

**Общество с ограниченной ответственностью
«РУССКОЕ СТРАХОВОЕ ОБЩЕСТВО «ЕВРОИНС»**



«УТВЕРЖДАЮ»: Генеральный директор

О.Б. Макова
(Приказ № 02/09 от 24 декабря 2009 г.)

ПРАВИЛА

ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

- I. Общие положения
- II. Субъекты страхования
- III. Объект страхования
- IV. Страховой риск
- V. Страховой случай
- VI. Порядок определения страховой суммы
- VII. Порядок определения страхового тарифа
- VIII. Порядок определения страховой премии (страховых взносов)
- IX. Срок действия договора страхования
- X. Порядок заключения, исполнения и прекращения договоров страхования
- XI. Права и обязанности сторон
- XII. Последствия изменения степени риска
- XIII. Определение размера ущерба
- XIV. Порядок определения страховой выплаты
- XV. Случаи отказа в страховой выплате
- XVI. Порядок внесения дополнений и изменений в договор страхования
- XVII. Порядок разрешения споров

- I. Общие положения
- II. Субъекты страхования
- III. Объект страхования
- IV. Страховой риск
- V. Страховой случай
- VI. Порядок определения страховой суммы
- VII. Порядок определения страхового тарифа
- VIII. Порядок определения страховой премии (страховых взносов)
- IX. Срок действия договора страхования

- X. Порядок заключения, исполнения и прекращения договоров страхования
- XI. Права и обязанности сторон
- XII. Последствия изменения степени риска
- XIII. Определение размера ущерба
- XIV. Порядок определения страховой выплаты
- XV. Случаи отказа в страховой выплате
- XVI. Порядок внесения дополнений и изменений в договор страхования
- XVII. Порядок разрешения споров

I. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

1.1. По договору страхования, заключенному на основании настоящих Правил, одна сторона (Страховщик) обязуется за обусловленную договором плату (страховую премию), уплачиваемую другой стороной (Страхователем), осуществлять организацию и оплату медицинских услуг определенного перечня и качества в медицинских учреждениях (далее – Медицинские учреждения) названным в договоре гражданам (Застрахованным лицам) при наступлении предусмотренных договором событий (страховых случаев).

1.2. Определения, применяемые в Правилах страхования:

Медицинские учреждения - имеющие лицензии лечебно-профилактические учреждения, научно-исследовательские и медицинские институты, другие учреждения, оказывающие медицинскую помощь (в соответствии со ст.2 Закона РФ от 28 июня 1991 г. № 1499-1 «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации»), с которыми Страховщик состоит в договорных отношениях. Конкретный перечень Медицинских учреждений, в которые Застрахованное лицо вправе обратиться за получением медицинской помощи, приводится в приложении к Договору страхования.

Страховая выплата - денежная сумма, установленная договором

страхования и выплачиваемая Страховщиком при наступлении страхового случая.

Страховая премия (страховой взнос) - плата за страхование, которую Страхователь обязан уплатить Страховщику в порядке и в сроки, которые установлены договором страхования.

Страховая сумма - денежная сумма, которая определена договором страхования и исходя из которой устанавливаются размер страховой премии (страховых взносов) и размер страховой выплаты при наступлении страхового случая.

Страховой риск - предполагаемое событие, обладающее признаками вероятности и случайности, на случай наступления которого проводится страхование.

Страховой случай - совершившееся событие, предусмотренное договором страхования, с наступлением которого возникает обязанность Страховщика произвести страховую выплату.

Страховой тариф - ставка страховой премии с единицы страховой суммы с учетом объекта страхования и характера страхового риска.

Франшиза - предусмотренная условиями договора страхования часть убытков Страхователя (в абсолютном размере или в процентном отношении), не подлежащая возмещению Страховщиком.

II. СУБЪЕКТЫ СТРАХОВАНИЯ

2.1. Страховщик - Общество с ограниченной ответственностью «РУССКОЕ СТРАХОВОЕ ОБЩЕСТВО «ЕВРОИНС» - юридическое лицо, созданное в соответствии с законодательством Российской Федерации для осуществления страхования и получившее лицензию в установленном законом порядке.

2.2. Страхователями могут являться юридические и физические лица, заключившие договор страхования:

- юридические лица (предприятия, организации и т.п.) независимо от их организационно-правовой формы, заключающие договоры коллективного страхования в пользу своих работников (а также членов их семей);

- дееспособные физические лица, заключающие договоры индивидуального страхования в свою пользу или в пользу своих родственников и иных третьих лиц.

2.3. Лица, о страховании и в пользу которых заключен договор страхования, являются застрахованными лицами (далее – Застрахованные лица).

2.4. На страхование не принимаются инвалиды I - II группы и граждане, состоящие на учете в наркологических, психоневрологических, туберкулезных, онкологических, кожно-венерологических (по поводу венерических заболеваний) диспансерах, а также состоящие на диспансерном учете по поводу хронического гепатита В и С, ВИЧ-инфицирования или СПИДа.

В случае, если в течение действия договора будет установлено, что Застрахованное лицо до вступления договора в силу являлось инвалидом I - II группы, или что обращение его за медицинской помощью явилось следствием перечисленных заболеваний, то договор страхования признается недействительным с момента заключения

III. ОБЪЕКТ СТРАХОВАНИЯ

3.1. Объектом страхования являются имущественные интересы, связанные с оказанием гражданам (Застрахованным лицам) медицинских услуг.

3.2. В объем страховой ответственности по договору добровольного медицинского страхования не включаются обязательства по договорам обязательного медицинского страхования.

3.3. В соответствии с настоящими Правилами Страховщик производит организацию и оплату медицинских услуг по следующим Программам:

- Программа добровольного медицинского страхования №1: «Предоставление медицинских услуг при амбулаторном лечении»;
- Программа добровольного медицинского страхования №2: «Предоставление медицинских услуг при стационарном лечении»;
- Программа добровольного медицинского страхования №3: «Полная страховая ответственность».

возникновении страхового случая (в соответствии со ст.3 Закона РФ от 28 июня 1991 г. № 1499-1 «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации»).

IV. СТРАХОВОЙ РИСК

4.1. Страховым риском, на случай наступления которого проводится страхование, является предполагаемое событие, связанное с затратами на оказание медицинской помощи при

V. СТРАХОВОЙ СЛУЧАЙ

5.1. Страховым случаем является совершившееся событие возникновения затрат на оказание медицинской помощи в результате обращения Застрахованного лица в течение срока страхования в Медицинские учреждения из перечня, предусмотренного договором страхования, при остром заболевании, обострении хронического заболевания, травме, отравлении и других медицинских состояниях за получением консультативной, лечебной, реабилитационно-восстановительной, профилактической (в том числе иммунопрофилактической) и иной медицинской помощи (в том числе зубопротезирование), требующей оказания медицинских и сопутствующих им услуг в пределах перечня, предусмотренного программой добровольного медицинского страхования (далее – Программа добровольного медицинского страхования).

5.2. Случай признается страховым при обращении Застрахованного лица за получением медицинской помощи в течение срока действия договора страхования в соответствии с Программой добровольного медицинского страхования в другие медицинские учреждения, помимо предусмотренных договором страхования, если это обращение согласовано и / или организовано Страховщиком.

5.3. Страховщик имеет право не оплачивать оказанные медицинские услуги Застрахованным лицам, если эти медицинские услуги или Медицинские учреждения не были предусмотрены в договоре страхования (в Программе ДМС и Перечне Медицинских учреждений).

5.4. Не признаются страховыми событиями и не покрываются настоящим страхованием случаи обращения в Медицинское учреждение за получением медицинской помощи в связи с:

5.4.1. острым патологическим состоянием и травмами, возникшими или полученными в состоянии алкогольного, наркотического или токсического опьянения, а также при намеренной передаче Застрахованным лицом управления транспортным средством лицу, находящемуся в состоянии алкогольного, наркотического или токсического опьянения, либо не имеющему права на управление транспортным средством;

5.4.2. получением травматического повреждения или иного расстройства здоровья, наступившего в результате совершения Застрахованным лицом умышленного преступления;

VI. ПОРЯДОК ОПРЕДЕЛЕНИЯ СТРАХОВОЙ СУММЫ

6.1. Страховая сумма устанавливается по соглашению сторон.

6.2. Порядок определения страховой суммы включает в себя:

- согласование страховых сумм отдельно для Программ добровольного медицинского страхования по амбулаторному и стационарному лечению с учетом средней стоимости медицинских услуг, входящих в эти Программы, и количества обращений по предоставлению этих услуг в Медицинских учреждениях;

- согласование страховых сумм отдельно по амбулаторному и стационарному лечению при заключении договора страхования на условиях Комплексной медицинской помощи.

6.3. Страховые суммы устанавливаются Страховщиком по соглашению со Страхователем отдельно для Программ ДМС по амбулаторному и стационарному лечению с учетом средней стоимости медицинских услуг, входящих в эти программы, и количества обращений по предоставлению этих услуг в Медицинские учреждения в соответствии с производимыми Страховщиком расчетами тарифных ставок.

6.4. При заключении договора страхования на условиях полной страховой ответственности страховые суммы учитываются отдельно по амбулаторному и стационарному лечению.

VII. ПОРЯДОК ОПРЕДЕЛЕНИЯ СТРАХОВОГО ТАРИФА

7.1. Конкретный размер страхового тарифа определяется договором страхования по соглашению сторон на основании базовых страховых тарифов Страховщика.

7.2. Порядок определения страхового тарифа включает в

VIII. ПОРЯДОК ОПРЕДЕЛЕНИЯ СТРАХОВОЙ ПРЕМИИ (СТРАХОВЫХ ВЗНЕСОВ)

8.1. Страховая премия (страховые взносы) уплачивается Страхователем в валюте Российской Федерации.

8.2. Порядок определения страховой премии (страховых взносов) включает в себя:

8.2.1. определение размера годовой страховой премии умножением страховой суммы на страховой тариф и умножением на коэффициент риска, устанавливаемые Страховщиком в зависимости от:

- индивидуального риска страхования (возрастной состав застрахованных, риск госпитализации, и иные факторы риска) на основании Заявления о страховании и Медицинской анкеты;

- стоимости медицинских услуг (их комбинации) в конкретных Медицинских учреждениях с учетом тарифов на медицинские и иные услуги, устанавливаемые по договорам (соглашениям) между Страховщиком и Медицинскими учреждениями, при этом коэффициент риска определяется соотношением средневзвешенной стоимости медицинских услуг в Медицинском учреждении, согласованных со Страхователем, и средневзвешенной стоимости подобных медицинских услуг в Медицинских учреждениях на территории страхования;

- от возраста, образа жизни и условия труда Застрахованного лица, определяемого на основании Заявления о страховании и Медицинской анкеты;

8.2.2. определение размера страховой премии при страховании на срок менее одного года умножением годовой страховой премии на коэффициент краткосрочности;

8.2.3. определение размера страховых взносов при оплате страховой премии в рассрочку по согласованию со Страхователем.

8.3. Страховая премия при коллективном страховании может быть уплачена в рассрочку, но величина первого взноса не должна быть меньше 50 % от общей суммы страховой премии. Дата уплаты второй части страховой премии определяется в договоре страхования, но эта уплата не может быть произведена позднее половины срока страхования, прошедшего с начала действия договора.

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

5.4.4. обращением в Медицинское учреждение по инициативе Застрахованного лица без медицинских показаний;

5.4.5. иными исключениями, перечисленными в Программах ДМС

6.5. Страховые суммы могут определяться Страховщиком как для каждого Застрахованного, так и для всех застрахованных (группе застрахованных).

6.6. Страховщик оплачивает все разумно понесенные расходы, произведенные при оказании медицинских услуг в отношении Застрахованного лица в Медицинском учреждении в соответствии со страховым случаем в рамках Программы добровольного медицинского страхования только в пределах страховой суммы по договору страхования.

Под разумно понесенными расходами понимаются расходы, произведенные в отношении медицинских услуг, оказанных в соответствии со стандартами лечения, содержащими унифицированный набор и объем диагностических и лечебных мероприятий, а также требования к срокам и результатам лечения при конкретных формах болезней.

6.7. Договором страхования может быть предусмотрена неоплачиваемая Страховщиком часть расходов в связи с получением Застрахованными лицами отдельных медицинских и связанных с ними услуг, предусмотренных соответствующей Программой добровольного медицинского страхования (безусловная франшиза).

себя установление размера страхового тарифа на основании базовых страховых тарифов, определяемых в зависимости от Программы добровольного медицинского страхования.

Однако при заключении договора страхования стороны могут оговорить иной порядок уплаты страховых взносов.

8.4. При индивидуальном страховании страховая премия уплачивается одновременно.

8.5. При существенном изменении условий оказания медицинской помощи в Медицинских учреждениях (применение нового медицинского оборудования, использование новых методов диагностики и лечения и т.п.), связанных с увеличением стоимости оказания медицинских услуг, а также при подаче Страхователем заявления о расширении перечня медицинских услуг (если договор был заключен не на условиях полной страховой ответственности), что привело к повышению страховой суммы, размер страховой премии может быть изменен по соглашению сторон.

В этом случае Страхователь обязан уплатить дополнительный взнос страховой премии (при коллективном страховании - в отношении всех Застрахованных лиц), соответствующий увеличению за неистекший период действия договора величины страховой суммы и - при расширении перечня медицинских услуг - объема ответственности.

При этом при заключении договора страхования Страховщик вправе оговорить повышение страхового тарифа за неистекший период страхования в связи с увеличением стоимости оказания медицинских услуг с помощью повышающего коэффициента в размере до 1.25.

8.6. Страховой взнос вносится безналичным перечислением на расчетный счет Страховщика не позднее даты, указанной в счете на оплату (платежном поручении), либо наличными деньгами в кассу Страховщика или страховому агенту Страховщика при заключении договора (только при индивидуальном страховании).

8.6. При страховании на срок менее одного года страховой взнос определяется от годового размера страховой премии с учетом коэффициента краткосрочности (срок страхования приводится в месяцах):

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

8.8. При страховании на срок более одного года:

- в случае страхования на несколько лет общая страховая премия

по договору страхования в целом устанавливается как сумма страховых взносов за каждый год;

- в случае страхования на год (несколько лет) и несколько месяцев страховая премия за указанные месяцы определяется как часть страхового взноса за год пропорционально полным месяцам последнего страхового периода.

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

IX. СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ

9.1. Договор страхования может быть заключен: - на один год; - на определенный срок в месяцах.

9.2. При страховании на определенный срок неполный месяц принимается за полный.

X. ПОРЯДОК ЗАКЛЮЧЕНИЯ, ИСПОЛНЕНИЯ И ПРЕКРАЩЕНИЯ ДОГОВОРОВ СТРАХОВАНИЯ

10.1. Договор страхования является соглашением между Страхователем и Страховщиком, в силу которого Страховщик обязуется при страховом случае произвести оплату медицинских услуг, оказанных Страхователю (Застрахованному лицу), о страховании которого заключен договор, в Медицинском учреждении, где Застрахованное лицо получило медицинскую помощь, а Страхователь обязуется уплатить страховую премию в установленные сроки.

10.2. Порядок заключения, исполнения и прекращения договоров страхования включает в себя:

- заключение договора страхования на основании устного или письменного Заявления о страховании;
- оформление страхового полиса (договора страхования);
- исполнение сторонами договора страхования в соответствии с правами и обязанностями сторон, оговоренными в настоящих Правилах и договоре страхования;
- прекращение договора страхования в соответствии с настоящими Правилами.

10.3. 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.

Существенными признаются во всяком случае обстоятельства, определенно оговоренные Страховщиком в стандартной форме договора страхования (страхового полиса) или в его письменном запросе - Заявлении о страховании.

10.4. Для заключения договора страхования Страхователь представляет Страховщику письменное Заявление по установленной форме о своем желании заключить договор страхования, в котором указываются:

10.4.1. при индивидуальном страховании:

- фамилия, имя, отчество Страхователя;
 - фамилия, имя, отчество Застрахованного лица;
 - год рождения или возраст Застрахованного лица в полных годах на момент подачи заявления о страховании;
 - пол Застрахованного лица;
 - место работы и должность;
 - социальное положение
 - домашний адрес и телефон Страхователя;
 - условия страхования (наименование Программы ДМС);
 - срок страхования;
 - сведения о состоянии здоровья;
 - иные реквизиты, позволяющие судить о степени риска;
- 10.4.2. при коллективном страховании:
- наименование Страхователя;
 - юридический адрес и банковские реквизиты Страхователя;
 - характер производства;
 - условия страхования (наименование Программы ДМС);
 - срок страхования;
 - количество Застрахованных лиц;
 - иные реквизиты, позволяющие судить о степени риска.

10.5. При коллективном страховании к Заявлению о страховании должен быть приложен список Застрахованных лиц с указанием:

- фамилий, имен, отчеств;
- домашних адресов и телефонов;
- пола;
- возраста;
- место работы и должности;
- социального положения.

10.6. В случае наличия в Заявлении о страховании сведений о состоянии здоровья, на основании которых можно судить о повышении риска страхования, лица, которые должны быть застрахованы по договору страхования, по требованию Страховщика обязаны заполнить Медицинскую анкету, являющуюся неотъемлемой частью Заявления о страховании, на основании которой Страховщик имеет право направить этих лиц

8.10. Если договором страхования предусмотрено внесение страховой премии в рассрочку, то в случае неуплаты в установленные сроки очередных страховых взносов и непредоставления Страховщиком отсрочки в оплате Страховщик не несет ответственности по страховым случаям, произошедшим с даты просрочки в оплате, и страховые выплаты по этим страховым случаям не производятся.

на медицинское освидетельствование. В случае отказа Застрахованного лица от заполнения Медицинской анкеты или прохождения медицинского освидетельствования Страховщик имеет право отказать Страхователю в заключении договора страхования.

10.7. Страховщик имеет право проверить достоверность указанных Страхователем данных. В случае установления того, что Страхователь сообщил о себе или Застрахованном лице ложные сведения, Страховщик имеет право отказать Страхователю в заключении договора страхования.

10.8. Договор страхования может быть заключен на условиях:

10.8.1. «Предоставления медицинских услуг при амбулаторном лечении»: Страховщик гарантирует Застрахованным лицам предоставление медицинских услуг при амбулаторном лечении, в соответствии с конкретным перечнем услуг в медицинских учреждениях, определенных договором страхования (Программа ДМС № 1);

10.8.2. «Предоставления медицинских услуг при стационарном лечении»: Страховщик гарантирует Застрахованным лицам предоставление медицинских услуг при стационарном лечении, в соответствии с конкретным перечнем услуг в медицинских учреждениях, определенных договором страхования (Программа ДМС № 2);

10.8.3. «Полной страховой ответственности»: Страховщик гарантирует Застрахованным лицам предоставление медицинских услуг при амбулаторном и стационарном лечении, в соответствии с конкретным перечнем услуг в медицинских учреждениях, определенных договором страхования (Программа ДМС № 3).

10.9. При коллективном страховании к договору прилагается:

- именные регистрационные карточки, пластиковые карты или иные носители информации, определяющие право Застрахованных лиц на получение медицинской помощи в конкретных Медицинских учреждениях, в которых фиксируются полученные во время договора страхования медицинские услуги;
- именные полисы Застрахованных лиц в соответствии со списком Страхователя.

10.10. При индивидуальном страховании Страхователь получает:

- страховой полис, в котором указаны все основные условия страхования;

- именную регистрационную карточку, пластиковую карту или иной носитель информации, определяющий право Застрахованного лица на получение медицинской помощи в Медицинских учреждениях, в которой фиксируются полученные во время договора страхования медицинские услуги.

10.11. Страховщик выдает Застрахованным лицам страховые полисы, а также регистрационные карточки, пластиковые карты в течение 5 дней после начала действия договора.

10.12. При утрате Застрахованным лицом страхового полиса, регистрационной карточки или пластиковой карты он должен незамедлительно известить об этом Страховщика для получения новых страховых документов. Утраченные документы и носители информации признаются недействительными и не могут являться основанием для получения медицинских услуг в соответствии с договором страхования.

При повторной утрате страховых документов в течение действия договора страхования со Страхователя дополнительно взыскивается платеж в размере фактической стоимости их изготовления и стоимость медицинских услуг, произведенных третьим лицам, воспользовавшимся этими документами.

10.13. Договор страхования вступает в силу на следующий день после поступления первого (единовременного) страхового взноса на расчетный счет Страховщика или в день оплаты наличными деньгами, если условиями договора страхования не предусмотрено иное, но не ранее даты начала страхования, указанной в договоре.

10.14. Договор страхования прекращается в случаях:

10.14.1. истечения срока действия;

10.14.2. исполнения Страховщиком обязательств по договору в

полном объеме (в размере страховой суммы);
10.14.3. смерти Страхователя - физического лица или ликвидации Страхователя - юридического лица;
10.14.4. прекращения страховой деятельности Страховщика или его ликвидации в связи с отзывом лицензии (в соответствии со ст.32.8 Закона Российской Федерации от 27 ноября 1992 года № 4015-1 «Об организации страхового дела в Российской Федерации»);
10.14.5. в других случаях, предусмотренных действующим законодательством Российской Федерации.
10.15. Договор страхования прекращается до наступления срока, на который он был заключен, если после его вступления в силу возможность наступления страхового случая отпала и существование страхового риска прекратилось по обстоятельствам иным, чем страховой случай, в частности, в случае смерти Застрахованного лица.
При досрочном прекращении договора страхования по обстоятельствам, иным, чем страховой случай, Страховщик имеет

XI. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

11.1. Страховщик обязан:

- 11.1.1. выдать страховой полис (страховые полисы) с приложением настоящих Правил и иные документы по договору страхования в установленный срок;
- 11.1.2. не разглашать сведения о Страхователе, если это не вступит в противоречие с законодательными актами РФ;
- 11.1.3. для реализации Программы ДМС заключать двусторонние договоры с Медицинскими учреждениями, в которые должны быть включены следующие условия:
 - перечень медицинских услуг с указанием стоимости;
 - наименование площадей (кабинетов, палат и т.д.), необходимых для получения медицинской помощи;
 - описание документации, регламентирующей взаимоотношения Страховщика с медицинским учреждением и медицинским учреждением с Застрахованными лицами;
 - сроки договора;
 - сроки предоставления Медицинским учреждением счетов-фактур по оказанным медицинским услугам Страховщику;
 - сроки оплаты Страховщиком счетов-фактур;
 - порядок разрешения споров;
- 11.1.4. производить оплату медицинских услуг в оговоренные договором сроки;
- 11.1.5. не разглашать сведения о Страхователе и Застрахованных лицах за исключением случаев, предусмотренных законодательством Российской Федерации.
- 11.2. Страховщик имеет право:
 - 11.2.1. проверять достоверность данных, указанных в Заявлении о страховании, а в случае установления недостоверности сообщенных Страхователем данных отказать Страхователю в заключении договора страхования. Если же недостоверность данных, влияющих на степень риска, будет обнаружена после вступления договора страхования в силу, Страховщик имеет право досрочно прекратить действие договора страхования, с письменным уведомлением Страхователя о причинах расторжения договора. Страховая премия в этом случае возвращается за неистекший срок действия договора за вычетом понесенных Страховщиком расходов;
 - 11.2.2. требовать предоставления Застрахованному лицу в Медицинских учреждениях медицинских услуг, определенных в договоре страхования, в соответствии с Программой ДМС;
 - 11.2.3. при возникновении осложнений у Застрахованного лица и / или необратимых последствий от них по вине Медицинского учреждения предъявить регрессный иск к Медицинскому учреждению на возмещение суммы компенсации, выплаченной Страховщиком в отношении Застрахованного лица, в размере стоимости оказанных услуг и оплату стоимости комплексных мероприятий, связанных с устранением таких осложнений;
 - 11.2.4. в случае нарушения Медицинским учреждением, с которым Страховщик заключил договор, условий договора (в предоставлении Застрахованному лицу услуги, предусмотренной договором страхования, а также в случае неполного или некачественного предоставления медицинской услуги) в соответствии с законодательством частично или полностью не возмещать затраты по оказанию медицинских услуг;
 - 11.2.5. в случае, если Медицинское учреждение на момент страхового случая не сможет обеспечить оказание ранее согласованных медицинских услуг в соответствии с Программой ДМС, обеспечить оказание медицинских услуг в другом Медицинском учреждении;
 - 11.2.6. проверять состав и обоснованность медицинских услуг, оказанных Медицинским учреждением Застрахованным лицам;
 - 11.2.7. расторгнуть договор страхования в отношении

право на часть страховой премии пропорционально времени, в течение которого действовало страхование.

10.16. Страхователь вправе отказаться от договора страхования в любое время, если к моменту отказа возможность наступления страхового случая не отпала по обстоятельствам иным, чем страховой случай.

При досрочном отказе Страхователя от договора страхования уплаченная Страховщику страховая премия не подлежит возврату, если иное (возврат части страховой премии за неистекший период действия договора страхования за вычетом административно-управленческих расходов в соответствии со структурой тарифной ставки, произведенных выплат Медицинским учреждениям, и заявленных убытков на основании счетов-фактур от Медицинских учреждений) не оговорено в договоре страхования.

10.17. Договор страхования может быть признан судом недействительным с момента его заключения в порядке, предусмотренном законодательством Российской Федерации.

Застрахованного лица, которое передало страховой полис и / или именную регистрационную карточку (пластиковую карту или иной носитель информации, определяющий право Застрахованного лица на получение медицинской помощи в Медицинских учреждениях) другим лицам с целью получения ими медицинских услуг по договору страхования;

11.2.8. в случае нарушения Застрахованным лицом медицинских предписаний и рекомендаций врачебного персонала, а также несоблюдения лечебно-охранительного режима, установленного в Медицинском учреждении, что повлекло увеличение размера страховой выплаты на оказание медицинских услуг, расторгнуть договор страхования в отношении данного Застрахованного.

11.3. Страхователь обязан:

- 11.3.1. своевременно уплачивать страховую премию;
 - 11.3.2. при заключении договора страхования сообщать Страховщику обо всех известных ему обстоятельствах, имеющих значение для оценки страхового риска;
 - 11.3.3. во всех случаях прекращения договора страхования возвращать Страховщику страховые полисы (регистрационные карточки, пластиковые карты и т.п.), действие которых прекращается с момента прекращения страхования;
 - 11.3.4. в случае непредоставления медицинских услуг по Программе ДМС немедленно поставить об этом в известность Страховщика (эта обязанность также ложится на Застрахованное лицо);
 - 11.3.5. возместить Страховщику расходы в размере, равном стоимости медицинских услуг, оказанных:
 - Застрахованному лицу не в результате страхового случая, не входящих в Программу ДМС, не в Медицинском учреждении, оговоренном в перечне Медицинских учреждений по договору страхования, сверх страховой суммы;
 - лицу, необоснованно воспользовавшемуся страховым полисом или страховой карточкой при передаче их Застрахованным лицом третьим лицам с целью получения медицинских услуг;
 - за необоснованный вызов Застрахованным на дом врача, скорой или неотложной медицинской помощи и использование санитарных транспортных средств не по медицинским показаниям, при этом такие случаи считаются необоснованными, если вызов осуществлен Застрахованным для медицинского обслуживания незастрахованного лица; по поводу заболеваний, не покрываемых Программой ДМС; по неточному, неполному или несуществующему адресу, указанному Застрахованным или лицом, действующим в его интересах, диспетчеру скорой и неотложной медицинской помощи; вызов осуществлен не в медицинских целях; вызов осуществлен к Застрахованному, не нуждающемуся в оказании экстренной медицинской помощи (при наличии заключения медико-экономической экспертизы);
 - в отношении хронических заболеваний, умышленно сокрытых Страхователем (Застрахованным лицом) при заполнении Медицинской анкеты.
- 11.4. Страхователь имеет право:
- 11.4.1. требовать от Страховщика предоставления Застрахованным лицам в Медицинских учреждениях медицинских услуг, определенных в договоре страхования, в соответствии с условиями страхования и Программой ДМС;
 - 11.4.2. в течение срока действия договора страхования подать заявление на расширение перечня медицинских услуг (если договор был заключен не на условиях полной страховой ответственности в соответствии с Программой ДМС № 1), добавив услуги из Программы ДМС, которая не входила в страховое покрытие по первоначальному договору, или повысить размер страховой суммы, заключив дополнительное соглашение к

договору страхования и уплатив при этом дополнительный страховой взнос. Дополнительное соглашение к договору страхования начинает действовать со дня уплаты страхового взноса.

11.4.3. досрочно расторгнуть договор страхования, обратившись с письменным заявлением к Страховщику.

11.5. Застрахованные лица обязаны:

11.5.1. при заключении договора страхования сообщать Страховщику все необходимые и достоверные сведения, указанные в Заявлении о страховании и Медицинской анкете, иную необходимую информацию, а также пройти по требованию Страховщика медицинское освидетельствование;

11.5.2. соблюдать предписания лечащего врача, полученные в ходе предоставления медицинской помощи, соблюдать распорядок, установленный Медицинским учреждением;

11.5.3. заботиться о сохранности страховых документов (полис, именная регистрационная карточка, пластиковая карта и иные носители информации, оговоренные договором страхования) и не передавать их третьим лицам с целью получения ими медицинских услуг по договору страхования. В противном случае Страховщик имеет право досрочно прекратить действие договора страхования в отношении данного Застрахованного лица, при

XII. ПОСЛЕДСТВИЯ ИЗМЕНЕНИЯ СТЕПЕНИ РИСКА

12.1. В период действия договора страхования Страхователь обязан незамедлительно 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.

12.2. Страховщик, уведомленный об обстоятельствах, влекущих увеличение страхового риска, вправе потребовать

XIII. ОПРЕДЕЛЕНИЕ РАЗМЕРА УЩЕРБА

13.1. Страховой выплатой по настоящим Правилам является плата за медицинские услуги по страховым случаям, производимая перечислением на расчетный счет Медицинского учреждения, в котором была оказана медицинская помощь Страхователю (Застрахованному лицу).

13.2. Порядок определения размера ущерба включает в себя проверку стоимости оказанных медицинских услуг, указанной в счетах-фактурах от Медицинских учреждений, на соответствие:

- медицинским услуг, оказанных Застрахованным лицам, Программе добровольного медицинского страхования и составу медицинских услуг, согласованному между Страховщиком и Медицинским учреждением;
- стоимости медицинских услуг, оказанных Застрахованным лицам, прейскуранту, согласованному между Страховщиком и Медицинским учреждением.

13.3. В рамках Программ добровольного медицинского страхования Страховщик оплачивает расходы, понесенные по амбулаторно-поликлинической и стационарной медицинской помощи расходы на:

- прописанные лечащим врачом лекарства и медикаменты при оказании медицинских услуг при стационарном лечении;

XIV. ПОРЯДОК ОПРЕДЕЛЕНИЯ СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЫ

14.1. Порядок определения страховой выплаты включает расчет ее размера в сумме стоимости оказанных Застрахованным лицам медицинских услуг в пределах страховых сумм, установленных в договоре страхования.

14.2. Оплата стоимости оказанной медицинской помощи производится путем ежемесячного перечисления Страховщиком страховых выплат на счет Медицинских учреждений.

14.3. Оплата медицинских услуг (страховая выплата) производится на основании Акта сдачи-приема оказанных медицинских услуг в течение 5 рабочих дней, если иное (иной срок

XV. СЛУЧАИ ОТКАЗА В СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЕ

15.1. Страховщик освобождается от страховой выплаты, когда страховой случай наступил вследствие:

15.1.1. воздействия ядерного взрыва, радиации или радиоактивного заражения;

15.1.2. военных действий, а также маневров или иных военных мероприятий;

15.1.3. гражданской войны, народных волнений всякого рода или забастовок.

15.2. Страховщик освобождается от выплаты убытков:

15.2.1. возникших вследствие того, что Страхователь умышленно не принял разумных и доступных ему мер, чтобы уменьшить возможные убытки;

15.2.2. если страховой случай наступил вследствие умысла

этом возврат страховой премии производится за неистекший срок действия договора за вычетом понесенных Страховщиком расходов;

11.5.4. при утрате страховых документов (полиса, именной регистрационной карточки, пластиковой карты и иных носителей информации, оговоренных договором страхования), незамедлительно известить об этом Страховщика. Утраченные документы признаются недействительными и не могут являться основанием для получения медицинских услуг в соответствии с договором страхования.

11.6. Застрахованное лицо имеет право:

11.6.1. требовать предоставления медицинских услуг в соответствии с условиями договора страхования и Программой ДМС в Медицинских учреждениях, оговоренных в договоре страхования;

11.6.2. незамедлительно сообщать Страховщику о случаях непредоставления или неполного и некачественного предоставления медицинских услуг.

11.6.3. получить дубликат страхового полиса, именной регистрационной карточки, пластиковой карты и иных носителей информации, оговоренных договором страхования в случае утраты.

изменения условий договора страхования или уплаты дополнительной страховой премии соразмерно увеличению риска.

Если Страхователь возражает против изменения условий договора страхования или доплаты страховой премии, Страховщик вправе потребовать расторжения договора.

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

- лабораторные анализы;
- электрокардиограммы;
- физиотерапию;
- медицинские анализы;
- анестезию, кислород и т.п.;

- рентгенографию;
- перевязочный материал, простые шины и гипсовые повязки (за исключением специальных креплений, приспособлений и устройств);

- использование операционной, больничной палаты и больничного оборудования;

- иные расходы в рамках Программы добровольного медицинского страхования.

13.4. Из страхового покрытия исключаются расходы на медицинское обслуживание, полученное Застрахованным лицом в Медицинских учреждениях, которые не указаны в договоре страхования (кроме случаев, когда такое обращение было согласовано и организовано Страховщиком), а также с которыми Страховщик не имеет договора об оказании услуг по добровольному медицинскому страхованию, услуги частных медсестер, дополнительные гонорары врачам и т.д.

оплаты) не оговорено в договоре между Страховщиком и Медицинским учреждением, с даты получения счета Медицинского учреждения путем безналичного перечисления денежных средств на его расчетный счет.

14.4. Счет на оплату медицинских услуг выставляется Медицинским учреждением Страховщику в соответствии с прейскурантами стоимости медицинских услуг и иными условиями взаимоотношения сторон, согласованными в договоре между Страховщиком и Медицинским учреждением.

Страхователя (Застрахованного лица).

15.3. Страховщик имеет право отказать в страховой выплате на сумму стоимости услуг, оказанных Застрахованному лицу в связи с его обращением в Медицинское учреждение, если:

15.3.1. медицинские услуги были оказаны после окончания срока действия договора страхования, за исключением расходов, связанных с госпитализацией Застрахованного лица, начавшейся в течение срока действия договора страхования;

15.3.2. оказание таких услуг не является страховым случаем, а также если такие услуги не предусмотрены Программой добровольного медицинского страхования или оказаны при обращении Застрахованного лица в Медицинское учреждение, не указанное в перечне Медицинских учреждений по договору

страхования, кроме случаев, когда такое обращение было согласовано и организовано Страховщиком;

15.3.3. медицинские услуги были оказаны по факту повреждения здоровья, наступившего в результате совершения Страхователем (Застрахованным лицом) умышленного преступления, находящегося в прямой связи со страховым случаем.

В этом случае Медицинское учреждение, оказавшее медицинские услуги, впоследствии не оплаченные Страховщиком, или Страховщик, оплативший стоимость оказанных медицинских услуг в связи с повреждением здоровья Застрахованного лица в результате случая, впоследствии признанного не страховым, вправе потребовать от Страхователя (Застрахованного) оплатить Медицинскому учреждению (Страховщику) стоимость оказанных

(оплаченных) услуг, а Страхователь (Застрахованный) должен внести указанную сумму в течение одного месяца с даты подписания имущественной претензии к нему в кассу (на счет) Медицинского учреждения (Страховщика).

15.4. Решение об отказе в страховой выплате принимается Страховщиком и сообщается Страхователю в письменной форме с обоснованием причин отказа в тот же срок, в который оформляется Страховой акт, оформляемый на основании Заявления о страховом случае и всех документов, подтверждающих факт наступления страхового случая и размер причиненных убытков.

15.5. Отказ Страховщика произвести страховую выплату может быть обжалован Страхователем в суде (арбитражном суде).

XVI. ПОРЯДОК ВНЕСЕНИЯ ИЗМЕНЕНИЙ И ДОПОЛНЕНИЙ В ДОГОВОР СТРАХОВАНИЯ

16.1. Изменение договора возможно по соглашению сторон при существенном изменении обстоятельств, из которых стороны исходили при заключении договора.

Изменение обстоятельств признается существенным, когда они изменились настолько, что, если бы стороны могли это разумно предвидеть, договор вообще не был бы ими заключен или был бы заключен на значительно отличающихся условиях.

16.2. Соглашение об изменении или о расторжении договора совершается в той же форме, что и договор, если из закона, иных

правовых актов, договора или обычаев делового оборота не вытекает иное.

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

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

XVII. ПОРЯДОК РАЗРЕШЕНИЯ СПОРОВ

17.1. В случае, если медицинские услуги или Медицинские учреждения не были предусмотрены в договоре страхования и Страховщик на этом основании не оплатил медицинские расходы Застрахованных лиц, решение об отказе в оплате медицинских расходов принимается экспертной комиссией Страховщика на основании заключения Медицинского учреждения. Медицинское учреждение вправе взыскать со Страхователя (Застрахованного лица) стоимость оказанных медицинских услуг, а Страхователь (Застрахованный) обязан внести указанную сумму в кассу (на счет) Медицинского учреждения в течение одного месяца с даты решения экспертной комиссии.

При несогласии Застрахованного лица с решением экспертной комиссии отказ Страховщика в оплате может быть оспорен в порядке, предусмотренном законодательством РФ.

17.2. Все споры по договору страхования между Страхователем и Страховщиком рассматриваются в претензионном порядке, а при недостижении согласия по претензиям - в судебном (арбитражном) порядке.

17.3. Право на предъявление претензий к Страховщику на получение страховой выплаты по договору сохраняется в течение трех лет с момента наступления страхового события, с которым связывается требование о выплате.