

**УТВЕРЖДАЮ**

**Генеральный директор  
СПАО «РЕСО-Гарантия»**

**Д.Г.Раковщик**

**«20» сентября 2016 г.**

## **ПРАВИЛА МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ ГРАЖДАН**

На основании настоящих Правил медицинского страхования граждан СПАО «РЕСО-Гарантия» заключает договоры страхования с физическими и юридическими лицами.

### **1. ОПРЕДЕЛЕНИЯ**

- 1.1. **Договор страхования (Полис):** письменное соглашение между Страхователем и Страховщиком, в силу которого Страховщик обязуется за обусловленную договором плату организовать и финансировать предоставление застрахованным лицам медицинской помощи определенного объема или иных услуг по страховым программам, а Страхователь обязуется уплатить страховую премию (страховые взносы) в установленные договором страхования сроки и в соответствующем размере.
- 1.2. **Медицинские услуги (медицинская помощь):** мероприятия или комплекс мероприятий, направленных на профилактику заболеваний, их диагностику и лечение, имеющих самостоятельное законченное значение и определенную стоимость. Медицинская помощь может быть лечебной, диагностической, консультативной, реабилитационно-восстановительной, оздоровительной, профилактической, в том числе иммунопрофилактической, фармацевтической и др.
- 1.3. **Франшиза** - определенная условиями договора страхования часть расходов, связанных с оказанием Застрахованному медицинских и иных услуг, не подлежащая возмещению Страховщиком.
- 1.4. **Персональные данные** - информация, относящаяся к определенному или определяемому на основании такой информации физическому лицу (субъекту персональных данных). Персональными данными в рамках заключенного договора добровольного медицинского страхования признаются, в том числе: фамилия, имя, отчество, дата (год, месяц, день) рождения, паспортные данные, адрес проживания, адрес регистрации (прописки), контактные телефоны, данные о состоянии здоровья, о заболеваниях, а также о случаях обращения Застрахованного лица за медицинской помощью.
- 1.5. **Неиспользованная страховая премия** – это часть оплаченной Страхователем страховой премии, приходящейся на неистекший период страхования.
- 1.6. **Страховая программа** - виды обслуживания, медицинской помощи, страховые риски и возможные расходы, на которые распространяется страховой полис.
- 1.7. **Эвакуация или репатриация** — перемещение застрахованного в другую больницу, располагающую необходимым медицинским оборудованием, либо в той стране, где он обратился за медицинской помощью, либо в иной близлежащей стране (**эвакуация**), либо в стране его основного проживания или в стране его гражданства (**репатриация**). Услуга включает в себя все необходимое лечение на период перемещения застрахованного.

- 1.8. **Транспортировка** – перемещение застрахованного, необходимое ему по медицинским показаниям любым видом транспорта от места нахождения Застрахованного до лечебного учреждения.
- 1.9. **Лечение** - комплекс медицинских вмешательств, выполняемых по назначению медицинского работника, целью которых является устранение или облегчение проявлений заболевания или заболеваний либо состояний пациента, восстановление или улучшение его здоровья, трудоспособности и качества жизни.
- 1.10. **Врач** - специалист с окончанным высшим медицинским образованием, подтвержденным соответствующими документами об образовании, не являющийся родственником Застрахованного.
- 1.11. **Предшествовавшие состояния** - любое нарушение здоровья (расстройство, заболевание), травма, увечье, врожденная или приобретенная патология, хроническое или острое заболевание, психическое или нервное расстройство, которое у Застрахованного уже было диагностировано или о котором Застрахованный должен был знать или догадываться по имеющимся проявлениям или признакам, существующим на момент заключения договора страхования,. Такие состояния также включают в себя любые осложнения или последствия, связанные с указанными состояниями.
- 1.12. **Срок страхования** - период времени, в течение которого на Застрахованного распространяется действие страховой защиты.

## 2. ОБЪЕКТ СТРАХОВАНИЯ

**Объектом страхования** является имущественный интерес застрахованного, связанный с оплатой организации и оказания медицинской и лекарственной помощи (медицинских услуг) и иных услуг вследствие расстройства здоровья застрахованного или состояния застрахованного, требующих организации и оказания таких услуг, а также проведения профилактических мероприятий, снижающих степень опасных для жизни или здоровья застрахованного угроз и (или) устраняющих их .

## 3. СТРАХОВЫЕ РИСКИ

**Страховым риском** признается предполагаемое событие, обладающее признаками случайности и вероятности, с наступлением которого (наступлением страхового случая) у Страховщика возникает обязанность произвести страховую выплату.

События, являющиеся в соответствии с настоящими Правилами страховыми случаями, до момента их наступления являются страховыми рисками.

## 4. СУБЪЕКТЫ СТРАХОВАНИЯ

- 4.1. Субъектами добровольного медицинского страхования выступают Страховщик, Страхователь и Застрахованные лица.
  - 4.1.1. **Страховщик:** СПАО «РЕСО-Гарантия», юридическое лицо, созданное в соответствии с законодательством РФ и имеющее лицензию на осуществление страховой деятельности.
  - 4.1.2. **Страхователь:** юридическое или дееспособное физическое лицо, заключившее со Страховщиком договор страхования.
  - 4.1.3. **Застрахованное лицо:** физическое лицо, в отношении которого заключен договор страхования и имущественные интересы которого являются объектом страхования. Застрахованными лицами могут быть граждане РФ или иностранные граждане, постоянно или временно проживающие/пребывающие на территории РФ. На страхование не принимаются граждане, госпитализированные на дату заключения договора (если договором страхования не предусмотрено иное).
- 4.2. Субъектами добровольного медицинского страхования могут выступать медицинские, аптечные, сервисные (ассистанские) и иные организации, с

которыми у Страховщика имеются договорные отношения с целью выполнения обязательств по Договору страхования

- 4.2.1. **Медицинские учреждения:** организации любой формы собственности (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 (или) за ее пределами, имеющие лицензии на право осуществления медицинской деятельности в соответствии с законодательством страны, где они располагаются (если применимо), привлекаемые для оказания медицинских услуг Застрахованным.
- 4.2.2. **Аптечные учреждения:** организации, осуществляющие розничную торговлю лекарственными средствами, изготовление и отпуск лекарственных средств в соответствии с требованиями действующего законодательства РФ, имеющие лицензию на право осуществления фармацевтической деятельности, оказывающие услуги Застрахованным по программе 11 «Лекарственное обеспечение». К аптечным учреждениям относятся аптеки, аптеки учреждений здравоохранения, аптечные пункты, аптечные магазины, аптечные киоски. (ст. 4 Закона о лекарственных средствах).
- 4.2.3. **Сервисные (ассистанские) учреждения** - специализированная организация, которая по поручению Страховщика обеспечивает организацию услуг, предусмотренных Договором страхования, и имеет соответствующие договорные отношения с медицинскими учреждениями.

## 5. СТРАХОВОЙ СЛУЧАЙ

- 5.1. Страховым случаем является обращение Застрахованного лица в течение срока действия договора страхования в медицинское или аптечное учреждение из числа предусмотренных договором страхования или согласованных со Страховщиком при остром заболевании, обострении хронического заболевания, травме и других несчастных случаях за получением медицинской (лечебной, диагностической, консультативной, реабилитационно-восстановительной, оздоровительной, диспансерной, профилактической, в том числе иммунопрофилактической, фармацевтической и др.) и иной (в том числе медико-социальной, медико-транспортной, транспортной, сервисной и др.) помощи, требующей оказания медицинских услуг в пределах их перечня, предусмотренного договором страхования и в соответствии со страховой программой, на условиях которой заключен договор страхования.
- 5.2. Страховым случаем не является и Страховщик не возмещает стоимость медицинских услуг, оказанных Застрахованному лицу:
  - 5.2.1. в медицинских учреждениях, не предусмотренных в договоре страхования, и выбор которых не был согласован со Страховщиком.
  - 5.2.2. в связи с патологическими состояниями и травмами, возникшими или полученными:
    - 5.2.2.1. в состоянии или вследствие алкогольного, наркотического, токсического и иного опьянения Застрахованного лица;
    - 5.2.2.2. при управлении Застрахованным лицом транспортным средством под воздействием лекарственных препаратов, ухудшающих реакцию и внимание, в болезненном или утомленном состоянии;
    - 5.2.2.3. вследствие передачи Застрахованным лицом управления транспортным средством лицу, находящемуся в состоянии опьянения (алкогольного, наркотического, токсического или иного) или под воздействием лекарственных препаратов, ухудшающих реакцию и внимание, в болезненном или утомленном состоянии;
  - 5.2.3. в связи с получением травматического повреждения или иного расстройства здоровья, наступившего в результате или при совершении Застрахованным противоправных действий;
  - 5.2.4. в связи с умышленным причинением Застрахованным себе телесных повреждений, суицидальными попытками;

- 5.2.5. не назначенных врачом или выполняемых по желанию Застрахованного;
- 5.2.6. Обращение Застрахованного лица в медицинское учреждение за получением услуг, связанных с преодолением последствий травм, оперативных вмешательств, заболеваний и иных состояний (беременность, роды и т.д.), произошедших за пределами непрерывного периода добровольного медицинского страхования в СПАО "РЕСО-Гарантия"
- 5.3. Не является страховым случаем и не подлежит возмещению стоимость медицинских услуг, оказанных Застрахованному лицу в связи с:
  - 5.3.1. военными действиями, маневрами или иными военными мероприятиями, актами терроризма;
  - 5.3.2. гражданской войной, народными волнениями всякого рода или забастовками;
  - 5.3.3. воздействием ядерного взрыва, радиации или радиоактивного заражения.
  - 5.3.4. стихийными бедствиями.
- 5.4. не является страховым случаем событие, произошедшее после увеличения страхового риска, если о таком увеличении Страхователь (Застрахованный) не сообщил Страховщику в порядке и форме, установленной настоящими Правилами и/или условиями действующего договора страхования.

## **6. СТРАХОВАЯ СУММА, СТРАХОВАЯ ПРЕМИЯ, ФРАНШИЗА**

- 6.1. **Страховой суммой** является предельный уровень страхового обеспечения по договору медицинского страхования, определяемый исходя из перечня и стоимости медицинских услуг, предусмотренных договором страхования.
- 6.2. Размер страховой суммы устанавливается Страховщиком по соглашению со Страхователем в договоре страхования.
- 6.3. **Страховой премией** является плата за страхование, которую Страхователь обязан уплатить Страховщику в порядке и в сроки, установленные договором страхования. Часть страховой премии является страховым взносом.
- 6.4. Страховщик при определении размера страховой премии применяет разработанные страховые тарифы.
- 6.5. При определении размера страховой премии и оценки степени страхового риска Страхователю (лицу, принимаемому на страхование) может быть предложено заполнить Медицинскую анкету (Приложение №6 к настоящим Правилам). Сведения, указанные в заявлении на страхование или в Медицинских анкетах, подтверждаются подписью Страхователя (лица, принимаемого на страхование). В случае необходимости, для уточнения указанных данных, Страховщик имеет право запросить от каждого лица, принимаемого на страхование:
  - 6.5.1. Предоставления выписок из историй болезни и/или заключений лечащих врачей о заболеваниях и состояниях, существующих на момент обращения к Страховщику;
  - 6.5.2. Предоставления Удостоверения об инвалидности, при его наличии;
  - 6.5.3. Предоставления справок из диспансеров о постановке/снятии с учета;
  - 6.5.4. Проведения за счет Страхователя (Застрахованного) предварительного медицинского обследования для оценки фактического состояния здоровья.В случае отказа Страхователя (лица, принимаемого на страхование) от заполнения Медицинской анкеты, прохождения медицинского обследования или от предоставления вышеперечисленных документов, Страховщик имеет право отказать Страхователю в заключении Договора страхования.
- 6.6. **Страховой тариф** представляет собой ставку страховой премии с единицы страховой суммы или объекта страхования. Страховщик в каждом конкретном случае при заключении договора страхования, в зависимости от степени страхового риска и с учетом особенностей страхования конкретного лица (лиц) применяет к базовым страховым тарифам (тарифным ставкам) повышающие или понижающие коэффициенты.
- 6.7. По соглашению Сторон, страховая премия в договоре страхования может быть указана в иностранной валюте, эквивалентом которой являются соответствующие

- суммы в рублях. В этом случае страховая премия уплачивается в рублях по установленному договором страхования курсу данной валюты (но не ниже курса Центрального Банка РФ на день уплаты (перечисления)).
- 6.8. При заключении договора страхования с применением нескольких страховых программ страховая премия определяется по каждой из включенных в договор страхования страховых программ. Размер страховой премии по договору страхования, включающему несколько страховых программ, определяется путем суммирования премий по этим программам.
  - 6.9. Страховая премия по договорам страхования уплачивается единовременно либо в рассрочку в соответствии с условиями договора страхования и в оговоренные договором сроки.
  - 6.10. Страховая премия уплачивается:
    - 6.10.1. в безналичной форме путем перечисления на расчетный счет Страховщика;
    - 6.10.2. в наличной форме в кассу Страховщика.
  - 6.11. Моментом уплаты страховой премии считается:
    - 6.11.1. при безналичной оплате - день поступления денежных средств на расчетный счет Страховщика;
    - 6.11.2. при оплате наличными средствами - день уплаты страховой премии в кассу Страховщика или их передачи представителю (агенту) Страховщика.
  - 6.12. 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, т.е. у Страховщика не возникает обязательств по такому договору страхования.
  - 6.13. В случае несвоевременной и (или) неполной оплаты очередного (рассроченного) взноса Страховщик направляет Страхователю письменное уведомление (составленное в произвольной форме) с требованием погасить задолженность к установленной в письменном уведомлении дате либо направляет Страхователю письменное уведомление о расторжении Договора страхования в связи с неисполнением/ненадлежащим исполнением обязанности по оплате страховой премии, уплачиваемой в рассрочку.
  - 6.14. В Договоре страхования может быть установлена условная, безусловная или временная **франшиза**.
    - 6.14.1. При **условной франшизе** Страховщик освобождается от оплаты расходов, связанных с оказанием Застрахованному медицинских и иных услуг, если их размер не превышает франшизу.
    - 6.14.2. При **безусловной франшизе** обязательства Страховщика определяются размером расходов за минусом франшизы.
    - 6.14.3. Франшиза определяется обеими Сторонами в процентном отношении к страховой сумме или в абсолютной величине.
    - 6.14.4. В Договоре страхования также может быть установлена **временная франшиза** - период времени с момента вступления Договора страхования в силу, в течение которого страховые выплаты при возникновении страхового случая или отдельно оговоренных заболеваний (состояний, травм, повреждений) не производятся.
  - 6.15. Если договором страхования предусмотрена франшиза, но не указаны условия ее применения (условная или безусловная), то считается, что франшиза является безусловной.

## **7. ЗАКЛЮЧЕНИЕ, СРОК ДЕЙСТВИЯ И ПРЕКРАЩЕНИЕ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ**

- 7.1. Основанием для заключения договора страхования является письменное заявление Страхователя, форма которого устанавливается Страховщиком и в котором сообщаются данные, необходимые для заключения Договора страхования, в том числе список застрахованных лиц. Также для заключения договора страхования Страховщику (по его запросу) должны быть предоставлены письменные согласия на обработку персональных данных от каждого Застрахованного лица.

В случае необходимости (по усмотрению Страховщика) помимо документов, предусмотренных в настоящем пункте Правил, Страховщик вправе потребовать от Страхователя предоставления документов и сведений, указанных в п.6.5 Правил.

7.2. Договор страхования заключается в письменной форме путем составления одного документа, подписанного обеими сторонами, либо вручения Страховщиком Страхователю страхового полиса, подписанного Страховщиком.

7.2.1. Если Страхователем выступает юридическое лицо, в Договоре страхования указываются:

- наименование и юридический адрес Страхователя, банковские реквизиты;
- наименование и юридический адрес Страховщика, банковские реквизиты;
- Ф.И.О. ответственного лица со стороны Страхователя и ответственного лица со стороны Страховщика, подписывающих договор страхования, их полномочия;
- Страховая(ые) программа(ы) с перечнем медицинских учреждений, в которые Застрахованные имеют право обратиться за получением медицинских услуг;
- Численность застрахованных лиц по страховым программам, общая численность застрахованных по договору страхования;
- Список застрахованных по установленной Страховщиком форме с указанием фамилии, имени, отчества, пола, даты рождения, адреса проживания, контактных телефонов, номера страховых программ по договору и других персональных данных по запросу Страховщика;
- условия страхования;
- срок действия договора страхования;
- размер страховой премии, подлежащей уплате, порядок и форма его уплаты
- страховая сумма
- иные не противоречащие Законодательству РФ условия.

7.2.2. Если Страхователем выступает физическое лицо, в Договоре страхования указываются:

- Ф.И.О. Страхователя;
- домашний адрес и телефон Страхователя;
- паспортные данные Страхователя;
- наименование и юридический адрес Страховщика, банковские реквизиты;
- Ф.И.О. ответственного лица со стороны Страховщика, подписывающего договор страхования, его полномочия;
- Страховая(ые) программа(ы) страхования с перечнем медицинских учреждений, в которые Застрахованные имеют право обратиться за получением медицинских услуг;
- Список застрахованных по установленной Страховщиком форме с обязательным с указанием фамилии, имени, отчества, пола, даты рождения, адреса проживания, контактных телефонов, номера страховых программ по договору;
- условия страхования;
- срок действия договора страхования;
- размер страховой премии, подлежащей уплате, порядок и форма его уплаты;
- страховая сумма
- иные не противоречащие Законодательству РФ условия.

7.3. Страховая программа формируется по выбору Страхователя, согласованному со Страховщиком. Договор страхования может содержать различные страховые программы как из числа страховых программ, являющихся приложением к Правилам страхования, так и содержать программу, составленную из перечня медицинских и иных услуг.

7.3.1. Перечень медицинских и иных услуг по Договору страхования в рамках конкретной страховой программы, а также любое сочетание страховых программ может иметь оригинальное название.

- 7.3.2. Страховая программа, являющаяся приложением к договору страхования может иметь текстовое изложение, отличное от текстового изложения программ, являющихся приложением к Правилам страхования.
- 7.4. Одновременно с Договором страхования Страхователю (Застрахованным) может вручаться сертификат (индивидуальная пластиковая карточка), являющийся именованным документом, удостоверяющим право Застрахованного лица на получение медицинских услуг по договору страхования.
- 7.4.1. Сертификат (индивидуальная пластиковая карточка) содержит уникальный номер, ФИО застрахованного, срок страхования. В ряде случаев сертификат (индивидуальная пластиковая карточка) может использоваться как пропуск в медицинское учреждение.
- 7.4.2. Сертификат (индивидуальная пластиковая карточка) выдается Страхователю в течение семи рабочих дней после вступления договора страхования в силу.
- 7.4.3. В случае утраты сертификата (индивидуальной пластиковой карточки) в период действия договора страхования Страхователю (Застрахованному лицу) на основании его письменного заявления выдается дубликат, после чего утраченный сертификат (индивидуальная пластиковая карточка) считается аннулированным.
- 7.4.4. При утрате дубликата сертификата (индивидуальной пластиковой карточки) в период действия договора для получения второго и последующих дубликатов Страхователь уплачивает Страховщику денежную сумму в размере стоимости изготовления.
- 7.4.5. Страхователю (Застрахованному) запрещается передавать сертификат (индивидуальную пластиковую карточку) другому лицу с целью получения им услуг по Договору страхования. Страховщик не возмещает расходы на оказание услуг лицам, не указанным в Договоре страхования как Застрахованный.
- 7.5. Договор страхования вступает в силу в сроки, установленные в договоре страхования, но не ранее даты уплаты страховой премии или первого ее взноса, если иное не указано в Договоре страхования. Днем уплаты страховой премии считается дата поступления денежных средств на расчетный счет или в кассу Страховщика.
- 7.6. Предоставление медицинских услуг, предусмотренных договором страхования, осуществляется при обращении Застрахованного лица в медицинские учреждения, предусмотренные в договоре страхования или в медицинскую диспетчерскую службу Страховщика. При обращении Застрахованного лица в медицинское учреждение предъявляется страховая полис либо сертификат (индивидуальная пластиковая карточка), паспорт или иной документ, удостоверяющий личность Застрахованного лица.
- 7.7. Договор страхования заключается сроком на один год, если условиями договора не предусмотрено иное.
- 7.8. При заключении договора сроком менее одного года, а так же при дополнительном страховании лиц на срок менее одного года в рамках действующего договора, размер страховой премии составляет:

| <b>Срок страхования, мес.</b> | <b>Процент от годовой страховой премии по страховой программе</b> |
|-------------------------------|---|
| до 1 месяца                   | 30 %  |
| от 1 до 2 месяцев             | 40 %  |
| от 2 до 3 месяцев             | 50 %  |
| от 3 до 4 месяцев             | 60 %  |
| от 4 до 5 месяцев             | 65 %  |
| от 5 до 6 месяцев             | 70 %  |
| от 6 до 7 месяцев             | 75 %  |
| от 7 до 8 месяцев             | 80 %  |
| от 8 до 9 месяцев             | 85 %  |
| от 9 до 10 месяцев            | 90 %  |
| от 10 до 11 месяцев           | 95 %  |

- 7.9. Договор страхования прекращается, и Застрахованное лицо утрачивает право на получение медицинских услуг в случаях:
- 7.9.1. истечения срока действия;
  - 7.9.2. исполнения Страховщиком обязательств по договору в полном объеме;
  - 7.9.3. неуплаты Страхователем очередного страхового взноса в установленные договором страхования сроки и в определенном размере (с учетом положений п.6.13 Правил);
  - 7.9.4. смерти Страхователя - физического лица или Застрахованного лица;
  - 7.9.5. ликвидации Страховщика в установленном законодательством Российской Федерации порядке;
  - 7.9.6. признания судом договора страхования недействительным;
  - 7.9.7. в других случаях, предусмотренных действующим законодательством Российской Федерации и настоящими правилами.
- 7.10. Страхователь вправе отказаться от договора страхования в любое время. При досрочном отказе Страхователя от договора страхования уплаченная Страховщику страховая премия не подлежит возврату.
- 7.11. В случае досрочного прекращения действия Договора страхования в части одного или нескольких застрахованных лиц по инициативе Страхователя, неиспользованная страховая премия за этих лиц возврату не подлежит, но может быть зачтена Страховщиком при последующем страховании новых лиц в рамках этого же действующего Договора страхования и/или учтена им при уплате последующих страховых взносов по тому же Договору.
- 7.12. О намерении досрочного расторжения договора страхования стороны обязаны уведомить друг друга не менее чем за 30 дней до предполагаемой даты прекращения договора страхования, если договором страхования не предусмотрено иное.
- 7.13. В случае прекращения договора страхования Страхователь (Застрахованное лицо) обязан в течение 3-х рабочих дней вернуть Страховщику страховой полис и/или сертификат (индивидуальную пластиковую карточку).
- 7.14. В случае прекращения договора страхования по требованию Страховщика, последний возвращает Страхователю неиспользованную страховую премию за неистекший срок договора за вычетом понесенных расходов. Возврат неиспользованной страховой премии производится только в отношении оплаченной части суммы страховой премии, предусмотренной Договором, исходя из следующих параметров:

$$НСП = \frac{\sum_{i=1}^n Bз \times (1 - K_{pвд})}{D_{опл}} \times D_k; \text{ где}$$

- НСП - Неиспользованная страховая премия  
 n - количество оплаченных страховых взносов  
 D<sub>к</sub> - Число дней до окончания оплаченного периода  
 Bз - Сумма фактически оплаченных страховых взносов  
 K<sub>рвд</sub> - Коэффициент расходов на ведение дела  
 D<sub>опл</sub> - Число дней оплаченного периода

- 7.15. Если после заключения договора страхования будет установлено, что Страхователь сообщил Страховщику недостоверные (заведомо ложные) сведения о состоянии здоровья застрахованных им лиц, или иные сведения, имеющие существенное значение для определения вероятности наступления страхового случая, Страховщик вправе потребовать признания недействительным договора страхования в отношении этих лиц.
- 7.16. Если в течение срока действия договора страхования у Застрахованных лиц выявляются заболевания, указанные в Договоре как не являющиеся страховым случаем, то Страховщик имеет право прекратить организацию и оплату медицинской и иной помощи, направленной на преодоление (лечение) данных заболеваний, их последствий и осложнений.
- 7.17. В случае отказа Страхователя, являющегося физическим лицом, от Договора страхования в течение 5 рабочих дней со дня его заключения (независимо от



момента уплаты страховой премии) при условии отсутствия событий, имеющих признаки страхового случая, произошедших в данном периоде, возврату подлежит:

- уплаченная страховая премия в полном объеме, если Страхователь отказался от Договора до даты возникновения обязательств Страховщика по Договору (далее - до даты начала действия страхования).
- часть уплаченной страховой премии за неистекший срок действия Договора страхования, пропорционально сроку действия Договора, если Страхователь отказался от Договора после даты начала действия страхования. В этом случае Страховщик при возврате уплаченной страховой премии Страхователю вправе удержать ее часть пропорционально сроку действия договора страхования, прошедшему с даты начала действия страхования до даты прекращения действия договора добровольного страхования.

Для целей реализации настоящего пункта Договор страхования считается прекратившим свое действие с даты получения Страховщиком письменного заявления Страхователя об отказе от Договора страхования или иной даты, установленной по соглашению сторон, но не позднее пяти рабочих дней со дня заключения Договора.

Для целей реализации настоящего пункта возврат страховой премии (части страховой премии) осуществляется по выбору Страхователя наличными деньгами или в безналичном порядке в срок, не превышающий 10 рабочих дней со дня получения письменного заявления Страхователя об отказе от Договора.

В случае противоречия положений настоящего пункта Правил иным положениям настоящих Правил, положения настоящего пункта имеют преимущественную силу.

## **8. ПОСЛЕДСТВИЯ ИЗМЕНЕНИЯ СТЕПЕНИ РИСКА**

- 8.1. В период действия договора страхования Страхователь (Застрахованное лицо) обязан незамедлительно в письменной форме сообщать Страховщику о ставших ему известными значительных изменениях в обстоятельствах, сообщенных Страховщику при заключении договора, если эти изменения могут существенно повлиять на увеличение страхового риска. Значительными изменениями признаются изменения в обстоятельствах, оговоренных в письменном заявлении и/или определенно оговоренные Страховщиком в Договоре страхования.
- 8.2. Страховщик, уведомленный об обстоятельствах, влекущих увеличение страхового риска, вправе потребовать изменения условий договора страхования или уплаты дополнительной страховой премии соразмерно увеличению риска.
- 8.3. Если Страхователь возражает против изменения условий договора страхования или уплаты дополнительной страховой премии в соответствии с п.8.2 настоящих правил, то, в соответствии с Гражданским Кодексом Российской Федерации, Страховщик вправе потребовать расторжения договора и возмещения убытков, причиненных расторжением договора.

## **9. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН**

- 9.1. Страхователь (Застрахованное лицо) имеет право:
  - 9.1.1. выбирать страховые программы в любом их сочетании и наполнении медицинскими и иными услугами, медицинские и иные учреждения, оказывающие услуги по Договору страхования, из числа предложенных Страховщиком и по согласованию с ним;
  - 9.1.2. осуществлять контроль за выполнением условий договора страхования;
  - 9.1.3. изменить численность Застрахованных лиц по договору страхования путем подписания дополнительного соглашения к Договору страхования с предоставлением Страховщику необходимых сведений;
  - 9.1.4. расширить перечень медицинских услуг по дополнительному соглашению со Страховщиком, и уплатить дополнительную страховую премию;
  - 9.1.5. досрочно прекратить договор страхования в отношении конкретного Застрахованного лица после предварительного письменного уведомления Страховщика;
  - 9.1.6. получать медицинские услуги в соответствии с условиями договора страхования;

- 9.1.7. получить дубликат сертификата (индивидуальной пластиковой карточки) в случае его утраты;
- 9.1.8. отказаться на основании письменного заявления Страховщику от Договора страхования в любое время, если к моменту отказа возможность наступления страхового случая отпала по обстоятельствам иным, чем страховой случай.
- 9.1.9. в случае неудовлетворенности качеством оказанных медицинских или сервисных услуг, направить в адрес Страховщика письменную жалобу по электронной почте, факсу или на бумажном носителе;
- 9.1.10. получить доступ к своим персональным данным, обрабатываемым Страховщиком, с правом совершения действий в отношении этих персональных данных, предусмотренных действующим законодательством Российской Федерации.

В соответствии с настоящим пунктом Правил право на получение доступа к персональным данным Застрахованного лица, обрабатываемым Страховщиком, с правом совершения действий в отношении этих персональных данных, предусмотренных действующим законодательством Российской Федерации, имеет Застрахованное лицо или его законный представитель.

9.2. Страхователь (Застрахованное лицо) обязан:

- 9.2.1. своевременно уплачивать страховую премию (страховые взносы) в размерах и порядке, предусмотренных договором страхования;
- 9.2.2. при заключении договора страхования предоставить Страховщику запрошенные им достоверные документы и сведения, влияющие на степень страхового риска.
  - 9.2.2.1. При предварительном анкетировании: достоверные ответы на вопросы анкеты о лицах, принимаемых на страхование, в том числе о показателях здоровья этих лиц;
  - 9.2.2.2. При отсутствии анкетирования сообщить о следующих фактах состояния здоровья лиц, принимаемых на страхование (при условии, что Страхователь располагает данной информацией):
    - Наличии I-ой или II-ой группы инвалидности;
    - Наличии онкологических заболеваний, особо опасных инфекций, ВИЧ-инфекции, туберкулеза, сахарного диабета
    - Наркозависимости, алкоголизме
- 9.2.3. в период действия договора незамедлительно в письменной форме сообщать Страховщику о ставших ему известными значительных изменениях в обстоятельствах, сообщенных Страховщику при заключении договора, если эти изменения могут существенно повлиять на увеличение страхового риска;
- 9.2.4. довести до сведения Застрахованных лиц условия предоставления медицинской помощи;
- 9.2.5. соблюдать предписания лечащего врача;
- 9.2.6. обеспечить сохранность страхового полиса и/или сертификата (индивидуальной пластиковой карточки), и не передавать их другим лицам для получения медицинских услуг;
- 9.2.7. соблюдать порядок, установленный в медицинском учреждении;
- 9.2.8. соблюдать морально-этические нормы поведения при общении с врачами и иным персоналом медицинских учреждений и сотрудниками Страховщика;
- 9.2.9. возместить Страховщику понесенные им затраты за предоставленные услуги, указанные в п.9.4.7 в течение 5-ти банковских дней с даты получения соответствующего счета от Страховщика.
- 9.2.10. получить от Застрахованных лиц, а в случае, если Страхователем заключается договор в отношении себя, предоставить самостоятельно письменное(ые) согласие(я) на обработку Страховщиком его (их-Застрахованных лиц) персональных данных, в соответствии с требованиями действующего законодательства Российской Федерации.
- 9.2.11. по запросу Страховщика незамедлительно (в течение 1 (одного) рабочего дня с момента получения соответствующего запроса Страховщика) предоставить ему указанные в п.9.2.10 письменные согласия Застрахованных лиц

- 9.3. Страховщик обязан:
- 9.3.1. ознакомить Страхователя с настоящими правилами;
  - 9.3.2. выдать страховой полис и/или сертификат (индивидуальную пластиковую карточку) Страхователю;
  - 9.3.3. организовать предоставление Застрахованным лицам медицинских услуг в соответствии со страховой программой;
  - 9.3.4. В случае невозможности оказания медицинским учреждением помощи, предусмотренной Страховой программой, организовать медицинскую помощь в другом медицинском учреждении соответствующего профиля и ценовой категории, определенном по своему усмотрению. При этом, объем медицинской помощи по Страховым программам ограничивается рамками возможностей медицинских учреждений, сотрудничающих со Страховщиком в соответствующем Субъекте Российской Федерации.
  - 9.3.5. не разглашать персональные данные Страхователя (Застрахованного лица);
  - 9.3.6. контролировать объем и сроки услуг, предоставленных Застрахованному в соответствии с условиями Договора страхования;
  - 9.3.7. произвести в установленном порядке оплату услуг, оказанных в соответствии с условиями заключенного Договора страхования при наступлении страхового случая;
  - 9.3.8. соблюдать тайну страхования;
  - 9.3.9. при поступлении жалобы от Страхователя (Застрахованного лица), направленной в адрес Страховщика в соответствии с п.9.1.9 настоящих Правил страхования предпринимать все необходимые меры по изучению и урегулированию ситуации, и в течение 15 рабочих дней с момента получения жалобы направить ему письменный ответ.
- 9.4. Страховщик имеет право:
- 9.4.1. требовать от Страхователя предоставления достоверной информации, необходимой для заключения договора страхования;
  - 9.4.2. досрочно расторгнуть договор страхования в случае нарушения Страхователем (Застрахованным лицом) условий договора или п.9.2 настоящих Правил, если это предусмотрено действующим законодательством;
  - 9.4.3. выяснять причины и обстоятельства страхового случая, включая направление запросов в соответствующие учреждения о факте и причинах страхового случая;
  - 9.4.4. организовывать экстренную медицинскую помощь Застрахованным по жизненным показаниям с привлечением муниципальной медицины (скорая медицинская помощь «03»; госпитализация в ближайший муниципальный стационар и пр.) с дальнейшей организацией перевода по желанию Страхователя (Застрахованного) и при отсутствии медицинских противопоказаний в одно из медицинских учреждений, предусмотренных Договором страхования;
  - 9.4.5. по согласованию со Страхователем изменять страховую программу в случае прекращения взаимоотношений с медицинским учреждением, предусмотренным Договором страхования;
  - 9.4.6. в случае отсутствия возможности предоставления медицинских и иных услуг Застрахованному в медицинских и иных учреждениях, определенных Договором страхования, организовать предоставление необходимых и соответствующих по объему услуг Застрахованному на базе иных учреждений соответствующего профиля, определенных по усмотрению Страховщика;
  - 9.4.7. предъявить Страхователю счет на возмещение затрат, возникших и понесенных Страховщиком при исполнении обязательств по договору, при условии, что:
    - 9.4.7.1. эти затраты явились следствием несоблюдения Страхователем (Застрахованным) условий договора (ложный вызов скорой медицинской помощи; ложный вызов врача на дом; неявка Застрахованного лица на прием к врачу или диагностическое исследование; утеря страховых полисов или сертификатов (индивидуальных пластиковых карточек) и т.д.)

- 9.4.7.2. предоставленные услуги, выходя за рамки страхового покрытия, имели характер жизненных медицинских показаний, и неоказание таких услуг в экстренном порядке могло повлечь существенное ухудшение состояния здоровья Застрахованного (оплата расходных материалов и/или дорогостоящих лекарственных средств при стационарной помощи; оказание экстренной помощи по нестраховому заболеванию или в ситуациях, указанных в пп. 5.2, 5.3 настоящих Правил)
- 9.4.8. самостоятельно принимать решение о предоставлении услуг, указанных в п.9.4.7.2 настоящих Правил
- 9.4.9. рассматривать действия Застрахованного лица как действия самого Страхователя.
- 9.5. В случае увеличения численности Застрахованных лиц Страхователь представляет Страховщику дополнительный список застрахованных установленной формы и уплачивает дополнительную страховую премию за неистекший период страхования в соответствии с условиями договора страхования.

## **10. ПОРЯДОК ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЫ**

- 10.1. Право Застрахованного лица на получение медицинских услуг, предусмотренных договором страхования, наступает с момента вступления договора в силу.
- 10.2. Для получения медицинских услуг Застрахованное лицо обращается в медицинские учреждения, предусмотренные договором страхования или непосредственно к Страховщику по телефонам, указанным в страховом полисе и/или сертификате (индивидуальной пластиковой карточке), для получения информации о порядке предоставления медицинской помощи.
- 10.3. 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 Страховщик не компенсирует расходы по оплате медицинских услуг, оказанных Застрахованному в этих медицинских учреждениях.
- 10.4. Оплата стоимости медицинских услуг, оказанных Застрахованному лицу медицинскими учреждениями, производится исходя из фактических затрат на оказание медицинских услуг по ценам, согласованным между Страховщиком и медицинским учреждением, после выставления медицинским учреждением Страховщику счета по оказанным услугам.
- 10.5. Страховщик оплачивает счет, выставленный медицинским учреждением в течение 15-ти дней с даты его получения, если договором страхования или договором с медицинским учреждением не установлено иное.
- 10.6. Во всех случаях Страховщик оплачивает услуги медицинских учреждений только в пределах страховой суммы.
- 10.6.1. При необходимости оказания Застрахованному лицу медицинских услуг сверх страховой суммы эти услуги могут быть оказаны Застрахованному только после увеличения страховой суммы по договору с соответствующим увеличением страховой премии. Размер дополнительной страховой премии определяется Страховщиком и отражается в соответствующем дополнительном соглашении к договору страхования
- 10.6.2. При отказе Страхователя в оплате дополнительной страховой премии решение вопроса о возможности получения Застрахованным лицом медицинских услуг в медицинских учреждениях, определенных в договоре страхования, за счет личных средств решается Застрахованным лицом индивидуально.
- 10.7. Не является страховым случаем и Страховщик не оплачивает расходы на медицинские и иные услуги, оказанные Застрахованному лицу если:
- Страхователь сообщил Страховщику недостоверные или неполные сведения, имеющие значение для оценки страхового риска;

- Застрахованным лицом не выполнялись предписания лечащего врача или нарушался определенный лечащим врачом больничный режим;
  - медицинские услуги оказаны Застрахованному лицу в медицинских учреждениях, не предусмотренных договором страхования и не согласованных со Страховщиком;
  - медицинские услуги, не предусмотрены договором страхования;
  - данные услуги были оказаны по желанию Застрахованного, а также вопреки рекомендациям врача или иного специалиста в рамках их компетенции;
  - данные расходы возникли по окончании срока действия Договора страхования, за исключением расходов, связанных с экстренной госпитализацией Застрахованного, начавшейся в течение срока действия Договора страхования;
  - данные расходы связаны с повторным выполнением исследований для плановой госпитализации, не состоявшейся по инициативе Застрахованного;
  - это расходы по плановой госпитализации застрахованного, начиная с 1-го дня после даты окончания действия Договора страхования.
- 10.8. Решение об отказе в страховой выплате принимается Страховщиком и сообщается Страхователю в письменной или устной форме в течение 15 дней с даты получения документов на выплату с мотивированным обоснованием причин отказа.
- 10.9. В отдельных случаях Страховщик может рассмотреть вопрос о возмещении расходов, понесенных Страхователем (Застрахованным) по оплате медицинских и/или иных услуг, оказанных по согласованию со Страховщиком и в соответствии с условиями Договора страхования, непосредственно Страхователю (Застрахованному) наличными деньгами или перечислением на его счет.
- 10.9.1. Затраты должны быть признаны Страховщиком обоснованными если они соответствуют положениям конкретного договора страхования, а так же подтверждаются документами, перечисленными в пункте 10.10 настоящих Правил, являются необходимыми и оплачены Страхователем (Застрахованным) в полном объеме.
- 10.9.2. Заявление Застрахованного принимается в срок не позднее 90 календарных дней после получения им медицинских услуг.
- 10.9.3. Возмещение производится в течение 15-ти рабочих дней после получения от Застрахованного всей необходимой документации.
- 10.10. Для осуществления выплаты в соответствии с п.10.9. настоящих Правил, Застрахованный должен предоставить Страховщику следующие оригинальные документы:
- Заявление в адрес Страховщика;
  - Договор с медицинским или иным учреждением на предоставление платных медицинских услуг или документ его заменяющий;
  - оплаченный счет с указанием медицинского или иного учреждения, перечня оказанных услуг и их стоимости;
  - квитанция и кассовый чек;
  - выписка из истории болезни или другой документ, подтверждающий получение застрахованным оплаченной им услуги, и заверенный подписью и печатью медицинского или иного учреждения;
- 10.11. Страховщик производит страховые выплаты за следующие виды услуг:
- 10.11.1. за простые, сложные и комплексные медицинские услуги,
- 10.11.2. за сервисные услуги, связанные с организацией медицинской помощи, транспортировкой, эвакуацией или репатриацией, а так же с предоставлением самих медицинских услуг;
- 10.11.3. за лекарственные средства и расходные материалы, приобретаемые в аптеках по назначению врача, а также полученные в лечебном учреждении, стоимость которых является отдельной медицинской услугой
- 10.11.4. за койко-день при стационарном, стационарозамещающем, реабилитационно-восстановительном лечении, в стоимость которого могут входить все или отдельные медицинские и иные услуги;
- 10.11.5. за услуги по комплексному диспансерному/профилактическому наблюдению Застрахованных в течение всего срока действия договора страхования с целью своевременного выявления и профилактики различных заболеваний, в том числе профессиональных заболеваний;

- 10.11.6. по подушевому нормативу за комплексное непрерывное и продолжительное медицинское обслуживание, предоставляемое медицинским учреждением Застрахованному в течение определенного периода времени;

## **11. ПЕРСОНАЛЬНЫЕ ДАННЫЕ**

- 11.1. Заключая договор страхования на основании настоящих Правил, Страхователь должен предоставить согласия Застрахованных лиц на обработку их персональных данных
- 11.2. В случае отзыва согласия на обработку своих персональных данных:
- 11.2.1. Застрахованным лицом - действие договора страхования в отношении такого лица прекращается;
- 11.2.2. Страхователем - физическим лицом, договор страхования прекращается полностью.
- 11.3. действие договора страхования (полностью или частично) прекращается досрочно с даты получения Страховщиком соответствующего заявления об отзыве согласия на обработку персональных данных. В этом случае Страховщик обязуется уничтожить такие персональные данные в сроки, установленные действующим законодательством Российской Федерации.
- 11.4. Отзыв Застрахованным лицом или Страхователем согласия на обработку своих персональных данных, признается Страховщиком в качестве волеизъявления Застрахованного лица или Страхователя о досрочном отказе от договора страхования, в связи с чем уплаченная Страховщику страховая премия за лиц, в отношении которых прекращается действие договора страхования, не подлежит возврату Страхователю или зачету при последующем страховании новых лиц.

## **12. ПРОЧИЕ УСЛОВИЯ**

- 12.1. Все иные, не оговоренные настоящими правилами условия, регулируются действующим законодательством Российской Федерации.
- 12.2. Положения конкретных договоров страхования имеют преимущественную силу над положениями настоящих правил.
- 12.3. Внесение изменений и дополнений в условия договора страхования возможно по соглашению сторон и оформляется в письменной форме.

## **13. ПОРЯДОК РАЗРЕШЕНИЯ СПОРОВ**

- 13.1. Все споры по договору страхования между Страховщиком и Страхователем разрешаются путем переговоров, а при недостижении согласия - в судебном порядке.