

ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ ПРАВИЛА МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

**«ПРАВИЛА ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО
СТРАХОВАНИЯ №2»**

1. Общие положения.
2. Субъекты страхования.
3. Объект страхования.
4. Страховые случаи (объем страховой ответственности).
5. Страховая сумма.
6. Страховая премия (страховые взносы).
7. Договор страхования и срок его действия.
8. Права и обязанности сторон.
9. Прекращение действия договора страхования.
10. Порядок выполнения обязательств по договору (страховые выплаты).
11. Ответственность сторон.
12. Разрешение споров.

1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

1.1. В соответствии с гражданским законодательством, нормативными документами органа, осуществляющего государственный надзор за страховой деятельностью Российской Федерации, и на основе настоящих Правил Общество с ограниченной ответственностью «БАЛТ - страхование» (далее - Страховщик) заключает договоры добровольного медицинского страхования, по которым гарантирует застрахованным лицам при наступлении страхового случая организацию и оплату медицинских и иных услуг, предусмотренных страховыми медицинскими программами и договором страхования.

1.2. Настоящее страхование осуществляется на основе программ добровольного медицинского страхования и обеспечивает гражданам получение медицинской помощи определённого объема и качества сверх установленных программами обязательного медицинского страхования или осуществляемых за счет средств бюджета, или на ином более высоком качественном уровне.

1.3. Условия, не оговорённые настоящими Правилами, регламентируются соответствующими статьями Гражданского кодекса РФ, законами РФ о страховании, иными действующими законодательными и нормативными правовыми документами, положениями договора страхования, а также обычаями делового оборота.

2. СУБЪЕКТЫ СТРАХОВАНИЯ

2.1. Субъектами добровольного медицинского страхования являются: Страховщик, Страхователь, Застрахованное лицо, медицинское Учреждение.

2.2. Страхователи - дееспособные физические лица, заключившие со Страховщиком договоры страхования в свою пользу или в пользу третьих лиц (Застрахованных), а также юридические лица, заключившие со Страховщиком договоры страхования в пользу своих работников, членов их семей или иных третьих лиц.

2.3. Застрахованные лица - проживающие в России российские и иностранные граждане, а также лица без гражданства, в отношении которых заключён договор страхования.

На страхование не принимаются лица, состоящие на учете в наркологических, психоневрологических, туберкулезных, кожно-венерологических и онкологических диспансерах, а также инвалиды 1 и 2 групп, если договором не предусмотрено иное.

2.4. Медицинские учреждения - лечебно-профилактические учреждения, научно - исследовательские и медицинские институты, санатории, аптечные учреждения, аптечные подразделения лечебно-профилактических учреждений, компании медицинского ассистанса и иные учреждения независимо от форм собственности, государственной или территориальной принадлежности, имеющие разрешение на осуществление различных видов медицинской деятельности.

Медицинская помощь Застрахованным может оказываться также физическими лицами, имеющими лицензию и осуществляющими медицинскую деятельность как индивидуально, так и коллективно.

3. ОБЪЕКТ СТРАХОВАНИЯ

3.1. Объектом добровольного медицинского страхования является страховой риск, связанный с затратами на оказание медицинской помощи (медицинских и иных услуг) Застрахованным при возникновении страхового случая.

4. СТРАХОВЫЕ СЛУЧАИ (ОБЪЕМ СТРАХОВОЙ ОТВЕТСТВЕННОСТИ)

4.1. Страховым риском является предполагаемое событие (заболевание или иное состояние Застрахованного лица) на случай наступления которого заключается договор страхования.

4.2. Страховым случаем является заболевание или иное состояние Застрахованного лица, требующее предоставление ему диагностической, лечебной, оздоровительной, неотложной, санаторно-курортной, реабилитационно-восстановительной и других видов медицинской помощи в соответствии с договором и программами страхования.

4.3. Договор страхования может быть заключен на условиях гарантированного предоставления и оплаты услуг:

4.3.1. в учреждениях, оказывающих амбулаторно-поликлиническую помощь (программа «Амбулаторно-поликлиническая помощь»);

4.3.2. в учреждениях, оказывающих стационарную медицинскую помощь (программа «Стационарная помощь»);

4.3.3. в учреждениях, оказывающих стоматологическую помощь (программа «Стоматологическая помощь»);

4.3.4. гарантированного предоставления и оплаты услуг по всем вышеперечисленным программам либо в различных их сочетаниях (программа «Комплексная медицинская помощь»).

Страховые медицинские программы приведены в Приложении № 1.

4.4. Страховые медицинские программы указанные в п.п. 4.3.1-4.3.4. являются базовыми для разработки Страховщиком на их основе в пределах установленного объема страховой ответственности медицинских программ применительно к различным лечебным учреждениям.

4.5. В соответствии с договором страхования по соглашению сторон страховые медицинские программы могут включать следующие услуги:

- скорая и неотложная медицинская помощь, а также услуги по транспортировке санитарным транспортом и сопровождению медицинским персоналом;

- медицинская помощь на дому;

- специализированная стоматологическая помощь (пародонтология, ортопедия, ортодонтия, имплантация, зубопротезирование и подготовка к нему);

- реабилитационно-восстановительное лечение, санаторно-курортное лечение, диспансеризация, профилактические осмотры;

- иные услуги, необходимые для оказания медицинской помощи Застрахованным.

В этом случае к тарифным ставкам по соответствующим программам страхования могут применяться повышающие коэффициенты (до 5,0), определяемые Страховщиком, исходя из объема услуг и факторов риска.

4.6. Конкретный перечень медицинских и иных услуг, соответствующих программе страхования, выбирается Страхователем самостоятельно при подаче заявления о своём намерении заключить договор страхования, исходя из возможностей Страховщика, определяемых договорами с медицинскими учреждениями. Так, если Страховщиком заключены договоры с медицинскими учреждениями, представляющими одинаковые услуги, но на разном качественном уровне (используется высо-

кокачественная медицинская техника, новейшие методы, врачи, имеющие более высокий уровень квалификации и т.д.), который определяет стоимость лечения, в условия страхования могут быть включены варианты предоставления одинаковых услуг различными медицинскими учреждениями, на условиях уплаты Страхователем разной страховой премии. Размер страховой премии в этом случае определяется по тарифным ставкам с применением коэффициентов, дифференцированным по указанным выше признакам, в соответствии с программой страхования, объемом и качеством услуг, оказываемых различными медицинскими учреждениями.

4.7. В медицинской программе, определенной договором страхования, может устанавливаться перечень дорогостоящих услуг, применительно к конкретному медицинскому учреждению, оказание которых проводится только по согласованию со Страховщиком с учетом лимита ответственности, проведенных выплат и оставшегося срока страхования.

4.8. Страховыми случаями не являются:

- ВИЧ – инфекция, венерические заболевания и иные заболевания, передающиеся половым путем с момента установления диагноза;
- особо опасные инфекционные болезни: чума, холера, оспа, сибирская язва;
- тяжелые инфекционные заболевания: туберкулез, трахома, сыпной тиф, бруцеллез, высококонтагиозные вирусные геморрагические лихорадки и другие;
- онкологические заболевания, злокачественные заболевания крови заболевания крови с момента установления диагноза;
- заболевания, связанные с врожденной или наследственной патологией, аномалией развития, генетические исследования, комплексная ДНК-диагностика наследственных заболеваний;
- системные заболевания: коллагенозы, васкулиты и другие;
- саркоидоз, муковисцидоз, миеломная болезнь;
- глистные инвазии;
- пластические операции, косметические процедуры, манипуляции и лечение;
- плановое хирургическое лечение близорукости, астигматизма, дальнозоркости;
- хирургическое изменение пола;
- операции на сердце и магистральных сосудах, аортокоронарное шунтирование, стентирование сосудов, ангиография;
- нейрохирургические операции
- операции по пересадке и/или протезированию органов и тканей;
- лечение и консультации по поводу сексуальных расстройств;
- лечение и/или процедуры, предотвращающие половое зачатие, прерывание беременности (в том числе миниаборт), введение и удаление ВМС без медицинских показаний;
- диагностические исследования, консультации и тесты, связанные с бесплодием, беременностью, родовое наблюдение, родовспоможение;
- протезирование и подготовка к протезированию зубов, восстановление коронки с помощью штифта, имплантация, пародонтоз, ортодонтическое лечение, косметическое восстановление зуба, герметизация фиссур, замена старых пломб с косметической или профилактической целью, удаление зубных отложений, обработка фторсодержащими лаками с профилактической целью;
- лучевая болезнь;
- профессиональные заболевания;
- глубокие и распространенные микозы
- заболевания, сопровождающиеся хронической почечной или печеночной недостаточностью и требующие проведения гемодиализа;
- плазмаферез и другие экстракорпоральные методы лечения;
- лазерное и ультрафиолетовое облучение крови, нормо-гипербарическая оксигенация
- лечение эндокринологических заболеваний (сахарный диабет и другие), требующих постоянного применения лекарственных препаратов за счет средств ОМС или средств бюджета;
- психические заболевания, эпилепсия и их прямые осложнения, возникшие в связи с заболеваниями психической природы (травмы, ожоги и т.д.), психотерапия, лечение гипнозом;
- алкоголизм, токсикомания, наркомания, табакокурение и их осложнения;
- нетрадиционные методы лечения, в том числе диагностика и лечение по Фоллю, ирриодиагностика, иглоукальвание, энергоинформатика и т.д.;
- оздоровительные услуги (бассейн, сауна, солярий, тренажерный зал, профилактический массаж), если они не являются составной частью курса лечения и не предписаны лечащим врачом;
- расходы Застрахованного лица на приобретение лекарственных препаратов, изделий медицинского назначения, очков, контактных линз, слуховых или звуковоспроизводящих аппаратов, им-

плантантов, а также расходов на подгонку корректирующих медицинских устройств и приспособлений;

- медицинское обследование, проводимое с целью оформления справок для получения водительских прав, разрешения на ношения оружия, посещения бассейна, санаторно-курортной карты, санитарной книжки и т.п.;

- профилактические и диспансерные осмотры, осуществляемые без медицинских показаний, а также по инициативе (или желанию) Застрахованных, и назначенные в связи с этим дообследования (функциональные пробы, рентгенологические, ультразвуковые, лабораторные и иные исследования, консультации и т.д.), за исключением случаев, когда Страховщик в письменном виде подтверждает дополнительную оплату этих расходов.

- оказание услуг, не предусмотренных договором и программой страхования, не предписанных лечащим врачом;

- оказание услуг, полученных по инициативе Застрахованного лица в медицинских учреждениях, не определенных договором страхования, если это особо не согласовано со Страховщиком.

Риски, перечисленные в пункте 4.8. могут быть включены в договор страхования по соглашению Сторон с применением повышающего коэффициента.

4.9. Страховщик вправе не возмещать стоимость оказанных Застрахованному медицинских и иных услуг в связи с:

а) получением травматического повреждения или иного расстройства здоровья в состоянии алкогольного, наркотического или токсического опьянения, в том числе при управлении Застрахованным транспортным средством в состоянии алкогольного, токсического или наркотического опьянения или передачи Застрахованным управления лицу, находящемуся в состоянии алкогольного, токсического или наркотического опьянения, или лицу, не имеющему права на вождение данного средства транспорта;

б) получением травматического повреждения или иного расстройства здоровья, наступившего в результате совершения Застрахованным противоправных действий;

в) умышленным причинением Застрахованным себе телесных повреждений, суицидальными попытками, за исключением тех случаев, когда Застрахованный был доведен до такого состояния противоправными действиями третьих лиц;

г) несоблюдением Застрахованным назначений лечащего врача, а также больничного режима.

4.10. В Договоре страхования могут быть указаны иные, в отличие от предусмотренных Правилами, ограничения в контингенте Застрахованных, в соответствии с которыми отдельные категории граждан могут быть застрахованы на особых условиях с соответствующими специфике такой группы риска ограничениями в объеме ответственности и расчетом тарифной ставки с учетом коэффициентов риска, указанных в Приложении № 2.

4.11. Заключенные в отношении лиц, указанных в п.2.3. настоящих Правил, Договоры страхования без указания Страхователем на наличие у Застрахованных перечисленных выше заболеваний признаются недействительными с момента заключения. При сообщении Страхователем ложных сведений Страховщик отказывает в выплате.

При диагностировании заболеваний, перечисленных в п.2.3. настоящих Правил, в период действия Договора страхования Застрахованный направляется в специализированное лечебное учреждение для продолжения лечения. В этом случае Договор в отношении указанного Застрахованного подлежит досрочному расторжению, если условиями Договора страхования не предусмотрено иное.

4.12. Страховщик не несет ответственности при возникновении массовых поражений, заболеваний и травм, полученных вследствие воздействия ядерного взрыва, радиации или радиоактивного заражения, военных действий, стихийных бедствий, эпидемий.

4.13. Страховщик при заключении договора страхования вправе установить франшизу. Применение франшизы имеет своей целью сократить количество необоснованных обращений Застрахованных за медицинской помощью, а также более бережно относиться к состоянию своего здоровья.

4.13.1. Франшиза - часть расходов, предусмотренная договором страхования, не оплачиваемая Страховщиком. Франшиза может устанавливаться как в абсолютном значении, так и в процентах к страховой сумме, а также в ограничении количества определенных услуг в течение срока действия договора страхования.

4.13.2. Франшиза может быть выражена в периоде времени (в днях) между вступлением договора страхования в силу и началом ответственности Страховщика по организации и оплате услуг.

4.13.3. Применение франшизы в договоре страхования может служить фактором, влияющим на снижение страхового тарифа, кроме случаев, когда применение франшизы является непременным условием принятия риска на страхование.

5. СТРАХОВАЯ СУММА

5.1. Страховой суммой является денежная сумма, устанавливающая предельный размер страхового обеспечения (лимит ответственности) для страхового покрытия расходов, за медицинские и иные услуги, предоставляемые Застрахованным в соответствии с договором и программами страхования.

5.2. Размер страховой суммы по договору страхования определяется Страхователем и Страховщиком, исходя из условий страхования (п. 4.3.), перечня и стоимости услуг, возраста, состояния здоровья Застрахованных, срока действия договора и других факторов.

5.3. Страхователь вправе в период действия договора страхования по согласованию со Страховщиком увеличить страховую сумму или расширить перечень предоставляемых медицинской программой услуг для одного или нескольких Застрахованных путем оформления на условиях настоящих Правил дополнительного соглашения, с уплатой соответствующей части страховой премии.

5.4. Страховая сумма может быть увеличена по соглашению сторон с уплатой дополнительного страхового взноса в случае, если стоимость медицинских услуг превышает (может превысить) размер страховой суммы Застрахованного (Застрахованных). В противном случае оплата медицинских услуг в части превышения размера страховой суммы производится Страхователем (Застрахованным) самостоятельно.

5.5. Страховая сумма устанавливается по одному из рисков или по их совокупности (страховой программе). При коллективном страховании Страхователь вправе устанавливать как одинаковые, так и дифференцированные индивидуальные страховые суммы на каждого Застрахованного.

5.6. Коллективный лимит ограничивает сумму ответственности Страховщика по всем Застрахованным, подпадающим под действие лимита. Индивидуальный лимит ограничивает ответственность Страховщика индивидуально для каждого Застрахованного. Лимит может выражаться в денежных единицах (денежный лимит), или в количестве услуг, или в иных ограничениях (квотный лимит). В первом случае ограничивается денежное значение выплат Страховщика, во втором – количество услуг, оплачиваемых Страховщиком по данному лимиту.

5.7. Страховая сумма по договору страхования уменьшается с момента страхового случая на величину произведённой страховой выплаты.

5.8. Если затраты на лечение или другие медицинские расходы превышают в целом лимит ответственности по договору, то доля затрат, превышающая страховую сумму, остается на собственном удержании Страхователя как безусловная (вычитаемая) франшиза.

6. СТРАХОВАЯ ПРЕМИЯ (СТРАХОВЫЕ ВЗНОСЫ)

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

6.2. При определении размера страховой премии Страховщик применяет разработанные им и согласованные с органом, осуществляющим надзор за страховой деятельностью, тарифы по страховым программам с учетом объекта страхования, характера страхового риска, перечня включенных в программу медицинских и иных услуг, срока действия договора, возраста, состояния здоровья Застрахованных, а также иных факторов, влияющих на вероятность наступления страхового случая.

6.3. Страховые тарифы по программам страхования, разработанным на основе базовых программ страхования, могут рассчитываться и применяться Страховщиком самостоятельно.

6.4. Величины тарифных ставок при заключении договора страхования могут быть изменены в зависимости от конкретных условий страхования (факторов риска) путём применения к базовому страховому тарифу экспертно определяемых Страховщиком коэффициентов, величина которых определяется количеством принимаемых на страхование граждан, профессией/родом занятий Застрахованного, наличием/отсутствием вредных условий труда на производстве, проводимыми профилактическими мероприятиями, количества обращений Застрахованного за медицинской помощью в течение предыдущего страхового периода, длительности необходимого лечения и других факторов.

6.5. Страховщик, уведомленный об обстоятельствах, влекущих увеличение страхового риска (изменение состояния здоровья Застрахованного, увеличение стоимости услуг лечебного учреждения и пр.) вправе потребовать от Страхователя изменения условий договора страхования 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.

6.6. Страховая премия может быть уплачена наличными деньгами или путем перечисления на расчетный счет Страховщика. Порядок и сроки уплаты страховой премии определяются договором страхования. Днем уплаты страховой премии считается дата поступления средств на расчетный счет или в кассу Страховщика.

6.7. Если договором страхования предусмотрено внесение страховой премии в рассрочку, договором могут быть определены последствия неуплаты в установленные сроки очередных страховых взносов.

6.8. В случае неуплаты Страхователем очередных страховых взносов в сроки, предусмотренные договором, Страховщик имеет право уменьшить в одностороннем порядке объем страховой ответственности, приостановить действие или потребовать расторжения договора страхования.

6.9. В случае замены Застрахованного в течение срока действия договора другим лицом при отсутствии страховых случаев по Застрахованному, Страховщик в счёт страховой премии за данное лицо вправе зачесть внесённую за Застрахованного сумму страховой премии. Аналогичный порядок применяется при наличии страховых случаев у заменяемого Застрахованного лица и коллективной страховой сумме по соответствующей программе страхования. В иных случаях уплачивается дополнительный страховой взнос с учетом действующих тарифов, не истекшего срока действия договора, программы страхования, состояния здоровья лица, принимаемого на страхование.

7. ДОГОВОР СТРАХОВАНИЯ И СРОК ЕГО ДЕЙСТВИЯ

7.1. Договор страхования является соглашением между Страхователем и Страховщиком, в соответствии с которым Страховщик обязуется при наступлении страхового случая организовать и оплатить предоставление Застрахованному медицинской помощи определённого объёма и качества, а Страхователь обязуется уплатить страховую премию в установленные договором страхования сроки.

7.2. Страхователь для заключения договора страхования обращается к Страховщику с письменным заявлением, в котором сообщаются необходимые для заключения договора данные, либо иным допустимым способом (устное заявление, факсимильное сообщение) заявляет о своем намерении заключить договор страхования. Договор страхования может заключаться путем вручения Страхователю (Застрахованному) страхового медицинского полиса который подписывается и выдается Страховщиком не позднее десяти рабочих дней с момента вступления договора в силу. До получения страхового полиса после вступления договора страхования в силу медицинская помощь Застрахованным может оказываться в медицинских учреждениях, с которыми Страховщик имеет договорные отношения, на основании направления Страховщика.

7.3. К заявлению Страхователя (юридического лица) должен прилагаться надлежащим образом оформленный и заверенный Страхователем список Застрахованных с указанием фамилии, имени, отчества, возраста, домашнего адреса и телефона, отношения к Страхователю.

7.4. В страховом медицинском полисе (приложение № 3), указывается: наименование Страхователя (юридического лица); фамилия, имя, отчество Страхователя (физического лица); фамилия, имя, отчество, дата рождения, домашний адрес и телефон Застрахованного; перечень страховых программ (медицинских услуг), гарантированных Застрахованному по данному полису; перечень медицинских учреждений, в которые Застрахованный имеет право обратиться за получением медицинской помощи; срок действия договора страхования; подписи Страховщика и Застрахованного; другие условия страхования.

7.5. Подпись Застрахованного удостоверяет его согласие с Правилами страхования, условиями договора и фактом страхования.

7.6. В дополнение к полису Застрахованному может выдаваться карточка Застрахованного (сертификат) с указанием перечня медицинских учреждений, в которых Застрахованный имеет право получать медицинскую помощь в соответствии с Договором страхования (с указанием адресов и контактных телефонов).

7.7. 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 или не могли быть известны Страховщику. При этом существенными могут быть признаны нестраховые случаи в соответствии с настоящими Правилами и программами страхования, а также обстоятельства, определенно оговоренные Страховщиком в договоре страхования или в его письменном запросе.

7.8. Если после заключения договора страхования будет установлено, что Страхователь сообщил заведомо ложные сведения об обстоятельствах, имеющих существенное значение для опреде-

ления вероятности наступления страхового случая и размера возможных убытков от его наступления, Страховщик вправе потребовать признания договора недействительным и применения последствий в соответствии с законодательством Российской Федерации за исключением случая, когда обстоятельства, о которых умолчал Страхователь, уже отпали.

7.9. При заключении договоров страхования Страховщик вправе потребовать от Страхователя проведения предварительного медицинского обследования, анкетирования и/или опроса лиц, подлежащих страхованию. Предварительное медицинское освидетельствование производится за счет средств Страхователя.

7.10. В зависимости от результатов предварительного медицинского освидетельствования или по данным, полученным Страховщиком о Застрахованном лице, последнему экспертным путем присваивается соответствующая группа здоровья:

- группа здоровья I - практически здоровые лица 18-40 лет без отягощенной наследственности, вредных привычек, имеющие в анамнезе детские болезни;

- группа здоровья II - практически здоровые с повышенным риском заболевания лица в возрасте 20-45 лет с отягощенной наследственностью по диабету, сердечно-сосудистым, онкологическим, почечно - желчнокаменной болезням, психическим заболеваниям. В анамнезе - черепно-мозговые травмы, осложненные детские болезни, злоупотребление алкоголем, курением. Женщины детородного возраста. Дети от 6-ти до 17-ти лет и лица от 46 до 55 лет;

- группа здоровья III - лица трудоспособного возраста, имеющие хронические заболевания с тенденцией к ежегодному обострению, злоупотребляющие алкоголем, транквилизаторами, снотворными, страдающие выраженными неврозами, психопатиями, гипертонической болезнью I и II степени, ИБС. Дети до 5 лет включительно и лица в возрасте 55 лет и старше.

7.11. Договор заключается сроком на один год и вступает в силу с 00 часов дня следующего за днем зачисления страховой премии (первой части страхового взноса при рассроченной уплате) на расчетный счет Страховщика, если условиями Договора не предусмотрено иное.

7.12. При согласии сторон договор страхования может быть пролонгирован на новый срок.

7.13. При утрате Застрахованным страхового полиса, он должен незамедлительно известить об этом Страховщика. Утраченный документ признается недействительным и не может являться основанием для получения медицинских услуг в соответствии с договором страхования. Страховщик выдает Застрахованному дубликат страхового полиса.

7.14. В случае расширения списка Застрахованных лиц при коллективной форме страхования Страхователь представляет Страховщику предусмотренные настоящими Правилами сведения о дополнительно страхуемых лицах и уплачивает за них страховой взнос.

7.15. В случае замены Застрахованных лиц другими лицами при коллективной форме проведения страхования без увеличения числа Застрахованных лиц Страхователь представляет Страховщику сведения об исключаемых из списка Застрахованных и включаемых в него.

Страховые полисы лиц, исключаемых из списка Застрахованных, возвращаются Страховщику. Вновь Застрахованным лицам выдается страховой полис.

7.16. 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 приложены к нему.

7.17. При заключении договора страхования по согласованию сторон в договоре отдельные положения настоящих Правил могут быть исключены, изменены или дополнены условиями, отличными от тех, которые содержатся в настоящих Правилах, если такие изменения и дополнения не противоречат действующему законодательству РФ, общепринятым в страховой практике обычаям делового оборота, а также не расширяют объем обязательств Страховщика, определенный настоящими Правилами.

7.18. Риски, принимаемые Страховщиком по договору страхования, в течение всего срока страхования, могут передаваться в перестрахование страховым организациям, имеющим соответствующую лицензию.

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 и программе страхования;

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

8.1.3. на получение дубликата страхового полиса в случае его утраты;

8.1.4. получить разъяснения о Правилах страхования и порядке предоставления услуг;

8.1.5. сообщить Страховщику о случаях непредоставления, неполного или некачественного предоставления услуг;

8.1.6. принять на себя обязанности Страхователя – юридического лица в случае его ликвидации.

8.2. Застрахованное лицо обязано:

8.2.1. соблюдать требования Правил и условий договора страхования, предписания лечащего врача, распорядок, установленный медицинским учреждением;

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

8.2.3. предоставлять Страховщику необходимые для заключения договора страхования достоверные сведения, а также иную необходимую информацию, связанную с исполнением договора страхования.

8.3. Страхователь обязан:

8.3.1. предоставить Страховщику полностью достоверную информацию, необходимую для заключения договора страхования;

8.3.2. уплачивать страховые взносы в размере и в сроки, установленные в договоре страхования;

8.3.3. заключать договоры в пользу Застрахованных лиц с их устного или письменного согласия;

8.3.4. Внести сумму стоимости оказанных медицинских услуг в связи с обращением Застрахованного за медицинскими услугами в результате случая, впоследствии признанного не страховым, в течение одного месяца с даты предъявления такого требования Страховщиком (медицинским учреждением) в кассу (на счет) медицинского учреждения (Страховщика).

8.4. Страхователь имеет право:

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

8.4.2. расширить список Застрахованных лиц в соответствии с условиями, изложенными в настоящих Правилах;

8.4.3. расширить перечень медицинских услуг, гарантируемых по договору страхования, или повысить уровень страхового обеспечения для одного или нескольких Застрахованных, заключив дополнительное соглашение к договору и уплатив дополнительный страховой взнос;

8.4.4. изменить по согласованию со Страховщиком перечень страховых программ, размер страховой суммы, в том числе индивидуальных страховых сумм, а также уровень страхового обеспечения по отдельным видам медицинских услуг, включенных в программу страхования. Внесение изменений оформляется дополнительным соглашением сторон. При увеличении размера страховой суммы, объема медицинских услуг, включении новых программ страхования уплате подлежит дополнительный страховой взнос, размер которого исчисляется исходя из разницы между новым и первоначальным размером страховой премии с учетом оставшегося срока страхования;

8.4.5. в случае увольнения Застрахованного работника, Страхователь (юридическое лицо) вправе исключить его из числа Застрахованных и заменить другим лицом. При этом согласование с Застрахованным лицом прекращения договора медицинского страхования в отношении этого Застрахованного лица является обязанностью Страхователя;

8.4.6. досрочно расторгнуть договор страхования.

8.5. Страховщик обязан:

8.5.1. обеспечить конфиденциальность в отношениях со Страхователем (Застрахованными);

8.5.2. выдать Страхователю (Застрахованным) страховые полисы установленной формы;

8.5.3. обеспечить предоставление Застрахованным медицинской помощи и медицинских услуг гарантированными условиями договора страхования;

8.5.4. обеспечить контроль качества медицинского обслуживания Застрахованных;

8.5.5. ознакомить Страхователя с правилами страхования.

8.6. Страховщик имеет право:

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

8.6.2. досрочно расторгнуть договор страхования, в том числе в отношении одного или нескольких Застрахованных, при невыполнении Страхователем (Застрахованным) Правил или условий договора страхования с письменным уведомлением Страхователя о причинах расторжения договора;

8.6.3. изменить по согласованию со Страхователем размер страховой суммы и страхового взноса по договору страхования при изменении цен на предоставляемые медицинские услуги и медицинскую помощь;

8.6.4. отказать в оплате медицинских услуг, обращение за получением которых не является страховым случаем;

8.6.5. на ознакомление с медицинской документацией Застрахованного в полном объеме для решения вопросов, связанных с реализацией договора страхования, оплатой оказанных Застрахованному услуг, защитой прав Застрахованного. Страховщик гарантирует соблюдение врачебной тайны в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации;

8.6.6. Требовать от Страхователя (Застрахованного) оплатить медицинскому учреждению (Страховщику) стоимость оказанных (оплаченных) медицинских услуг в связи с повреждением здоровья Застрахованного лица в результате случая, впоследствии признанного не страховым.

9. ПРЕКРАЩЕНИЕ ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ

9.1. Договор страхования прекращается в случаях:

9.1.1. окончания срока действия;

9.1.2. исполнения Страховщиком обязательств по договору перед Страхователем (Застрахованным) в полном объеме;

9.1.3. ликвидации Страхователя, являющегося юридическим лицом, или смерти Страхователя, являющегося физическим лицом, если Застрахованный не принял на себя обязанности Страхователя по уплате страховых взносов;

9.1.4. смерти Застрахованного лица;

9.1.5. в других случаях, предусмотренных законодательными актами Российской Федерации.

9.2. Договор страхования может быть прекращен досрочно по требованию Страхователя или Страховщика в случаях, предусмотренных настоящими Правилами и/или условиями Договора страхования, по соглашению сторон в соответствии с нормами гражданского законодательства.

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

9.4. При досрочном расторжении договора страхования Страховщик возвращает Страхователю страховые взносы за истекший срок действия договора за вычетом понесенных расходов, включая расходы на ведение дела.

9.5. Во всех случаях прекращения договора страхования Застрахованные обязаны вернуть Страховщику страховые полисы, действие которых прекращается с момента прекращения договора страхования.

9.6. Для получения части страхового взноса при досрочном прекращении договора страхования Страхователь представляет Страховщику следующие документы: договор страхования (страховой полис), заявление о досрочном прекращении договора и выплате (возврате) части страхового взноса, надлежащим образом оформленную доверенность (если Страхователь юридическое лицо) и документ, удостоверяющий личность. Днем возврата считается дата списания со счета Страховщика подлежащей перечислению суммы на счет получателя.

10. ПОРЯДОК ВЫПОЛНЕНИЯ ОБЯЗАТЕЛЬСТВ ПО ДОГОВОРУ (СТРАХОВЫЕ ВЫПЛАТЫ)

10.1. Право Застрахованного лица на получение и оплату медицинской помощи, предусмотренной договором, наступает после вступления его в силу.

10.2. Предоставление медицинской помощи осуществляется путем обращения Застрахованного в медицинские учреждения, указанные в договоре страхования. При обращении застрахованного лица в медицинское учреждение предъявляется страховой полис, выданный Страховщиком, паспорт либо другой документ, удостоверяющий личность Застрахованного лица.

10.3. Медицинские и иные услуги Застрахованным при наличии медицинских показаний по согласованию со Страховщиком могут оказываться другими медицинскими учреждениями, с которыми Страховщик состоит в договорных отношениях.

10.4. В необходимых случаях с целью повышения эффективности лечения, сокращения его продолжительности, снижения риска возможных осложнений или при невозможности получения определенного комплекса медицинских и сопутствующих услуг на территории Российской Федерации для оказания помощи Застрахованным, если это предусмотрено договором страхования, могут привлекаться зарубежные медицинские, реабилитационно-восстановительные, санаторно-

курортные учреждения, частнопрактикующие специалисты, имеющие разрешение (лицензию, патент, сертификат или иной документ) на право осуществления различных видов медицинской деятельности на территории соответствующего государства.

10.5. Оплата стоимости услуг (страховые выплаты), оказанных медицинским учреждением, производится по ценам, согласованным между Страховщиком и медицинским учреждением, путем перечисления Страховщиком денежных средств на расчетный счет учреждения. Порядок и сроки оплаты услуг, оказанных Застрахованным, определяются договором с медицинским учреждением.

10.6. В случае если договором страхования предусмотрена оплата (компенсация) расходов по страховому случаю, произведенных Страхователем (Застрахованным) по согласованию со Страховщиком за счёт собственных средств, выплата осуществляется на основании письменного заявления Страхователя (Застрахованного) с приложением оригиналов документов, подтверждающих факт оказания Застрахованному медицинских и иных услуг, включая расходы на медикаменты и изделия медицинского назначения, сроков лечения, перечня оказанных услуг (из числа предусмотренных договором страхования), понесённых расходов для составления страхового акта.

10.7. Страховой акт составляется Страховщиком или уполномоченным им лицом в течение 5-ти банковских дней после получения и анализа всех необходимых документов по факту страхового случая. При необходимости проверки обстоятельств страхового случая и представленных документов Страховщик имеет право отсрочить принятие решения о страховой выплате на срок до 30 дней.

10.8. Страховая выплата производится в течение 5-ти банковских дней, если иное не оговорено в договоре страхования, с даты составления страхового акта. Днём выплаты считается дата списания средств со счёта Страховщика в банке, оформления почтового перевода или выдачи наличных денег из кассы Страховщика. Перевод подлежащих выплате сумм по почте, телеграфу или на счёт получателя осуществляется за счёт средств получателя.

10.9. Страховщик имеет право не оплачивать лечение Застрахованного, если:

- медицинская помощь Застрахованному оказывалась в связи с заболеваниями (патологическими состояниями), не входящими в перечень страховых случаев;
- Застрахованным без согласования со Страховщиком получены медицинские услуги, которые не предусмотрены договором и программами страхования.

Условиями договора страхования могут быть предусмотрены также другие основания для отказа в страховой выплате (в дополнение к изложенным в настоящих Правилах), если это не противоречит действующему законодательству РФ.

10.10. В случае, если в период лечения Застрахованного истекает срок действия договора страхования, страховые выплаты в пределах лимита ответственности могут производиться в течение периода, не превышающего 7 календарных дней с дня окончания срока страхования, если иное не предусмотрено договором страхования. Далее оплата медицинских услуг производится за счет Страхователя (Застрахованного) или за счет дополнительных страховых взносов, размер которых определяется дополнительным соглашением сторон.

10.11. Оплата расходов медицинских учреждений на оказание медицинской помощи Застрахованным может осуществляться по договорам добровольного медицинского страхования в случаях, когда по различным причинам медицинская помощь не может быть оказана в необходимом объеме и в необходимые сроки за счет средств бюджета или программ обязательного медицинского страхования. Основанием для решения вопроса об оплате оказанной (планируемой к оказанию) медицинской помощи в указанных случаях может служить письменное заявление Застрахованного или Страхователя, в котором указывается мотивировка причин, вызвавших необходимость осуществления выплаты. По запросу Страховщика Страхователь (Застрахованный) обязан представить необходимые документы, подтверждающие причину обращения.

11. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН

11.1. Ответственность Страховщика:

11.1.1. в случае необоснованного отказа медицинского учреждения в оказании Застрахованному услуг, предусмотренных договором страхования, Страховщик на основании письменного заявления Страхователя (Застрахованного), выплачивает заявителю штраф в размере полной стоимости таких услуг, что не освобождает Страховщика от обязанности организации и оплаты этих услуг.

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

11.1.2. в случае причинения медицинским учреждением вреда здоровью Застрахованного, подтвержденного экспертной комиссией, Страховщик принимает возможные меры в соответствии с

действующим законодательством Российской Федерации по возмещению этим учреждением нанесенного ущерба и несет связанные с этим расходы.

11.2. Ответственность Страхователя (Застрахованного):

11.2.1. если будет установлено, что Застрахованный передал другому лицу страховой полис или страховую карточку с целью получения последним медицинских услуг по договору страхования, Страховщик вправе досрочно расторгнуть договор страхования в отношении такого Застрахованного.

При этом Страхователь (Застрахованный) обязан заплатить Страховщику штраф в размере, равном двукратной стоимости услуг, оказанных лицу, необоснованно воспользовавшемуся страховым полисом;

11.2.2. в случае получения Застрахованным по страховому полису медицинских услуг, обращение за получением которых классифицируется как нестраховой случай, либо полученных сверх страховой суммы, либо иного вида ограничения ответственности Страховщика, предусмотренного условиями Правил, договора или программы страхования, Страхователь обязуется возместить Страховщику стоимость таких услуг;

11.2.3. в случае нарушения Застрахованным лечебно-охранительного режима, установленного медицинским учреждением, последнее вправе прекратить медицинское обслуживание Застрахованного;

11.2.4. за необоснованный вызов Застрахованным на дом врача, скорой или неотложной медицинской помощи, Страхователь уплачивает Страховщику штраф в двойном размере стоимости таких услуг.

Вызов считается необоснованным, если:

- осуществлен Застрахованным для медицинского обслуживания незастрахованного лица, или Застрахованный отсутствовал по адресу, указанному им при передаче вызова;
- Застрахованным предоставлена умышленно искаженная информация о своем состоянии.

12. РАЗРЕШЕНИЕ СПОРОВ

12.1. Споры, возникающие по договору страхования, разрешаются путем переговоров сторон, в случае недостижения согласия – в порядке, предусмотренном законодательством Российской Федерации.

12.2. При решении спорных вопросов положения договора страхования имеют преимущественную силу по отношению к положениям настоящих Правил.

12.3. Медицинские учреждения в соответствии с законодательством и условиями договора страхования несут ответственность за объем и качество предоставляемых медицинских услуг и за отказ в оказании медицинской помощи Застрахованным. В случае нарушения медицинскими учреждениями условий договора страхования Страховщик вправе частично или полностью не возмещать затраты по оказанию медицинских услуг.

Базовые страховые тарифы в зависимости от Программы страхования составляют от 5,88% до 88,96%. Страховщик имеет право применять к настоящим базовым страховым тарифам повышающие и понижающие от 0,1 до 5,0 коэффициенты, исходя из возраста Застрахованного, его профессиональных обязанностей, сообщенных им сведений о заболеваниях, особенностей образа жизни, данных его медицинских документов, сроков страхования, а также других обстоятельств, имеющих существенное значение для определения степени страхового риска.