

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

**1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ**

1.1. В соответствии с Гражданским кодексом РФ, Законом «Об организации страхового дела в Российской Федерации», нормативными документами федерального органа исполнительной власти по надзору за страховой деятельностью настоящие Правила регулируют отношения, возникающие между Страховщиком и Страхователем по поводу добровольного медицинского страхования граждан.

1.2. Страховщик – ООО «Национальная страховая группа - «РОСЭНЕРГО», осуществляет страховую деятельность в соответствии с выданной федеральным органом исполнительной власти по надзору за страховой деятельностью Лицензией.

1.3. Страхователи – юридические лица любых организационно-правовых форм, предусмотренных гражданским законодательством Российской Федерации, и дееспособные физические лица, заключившие со Страховщиком договор добровольного медицинского страхования.

Страхователи – юридические лица заключают со Страховщиком договоры о страховании третьих лиц в пользу последних (Застрахованные).

Страхователи – дееспособные физические лица заключают со Страховщиком договоры страхования в свою пользу или о страховании третьих лиц в пользу последних (Застрахованные).

1.4. Страхование проводится в индивидуальной и коллективной форме.

1.5. Договор страхования может быть заключен на следующих условиях:

1.5.1. Организации предоставления и оплаты медицинских услуг, предусмотренных программой медицинского страхования, в медицинских учреждениях и у частнопрактикующих врачей, имеющих лицензию установленного образца, оказывающих амбулаторно-поликлиническую помощь;

1.5.2. Организации предоставления и оплаты медицинских услуг, предусмотренных программой медицинского страхования, в медицинских учреждениях, оказывающих стационарную помощь;

1.5.3. Организации предоставления и оплаты медицинских услуг, предусмотренных программой медицинского страхования, в медицинских учреждениях, оказывающих амбулаторно-поликлиническую и стационарную медицинскую помощь (комплексная программа медицинского страхования);

1.5.4. Организации предоставления и оплаты медицинских услуг, предусмотренных программой медицинского страхования в медицинских учреждениях, оказывающих услуги скорой и неотложной медицинской помощи при заболеваниях (состояниях), представляющих угрозу жизни и здоровью застрахованных и требующих немедленной медицинской помощи;

1.5.5. Организации предоставления и оплаты стоматологической помощи (без протезирования) в амбулаторных и стационарных условиях.

1.6. В программах, перечисленных в п.п.1.5.1 – 1.5.3, может предусматриваться возмещение расходов на реабилитационно-восстановительное лечение после перенесенного заболевания (травмы), являющегося страховым случаем.

1.7. В программах «Амбулаторно-поликлиническая помощь» и «Комплексная медицинская помощь» может предусматриваться возмещение расходов на лекарственные средства при амбулаторно-поликлиническом лечении. Оплата лекарственных средств осуществляется по рецепту врача при наступлении страхового случая, предусмотренного договором страхования. Порядок возмещения затрат на лекарственные средства определяется п. 7.3. настоящих Правил.

1.8. Если иное не предусмотрено договором, на страхование не принимаются:

- лица, состоящие на учете в наркологических, психоневрологических, противотуберкулезных, кожно-венерологических и других диспансерах, центрах по профилактике и лечению СПИДа и ВИЧ-инфекции;

- инвалиды I и II группы;

- больные онкологическими заболеваниями и системными заболеваниями крови;

- лица старше 70 лет;

- лица, госпитализированные на дату заключения договора.

Договор, заключенный в отношении лица, подпадающего в одну из перечисленных категорий, досрочно прекращается, оплата стоимости медицинских услуг по такому Договору Страховщиком не производится. Страховщик возвращает Страхователю часть страховой премии, пропорционально оставшемуся сроку страхования за вычетом расходов на ведение дела за весь срок страхования.

1.9. 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.

1.10. Медицинские учреждения: организации (лечебно-профилактические и стационарные учреждения, научно-исследовательские и медицинские институты, реабилитационно-восстановительные и санаторно-курортные учреждения и др.) и физические лица, осуществляющие медицинскую деятельность на территории Российской Федерации и за ее пределами, имеющие лицензию на право осуществления медицинской деятельности.

1.11. Аптечные учреждения: организации, осуществляющие розничную торговлю лекарственными средствами, изготовление и отпуск лекарственных средств в соответствии с требованиями действующего законодательства Российской Федерации, имеющие лицензию на право осуществления фармацевтической деятельности, оказывающие услуги Застрахованным по программам «Амбулаторно-поликлиническая помощь» и «Комплексная медицинская помощь». К аптечным учреждениям относятся аптеки, аптеки учреждений здравоохранения, аптечные пункты, аптечные магазины, аптечные киоски.

1.12. Медицинские услуги (медицинская помощь): мероприятия или комплекс мероприятий, направленных на профилактику заболеваний, их диагностику и лечение, имеющих самостоятельное законченное значение и определенную стоимость.

## **2. ОБЪЕКТ СТРАХОВАНИЯ**

2.1 Объектом добровольного медицинского страхования являются имущественные интересы Застрахованного, связанные с риском возникновения затрат на оказание ему медицинских и иных услуг в объеме и на условиях программы добровольного медицинского страхования, выбранной Страхователем.

## **3. СТРАХОВЫЕ СЛУЧАИ И ОБЪЕМ СТРАХОВОЙ ОТВЕТСТВЕННОСТИ**

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

3.2. По настоящим правилам страховым случаем является:

3.2.1. Получение Застрахованным в течение срока страхования медицинской (лечебной, диагностической, консультативной, реабилитационно-восстановительной, оздоровительной, профилактической, в т.ч. иммунопрофилактической, фармацевтической и др.) и иной (медико-социальной, медико-транспортной и др.) помощи (услуг), предусмотренной программой страхования, в медицинском или аптечном учреждении, из числа предусмотренных договором страхования, при остром заболевании, обострении хронического заболевания, осложнении, возникшем при лечении, назначении лечащим врачом комплекса профилактических мероприятий, плановых медицинских вмешательствах, травме, отравлении и других несчастных случаях;

3.2.2. Получение Застрахованным в течение срока страхования медицинской помощи (услуг), предусмотренной программой страхования, в иных медицинских и/или аптечных учреждениях, помимо предусмотренных договором страхования, если это предварительно согласовано и/или организовано Страховщиком.

3.3. Перечень медицинских услуг по договору страхования определяется программой медицинского страхования и возможностями медицинских учреждений, определенных договором страхования, в которых Застрахованный вправе получить медицинскую помощь.

3.4. Страховщик принимает на себя обязательство организовать предоставление и оплатить Застрахованным медицинскую и иную помощь по технологиям, применяемым в медицинских учреждениях, определенных договором страхования, в соответствии с условиями договора страхования, в других медицинских учреждениях, помимо предусмотренных договором страхования, если это согласовано и/или организовано Страховщиком. При заключении договора страхования на условиях п.1.7 Страховщик принимает обязательство организовать предоставление и оплатить лекарственные средства, назначенные врачом при амбулаторном лечении.

3.5. По настоящим Правилам не является страховым случаем и Страховщик не возмещает стоимость медицинских услуг, если Застрахованный обратился в медицинское учреждение:

а) по поводу получения травматического повреждения или иного расстройства здоровья, наступившего в связи с совершением действий, в которых судом установлены признаки умышленного преступления;

б) в связи с умышленным причинением Застрахованным вреда своему здоровью, в том числе в связи с покушением на самоубийство;

в) в связи с получением травматического повреждения в состоянии алкогольного, наркотического или токсического опьянения;

г) за получением медицинских услуг, не предусмотренных договором страхования, не назначенных врачом или выполняемых по желанию Застрахованного, если необходимость получения таких медицинских услуг не была предварительно согласована со Страховщиком;

д) Застрахованный обратился в медицинское учреждение, не предусмотренное договором страхования, и выбор которого не был предварительно согласован со Страховщиком.

В случае обращения Застрахованного в медицинское учреждение, не предусмотренное договором страхования, и/или получения медицинских услуг, не предусмотренных договором страхования, не назначенных врачом или выполняемых по желанию Застрахованного, если такие действия Застрахованного не были предварительно согласованы со Страховщиком, Застрахованный самостоятельно за свой счет оплачивает стоимость таких медицинских услуг.

3.6. Кроме того, не является страховым случаем, и Страховщик не производит страховых выплат в связи с заболеваниями и травмами, вызванными:

а) воздействием ядерного взрыва, радиации или радиоактивного заражения;

б) военными действиями, а также маневрами или иными военными мероприятиями;

в) гражданской войной, народными волнениями всякого рода или забастовками;

г) стихийными бедствиями.

3.7. В договоре может быть предусмотрен выжидательный период (временная франшиза) – промежуток времени, в течение которого с момента вступления договора в силу обращение Застрахованного за медицинской помощью не рассматривается в качестве страхового случая. При таком условии ответственность Страховщика по договору страхования начинается по окончании выжидательного периода.

#### **4. СТРАХОВАЯ СУММА. ФРАНШИЗА**

4.1. Страховой суммой является предельный размер страхового обеспечения по договору страхования, который определяется Страховщиком и Страхователем по их усмотрению, исходя из определенных договором условий страхования, возраста и состояния здоровья Застрахованного, перечня и стоимости медицинских услуг, и указывается в Договоре страхования.

4.2. Страхователь вправе в период действия договора страхования по согласованию со Страховщиком расширить перечень медицинских услуг, а также поменять медицинское учреждение.

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

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

4.4. В договоре страхования может быть предусмотрена франшиза, которая различается на условную и безусловную. При условной франшизе Страховщик освобождается от оплаты расходов, связанных с оказанием Застрахованному медицинских и иных услуг, если их размер не превышает франшизу. При безусловной франшизе обязательства Страховщика определяются размером расходов за минусом франшизы.

Франшиза определяется обеими сторонами в процентном отношении к страховой сумме или в абсолютной величине.

4.5. Договором страхования могут быть установлены предельные суммы выплат (лимиты ответственности Страховщика) по отдельным видам медицинских услуг или перечню медицинских услуг, на одно Застрахованное лицо и т.д.

#### **5. СТРАХОВАЯ ПРЕМИЯ И СТРАХОВЫЕ ВЗНОСЫ**

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

5.2. Страховая премия, являющаяся платой за страхование и уплачиваемая Страхователем по Договору страхования, устанавливается исходя из страховых тарифов, учитывающих состояние здоровья

Застрахованного, численность Застрахованных, перечень медицинских услуг, включенных в программу страхования, и иные факторы, влияющие на степень риска.

При заключении договора страхования на неполный год размер страховой премии исчисляется пропорционально сроку действия договора: при сроке действия договора страхования до 2 месяцев - 30%; 3 месяцев - 40%, 4 месяцев - 50%, 5 месяцев - 60%, 6 месяцев - 70%, 7 месяцев - 75%, 8 месяцев - 80%, 9 месяцев - 85%, 10 месяцев - 90%, 11 месяцев - 95% от суммы годовой страховой премии.

5.3. Страховая премия может быть уплачена наличными деньгами представителю Страховщика или перечислена на расчетный счет Страховщика путем безналичных расчетов. Форма проведения расчетов определяется в договоре страхования. Уплата страховой премии производится одновременно за весь срок страхования, если договором страхования не предусмотрено иное.

5.4. Страхователь обязан уплатить Страховщику страховую премию или первый ее взнос в 10-дневный срок (если иное не предусмотрено договором страхования), после подписания договора страхования. Днем уплаты страховой премии при безналичных расчетах считается день поступления денежных средств на расчетный счет Страховщика, при уплате наличными деньгами – день оплаты денежных средств Страховщику (его представителю) на основании квитанции или иного платежного документа.

5.5. Если к сроку, установленному в договоре страхования, страховая премия или ее первый взнос не были уплачены или были уплачены не полностью, договор страхования считается не вступившим в силу и поступившие страховые взносы в полном объеме возвращаются Страхователю в 10-дневный срок. Днем возврата денежных средств считается день их списания с расчетного счета Страховщика или выдачи через кассу (при расчете наличными деньгами).

## 6. ЗАКЛЮЧЕНИЕ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ

6.1. Договор страхования заключается сроком до одного года, на 1 год или на срок более одного года (с расчетом и уплатой страховой премии ежегодно в порядке, предусмотренном настоящими Правилами).

6.2. По Договору страхования, заключенному на условиях настоящих Правил, Страховщик обязуется осуществить организацию и финансирование медицинских услуг Страхователю (Застрахованному) определенного перечня в пределах страховой суммы.

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

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

6.4. Страховщик обязан ознакомить Страхователя с содержанием Правил страхования и вручить ему один экземпляр вместе с документом, подтверждающим факт заключения договора страхования. Факт заключения Договора страхования может удостоверяться путем составления отдельного документа (Договора страхования) и/или путем передачи Страховщиком Страхователю страхового полиса, подписанного Страховщиком, с приложением правил страхования, как в полном изложении, так и в сокращении (выдержки), в полном объеме информирующих Страхователя (Застрахованного) о выбранной им программе (программах) страхования.

6.5. При заключении договора добровольного медицинского страхования Страховщик имеет право произвести медицинский осмотр 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 20-40 лет без отягощенной наследственности, имеющие в анамнезе детские болезни, простудные заболевания, аппендицит, грыжи; без вредных привычек или при их умеренной выраженности, не работающие на производстве с особо вредными условиями труда;

группа здоровья II - практически здоровые с повышенным риском заболевания лица в возрасте 20-50 лет с 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, сексуальными нарушениями, гипертонической болезнью I и II степени, ИБС без выраженной стенокардии, перенесшие полостные операции. Дети от 0 до 5 лет и лица старше 60 лет.

#### 6.6. Заключение договора страхования с юридическими лицами.

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

6.6.2. Основанием для заключения договора, если иное не согласовано сторонами, является письменное заявление Страхователя (Приложение 2 к Правилам), в котором должны быть указаны:

- полное наименование и адрес Страхователя;
- желаемые условия страхования;
- программа (ы) страхования;
- срок страхования;
- количество страхуемых лиц;
- другие данные, имеющие значение для установления страховой суммы и страхового тарифа.

6.6.3. Страховщик принимает решение о заключении Договора страхования в течение пяти дней после поступления заявления Страхователя.

6.6.4. В Договоре страхования (Приложение 4) указываются:

- Наименование, адрес и реквизиты Страховщика;
- Наименование, адрес и реквизиты Страхователя;
- Численность Застрахованных;
- Программа (ы) страхования;
- Перечень медицинских и иных учреждений, обеспечивающих обслуживание Застрахованных;
- Страховая сумма, лимит ответственности;
- Срок действия Договора страхования;
- Размер страховой премии (взноса), подлежащей уплате по Договору страхования, порядок и форма ее уплаты;
- Права, обязанности, ответственность сторон и иные, не противоречащие законодательству Российской Федерации, условия.

К договору страхования прилагаются списки Застрахованных по установленной Страховщиком форме с указанием имени, отчества, фамилии, пола, даты рождения, домашнего адреса и телефона, отношения к Страхователю (работавший, член семьи, другие лица).

6.6.5. В страховом полисе (Приложение 3) указывается:

- наименование страхователя, номер и дата Договора страхования, на основании которого выдан полис;
- фамилия, имя, отчество Застрахованного, его пол, дата рождения;
- программа(ы) страхования;
- перечень ЛПУ, в которые Застрахованный имеет право обратиться за получением медицинской помощи и медицинских услуг по данному полису;
- срок действия Договора страхования (полиса);
- страховая сумма, лимит ответственности.

6.6.6. Одновременно со страховым полисом Страхователю (Застрахованным) может вручаться страховая карточка.

6.6.7. При утрате Застрахованным страхового полиса и/или страховой карточки он 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 (Застрахованному) выдаются дубликаты.

6.6.8. Страховой полис и/или страховая карточка выдаются Страхователю (Застрахованному) после уплаты страховой премии (первого страхового взноса) в соответствии с Договором страхования.

#### 6.7. Заключение договора страхования с физическими лицами.

6.7.1. Основанием для заключения договора страхования с физическим лицом, если иное не согласовано сторонами, является письменное заявление Страхователя с указанием:

- фамилии, имени и отчества Страхователя, его домашнего адреса и телефона;
- фамилии, имени и отчества Застрахованного, его пола, даты рождения, домашнего адреса, телефона;
- желаемых условий страхования;
- срока действия договора страхования и других желаемых условий заключения договора страхования, не противоречащих настоящим Правилам и действующему законодательству РФ.

6.7.2. Страховщик принимает решение о возможности заключения договора страхования в течение 5 дней со дня подачи заявления от Страхователя. Необходимость предварительного медицинского освидетельствования, проводимого за счет Страхователя (Застрахованного), определяет Страховщик.

6.7.3. Договор страхования заключается в письменной форме и удостоверяется выдачей страхового медицинского полиса (Приложение 3). Страховой полис выдается в момент вступления договора в силу.

6.8. 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.

6.9. 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 случаев, когда обстоятельства, о которых умолчал Страхователь, уже отпали.

6.10. Договор страхования вступает в силу, если в нем не предусмотрено иное:

с 00 часов 00 минут дня, следующего за днем поступления страховой премии (первого страхового взноса при оплате в рассрочку) на расчетный счет Страховщика – при оплате страховой премии безналичным перечислением;

с момента оплаты страховой премии (первого страхового взноса при оплате в рассрочку) Страховщику (его представителю) – при оплате страховой премии наличными деньгами на основании квитанции или иного платежного документа.

6.11. Условия, содержащиеся в настоящих Правилах страхования и не включенные в текст договора страхования (страхового полиса), если договором страхования не предусмотрено иное, 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.

6.12. В соответствии с гражданским законодательством Российской Федерации при заключении договора страхования Страхователь и Страховщик могут договориться о неприменении отдельных положений настоящих Правил и/или о дополнении Договора страхования положениями, не противоречащими действующему Законодательству РФ.

## **7. ПОРЯДОК ВЫПОЛНЕНИЯ ОБЯЗАТЕЛЬСТВ ПО ДОГОВОРУ**

7.1. Право Застрахованного на получение и оплату медицинской помощи, предусмотренной Договором страхования, наступает с даты, указанной в Договоре страхования, при условии выполнения Страхователем обязательств по уплате страховой премии.

7.2. Предоставление медицинской помощи, обусловленной Договором страхования, осуществляется путем обращения Застрахованного в медицинские учреждения, с которыми Страховщик состоит в договорных отношениях.

При обращении Застрахованного в медицинское учреждение предъявляется страховая полис и/или страховая карточка, выданные Страховщиком, паспорт либо другой документ, удостоверяющий личность Застрахованного.

При обращении Застрахованного (его представителя) в аптеку по поводу лекарственных средств предъявляется рецепт установленной формы, выписанный врачом медицинского учреждения, с которым Страховщик состоит в договорных отношениях.

В случае необходимости Застрахованный обращается по телефону, указанному в страховом полисе (страховой карточке).

7.3. Оплата стоимости услуг, оказанных медицинскими учреждениями производится исходя из фактических затрат на оказание медицинской помощи и медицинских услуг по ценам, согласованным между Страховщиком и медицинским учреждением, в пределах страховой суммы (лимита ответственности), установленной по договору страхования, путём перечисления Страховщиком денежных средств на счёт медицинского учреждения.

Перечисление производится после получения от медицинского учреждения счёта с приложением документов, подтверждающих оказание медицинской помощи (реестры пролеченных больных, реестр оказанных услуг, акт проделанных работ и т.д.) по форме, разработанной Страховщиком.

Перечисление денежных средств на счет медицинского учреждения по поводу лекарственных средств осуществляется Страховщиком после получения от медицинского учреждения реестра (счета) на оплату лекарственных средств с приложением копий рецептов. В реестре (счете) указываются номер полиса, фамилия, имя, отчество Застрахованного, фамилия врача, выписавшего рецепт.

Возмещение расходов Застрахованного на приобретение лекарственных средств производится в порядке, предусмотренном настоящими Правилами.

7.4. Не оплачиваются Страховщиком расходы, возникшие по окончании срока действия Договора страхования, за исключением расходов, связанных с госпитализацией Застрахованного, начавшейся в течение срока действия Договора страхования, до момента устранения угрозы жизни Застрахованного.

7.5. В случае выявления у Застрахованного заболеваний и состояний, не предусмотренных Договором страхования и/или при которых лечение не может быть осуществлено в медицинских учреждениях, сотрудничающих со Страховщиком, Страховщик оказывает содействие в направлении Застрахованного в специализированное медицинское учреждение. При этом оплата стоимости медицинских услуг, оказанных Застрахованному в этих медицинских учреждениях, должна быть предварительно согласована Страхователем со Страховщиком.

7.6. При необходимости оказания Застрахованному лицу медицинских услуг сверх страховой суммы (лимита ответственности) эти услуги могут быть оказаны Застрахованному только после увеличения страховой суммы по Договору с соответствующим увеличением страховой премии. Размер дополнительной страховой премии определяется Страховщиком.

7.7. Договором страхования может быть предусмотрено возмещение расходов, понесенных Страхователем (Застрахованным) по оплате медицинских и/или иных услуг, оказанных в соответствии с Договором страхования, непосредственно Страхователю (Застрахованному) наличными деньгами или перечислением на его счет.

7.7.1. Затраты должны быть признаны Страховщиком обоснованными, если они соответствуют положениям конкретного Договора страхования, а также подтверждаются документами, перечисленными в п.7.7.4. настоящих Правил, являющиеся необходимыми и оплачены Страхователем (Застрахованным) в полном объеме.

7.7.2. Заявление Застрахованного на возмещение расходов принимается в срок не позднее 90 календарных дней после получения им медицинских услуг, при условии, что Застрахованный обратился за их получением в течение срока действия Договора страхования.

7.7.3. Страховщик возмещает расходы в течение 15-ти рабочих дней после получения от Страхователя (Застрахованного) всех подтверждающих документов.

7.7.4. Для осуществления страховой выплаты Страхователь (Застрахованный) предоставляет Страховщику следующие оригинальные документы:

- Заявление на страховую выплату;
- Договор страхования и/или страховой полис;
- Направление лечащего врача на получение медицинских и иных услуг, предусмотренных Договором страхования, а в случае госпитализации – документы, послужившие основанием для госпитализации;
- Врачебное заключение об установлении соответствующего диагноза, заверенное подписью и личной печатью врача и печатью лечебного учреждения;
- Оплаченный счет с указанием медицинского учреждения, перечня оказанных услуг и их стоимости;

- Квитанция и кассовый чек;
- Подтверждающие оказание Застрахованному соответствующих услуг (заключение о проведенном обследовании или лечении, выписка из истории болезни, результаты обследования, амбулаторная карта и т.д.), заверенные подписью уполномоченного лица и печатью медицинского учреждения;
- Документ, удостоверяющий личность получателя.

## **8. ПОСЛЕДСТВИЯ УВЕЛИЧЕНИЯ СТРАХОВОГО РИСКА В ПЕРИОД ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ**

8.1. В период действия договора страхования Страхователь (Застрахованный) обязан незамедлительно сообщить Страховщику о ставших ему известными значительных изменениях в обстоятельствах, сообщенных Страховщику при заключении Договора, если эти изменения могут существенно повлиять на увеличение страхового риска.

При этом значительными признаются изменения, оговоренные в договоре страхования (страховом полисе) и в переданных Страхователю Правилах страхования, в том числе отнесение Застрахованного к иной категории по состоянию здоровья и выявления обстоятельств, определенных п. 1.8 настоящих Правил.

8.2. При получении информации об обстоятельствах, влекущих увеличение страхового риска Страховщик вправе потребовать изменения условий Договора страхования и уплаты дополнительной страховой премии соразмерно увеличению риска.

Если Страхователь (Застрахованный) возражает против изменения условий Договора страхования или доплаты страховой премии, Страховщик вправе расторгнуть Договор.

При неисполнении Страхователем (Застрахованным) обязанностей по сообщению Страховщику об увеличении страхового риска последний вправе расторгнуть Договор и потребовать возмещения убытков в порядке, предусмотренном гражданским законодательством РФ.

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

## **9. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН**

9.1. Права и обязанности Застрахованного по Договору страхования.

9.1.1. *Застрахованный имеет право:*

- а) на получение медицинских услуг в соответствии с условиями, указанными в Договоре страхования, в медицинских учреждениях, перечень которых определен в Договоре страхования;
- б) требовать от Страховщика в законном порядке соблюдения условий Договора страхования.
- в) получить дубликат страхового полиса и/или страховой карточки в случае их утраты.
- г) получать разъяснения о Правилах страхования и условиях Договора страхования, порядке предоставления услуг.
- д) сообщать Страховщику о случаях непредоставления услуг, неполного или некачественного предоставления услуг.
- е) принимать на себя обязанности Страхователя – юридического лица по уплате обусловленных Договором страхования страховых взносов своевременно и в полном объеме в случае его ликвидации.

9.1.2. *Застрахованный обязан:*

- а) предоставлять Страховщику необходимые для заключения Договора страхования достоверные сведения, а также иную необходимую информацию, связанную с исполнением Договора страхования;
- б) соблюдать требования Правил страхования, условий Договора страхования, предписания лечащего врача, полученные в ходе предоставления медицинской помощи, распорядок, установленный медицинским учреждением.
- в) заботиться о сохранности страховых документов и не передавать их другим лицам с целью получения ими медицинских услуг.

9.2. Права и обязанности Страхователя по договору страхования.

9.2.1. *Страхователь обязан:*

- а) уплачивать своевременно и в полном объеме обусловленную Договором страхования страховую премию (взносы).
- б) предоставлять Страховщику необходимые для заключения Договора страхования достоверные сведения, а также иную необходимую информацию, связанную с исполнением Договора.



в) обеспечивать сохранность документов по Договору страхования.

9.2.2. *Страхователь имеет право:*

а) требовать от Страховщика в законном порядке соблюдения условий Договора страхования;

б) при коллективном страховании изменить список Застрахованных лиц: увеличить, уменьшить или произвести замену Застрахованных в порядке, предусмотренном настоящими Правилами;

в) по соглашению со Страховщиком расширить перечень медицинских услуг в пределах, предусмотренных настоящими Правилами и утвержденными программами добровольного медицинского страхования, путем подписания соглашения к договору страхования, с соответствующим перерасчетом страховой премии;

г) в случае увольнения Застрахованного работника, Страхователь - юридическое лицо вправе заменить его другим в соответствии с условиями, изложенными в п. 9.5 настоящих Правил;

д) досрочно расторгнуть Договор страхования.

е) требовать предоставления Застрахованному в медицинских учреждениях, предусмотренных Договором страхования, медицинских и иных услуг в соответствии с условиями Договора страхования.

В случае непредоставления таких услуг Страхователь должен немедленно поставить об этом в известность Страховщика. При отсутствии у Страхователя возможности сообщить об этом Страховщику, информировать Страховщика может любое уполномоченное Страхователем лицо (представитель).

9.3. Права и обязанности Страховщика.

9.3.1. *Страховщик обязан:*

а) ознакомить Страхователя с Правилами страхования;

б) выдавать Страхователю (Застрахованным) страховые полисы и/или страховые карточки.

в) организовать предоставление Застрахованному медицинской помощи и медицинских услуг, предусмотренных условиями Договора страхования и их оплату;

г) обеспечить контроль за своевременным и полным обслуживанием Застрахованных.

д) обеспечить конфиденциальность в отношениях со Страхователем (Застрахованным) в соответствии со ст.61 Основ законодательства РФ об охране здоровья граждан.

9.3.2. *Страховщик имеет право:*

а) требовать от Страхователя предоставления достоверной информации, необходимой для заключения Договора страхования;

б) проверять сообщенную Страхователем (Застрахованным) информацию, а также выполнение Страхователем (Застрахованным) требований и условий Договора страхования.

в) отказать Страхователю в заключении Договора страхования или в страховой выплате в случае установления того, что Страхователь или Застрахованные сообщили ложные данные о состоянии здоровья или иных обстоятельствах, влияющих на степень риска.

г) досрочно расторгнуть Договор страхования при несоблюдении Застрахованным или Страхователем своих обязанностей по Договору страхования;

д) изменить по согласованию со Страхователем страховую сумму по Договору страхования при изменении цен на предоставляемые медицинские услуги путем составления соглашения к договору страхования на условиях настоящих Правил и уплаты дополнительного страхового взноса.

9.4. В случае увеличения списка Застрахованных при коллективной форме страхования Страхователь представляет Страховщику сведения, предусмотренные настоящими Правилами, о дополнительно страхуемых лицах и уплачивает за них страховую премию за период (в днях) с заключения Договора страхования в отношении указанных лиц до окончания срока страхования.

В случае уменьшения по инициативе Страхователя числа Застрахованных (исключение Застрахованных из списка производится только с их согласия) Договор в отношении этих лиц расторгается в порядке, предусмотренном Гражданским кодексом Российской Федерации. При этом уплаченная Страховщику страховая премия не подлежит возврату, если Договором страхования не предусмотрено иное.

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

После возврата Страховщику страховых полисов и/или страховых карточек лиц, исключаемых из списка Застрахованных, вновь Застрахованным выдаются страховые полисы и/или страховые карточки на условиях первоначально заключенного Договора страхования.

При этом производится пересчет размера страховой премии с учетом состояния здоровья Застрахованных за неистекший срок страхования.

9.6. Если в отношении исключаемых из списков работников производились страховые выплаты, то Договор в отношении их расторгается, а в отношении вновь принятых Застрахованных лиц заключается дополнительный Договор страхования.

9.7. Замена Страхователем Застрахованного лица, названного в Договоре страхования, другим лицом, может быть произведена с согласия самого Застрахованного и Страховщика. Оформление замены Застрахованного на другое лицо производится в письменном виде на основании документа, свидетельствующего о согласии Застрахованного на исключение его из списка Застрахованных, путем внесения необходимых изменений в Договор страхования и соответствующие приложения к нему.

## **10. ПРЕКРАЩЕНИЕ ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ**

10.1. Договор страхования прекращает действие в случае:

- а) истечения срока его действия;
- б) исполнения Страховщиком обязательств перед Страхователем по Договору в полном объеме;
- в) ликвидации Страхователя, являющегося юридическим лицом, или смерти Страхователя, являющегося физическим лицом;
- г) в случае смерти Застрахованного;
- д) передачи Застрахованным страхового полиса и/или страховой карточки другим лицам с целью получения ими медицинских услуг по Договору страхования;
- е) ликвидации Страховщика в порядке, установленном законодательством Российской Федерации;
- ж) принятия судом решения о признании Договора страхования недействительным.
- з) в других случаях, предусмотренных законодательными актами Российской Федерации.

10.2. Договор страхования может быть прекращен досрочно по требованию Страхователя или Страховщика, если это предусмотрено условиями Договора страхования, а также по соглашению сторон.

10.3. Согласно гражданскому законодательству Российской Федерации Страхователь вправе отказаться от Договора страхования в любое время, если к моменту отказа возможность наступления страхового случая не отпала по обстоятельствам, не отнесенным настоящими Правилами к страховым событиям. При досрочном отказе Страхователя от Договора страхования уплаченная страховая премия не подлежит возврату, если Договором не предусмотрено иное (в этом случае возврат страховой премии производится в соответствии с п.10.4. Правил страхования).

10.4. Возврат страховой премии при досрочном расторжении Договора по инициативе Страхователя производится (если это предусмотрено Договором), исходя из фактически поступившей по Договору страхования суммы страховых взносов за вычетом расходов на ведение дела, приходящихся на фактически уплаченную сумму страховых взносов, а также одной из двух сумм, которая больше по абсолютному значению:

- заработной страховой премии за срок действия Договора страхования, рассчитываемой, исходя из нетто-суммы страховых взносов, предусмотренных по Договору страхования, прямо пропорционально отношению фактического срока действия Договора страхования до момента его досрочного расторжения к сроку действия Договора страхования, определенному при его заключении.

- суммы страховых выплат по Договору страхования.

Возврат страховых взносов Страхователю при досрочном расторжении Договора страхования производится по истечении 1 месяца со дня получения всех счетов за услуги, оказанные Застрахованным.

10.5. Во всех случаях прекращения Договора страхования Страхователь обязан возвратить Страховщику страховой полис и/или страховую карточку, действие которых прекращается с момента окончания срока страхования, поступления письменного заявления Страхователя о досрочном прекращении действия Договора страхования, принятия решения Страховщиком о досрочном прекращении действия Договора страхования при несоблюдении Страхователем (Застрахованным) своих обязанностей, в иных случаях, предусмотренных действующим законодательством и настоящими Правилами.

10.6. О намерении досрочного прекращения Договора Страхователь обязан уведомить Страховщика не менее, чем за тридцать дней до предполагаемой даты прекращения Договора страхования, если при заключении Договора стороны не предусмотрели иной срок.

10.7. Изменение и расторжение сторонами Договора страхования осуществляется в порядке, предусмотренном Гражданским кодексом Российской Федерации (глава 29 ГК РФ).

## **11. НЕДЕЙСТВИТЕЛЬНОСТЬ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ**

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

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

11.2. Признание Договора страхования недействительным осуществляется в соответствии с гражданским законодательством Российской Федерации.

## **12. ИСКОВАЯ ДАВНОСТЬ**

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

## **13. ПРЕТЕНЗИИ И СПОРЫ**

13.1. Качество оказания медицинской помощи, соответствие ее условиям, предусмотренным в Договоре страхования, контролируется врачами-экспертами Страховщика.

13.2. Спорные вопросы, возникающие в процессе оказания медицинской помощи Застрахованным, решает согласительная комиссия, в состав которой входят представители Страхователя, Страховщика и независимые эксперты.

При несогласии с решением согласительной комиссии Страхователь (Застрахованный) вправе потребовать независимой экспертизы с оплатой за свой счет.

13.3. В других случаях споры, связанные со страхованием, разрешаются судом, арбитражным или третейским в соответствии с их компетенцией.

## **14. ОСОБЫЕ УСЛОВИЯ**

14.1. Вся необходимая медицинская документация – листки нетрудоспособности, рецепты (кроме льготных и бесплатных), выписные эпикризы – выдается Застрахованным на общих основаниях согласно действующему законодательству.

14.2. Страховщик имеет право на ознакомление с медицинской документацией Застрахованного, отражающей его историю заболевания, физическое и психическое состояние, диагноз, ход и прогноз результатов лечения, а также имеет право использовать данную информацию для решения вопросов, связанных с реализацией Договора страхования, оплатой оказанных Застрахованному услуг, защитой прав Застрахованного.

14.3. Страховщик гарантирует соблюдение врачебной тайны в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.