

**ОБЩЕСТВО С ОГРАНИЧЕННОЙ ОТВЕТСТВЕННОСТЬЮ
«СТРАХОВАЯ КОМПАНИЯ «СИБИРСКИЙ ДОМ СТРАХОВАНИЯ»**

Предыдущие редакции:

1. Правила добровольного медицинского страхования от 23.10.2002 г.
2. Правила добровольного медицинского страхования от 08.02.2012 г.
3. Правила добровольного медицинского страхования от 01.09.2014 г.
4. Правила добровольного медицинского страхования от 01.07.2015 г.
5. Правила добровольного медицинского страхования от 02.11.2015 г.
6. Правила добровольного медицинского страхования от 01.02.2016 г.

УТВЕРЖДАЮ:

Генеральный директор
ООО «Страховая компания «СДС»

_____ О.В. Бутковская

«15» февраля 2017 г.

**ПРАВИЛА
ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ**

г. Кемерово

1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

1.1. В соответствии с законодательством Российской Федерации настоящие Правила добровольного медицинского страхования (далее – Правила) регулируют отношения, возникающие между Страховщиком и Страхователем при заключении договора добровольного медицинского страхования.

1.2. По договору добровольного медицинского страхования Страховщик обязуется за обусловленную договором плату (страховую премию), уплачиваемую Страхователем, организовывать и финансировать предоставление Застрахованному медицинских и иных услуг определенного перечня и качества в объеме программ добровольного медицинского страхования, разрабатываемых Страховщиком и являющихся приложениями к договору.

1.3. Определения, применяемые в настоящих Правилах:

Программа медицинского страхования – документ, определяющий общие условия и порядок осуществления страхования для объектов и (или) рисков, объединенных общими качественными и (или) количественными характеристиками (далее – Программа страхования). Программа разрабатывается на основе настоящих Правил и утверждается Страховщиком самостоятельно. Программы страхования указаны в Приложении № 8 к настоящим Правилам.

К медицинским организациям относятся имеющие право на осуществление медицинской деятельности:

1) организации любой предусмотренной законодательством Российской Федерации организационно-правовой формы;

2) индивидуальные предприниматели, занимающиеся частной медицинской практикой;

3) иные организации, в том числе зарубежные медицинские организации, сервисные медицинские компании (компании по медицинскому менеджменту и (или) содействию), однако при условии, что у медицинской организации, оказавшей медицинские и иные услуги, имеются соответствующие регистрационные сертификаты, лицензии (аккредитации, разрешения и т.п.), которые необходимы по законодательству местонахождения организации для осуществления деятельности.

Медицинские организации вправе оказывать виды медицинской помощи застрахованным лицам, установленные Программой, предусмотренной настоящими Правилами, в порядке, установленном настоящими Правилами.

Законченный случай лечения – комплекс медицинских услуг, оказанных Застрахованному с момента обращения до исхода лечения заболевания на всех этапах получения лечебно-профилактической и диагностической помощи в медицинской организации.

Под законченным случаем понимается:

- в стационарных учреждениях – совокупный объем медицинской помощи, оказанной застрахованному гражданину по заболеванию за время пребывания в лечебных и реанимационных отделениях стационара в соответствии с Программой страхования;

- в амбулаторно-поликлинических учреждениях – совокупный объем посещений, при обращении застрахованного гражданина за медицинской помощью для осуществления профилактических, лечебно-диагностических, консультационных и реабилитационных мероприятий в соответствии с Программой страхования.

- в санаторно-курортных учреждениях – совокупный объем медицинской помощи, оказанной застрахованному гражданину по заболеванию за время пребывания в санаторно-курортных учреждениях в соответствии с Программой страхования;

Лимит ответственности – ограничение размера выплачиваемого Страховщиком страхового обеспечения (предельные суммы страховых выплат). Если в договоре страхования установлен лимит ответственности по одному страховому событию, то сумма возмещения по всем убыткам, вызванным одним и тем же страховым событием, не может превысить этого лимита.

Страховая история – информация, которая характеризует исполнение Страхователем принятых на себя обязательств по договорам страхования, заключенным между ним и Страховщиком.

2. СУБЪЕКТЫ СТРАХОВАНИЯ

2.1. *Страховщик* – Общество с ограниченной ответственностью «Страховая компания «Сибирский Дом Страхования» (ООО «Страховая компания «СДС») осуществляет страховую деятельность в соответствии с лицензией на страховую деятельность.

2.2. *Страхователями* по договору добровольного медицинского страхования могут выступать:

- дееспособные физические лица, являющиеся гражданами России, иностранные граждане или лица без гражданства, заключающие договоры страхования в свою пользу или в пользу третьих лиц (в дальнейшем по тексту – Застрахованные);

- юридические лица любой организационно-правовой формы, зарегистрированные и действующие в соответствии с законодательством Российской Федерации, заключающие договоры страхования в пользу третьих лиц - Застрахованных.

2.3. *Застрахованное лицо* – физическое лицо, в отношении которого заключен договор страхования, и имущественные интересы которого являются объектом страхования.

2.4. Страховщик может отказать в заключении договора страхования в отношении следующих лиц:

- которым установлена I-II группа инвалидности или категория «ребенок-инвалид»;
- возраст которых на момент заключения договора страхования превышает 70 лет;
- состоящих на учете в нарколологических, психоневрологических, противотуберкулезных, кожно-венерологических диспансерах;
- больных онкологическими заболеваниями, а также имеющих злокачественные заболевания крови;
- ВИЧ-инфицированных;
- госпитализированных в медицинскую организацию;
- признанных безвестно отсутствующими в порядке, предусмотренном действующим законодательством.

2.5. Договоры страхования могут заключаться как без предварительного медицинского освидетельствования, так и с предварительным медицинским освидетельствованием и/или анкетированием Застрахованных в целях определения их принадлежности к группам риска для применения поправочных коэффициентов при расчете размеров страховой премии (страхового взноса). Стоимость предварительного медицинского освидетельствования не включается в страховую премию.

2.6. Договоры страхования могут быть коллективными и индивидуальными.

2.7. Застрахованный, названный в договоре страхования, может быть заменен Страхователем другим лицом лишь с согласия самого Застрахованного и Страховщика.

3. ОБЪЕКТ СТРАХОВАНИЯ

3.1. Объектом страхования являются имущественные интересы Застрахованного, связанные 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 (медицинское страхование).

3.2. По договору страхования Застрахованный имеет право на получение медицинских и иных услуг, в порядке и на условиях договора страхования, в медицинских организациях и у частнопрактикующих медицинских работников, перечисленных в договоре страхования (страховом полисе) или приложении к нему. Медицинские и иные услуги оказываются медицинскими организациями по договору, заключенному между медицинской организацией и Страховщиком.

Страховщик несет ответственность за качество и условия предоставления медицинской помощи и иных услуг, оказанных по Программам добровольного медицинского страхования.

4. СТРАХОВОЙ РИСК

4.1. Страховым риском, на случай наступления которого проводится настоящее страхование, является возможность наступления события, связанного с обращением Застрахованного в медицинские организации за медицинскими услугами и иными услугами, включенными в Программу страхования.

5. СТРАХОВОЙ СЛУЧАЙ

5.1. Страховым случаем является совершившееся событие, предусмотренное договором страхования, с наступлением которого возникает обязанность Страховщика по осуществлению страховых выплат (выплат страхового обеспечения) в размере частичной или полной компенсации дополнительных расходов Застрахованного, вызванного обращением Застрахованного в медицинские организации за медицинскими и иными услугами, включенными в программу медицинского страхования.

В соответствии с настоящими Правилами страховым случаем является обращение Застрахованного в медицинскую организацию из числа представленных в приложении к договору страхования (страховому полису) за получением медицинских и иных услуг, предусмотренных программой добровольного медицинского страхования, при остром заболевании, обострении

хронического заболевания, осложнении, возникающем при лечении, плановых медицинских вмешательствах, травме, отравлении и других несчастных случаях.

Страховым случаем признается получение Застрахованным медицинских и иных услуг в медицинской организации в течение срока действия договора.

Программой медицинского страхования может быть предусмотрено получение Застрахованным лечебной, консультативной, реабилитационной, бальнеологической, профилактической, диагностической, медикаментозной и иной помощи.

5.2. В договоре страхования может быть установлен выжидательный период – промежуток времени, в течение которого обращение Застрахованного за медицинской помощью не рассматривается в качестве страхового случая. При таком условии обязательства Страховщика по договору страхования наступают по окончании выжидательного периода.

5.3. Страховщик имеет право не рассматривать в качестве страхового случая и не оплачивать медицинские и иные услуги необходимые Застрахованному в связи:

- с получением травматического повреждения в результате совершения Застрахованным действий в состоянии алкогольного, наркотического, токсического опьянения, а также заболеваний, причиной которых явилось злоупотребление алкоголем, наркотическими или токсическими веществами;

- с получением травматического повреждения или иного расстройства здоровья, наступившего в связи с совершением действий, в которых судом установлены признаки умышленного преступления, находящегося в прямой причинной связи со страховым случаем;

- с умышленным причинением себе телесных повреждений, а также с покушением на самоубийство, за исключением случаев, когда Застрахованный был доведен до такого состояния противоправными действиями третьих лиц;

- с участием Застрахованного в военных действиях любого рода, гражданских волнениях, беспорядках, несанкционированных митингах и демонстрациях, если это не сопряжено с исполнением Застрахованным его служебных обязанностей.

5.4. Не рассматривается как страховой случай получение медицинских и иных услуг, если:

- Застрахованным получены медицинские и иные услуги, которые не предусмотрены договором страхования;

- Застрахованным получены медицинские и иные услуги в медицинских организациях, не предусмотренных в договоре страхования, если это особо не согласовано со Страховщиком;

- Застрахованным получены медицинские и иные услуги, не назначенные лечащим врачом, либо не являющиеся необходимыми с медицинской точки зрения для диагностирования или лечения заболевания, а также приобретены лекарственные средства или средства ухода за больным без медицинских показаний;

- Застрахованный существенно нарушал врачебный режим;

- Застрахованный получил медицинские и иные услуги по договору страхования (полису), страховая сумма по которому израсходована.

В этих случаях решение об отказе в оплате лечения принимается экспертной комиссией Страховщика.

При несогласии Застрахованного с решением экспертной комиссии отказ Страховщика в оплате лечения может быть оспорен в порядке, предусмотренном законодательством Российской Федерации и договором страхования.

5.5. Договор страхования может быть заключен на следующих условиях:

5.5.1. На условиях **«Полной страховой ответственности»**.

При заключении договора страхования на таких условиях Страховщик гарантирует Застрахованному предоставление медицинских и иных услуг стационарными и амбулаторно-поликлиническими медицинскими организациями, определенными договором страхования, в соответствии с конкретным перечнем услуг, выбранных Страхователем при заключении договора страхования.

5.5.2. На условиях **«Гарантированного предоставления медицинских и иных услуг при амбулаторно-поликлиническом лечении»**.

При заключении договора страхования на таких условиях Страховщик гарантирует Застрахованному предоставление медицинских и иных услуг в соответствии с конкретным их перечнем, выбранным Страхователем при заключении договора страхования, при амбулаторном лечении в медицинских организациях, определенных договором страхования.

5.5.3. На условиях **«Гарантированного предоставления медицинских и иных услуг при стационарном лечении»**.

При заключении договора страхования на таких условиях Застрахованному гарантируется получение медицинских и иных услуг в соответствии с конкретным перечнем, предусмотренным договором страхования, при обращении в медицинские организации, определенные договором страхования, за стационарной медицинской помощью.

6. СТРАХОВАЯ СУММА

6.1. Страховой суммой является определенная договором страхования денежная сумма, исходя из которой устанавливаются размеры страховой премии и страховой выплаты в соответствии с выбранной Программой добровольного медицинского страхования (перечнем медицинских услуг) и стоимостью медицинских услуг в медицинских организациях, привлекаемых для оказания медицинской помощи.

6.2. Страховая сумма по договору страхования определяется Страхователем и Страховщиком по их усмотрению.

6.3. Страхователь по согласованию со Страховщиком имеет право в период действия договора страхования увеличить/уменьшать страховую сумму путем заключения дополнительного соглашения к договору и уплаты/возврата соответствующей части страховой премии.

При этом часть страховой премии к возврату Страхователю рассчитывается по формуле:

$$\text{Страховая премия к возврату} = \left(\frac{\text{Страховая премия первоначальная} - \text{страховая премия уменьшенная}}{\text{Срок действия договора}} \right) * \frac{\text{Срок действия договора с момента уведомления об уменьшении страховой суммы}}{\text{Срок действия договора}}$$

Часть страховой премии к уплате Страхователем рассчитывается по формуле:

$$\text{Страховая премия к уплате} = \left(\frac{\text{Страховая премия увеличенная} - \text{страховая премия первоначальная}}{\text{Срок действия договора}} \right) * \frac{\text{Срок действия договора с момента уведомления об увеличении страховой суммы}}{\text{Срок действия договора}}$$

Дополнительное соглашение оформляется сторонами в том же порядке и в той же форме, что и договор страхования.

6.4. В договоре страхования могут быть указаны предельные суммы страховых выплат (лимиты ответственности), в частности: по Застрахованным, по объему медицинских услуг, по категории медицинской организации, по территории страхования, по одному страховому случаю, по одному законченному случаю лечения, по лекарственному обеспечению по назначению лечащего врача.

7. СТРАХОВАЯ ПРЕМИЯ И СТРАХОВЫЕ ВЗНОСЫ

7.1. Под страховой премией понимается плата за страхование, которую Страхователь обязан уплатить Страховщику в порядке и в сроки, установленные договором страхования. Страховой взнос – часть страховой премии при уплате ее в рассрочку.

7.2. Страховщик для определения размера страховой премии применяет разработанные им страховые тарифы, определяющие страховую премию, взимаемую с единицы страховой суммы в зависимости от выбранных Программ медицинского страхования, перечня медицинских и иных услуг, условий их предоставления, размера страховой суммы, срока страхования и иных условий, определенных договором страхования.

При этом Страховщик вправе применять повышающие и понижающие коэффициенты к страховым тарифам на основании анализа сведений, полученных при заключении договора страхования и по результатам предварительного медицинского освидетельствования Застрахованного.

7.3. В случае заключения договора страхования со сроком действия менее одного года страховая премия рассчитывается с учетом коэффициента краткосрочности (если иное не предусмотрено договором страхования):

| Срок действия договора, в месяцах | | | | | | | | | | |
|-----------------------------------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 |
| Коэффициент краткосрочности | | | | | | | | | | |
| 0,20 | 0,30 | 0,40 | 0,50 | 0,60 | 0,70 | 0,75 | 0,80 | 0,85 | 0,90 | 0,95 |

7.4. При страховании на срок более одного года общая страховая премия по договору страхования в целом устанавливается как сумма страховых премий за каждый год. Если срок страхования устанавливается как год (несколько лет) и несколько месяцев, то страховая премия за указанные месяцы определяется как часть страхового взноса за год пропорционально полным месяцам последнего страхового периода.

7.5. Страховая премия по договору страхования может быть уплачена Страхователем одновременно или уплачиваться в рассрочку наличными деньгами или безналичным порядком. Порядок уплаты страховой премии определяется в договоре страхования.

Днем уплаты страховой премии (взноса) считается:

- при наличной оплате – день уплаты страховой премии (взноса) наличными деньгами в кассу Страховщика или передачи денег представителю Страховщика;
- при безналичной оплате – день поступления страховой премии (взноса) на расчетный счет Страховщика.

7.6. При не поступлении Страховщику единовременного или первого страхового взноса в установленный договором страхования срок, договор страхования считается не состоявшимся и выплат по нему не производится.

7.7. Если страховой случай наступил до уплаты очередного страхового взноса, внесение которого просрочено, Страховщик вправе при определении размера подлежащего выплате страхового возмещения по договору страхования зачесть сумму просроченного страхового взноса.

7.8. В случае уплаты страховой премии в рассрочку договором страхования могут быть предусмотрены последствия неуплаты в установленные сроки очередных страховых взносов.

8. ЗАКЛЮЧЕНИЕ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ, ВСТУПЛЕНИЕ ДОГОВОРА В СИЛУ

8.1 Договор страхования может заключаться на любой срок по усмотрению сторон.

Если в договоре страхования предусмотрен выжидательный период, Страховщик несет обязательства только по страховым случаям, произошедшим после окончания выжидательного периода.

8.2. Для заключения договора страхования Страхователь может обратиться к Страховщику с устным или письменным заявлением.

Письменное заявление Страхователя может быть создано и отправлено им в электронной форме с использованием официального сайта Страховщика в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет», при наличии на указанном сайте такой возможности. Указанный официальный сайт Страховщика может использоваться в качестве информационной системы, обеспечивающей обмен информацией в электронной форме между Страхователем и Страховщиком, являющимся оператором этой информационной системы.

Заявление на страхование, созданное и отправленное Страховщику через его официальный сайт (в электронной форме), подписанное Страхователем – физическим лицом простой электронной подписью в соответствии с требованиями Федерального закона от 06.04.2011 № 63-ФЗ «Об электронной подписи», признается электронным документом, равнозначным документу на бумажном носителе.

Страхователи – юридические лица обязаны в электронном документообороте со Страховщиком в соответствии с настоящими Правилами использовать соответствующую квалифицированную подпись в соответствии с требованиями Федерального закона от 06.04.2011 № 63-ФЗ «Об электронной подписи».

Форма заявления (Приложения № 2, 3 к настоящим Правилам) является типовой и Страховщик оставляет за собой право вносить в него изменения и дополнения в соответствии с законодательством РФ.

8.3. При заключении договора добровольного медицинского страхования с целью определения страховой премии Застрахованному или Страхователю может быть предложено заполнить медицинскую анкету. Сведения, указанные в заявлении и медицинской анкете, подтверждаются подписью Застрахованного. В случае необходимости, для уточнения данных, указанных Застрахованным в медицинской анкете, Страховщик имеет право направить Застрахованного на медицинское освидетельствование для оценки фактического состояния его здоровья.

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

- группа здоровья I – практически здоровые лица, без отягощенной наследственности, имеющие в анамнезе детские болезни, простудные заболевания, аппендицит, без вредных привычек или при умеренной выраженности, не работающие на производстве с особо вредными условиями труда;
- группа здоровья II – практически здоровые с повышенным риском заболевания лица, с отягощенной наследственностью по сахарному диабету, сердечно-сосудистым, онкологическим,

почечно-желчнокаменным заболеваниями, психическим 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, страдающие выраженными неврозами, психопатиями, гипертонической болезнью I и II степени, ишемической болезнью сердца без выраженной стенокардии, перенесшие полостные операции.

8.5. Договор страхования может быть заключен путем составления одного документа либо вручения Страхователю страхового полиса (страхового свидетельства) с приложением Правил страхования и Программы добровольного медицинского страхования.

Отношения между Страховщиком и Страхователем – юридическим лицом оформляются путем составления договора страхования, подписанного сторонами, с обязательным приложением списка Застрахованных лиц, являющегося неотъемлемой частью договора страхования.

При заключении договора коллективного страхования страховые полисы оформляются и выдаются на каждого Застрахованного, если иное не оговорено в договоре страхования.

Формы договора страхования (Приложение № 4 к настоящим Правилам) и страхового полиса (Приложения № 5, 6 к настоящим Правилам) являются типовыми и Страховщик оставляет за собой право вносить в них изменения и дополнения в соответствии с условиями конкретного договора страхования и законодательством РФ.

8.6. В случае утраты страхового полиса Страхователь или Застрахованный должны незамедлительно известить об этом Страховщика. Утраченные документы признаются недействительными, взамен Страхователю выдается дубликат.

8.7. Застрахованному запрещается передавать именной страховой полис (именное страховое свидетельство) другим лицам с целью получения ими медицинских услуг по договору страхования. Если такой факт передачи будет установлен, то Страховщик вправе досрочно прекратить действие договора страхования в отношении такого Застрахованного, уплаченная Страховщику страховая премия возврату не подлежит.

8.8. В период действия договора страхования Страхователь по согласованию со Страховщиком вправе изменить страховую сумму, список Застрахованных, перечень медицинских услуг (Программы медицинского страхования), а также вносить изменения в список медицинских организаций, предоставляющих медицинскую помощь Застрахованным.

8.9. В случае расширения списка Застрахованных лиц Страхователь представляет Страховщику сведения о дополнительно страхуемых лицах и уплачивает за них страховую премию за период с момента включения их в список Застрахованных лиц до окончания страхового периода, при этом заключается дополнительное соглашение к договору.

8.10. В случае замены Застрахованных лиц другими лицами без увеличения числа Застрахованных Страхователь предоставляет 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.

8.11. В случае уменьшения числа Застрахованных Страхователь предоставляет Страховщику сведения об исключаемых из списка Застрахованных.

В случае уменьшения числа Застрахованных проводится перерасчет страховой премии, исходя из фактически поступившей по договору страхования суммы страховых взносов за исключаемых Застрахованных лиц и рассчитывается следующим образом:

$$\begin{array}{l} \text{Неиспользованная} \\ \text{страховая} \\ \text{премия} \end{array} = \frac{\begin{array}{l} \text{Сумма страховых взносов,} \\ \text{уплаченная за исключаемых} \\ \text{Застрахованных лиц, предусмотренная} \\ \text{договором страхования} \end{array} \times \begin{array}{l} \text{Число дней до окончания} \\ \text{срока действия} \\ \text{договора страхования} \end{array}}{\begin{array}{l} \text{Число дней срока действия договора страхования} \end{array}} \times (1 - \text{РВД})$$

Если договор страхования предусматривает возможность уплаты страховых взносов в рассрочку, то возврат неиспользованной страховой премии за исключаемых Застрахованных лиц производится только в отношении оплаченной части суммы страховой премии, предусмотренной договором, исходя из следующих параметров:

$$\text{Неиспользованная страховая премия} = \frac{\text{Сумма фактически оплаченных страховых взносов за исключаемых Застрахованных} \times \text{Число дней до окончания оплаченного периода}}{\text{Число дней оплаченного периода}} \times (1 - \text{РВД})$$

8.12. На основании перерасчета страховой премии по выбору Страхователя производится либо возврат части страхового взноса определенной согласно пункту 8.11. настоящих Правил, либо уменьшение очередного взноса на сумму определенную согласно пункту 8.11. настоящих Правил.

8.13. Изменения страховой суммы и Программы страхования оформляются в письменном виде путем подписания дополнительного соглашения к договору страхования. Изменения списка Застрахованных и перечня медицинских организаций оформляются в письменном виде по согласованию Страхователя со Страховщиком.

8.14. На основании статьи 944 Гражданского Кодекса при заключении договора 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).

Существенными признаются, во всяком случае, обстоятельства, определенно оговоренные Страховщиком в форме заявления, указанной в Приложениях № 2, 3 к настоящим Правилам.

8.15. Договор страхования вступает в силу при наличных расчетах – с 00 час. 00 мин. дня, следующего за днем уплаты страховой премии или первого ее взноса, при безналичных расчетах – календарной даты зачисления денег на расчетный счет Страховщика, если договором страхования не предусмотрено иное.

8.16. 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 (Приложения № 2, 3 к настоящим Правилам).

8.17. Страховщик, уведомленный об обстоятельствах, влекущих увеличение страхового риска, вправе потребовать изменения условий договора страхования или уплаты дополнительной страховой премии соразмерно увеличению риска.

8.18. Если Страхователь возражает против изменения условий договора страхования или уплаты дополнительной страховой премии в соответствии с п.8.17. настоящих Правил, то в соответствии с Гражданским Кодексом Российской Федерации Страховщик вправе потребовать расторжения договора и возмещения убытков, причиненных расторжением договора.

8.19. В договоре страхования Страховщиком и Страхователем может быть предусмотрено, что отдельные положения Правил страхования не включаются в договор и не действуют в конкретных условиях страхования, если это не противоречит настоящим Правилам и действующему законодательству.

8.20. Заключая договор страхования на основании настоящих Правил, Страхователь подтверждает свое согласие с тем, что Страховщик может в течение всего срока действия договора страхования осуществлять обработку указанных в нем персональных данных физических лиц. Страхователь несет персональную ответственность за предоставление согласия Застрахованных на обработку их персональных данных.

Под обработкой персональных данных в настоящих Правилах понимается: сбор, систематизация, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, обезличивание, блокирование, уничтожение, а также совершение иных действий с персональными данными физических лиц в статистических целях и в целях проведения анализа страховых рисков.

Заключая договор страхования на основании настоящих Правил, Страхователь также подтверждает согласие на информирование о других продуктах и услугах, а также об условиях продления правоотношений со Страховщиком.

Для осуществления вышеуказанных целей Страховщик имеет право передавать персональные данные, ставшие ему известными в связи с заключением и исполнением договора страхования, третьим лицам, с которыми у Страховщика заключены соответствующие соглашения, обеспечивающие надежное хранение и предотвращение незаконного разглашения (конфиденциальность) персональных данных.

Страховщик обязуется обеспечивать сохранность и неразглашение персональных данных Страхователя в целях иных, нежели предусмотрены настоящей статьей.

Согласие на обработку персональных данных может быть отозвано субъектом персональных данных полностью или в части информирования о других продуктах и услугах, путем направления письменного заявления Страховщику способом, позволяющим достоверно установить дату получения данного заявления Страховщиком.

В случае полного отзыва субъектом персональных данных своего согласия на обработку персональных данных, действие договора страхования в отношении такого лица прекращается, а в случае отзыва такого согласия субъектом персональных данных, являющимся Страхователем, договор страхования прекращается полностью. При этом действие договора страхования прекращается досрочно с даты получения Страховщиком соответствующего заявления об отзыве согласия на обработку персональных данных.

После прекращения действия договора страхования (в том числе при его расторжении), а также в случае отзыва субъектом персональных данных согласия на обработку своих персональных данных, Страховщик обязуется уничтожить такие персональные данные в срок, не превышающий 5 (пяти) лет с момента прекращения действия договора либо с момента получения Страховщиком заявления об отзыве согласия на обработку персональных данных.

Договором страхования могут быть определены иные (уточненные) условия обработки персональных данных, не противоречащие законодательству Российской Федерации.

9. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

9.1. Застрахованный имеет право:

9.1.1. На получение медицинских услуг в соответствии с условиями договора страхования, требовать от Страховщика в законном порядке соблюдения условий договора страхования.

9.1.2. Получить дубликат страхового полиса в случае его утраты.

9.1.3. Сообщать Страховщику о случаях неполного или некачественного предоставления медицинских услуг.

9.2. Застрахованный обязан:

9.2.1. Предоставить Страховщику необходимые для заключения договора страхования достоверные сведения о своем здоровье, в том числе пройти предварительное медицинское освидетельствование, если это предусмотрено условиями договора страхования.

9.2.2. Соблюдать требования Правил и условия договора страхования, выполнять предписания лечащего врача, полученные при предоставлении медицинских и иных услуг;

9.2.3. Соблюдать распорядок, установленный в медицинской организации.

9.2.4. Обеспечить сохранность страхового полиса (страхового свидетельства) и не передавать их иным лицам для получения медицинских услуг.

9.3. Страхователь имеет право:

9.3.1. Проверять соблюдение Страховщиком требований условий договора страхования.

9.3.2. Требовать предоставления Застрахованному в медицинских организациях медицинских и иных услуг, определенных договором страхования и на оговоренных в нем условиях, в соответствии с программой добровольного медицинского страхования.

В случае непредоставления таких медицинских услуг, несвоевременного, неполного или некачественного их предоставления Страхователь, Застрахованный или другие уполномоченные им лица должны немедленно поставить в известность об этом Страховщика.

9.3.3. Получить дубликат страхового полиса в соответствии с п. 8.6.

9.3.4. Расширить перечень медицинских и иных услуг, а также условий их предоставления, гарантируемых по договору страхования, или повысить уровень страхового обеспечения, заключив дополнительное соглашение к договору страхования и уплатив дополнительный страховой взнос. Дополнительное соглашение к договору начинает действовать со дня уплаты дополнительного страхового взноса.

9.3.5. Заменить Застрахованного другим лицом (с письменного согласия Застрахованного).

9.3.6. Изменять число Застрахованных в соответствии с настоящими Правилами.

9.3.7. Досрочно расторгнуть договор страхования, в любое время, обратившись с письменным заявлением к Страховщику.

9.4. Страхователь обязан:

9.4.1. Своевременно и в полном объеме уплачивать обусловленные договором страхования страховые взносы.

9.4.2. Довести до сведения Застрахованных условия предоставления медицинской помощи.

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

9.4.4. Обеспечить сохранность документов и конфиденциальность информации по договору страхования.

9.4.5. В течение 30-ти календарных дней известить Страховщика о наступлении события, которое может быть квалифицировано в качестве страхового случая, если Программой добровольного медицинского страхования предусмотрено полное или частичное возмещение дополнительных расходов Застрахованного (Страхователя) на получение медицинских или иных услуг. Эта обязанность может быть исполнена Застрахованным.

9.5. Страховщик имеет право:

9.5.1. Требовать от Страхователя (Застрахованного) предоставления достоверной информации, необходимой для заключения договора страхования.

9.5.2. Проверять сообщенную Страхователем информацию, а также выполнение Страхователем и Застрахованным требований договора страхования.

9.5.3. Досрочно расторгнуть договор страхования при несоблюдении Страхователем (Застрахованным) своих обязанностей по договору страхования.

9.5.4. Отказать в оплате медицинских и иных услуг, оказанных при обстоятельствах, не предусмотренных настоящими Правилами или договором страхования.

9.5.5. Отсрочить решение вопроса об оплате медицинских услуг или отказа от оплаты в случае возбуждения уголовного дела в отношении Застрахованного по факту событий, приведших к травматическому повреждению или иному расстройству здоровья Застрахованного, до момента принятия соответствующего решения компетентными органами.

Если у Страховщика имеются мотивированные сомнения в подлинности документов, подтверждающих страховой случай, страховая выплата может быть отсрочена до тех пор, пока не будет подтверждена подлинность таких документов.

9.5.6. Заключать договоры на предоставление лечебно-профилактической помощи с медицинскими организациями.

9.6. Страховщик обязан:

9.6.1. Ознакомить Страхователя (Застрахованного) с Правилами страхования.

9.6.2. Своевременно выдать Страхователю (Застрахованному) страховой полис установленной формы.

9.6.3. Организовать предоставление Застрахованным медицинских услуг, предусмотренных условиями договора страхования.

9.6.4. При наступлении страхового случая произвести выплату в порядке, установленном разделом 10 настоящих Правил.

9.6.5. Защищать права Застрахованных в отношениях с медицинскими организациями, в рамках договора добровольного медицинского страхования.

9.6.6. Обеспечить конфиденциальность в отношениях со Страхователем (Застрахованным). Страховщик несет ответственность за разглашение сведений о договоре страхования, включая врачебную тайну, его работниками в соответствии с законодательством.

10. ПОРЯДОК И УСЛОВИЯ ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЫ

10.1. Страховая выплата осуществляется в пределах страховой суммы в виде:

- оплаты медицинских и иных услуг, предусмотренных Программой добровольного медицинского страхования, оказанных организациями, перечисленными в страховом полисе или в приложении к нему;
- возмещения расходов Застрахованного (Страхователя), понесенных им для получения медицинских и иных услуг, предусмотренных Программой добровольного медицинского страхования.

10.2. При наступлении страхового случая медицинские и иные услуги Застрахованному оказываются на основании предъявления им страхового полиса (страхового свидетельства) и документа, удостоверяющего личность.

Для получения медицинских и иных услуг Застрахованный обращается в медицинские организации, предусмотренные договором страхования, или к Страховщику по контактными телефонам, указанным в страховом полисе (страховом свидетельстве).

10.3. Оплата медицинских и иных услуг осуществляется Страховщиком по предъявлению медицинской организацией счета, счет-фактуры и реестра установленного образца в сроки, предусмотренные договором о сотрудничестве между Страховщиком и медицинской организацией по Программе медицинского страхования.

Страховщик имеет право отложить оплату до проверки обоснованности назначения лечения.

10.4. Для получения страховой выплаты в форме возмещения расходов, понесенных для получения медицинских и иных услуг, предусмотренных Программой страхования, Застрахованный (Страхователь) обращается к Страховщику с заявлением и предъявляет договор страхования или страховой полис, а также документ, удостоверяющий его личность.

К заявлению должны быть приложены:

а) копия направления лечащего врача на получение медицинских и иных услуг, предусмотренных программой добровольного медицинского страхования, а в случае госпитализации - копии документов, послуживших основанием для госпитализации;

б) врачебное заключение об установлении соответствующего диагноза, заверенное личной печатью врача и печатью лечебного учреждения;

в) документы, подтверждающие оказание Застрахованному соответствующих услуг (заключение о проведенном обследовании или лечении, выписку из истории болезни, результаты обследования, амбулаторную карту и т.д.);

г) документ, свидетельствующий об оплате Застрахованным медицинских и иных услуг, предусмотренных программой добровольного медицинского страхования.

10.5. Размер страховой выплаты равен стоимости медицинских и иных услуг, оплаченных в соответствии с Программой медицинского страхования, в пределах установленной договором страхования страховой суммы (лимита ответственности).

10.6. В течение 20-ти календарных дней, если договором страхования не установлено иное, эксперты Страховщика на основании предъявленных документов дают заключение о целесообразности с медицинской точки зрения получения медицинских услуг для диагностирования или лечения заболевания.

10.7. Страховая выплата производится в течение 15-ти рабочих дней, если договором страхования не установлено иное, после получения заключения эксперта и подписания страхового акта.

Если страховая выплата не осуществлена в установленный срок по вине Страховщика, для него наступают последствия, предусмотренные законодательством Российской Федерации.

10.8. В случае смерти Застрахованного Страхователю (или его наследникам по закону, если Страхователь и Застрахованный – одно и то же лицо) возвращаются страховые взносы, исчисленные пропорционально за не истекший к моменту досрочного прекращения (в связи со смертью Застрахованного) срок действия договора страхования, за вычетом расходов Страховщика.

Для получения этих сумм Страхователь (его наследники по закону) обращается к Страховщику с заявлением, к которому прилагается свидетельство о смерти Застрахованного, документы, удостоверяющие вступление в права наследования (для наследников Страхователя).

Возврат взносов Страховщик производит в течение 15-ти рабочих дней с момента предъявления ему указанных документов.

10.9. Страховщик вправе отказать в страховой выплате, если:

10.9.1. Установлен факт передачи Застрахованным страхового полиса другому лицу для получения им медицинской услуги;

10.9.2. Страхователь предоставил искаженные сведения о Застрахованном при заключении договора страхования;

10.9.3. Страховщик не был извещен в срок (п. 9.4.5.) о страховом случае, если не будет доказано, что Страховщик своевременно узнал о наступлении страхового случая либо что отсутствие у Страховщика сведений об этом не могло сказаться на его обязанности произвести страховую выплату;

10.9.4. Требование выплаты предъявлено по событиям, подпадающим под перечень исключений.

11. ПРЕКРАЩЕНИЕ ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ

11.1. Договор страхования прекращает действие и Застрахованный теряет право на получение медицинских и иных услуг по договору в случаях:

11.1.1. Истечения срока действия договора страхования;

11.1.2. Исполнения Страховщиком обязательств по договору страхования в полном объеме;

11.1.3. Неуплаты Страхователем страховых взносов в установленные договором сроки;

11.1.4. Смерти Застрахованного (при заключении индивидуальных договоров);

11.1.5. Смерти Страхователя - физического лица, заключившего договор о страховании третьего лица, или ликвидации Страхователя - юридического лица, если Застрахованный или иное лицо в соответствии с действующим законодательством не приняли на себя исполнение обязанностей Страхователя по уплате страховых взносов;

11.1.6. По соглашению сторон или требованию одной из сторон, если это предусмотрено условиями договора или действующим законодательством;

11.1.7. Ликвидации Страховщика в порядке, установленном законодательством Российской Федерации, кроме случаев передачи страхового портфеля ликвидируемого Страховщика другому Страховщику;

11.1.8. Ликвидации Страхователя - юридического лица кроме случаев замены Страхователя в договоре страхования при его реорганизации (слиянии, присоединении, разделении, выделении, преобразовании);

11.1.9. В других случаях, предусмотренных законодательством Российской Федерации и настоящими правилами.

11.2. При досрочном прекращении договора по причине отказа Страхователя от договора страхования:

- в течение 5 (пяти) рабочих дней со дня его заключения, но до даты начала действия страхования, уплаченная страховая премия подлежит возврату Страхователю в полном объеме;

- в течение 5 (пяти) рабочих дней со дня его заключения, но после даты начала действия страхования, при отсутствии в данном периоде событий, имеющих признаки страхового случая, Страхователю возвращается часть уплаченной страховой премии пропорционально не истекшему сроку действия договора страхования;

- по истечении 5 (пяти) рабочих дней со дня его заключения уплаченная Страховщику страховая премия возврату не подлежит, если договором страхования не предусмотрено иное.

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.

Возврат страховой премии (или ее части) производится в срок, не превышающий 10 рабочих дней со дня получения письменного заявления Страхователя об отказе от договора страхования.

11.3. Если договор страхования прекращается досрочно в связи со смертью Застрахованного Страховщик возвращает Страхователю, если он не является Застрахованным, а в других случаях наследникам по закону, полученную страховую премию за не истекший срок договора за вычетом понесенных расходов.

11.4. Во всех случаях прекращения договора страхования Страхователь обязан вернуть Страховщику страховой полис (страховое свидетельство), действие которого прекращается с момента прекращения действия договора страхования.

12. ПОРЯДОК РАЗРЕШЕНИЯ СПОРОВ

12.1. Для разрешения споров, возникающих при исполнении и расторжении договора страхования, стороны обязуются до обращения в судебные органы использовать процедуру претензионного урегулирования споров.

При необходимости любая из сторон может потребовать привлечение экспертной комиссии. Расходы по привлечению специалистов несет сторона, против которой принято решение.

12.2. Сторона, считающая свои права нарушенными, обязана направить другой стороне претензию в письменной форме. Сторона, получившая претензию, обязана в двадцатидневный срок рассмотреть ее и либо удовлетворить обоснованные требования, либо представить мотивированные возражения. Если по истечении указанного срока ответа на претензию не последовало или ответ не удовлетворил направившую претензию сторону, она имеет право обратиться с иском в суд в порядке, предусмотренном действующим законодательством Российской Федерации.

12.3. Вся переписка ведется сторонами по почтовым адресам друг друга, при этом Страхователь должен направлять письма и иные документы по почтовому адресу того структурного подразделения Страховщика (филиала), где он заключал договор страхования. Почтовый адрес Страхователя должен им указываться при заключении договора страхования.