таблицы:

Срок действия договора в месяцах	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Страховая премия в % от годовой премии	25%	35%	40%	50%	60%	70%	75%	80%	85%	90%	95%	100%

5.3. Действие Договора страхования завершается по истечении срока страхования, а также может быть прекращено досрочно в соответствии с условиями, оговоренными в п.п. 6.14 - 6.17 настоящих правил.

5.4. Срок страхования может быть продлен при условии дополнительного соглашения сторон.

6. ДОГОВОР СТРАХОВАНИЯ

6.1. Договор страхования является соглашением между Страхователем и Страховщиком, в силу которого Страховщик обязуется при наступлении страхового случая организовать предоставление и оплатить предоставленные Застрахованным лицам медицинские услуги определенного объема в пределах программы страхования и страховой суммы.

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

6.3. Для заключения Договора страхования Страхователь может обратиться к Страховщику с письменным или устным заявлением о своем намерении заключить Договор страхования. Если Страховщик предлагает Страхователю обратиться с письменным заявлением, то Страховщик вправе предложить оформить заявление по установленной им форме.

6.4 Медицинские услуги по договору страхования предоставляются и оплачиваются на основании программ страхования. Программы страхования, оговоренные настоящими

Правилами, - это перечень (набор) медицинских и иных услуг, установленных Страховщиком для определения базового тарифа. При этом объем медицинских и иных услуг может быть расширен (сокращен) по соглашению Сторон в каждом конкретном Договоре страхования.

6.4.1 Программы страхования формируются по выбору Страхователя, согласованному со Страховщиком. Договор страхования может содержать различные программы страхования как из числа программ страхования, являющихся приложением к Правилам страхования, так и содержать программу, составленную из комбинации программ страхования, являющихся приложением к Правилам страхования, а также дополнительного перечня медицинских и иных услуг.

6.4.2. Перечень медицинских и иных услуг по договору страхования в рамках конкретной программы страхования, а также любое сочетание программ страхования может иметь оригинальное название.

6.4.3. Программа страхования, являющаяся приложением к договору страхования может иметь текстовое изложение, отличное от текстового изложения программ, являющихся приложением к Правилам страхования.

6.4.4 Договор страхования может быть заключен на основании следующих программ страхования:

- «Амбулаторно-поликлиническая помощь»
- «Медицинская защита от гриппа»
- «Стоматологическая помощь»
- «Стационарная помощь»
- «Медикаментозное лечение»
- «Ведение беременности и родовспоможение»
- «Защита от осложнений»
- «Реабилитационно-восстановительное лечение»
- «Помощь при клещевом энцефалите»
- «Профилактика и/или лечение заболеваний».

6.5. Страхователи – юридические лица предоставляют Страховщику документы, позволяющие установить следующие сведения:

- наименование;
- идентификационный номер налогоплательщика или код иностранной организации (далее – КИО);
- государственный регистрационный номер (ОГРН/КИО); дата и место государственной регистрации;
- наименование регистрирующего органа;
- адрес местонахождения (юридический адрес);
- фактический адрес;
- почтовый адрес;
- данные единоличного исполнительного органа (в объеме сведений, предусмотренном для физического лица ниже);
- резидент/не резидент РФ (в случае, если лицо не является резидентом, необходимо указать, резидентом какого государства оно является);
- а также сообщают фамилию, имя, отчество контактного лица, телефон, адрес электронной почты.

6.6 Страхователи – индивидуальные предприниматели предоставляют Страховщику документы, позволяющие установить следующие сведения:

- фамилия, имя, отчество (если иное не вытекает из закона или национального обычая);
- гражданство;
- дата и место рождения;
- реквизиты документа, удостоверяющего личность;
- данные миграционной карты, документа, подтверждающего право иностранного гражданина или лица без гражданства на пребывание (проживание) в Российской Федерации;
- адрес места жительства (регистрации) и места пребывания;
- идентификационный номер налогоплательщика;
- государственный регистрационный номер ИП (данные из ОГРНИП);
- дата и место государственной регистрации ИП (данные из ОГРНИП);

- наименование регистрирующего органа (данные из ОГРНИП);
- адрес местонахождения;
- адрес места регистрации;
- почтовый адрес
- а также сообщают фамилию, имя, отчество контактного лица, телефон, адрес электронной почты.

6.7. Страхователи – физические лица предоставляют Страховщику документы, позволяющие установить следующие сведения:

- фамилия, имя, отчество (если иное не вытекает из закона или национального обычая);
- гражданство;
- дата и место рождения;
- реквизиты документа, удостоверяющего личность;
- данные миграционной карты, документа, подтверждающего право иностранного гражданина или лица без гражданства на пребывание (проживание) в Российской Федерации;
- адрес места жительства (регистрации) и места пребывания;

Страховщик вправе сократить указанный в пунктах 6.5. – 6.7. перечень.

6.8. При заключении Договора страхования Страховщик вправе предложить Страхователю (страхуемому лицу) заполнить анкету по установленной Страховщиком форме, предоставить дополнительную медицинскую документацию (выписки, справки и т.д.) и/или провести обследование страхуемого лица для оценки фактического состояния его здоровья. При отказе от заполнения анкеты или от прохождения обследования Страховщик вправе отказать в заключение Договора страхования в отношении страхуемого лица.

6.9. Договор страхования может быть заключен путем составления одного документа (пункт 2 статьи 434 Гражданского кодекса Российской Федерации) либо вручения Страховщиком Страхователю на основании его письменного или устного заявления страхового полиса (свидетельства, сертификата, квитанции), подписанного Страховщиком.

6.10. В Договоре страхования указываются:

- наименование, адрес места нахождения и реквизиты банковского счета Страховщика;
- наименование, адрес места нахождения и реквизиты банковского счета Страхователя (для физических лиц - реквизиты документа, удостоверяющего личность, адрес места жительства (регистрации) или места пребывания;
- численность Застрахованных;
- программа(ы) страхования;
- перечень медицинских и иных организаций, обеспечивающих обслуживание Застрахованных;
- страховая сумма;
- срок действия Договора страхования;
- размер страховой премии, подлежащей уплате по Договору страхования, порядок и форма её уплаты;
- права, обязанности, ответственность Сторон и иные не противоречащие Законодательству Российской Федерации условия.

К Договору страхования прилагаются списки Застрахованных по установленной Страховщиком форме.

6.11. Если Договор страхования заключается путем передачи Страховщиком Страхователю страхового полиса (свидетельства, сертификата, квитанции), то в таком полисе указываются:

- наименование, адрес места нахождения и реквизиты банковского счета Страховщика;
- наименование, адрес места нахождения и реквизиты банковского счета Страхователя (для физических лиц - реквизиты документа, удостоверяющего личность, адрес места жительства (регистрации) или места пребывания;
- фамилия, имя, отчество Застрахованного;
- программа страхования;
- перечень медицинских и иных организаций, обеспечивающих обслуживание Застрахованного;
- страховая сумма;
- срок действия Договора страхования;

- размер страховой премии, подлежащей уплате по Договору страхования, порядок и форма её уплаты;
- права, обязанности, ответственность Сторон и иные не противоречащие Законодательству Российской Федерации условия.

6.12. Страховщик вправе выдать для каждого застрахованного лица различные информационные документы: страховую карточку, памятку, пропуск в медицинскую организацию и др.

6.13. В случае утраты страховых, информационных документов Застрахованный должен незамедлительно известить об этом Страховщика. С этого момента утраченные документы признаются недействительными и не могут являться основанием для получения медицинских услуг в соответствии с Договором страхования. Взамен утерянных документов Страхователю (Застрахованным) выдаются дубликаты.

6.14. Договор страхования прекращает действие в случае:

6.14.1. окончания срока действия Договора страхования;

6.14.2. смерти Застрахованного (в отношении данного Застрахованного);

6.14.3. выполнения Страховщиком своих обязательств в полном объеме (в отношении Застрахованного, чья страховая сумма исчерпана);

6.14.4. ликвидации Страхователя, являющегося юридическим лицом, или смерти Страхователя, являющегося физическим лицом, при условии невыполнения Страхователем обязанности по уплате страховых взносов, и если Застрахованный не принял на себя обязанности Страхователя по уплате страховых взносов;

6.14.5. в других случаях, предусмотренных Законодательством Российской Федерации.

6.15. Договор страхования может быть прекращен досрочно по требованию Страхователя или Страховщика в случаях, предусмотренных настоящими Правилами и/или условиями Договора страхования, а также по соглашению Сторон.

6.16. При досрочном прекращении Договора по инициативе Страхователя в целом или в отношении какого-либо Застрахованного возврат части страховой премии не производится, если это не предусмотрено условиями Договора страхования.

6.17. Если Договор страхования предусматривает возможность возврата страховых взносов при прекращении Договора страхования по инициативе Страхователя, то Страхователь имеет право на часть страховой премии пропорционально оставшемуся сроку действия договора страхования за вычетом расходов на ведение дела Страховщика, а также с учетом ранее произведенных выплат страхового возмещения.

В случае превышения суммы выплаченного страхового возмещения над суммой фактически оплаченных страховых взносов возврат неиспользованной страховой премии не производится.

6.17.1. Если досрочное прекращение Договора страхования производится по инициативе Страховщика вследствие положений подпунктов 8.6.6., 8.6.7., 8.6.9, пункта 9.2. Правил страхования, то Страхователь имеет право на часть страховой премии пропорционально оставшемуся сроку действия договора страхования за вычетом расходов на ведение дела Страховщика, а также с учетом ранее произведенных выплат страхового возмещения.

В случае превышения суммы выплаченного страхового возмещения над суммой фактически оплаченных страховых взносов возврат неиспользованной страховой премии не производится.

6.18. Если страхователь отказался от договора добровольного страхования в течение четырнадцати календарных дней со дня его заключения независимо от момента уплаты страховой премии до даты возникновения обязательств страховщика по заключенному договору страхования (до даты начала действия страхования), то уплаченная страховая премия подлежит возврату Страховщиком Страхователю в полном объеме.

6.19. Если страхователь отказался от договора добровольного страхования в течение четырнадцати календарных дней со дня его заключения независимо от момента уплаты страховой премии при этом в данном периоде отсутствуют события, имеющих признаки страхового случая, то уплаченная страховая премия подлежит возврату Страховщиком Страхователю в полном объеме.

6.20. Страховщик в срок, не превышающий 10 рабочих дней со дня получения письменного заявления Страхователя об отказе от договора добровольного страхования, производит возврат страховой премии в наличном или безналичном порядке.

6.21. В случае, предусмотренном в п. 6.15 настоящих Правил, ответственность Страховщика по досрочно прекращенному договору заканчивается в 00:00 часов дня, следующего за днем подачи (поступления) заявления либо оформления дополнительного соглашения о расторжении договора.

6.22. При уплате страховой премии путем безналичного расчета действие договора начинается не ранее, чем в 00 часов дня, следующего за днем поступления страховой премии или первого страхового взноса на расчетный счет Страховщика.

6.23. При уплате страховой премии в наличной форме действие договора начинается не ранее, чем в 00 часов дня, следующего за днем уплаты страховой премии в кассу Страховщика.

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

6.25. При коллективном страховании открепление/прикрепление застрахованных лиц производится не позднее 10 (Десяти) рабочих дней со дня получения Страховщиком письменного уведомления от Страхователя. При сохранении общей численности при единовременном откреплении/прикреплении Застрахованных лиц Страховщик вправе не изменять страховую премию и страховую сумму по Договору страхования. Однако если в отношении открепленных Застрахованных лиц производились страховые выплаты, то договор в отношении них расторгается в соответствии с условиями п. 6.17 настоящих Правил, а в отношении вновь принятых Застрахованных лиц уплачивается дополнительная страховая премия в соответствии с пунктом 5.2 настоящих Правил.

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

- о Застрахованном лице (Застрахованных лицах);
- о характере события, на случай наступления которого в жизни Застрахованного лица осуществляется страхование (страхового случая);
- о программе страхования и перечне медицинских учреждений, оказывающих медицинскую (лекарственную) помощь Застрахованным;
- о размере страховой суммы;
- о сроке действия договора.

6.27. Страховщик обязан ознакомить Страхователя с содержанием Правил страхования и вручить ему один экземпляр вместе с договором страхования (страховым полисом).

6.28. При заключении договора добровольного медицинского страхования Страховщик имеет право произвести предварительное медицинское освидетельствование страхуемого лица (страхуемых лиц) для оценки фактического состояния его (их) здоровья или потребовать выписку из истории болезни.

Предварительное медицинское освидетельствование производится за счет средств Страхователя.

В зависимости от результатов предварительного медицинского освидетельствования Застрахованному устанавливается соответствующая группа здоровья и категория полиса:

группа здоровья I – практически здоровые лица без отягощенной наследственности, имеющие в анамнезе детские болезни, простудные заболевания, аппендицит, грыжу; без вредных привычек или при их умеренной выраженности, не работающие на производстве с особо вредными условиями труда;

группа здоровья II – практически здоровые лица с повышенным риском заболевания, отягощенной наследственностью по диабету, сердечно-сосудистыми, почечно-желчнокаменной болезнями, психическими заболеваниями. В анамнезе – черепно-мозговые травмы, осложненные детские болезни, злоупотребление алкоголем, курение, работавшие или работающие на производстве с особо вредными условиями труда. Женщины детородного возраста;

группа здоровья III – лица трудоспособного возраста, имеющие хронические заболевания с тенденцией к обострению чаще двух раз в году, злоупотребляющие алкоголем, систематически употребляющие транквилизаторы, снотворные, страдающие выраженными неврозами, психопатиями, гипертонической болезнью I и II степени, ИБС без выраженной стенокардии, перенесшие полостные операции. Дети до 5 лет и лица старше 60 лет.

В зависимости от установленной группы здоровья Застрахованного к базовым тарифным ставкам применяются повышающие (III группа здоровья) или понижающие (I группа здоровья) коэффициенты.

6.29. Заключение договора страхования с юридическими лицами.

6.29.1. При заключении коллективных договоров на страхование принимается любое количество работников юридического лица.

6.29.2. Основанием для заключения договора является письменное или устное заявление Страхователя.

6.29.3. Страховщик вправе потребовать от Страхователя – юридического лица документально подтвержденные сведения о заболеваемости с временной утратой трудоспособности на предприятии за последние 3-5 лет – общее количество дней нетрудоспособности и случаев таковой, среднегодовую фактическую численность штатных работников, а при отсутствии таких данных у Страхователя – определять размер подлежащей уплате страховой премии по базовому тарифу, основанному на общей медицинской статистике.

6.29.4. Страховщик в течение 10 рабочих дней принимает решение о возможности заключения договора страхования и делает соответствующие отметки на заявлении Страхователя.

Отношения между Страховщиком и Страхователем оформляются путем составления договора страхования, подписанного сторонами, и/или выдачи полиса (ов) страхования на каждого Застрахованного.

Договор страхования оформляется в соответствии с требованиями действующего гражданского законодательства Российской Федерации в двух экземплярах, по одному для каждой стороны. Подписанный Страховщиком экземпляр договора направляется Страхователю – юридическому лицу в течение 5-ти рабочих дней с момента принятия Страховщиком решения о возможности заключения данного договора страхования. К договору прилагается список Застрахованных, являющийся неотъемлемой его частью.

6.30. Заключение договора страхования с физическими лицами.

6.30.1. Основанием для заключения договора страхования с физическим лицом является письменное или устное заявление Страхователя.

6.30.2. Страховщик принимает решение о возможности заключения договора страхования в течение 5 рабочих дней со дня поступления заявления от Страхователя. До принятия заявления Страховщик вправе потребовать от Страхователя представления медицинского заключения о состоянии здоровья Застрахованного или провести соответствующее анкетирование.

6.31. Страховщик по согласованию со Страхователем выдает ему (Застрахованным) страховые полисы, определяющие права страхователя на получение медицинской помощи в медицинских учреждениях в порядке, предусмотренном условиями договора страхования.

6.32. При заключении договора страхования Страхователь обязан сообщить Страховщику известные Страхователю обстоятельства, имеющие существенное значение для определения вероятности наступления страхового случая и размера возможных убытков от его наступления (страхового риска), если эти обстоятельства не известны и не должны быть известны Страховщику. При этом существенными могут быть признаны обстоятельства, определенно оговоренные Страховщиком в договоре страхования (страховом полисе) или в его письменном запросе.

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

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

6.34. Условия, содержащиеся в настоящих Правилах страхования и не включенные в текст договора страхования (страхового полиса), обязательны для Страхователя, если в договоре

(страховом полисе) прямо указывается на применение таких Правил и сами Правила изложены в одном документе с договором (страховым полисом) или на его оборотной стороне либо приложены к нему.

6.35. Согласно гражданскому законодательству при заключении договора страхования Страхователь и Страховщик могут договориться об изменении или исключении отдельных положений Правил страхования и о дополнении Правил.

7. СТРАХОВАЯ ВЫПЛАТА

7.1. Страховая выплата – денежная сумма, которую Страховщик произвел или должен будет произвести для оплаты медицинской помощи, лекарственных средств и изделий медицинского назначения при наступлении страхового случая по договору страхования.

7.2. Страховая выплата производится в валюте Российской Федерации, за исключением случаев, предусмотренных законодательством.

Страховая выплата производится застрахованному лицу независимо от сумм, причитающихся ему по другим договорам страхования, а также по обязательному социальному страхованию, социальному обеспечению и в порядке возмещения вреда.

7.3. Страховая выплата по договору страхования осуществляется Страховщиком в виде оплаты стоимости медицинской и иной помощи непосредственно (или через поверенного, агента, комиссионера) в медицинскую организацию (или другому участнику страхования) по их счетам в течение 60 календарных дней после получения счета при условии подписания акта выполненных работ, если иное не установлено договором с медицинской организацией (или другим участником страхования).

7.4. Оплата стоимости медицинской помощи осуществляется путем заключения договоров в соответствии с пунктом 2 статьи 434 Гражданского кодекса Российской Федерации.

7.5. Для получения предусмотренной договором (программой) страхования медицинской или иной помощи Застрахованный вправе с предварительного согласия (устного или письменного) Страховщика обратиться в согласованную медицинскую организацию (фармацевтическую или иную организацию) и самостоятельно оплатить стоимость предусмотренных программой страхования медицинских и иных услуг, лекарственных препаратов.

В этом случае страховая выплата осуществляется Страховщиком в виде возмещения Застрахованному его личных средств, израсходованных на получение медицинской помощи наличными или перечислением на его расчетный счет для получения возмещения Застрахованному необходимо предъявить Страховщику заявление с приложением:

- оригинала кассового чека с квитанцией к приходному кассовому ордеру или копии бланка строгой отчетности, приравненного к кассовому чеку,
- оплаченного счета с указанием медицинской (аптечной) организации, перечня оказанных услуг, лекарственных средств и их стоимости,
- направления на лечение, выписки из медицинской карты амбулаторного или стационарного больного, рецепта лечащего врача,

Страховщик вправе сократить вышеизложенный перечень документов.

Заявление Застрахованного принимается в срок не позднее трех месяцев после получения им медицинских услуг. Возмещение производится в течение 15-ти рабочих дней после получения от Застрахованного всей необходимой документации. Сумма возмещения определяется исходя из расчета средней стоимости аналогичных услуг в медицинских организациях, указанных в программе страхования. Предъявленные к возмещению расходы, не превышающие средней стоимости аналогичных услуг в медицинских организациях, определенных Договором страхования, возмещаются полностью.

7.6. В Договоре страхования может быть установлена условная, безусловная или временная франшиза.

- Условная франшиза освобождает Страховщика от страховой выплаты, если её размер не превышает размер франшизы.
- Безусловная франшиза уменьшает размер страховой выплаты на размер франшизы.
- Временная франшиза – период времени, в течение которого медицинская помощь, определенная программой страхования, оказывается за счет Застрахованного и оплате

Страховщиком не подлежит.

Размер франшизы определяется Страховщиком и Страхователем по их усмотрению

7.7. Страховщик имеет право отказать в страховой выплате:

7.7.1 в случае если расходы, возникли по окончании срока действия Договора страхования, за исключением расходов, связанных с экстренной госпитализацией Застрахованного, начавшейся в течение срока действия Договора страхования, но не более чем за 14 календарных дней после его окончания;

7.7.2. если расходы связаны с повторным выполнением исследований для плановой госпитализации, не состоявшейся по инициативе Застрахованного;

7.7.3. в случае нарушения Застрахованным сроков, предусмотренных Договором страхования, для предоставления Страховщику заявления на страховое возмещение его личных средств, затраченных на приобретение медицинской помощи, предусмотренной программой страхования, если не будет доказано, что Страховщик своевременно узнал о наступлении страхового случая, либо, что отсутствие у Страховщика сведений об этом не могло сказаться на его обязанности выплатить страховое возмещение;

7.7.4. в случае, если обращение в медицинскую организацию, не предусмотренную программой страхования, не было согласовано со Страховщиком, или информирование Страховщика о таком обращении было осуществлено в процессе получения медицинской помощи, если Договором страхования не предусмотрено иное.

7.7.5. в других случаях, предусмотренных Гражданским кодексом Российской Федерации, договором (программой) страхования.

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

7.9. Если это предусмотрено Договором (программой) добровольного медицинского страхования, страховщик вправе производить страховые выплаты за следующие виды услуг:

- a. Простые, сложные, комплексные медицинские услуги
- b. Сервисные услуги, связанные с организацией медицинской помощи, транспортировкой, эвакуацией, репатриацией
- c. За лекарственные средства и расходные материалы, приобретаемые в фармацевтических организациях по назначению врача
- d. За койко-день при стационарном, стационарозамещающем, реабилитационно-восстановительном лечении, в стоимость которого могут входить отдельные медицинские услуги
- e. За услуги по профилактическому/диспансерному наблюдению Застрахованных в течение срока действия договора страхования
- f. За комплексное непрерывное и продолжительное медицинское обслуживание, предоставляемое медицинским учреждением застрахованному в течение определенного периода времени.

8. ПОРЯДОК ВОЗМЕЩЕНИЯ ЗАСТРАХОВАННОМУ ЛИЦУ ЕГО ЛИЧНЫХ СРЕДСТВ

8.1. Для принятия решения о выплате страхового возмещения Застрахованное лицо обязано в течение 15 дней с момента обращения в медицинское учреждение по страховому случаю предоставить Страховщику следующие документы:

8.1.1. письменное заявление на получение страхового возмещения;

8.1.2. документы, подтверждающие факт оказания услуг Застрахованному;

8.1.3. оригиналы оплаченных счетов с указанием медицинского учреждения (аптечной или иной организации) и подробного перечня оказанных услуг (лекарственных средств, изделий медицинского назначения) и их стоимости, а также документы по факту оказания услуг (например, договоры на оказания услуг), чеков, квитанций, платежных поручений с отметкой банка о его исполнении;

8.1.4. в случае если возмещение связано с компенсацией расходов, понесенных застрахованным лицом на приобретение лекарственных средств и / или изделий медицинского назначения, документы, подтверждающие их назначение лечащим врачом медицинского учреждения, а также документы по факту оплаты приобретения лекарственных средств и/или

изделий медицинского назначения.

8.2. Страховщик в течение 30 (тридцати) календарных дней с даты получения комплекта документов, указанного в п. 8.1. Правил, осуществляет принятие решения и осуществляет выплату страхового возмещения Застрахованному лицу или направляет обоснованный отказ в страховой выплате. В случаях проведения сверки и/или экспертизы выставленных к оплате счетов на предмет их относимости к страховому случаю и объему страхового покрытия, срок их оплаты может быть увеличен до 90 рабочих дней. Об использовании права на отсрочку выплаты Страховщик сообщает Застрахованному лицу.

8.3. Страховое возмещение выплачивается через кассу Страховщика, либо перечисляется на счет Застрахованного лица (или иного лица, указанного в заявлении) в любом банке Российской Федерации, указанном в заявлении на выплату страхового возмещения.

8. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

8.1. Застрахованное лицо имеет право:

8.1.1. на получение медицинских услуг в соответствии с условиями, указанными в договоре страхования, в медицинских учреждениях, перечень которых определен в договоре страхования или обращение в которые согласовано и/или организовано Страховщиком.

8.1.2. на получение дубликата страховой документации в случае ее утраты.

8.1.3. на получение разъяснения о Правилах страхования и условиях Договора страхования, порядке предоставления услуг;

8.2. Застрахованное лицо обязано

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

8.2.2. соблюдать требования Правил страхования, условий Договора страхования, предписания лечащего врача в ходе получения медицинской помощи, распорядок, установленный медицинским учреждением;

8.2.3. заботиться о сохранности страховых документов и не передавать их другим лицам с целью получения ими медицинских услуг;

8.2.4. при утрате страховой документации незамедлительно извещать об этом Страховщика;

8.2.5. сообщать своевременно Страховщику об изменении своей фамилии или фактического места жительства;

8.2.6. компенсировать расходы Страховщика, возникшие в связи с неявкой Застрахованного на заранее согласованные с медицинским учреждением процедуры, приемы и исследования, а также в связи с необоснованным или ложным вызовом скорой медицинской помощи (СМП).

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

- вызов осуществлен Застрахованным для медицинского обслуживания незастрахованного лица,
- при вызове, осуществленном Застрахованным или лицом, действующим в его интересах, преднамеренно представлена искаженная информация, касающаяся необходимости медицинского обслуживания и/или места пребывания Застрахованного,
- вызов осуществлен не в медицинских целях,
- вызов осуществлен к Застрахованному, находящемуся в состоянии алкогольного, наркотического или иного токсического опьянения или остаточных явлений такого опьянения,
- при вызове Застрахованный отсутствует по указанному адресу или отказывается от осмотра,
- вызов осуществлен к Застрахованному, не нуждающемуся в оказании экстренной или неотложной медицинской помощи (с целью получения плановых медицинских манипуляций и пр.).

8.2.7. предоставлять Страховщику право на ознакомление с медицинской документацией из любых медицинских и иных организаций для решения вопросов, связанных с реализацией Договора страхования и оплатой оказанных Застрахованному услуг;

8.3. Страхователь обязан:

8.3.1. уплатить страховую премию (страховые взносы) в определенные Договором страхования сроки и в установленном Договором страхования размере;

8.3.2. сообщить при заключении договора страхования Страховщику известные Страхователю обстоятельства, имеющие существенное значение для определения вероятности наступления страхового случая и размера возможных убытков от его наступления (страхового риска), если эти обстоятельства не известны и не должны быть известны Страховщику. При этом существенными могут быть признаны обстоятельства, определенно оговоренные Страховщиком в заявлении, в договоре страхования или в письменном запросе.

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

8.3.3. представлять Страховщику необходимые для заключения Договора страхования достоверные сведения, а также иную необходимую информацию, связанную с исполнением Договора страхования, подтвержденную в порядке, определяемом законодательством;

8.3.4. доводить до сведения Застрахованных информацию об условиях Договора страхования, Правилах добровольного медицинского страхования, программах страхования и порядке предоставления услуг. Получение Застрахованными данной информации должно быть подтверждено подписью;

8.3.5. получать согласие застрахованных лиц при их исключении из числа Застрахованных по Договору страхования;

8.3.6. компенсировать расходы Страховщика, возникшие в связи с неявкой Застрахованного на заранее согласованные с медицинской организацией процедуры, приемы и исследования, а также уплатить штраф в связи с необоснованным вызовом скорой медицинской помощи при условии выставления соответствующего счета Страховщиком.

8.3.7. уплатить Страховщику штраф в размере трехкратной стоимости услуг, оказанных лицу, необоснованно воспользовавшемуся страховым полисом и/или страховой карточкой Застрахованного, при условии выставления соответствующего счета Страховщиком.

8.4. Страхователь имеет право:

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

8.4.2. расширить объем страховой ответственности по соглашению со Страховщиком, заключив дополнительное соглашение и уплатив дополнительные страховые взносы;

8.4.3. расторгнуть досрочно Договор страхования в отношении одного или нескольких Застрахованных, обратившись с письменным заявлением к Страховщику. При уменьшении числа Застрахованных в рамках Договора страхования возврат части страховой премии осуществляется в порядке, предусмотренном для расторжения Договора страхования по инициативе Страхователя п.6.17;

8.5. Страховщик обязан:

8.5.1. ознакомить и вручить Страхователю настоящие Правила и программу (программы) страхования;

8.5.2. обеспечить конфиденциальность в отношениях со Страхователем (Застрахованным) в соответствии со ст. 13 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации». Информация о диагнозах заболеваний Застрахованных, их обращениях за медицинской помощью и ее объеме может быть представлена Страхователю только по письменному разрешению Застрахованных;

8.5.3. производить страховые выплаты при наступлении страховых случаев в порядке, установленном настоящими Правилами и договором страхования;

8.5.4. контролировать объем, сроки и качество медицинской помощи, оказанной Застрахованному лицу в медицинских организациях, в которых медицинская помощь была организована Страховщиком.

8.6. Страховщик имеет право:

8.6.1. требовать от Страхователя предоставления достоверной информации, необходимой для заключения договора страхования;

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

8.6.3. проверять сообщенную Страхователем информацию;

8.6.4. в случае выявления обстоятельств, влекущих увеличение страхового риска, требовать от Страхователя уплаты дополнительной страховой премии соразмерно увеличению страхового риска или изменения условий (в т.ч. сокращения срока действия) Договора страхования.

8.6.6 расторгать договор страхования при непоступлении очередного платежа страхового взноса в соответствии с условиями Договора страхования, уведомив об этом Страхователя в письменном виде,

8.6.7. расторгать досрочно Договор страхования в отношении Застрахованного в случаях его систематической (более 2-х раз подряд) неявки на заранее согласованные с медицинской организацией процедуры, приемы и исследования, необоснованных вызовах скорой медицинской помощи (СМП), нарушениях лечебного режима, невыполнении медицинских предписаний и рекомендаций врачебного персонала;

8.6.8. организовывать экстренную медицинскую помощь Застрахованным по жизненным показаниям с привлечением муниципальной медицины (скорая медицинская помощь "03"; госпитализация в ближайший стационар и пр.) с дальнейшей организацией перевода по желанию Страхователя (Застрахованного) и при отсутствии медицинских противопоказаний в одно из медицинских учреждений, предусмотренных Договором страхования;

8.6.9. досрочно расторгать Договор страхования в отношении Застрахованного в случае, если будет установлено, что Застрахованный передал другому лицу страховой полис и/или страховую карточку с целью получения последним услуг по Договору страхования;

8.6.10. по согласованию со Страхователем изменять программу страхования в случае прекращения взаимоотношений с медицинским учреждением, предусмотренным Договором страхования;

8.6.11. на ознакомление с медицинской документацией из любых медицинских и иных учреждений для решения вопросов, связанных с реализацией Договора страхования и оплатой расходов на оказанные Застрахованному медицинских услуг.

9. ПОСЛЕДСТВИЯ ИЗМЕНЕНИЯ СТЕПЕНИ РИСКА

9.1. 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, если эти изменения могут существенно повлиять на увеличение страхового риска.

9.2. Страховщик, уведомленный об обстоятельствах, влекущих увеличение страхового риска, вправе потребовать изменения условий договора страхования и/или уплаты дополнительной страховой премии соразмерно увеличению риска. Если Страхователь возражает против изменения условий договора страхования или доплаты страховой премии, Страховщик вправе потребовать расторжения договора страхования.

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

10. ПОРЯДОК ВНЕСЕНИЯ ИЗМЕНЕНИЙ И ДОПОЛНЕНИЙ В ДОГОВОР СТРАХОВАНИЯ

10.1. Изменение условий договора страхования возможно по соглашению сторон.

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

10.3. При изменении договора обязательства сторон сохраняются в измененном виде.

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

11. ПОРЯДОК РАЗРЕШЕНИЯ СПОРОВ

11.1 Споры, вытекающие из договора страхования, рассматриваются в порядке, предусмотренном действующим законодательством Российской Федерации, если иное не предусмотрено договором.

12. ИСКОВАЯ ДАВНОСТЬ

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

13. ОСОБЫЕ УСЛОВИЯ

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

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