

**ПРАВИЛА
ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ
«ЭКСТРЕННАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ»**

1. Субъекты страхования
2. Объект страхования
3. Страховые риски
4. Страховой случай
5. Объем обязательств страховщика
6. Страховая сумма. Страховая премия и порядок ее уплаты
7. Порядок заключения договора страхования
8. Увеличение степени страхового риска
9. Права и обязанности сторон
10. Прекращение договора страхования
11. Порядок и виды осуществления страховой выплаты
12. Франшиза
13. Порядок разрешения споров
14. Особые условия
15. Приложения

Настоящие Правила добровольного медицинского страхования «Экстренная медицинская помощь» (далее - Правила) составлены в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации и определяют общие условия и порядок заключения Обществом с ограниченной ответственностью Страховая компания «ВТБ Страхование» (далее - Страховщик) договоров добровольного медицинского страхования (далее - договор страхования или договоры страхования).

1. СУБЪЕКТЫ СТРАХОВАНИЯ

1.1. Субъектами страхования выступают Страховщик, Страхователь, Застрахованный и Медицинское учреждение.

1.2. Страхователем признается российское или иностранное юридическое или дееспособное физическое лицо, заключившее со Страховщиком договор добровольного медицинского страхования.

1.3. Застрахованный – названное в договоре страхования физическое лицо, в пользу которого Страхователем заключен договор страхования. В случае если договор страхования заключен Страхователем в свою пользу, на него распространяются права и обязанности Застрахованного.

1.4. Застрахованным, если иное не установлено договором страхования, может быть лицо в любом возрасте.

1.5. Лица, имеющие на момент заключения договора страхования следующие заболевания и связанные с ними осложнения¹, могут быть приняты на страхование только по индивидуальным тарифам и программам с применением поправочных коэффициентов к базовому тарифу по результатам андеррайтинга:

1.5.1. ВИЧ-инфекция;

1.5.2. Особо опасные инфекционные болезни, в том числе чума, холера, оспа, желтая и другие высококонтагиозные вирусные геморрагические лихорадки, - в случае возникновения эпидемии и (или) объявления карантина;

1.5.3. Психические расстройства и расстройства поведения, наркологические заболевания;

1.5.4. Аномалии развития и хромосомные нарушения.

1.6. Под Медицинскими учреждениями для целей настоящих Правил понимаются медицинские и аптечные организации.

1.6.1. Медицинские организации – юридические лица любой организационно-правовой формы (лечебные, лечебно-профилактические, больничные учреждения, диспансеры, амбулаторно-поликлинические учреждения, учреждения скорой медицинской помощи, учреждения охраны материнства и детства, санаторно-курортные учреждения, клиники и другие), а также индивидуальные предприниматели, осуществляющие медицинскую деятельность на территории Российской Федерации и за ее пределами, имеющие лицензию на осуществление медицинской деятельности, полученную в соответствии с законодательством страны местонахождения, а также лица, осуществляющие медицинскую деятельность как индивидуально, так и коллективно, при условии, что частнопрактикующие врачи обладают соответствующим разрешением на право осуществления медицинской практики по соответствующему профилю.

1.6.2. Аптечные организации – юридические лица любой организационно-правовой формы (аптеки, аптечные пункты, аптечные магазины, аптечные киоски, в том числе в составе медицинских учреждений), а также индивидуальные предприниматели, осуществляющие фармацевтическую деятельность (розничную торговлю лекарственными средствами, изготовление и отпуск лекарственных средств) в соответствии с лицензией на осуществление фармацевтической деятельности.

1.7. Иные учреждения – сервисные или ассистанские компании и учреждения, в том числе зарубежные, заключившие со Страховщиком договоры по организации предоставления Застрахованным медицинских, экспертных, медико-транспортных и иных (в том числе медико-социальных) услуг и оказывающие помощь по эвакуации и репатриации.

¹ В Правилах и программах добровольного медицинского страхования болезни и медицинские состояния указываются в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем, официально действующей на территории Российской Федерации на дату заключения договора страхования.

2. ОБЪЕКТ СТРАХОВАНИЯ

2.1. Объектом медицинского страхования являются имущественные интересы Застрахованного, связанные с оплатой организации и оказания медицинской и лекарственной помощи (медицинских услуг) и иных услуг вследствие расстройства здоровья физического лица или состояния физического лица, требующих организации и оказания таких услуг, а также проведения профилактических мероприятий, снижающих степень опасных для жизни или здоровья физического лица угроз и (или) устраняющих их при возникновении страхового случая.

3. СТРАХОВЫЕ РИСКИ

3.1. Страховым риском является предполагаемое событие, на случай наступления которого проводится страхование. Событие, рассматриваемое в качестве страхового риска, должно обладать признаками вероятности и случайности его наступления.

3.2. Договор страхования заключается в отношении риска обращения Застрахованного в медицинское учреждение за медицинской помощью, которое влечет за собой несение Застрахованным расходов по оплате оказанной ему медицинской помощи.

4. СТРАХОВОЙ СЛУЧАЙ

4.1. Страховым случаем является предусмотренное настоящими Правилами событие, свершившееся в период действия договора страхования, с наступлением которого возникает обязанность Страховщика осуществить выплату страхового возмещения в размере полной или частичной компенсации расходов Застрахованного, вызванных его обращением в медицинские организации, иные учреждения или к Страховщику для организации и получения медицинской или иной помощи, включенной в Программу добровольного медицинского страхования (далее – Программа).

4.2. Страховым случаем признается:

4.2.1. Обращение Застрахованного в медицинское или иное учреждение по поводу следующих случаев, которые могут быть включены в Программу: острое заболевание, обострение хронических заболеваний, травма (в том числе ожог, отморожение), отравление, осложнение беременности, повлекшее возникновение расходов Застрахованного по оплате оказанной ему медицинской помощи (лечебной, диагностической, консультативной, в том числе иммунопрофилактической, фармацевтической и др.).

4.3. Страховщик вправе возместить фактические расходы Застрахованного, если последний самостоятельно оплатил медицинскую помощь в соответствии с условиями договора страхования, либо подразумеваемые расходы Застрахованного, если по условиям договора страхования медицинскую помощь должен оплатить Страховщик непосредственно лицу (юридическому лицу или гражданину), которое оказывало медицинскую помощь, по договору в пользу третьего лица - Застрахованного.

4.4. Конкретный перечень видов медицинской помощи и услуг приводится в соответствующей Программе страхования (Приложение № 1 к настоящим Правилам). По соглашению между Страхователем и Страховщиком перечень медицинских услуг по программе страхования может ограничиваться или расширяться.

4.5. По Договору страхования Страховщик принимает на себя обязательство при наступлении страхового случая организовать предоставление и произвести оплату медицинской помощи и связанных с ней услуг необходимого объема и надлежащего качества в медицинских учреждениях, предусмотренных Договором страхования, в строгом соответствии с условиями Договора страхования и выбранной Программой.

4.6. Не является страховым случаем обращение Застрахованного в медицинское или иное учреждение с целью получения медицинской помощи, связанной с:

- получением травматического повреждения в результате совершения Застрахованным действий в состоянии алкогольного, наркотического или токсического опьянения (алкогольное опьянение определяется, если уровень содержания этилового спирта в биологических жидкостях/тканях/выдыхаемом воздухе равен или превышает значение 1,0 (одного) промилле; если имеется более двух показателей и они разнятся, то за основу берется большее значение);

- получением травматического повреждения или иного расстройства здоровья, наступившего в результате совершения Застрахованным противоправных действий;
- попыткой самоубийства Застрахованного, за исключением тех случаев, когда Застрахованный был доведен до такого состояния противоправными действиями третьих лиц;
- иным умышленным причинением Застрахованным себе телесных повреждений;
- обращением Застрахованного в медицинское учреждение, не указанное в договоре страхования (Программе) или предварительно не согласованное со Страховщиком, а также обращением Застрахованного в медицинское учреждение по поводу тех случаев, которые в соответствии с Программой не оплачиваются Страховщиком.

4.7. Страховщик освобождается от выплаты страхового возмещения, когда страховой случай наступил вследствие:

- воздействия ядерного взрыва, радиации или радиоактивного заражения;
- военных действий, а также маневров и иных военных мероприятий;
- гражданской войны, народных волнений всякого рода или забастовок, если это не сопряжено с исполнением Застрахованным его служебных обязанностей;
- умысла Страхователя (Застрахованного);
- события, произошедшего после увеличения страхового риска, если о таком увеличении Страхователь (Застрахованный) не сообщил Страховщику в порядке и форме, установленными настоящими Правилами и (или) условиями действующего договора страхования;
- в иных случаях, предусмотренных законодательством РФ.

5. ОБЪЕМ ОБЯЗАТЕЛЬСТВ СТРАХОВЩИКА

5.1. Страховщик организует и оплачивает либо только оплачивает оказанную Застрахованному в медицинских учреждениях медицинскую помощь в объеме, определенном в Программе, являющейся неотъемлемой частью договора страхования.

Медицинская помощь – комплекс мероприятий, включающих медицинские и иные услуги, организационно-технические мероприятия, лекарственное обеспечение, обеспечение изделиями медицинского назначения, направленных на удовлетворение потребностей Застрахованных в поддержании и восстановлении здоровья.

Лекарственное обеспечение предполагает оплату Страховщиком стоимости медикаментозного лечения, т.е. оплату лекарственных средств (и при необходимости их доставку), включенных в Программу и выписанных лечащим врачом амбулаторно-поликлинического медицинского учреждения либо назначенных лечащим врачом стационарного медицинского учреждения.

Обеспечение изделиями медицинского назначения предполагает оплату Страховщиком стоимости протезно-ортопедических изделий, очков, слуховых аппаратов, контактных линз, имплантатов и др. (и при необходимости их доставку), включенных в Программу и выписанных (назначенных) лечащим врачом амбулаторно-поликлинического медицинского учреждения либо выписанных (назначенных) лечащим врачом стационарного медицинского учреждения.

Иные услуги - это услуги, связанные с оказанием или организацией оказания медицинской помощи и включенные в Программу, в том числе: сервисные услуги (палаты улучшенной комфортности, включающие дополнительное питание, связь, телевизор, компьютер, холодильник, кондиционер, душ, туалет и др.); питание и проживание (нахождение) при стационарном учреждении, если оно не входит в стоимость медицинской услуги (стоимость койко-дня); оформление медицинским учреждением различной медицинской документации; услуги по организации медицинской помощи в других медицинских учреждениях; медико-транспортные услуги, информационные услуги, связанные с оказанием или организацией оказания медицинской помощи, в том числе услуги по репатриации и эвакуации.

5.2. Договор страхования может быть заключен на условиях Программ, содержащих разные виды медицинской помощи при возникновении страхового случая: стационарной, амбулаторно-поликлинической, скорой и неотложной медицинской помощи.

5.3. Программы, предусматривающие оказание амбулаторно-поликлинической медицинской помощи, могут содержать отдельные или все виды медицинской помощи, в

том числе лечебно-диагностическую, реабилитационную, включающие в себя всевозможные услуги амбулаторно-поликлинического учреждения², в частности, следующие: оказание консультативной, первичной (доврачебной) медико-санитарной, стоматологической помощи; оказание помощи как в амбулаторно-поликлиническом учреждении, так и на дому или по иному месту нахождения Застрахованного, в дневных стационарах и стационарах амбулаторно-поликлинического учреждения (подразделения); оказание консультативной медицинской помощи стационарного медицинского учреждения; экспертиза временной нетрудоспособности; медикаментозное лечение; оказание различных видов медицинской помощи Застрахованному при его обращении в медицинское учреждение к участковому или семейному врачу (врачу общей практики), врачам различных специальностей и среднему медицинскому персоналу. Программы, предусматривающие оказание стационарной медицинской помощи (в том числе в условиях дневного стационара), могут содержать отдельные или все виды медицинской помощи, в том числе: лечебно-диагностическую, реабилитационную, включающие в себя различные услуги стационарного медицинского учреждения³, в частности, следующие: оказание стационарной помощи в экстренном порядке, осуществляемой врачами различных специальностей и средним медицинским персоналом; пребывание Застрахованного в палатах различной комфортности; предоставление медицинским учреждением сервисных услуг, связанных со стационарным лечением; питание, уход медицинского персонала; лекарственные средства и другие необходимые для оказания медицинской помощи средства; экспертиза временной нетрудоспособности.

5.4. Программы, предусматривающие оказание скорой и неотложной медицинской помощи, могут включать в себя выезд бригады скорой (неотложной) медицинской помощи, проведение комплекса экстренных лечебных манипуляций и необходимой экспресс-диагностики, родовспоможение, а также медицинскую перевозку Застрахованного в амбулаторно-поликлиническое или стационарное медицинское учреждение и, при необходимости, обратно, либо по месту жительства.

5.5. При заключении договора страхования Страховщик и Страхователь могут договориться об объеме обязательств Страховщика путем определения перечня оплачиваемых Страховщиком заболеваний (состояний), лекарственных средств, изделий медицинского назначения, медицинских и иных услуг, включаемых в Программу.

6. СТРАХОВАЯ СУММА. СТРАХОВАЯ ПРЕМИЯ И ПОРЯДОК ЕЕ УПЛАТЫ

6.1. Страховой суммой является предельный размер страхового обеспечения, определяемый исходя из объема медицинской помощи (перечня и стоимости медицинских и иных услуг, в том числе стоимости лекарственных средств и изделий медицинского назначения), предусмотренным Программой.

6.2. Страховая сумма устанавливается по соглашению сторон для каждого Застрахованного и может предусматривать предельный размер страхового обеспечения по всей Программе в целом или совокупности Программ либо по отдельным заболеваниям (состояниям), отдельным видам медицинской помощи (медицинским и иным услугам), в т.ч. обеспечению лекарственными средствами или изделиями медицинского назначения, или их различной совокупности, по каждому страховому случаю или агрегатно в рамках Программы либо договора страхования.

6.3. Страховая сумма по соглашению сторон может устанавливаться как в российских рублях, так и в иностранной валюте. При использовании иностранной валюты при определении страховой суммы страховая выплата, величина которой определяется Страховщиком в иностранной валюте, осуществляется в рублях по курсу Центрального Банка Российской Федерации на день платежа, если иной курс не установлен соглашением сторон. В случаях, предусмотренных действующим законодательством Российской Федерации, страховая выплата может осуществляться в иностранной валюте.

6.4. Страховой тариф - ставка страховой премии с единицы страховой суммы с

² Под амбулаторно-поликлиническим учреждением понимается любое медицинское учреждение, в котором медицинские и иные услуги предоставляются Застрахованному без его круглосуточного помещения в это медицинское учреждение.

³ Под стационарным учреждением понимается любое медицинское учреждение, в котором медицинские и иные услуги предоставляются Застрахованному с возможным круглосуточным его помещением в это медицинское учреждение.

учетом объекта страхования и характера страхового риска, а также других условий страхования, в том числе наличия франшизы и ее размера в соответствии с условиями страхования. Конкретный размер страхового тарифа определяется договором страхования по соглашению сторон на основании базовых тарифов Страховщика, указанных в Приложении № 5 к Правилам с учетом коэффициентов риска.

6.5. Порядок определения страхового тарифа включает в себя установление страховых тарифов на основании базовых тарифов Страховщика с учетом коэффициентов риска, в зависимости от факторов риска, влияющих на вероятность наступления страхового случая и размер убытков, возмещаемых по договору. Коэффициенты риска:

1. пол, возраст;
2. объем предоставляемого покрытия (оплачиваемые и неоплачиваемые виды медицинской помощи);
3. срок действия договора;
4. общее количество лиц, принимаемых на страхование по договору;
5. ценовая категория медицинского учреждения;
6. состояние здоровья лиц, принимаемых на страхование;
7. регион основного проживания;
8. другие факторы.

6.6. Страховой премией является плата за страхование, которую Страхователь/Застрахованный обязан уплатить Страховщику в порядке и в сроки, установленные договором страхования.

6.7. Размер страховой премии определяется Страховщиком исходя из размера страховой суммы, срока действия договора страхования и степени страхового риска.

6.8. Договором страхования может быть предусмотрено, что страховая премия уплачивается единовременным платежом и (или) в рассрочку путем наличных или безналичных расчетов.

6.9. Страховая премия по соглашению сторон может устанавливаться как в российских рублях, так и в иностранной валюте. Страховая премия, установленная в иностранной валюте, уплачивается в рублях по курсу Центрального Банка Российской Федерации на день платежа, если иной курс не установлен соглашением сторон. В случаях, предусмотренных действующим законодательством Российской Федерации, страховая премия может уплачиваться в иностранной валюте.

6.10. В случае неуплаты Страхователем страховой премии либо первого страхового взноса в сроки, предусмотренные договором страхования, договор страхования считается не вступившим в силу, обязательств по такому договору у сторон не возникает. Неуплата Страхователем очередного взноса в установленный в договоре срок рассматривается сторонами как досрочный отказ Страхователя от договора страхования (п.2 ст.958 ГК РФ), если договором страхования не предусмотрено иное и если стороны не договорились об отсрочке уплаты очередного взноса (договоренность об отсрочке страхового взноса оформляется дополнительным соглашением к договору страхования). В этом случае действие договора страхования прекращается с даты, следующей за датой, указанной в договоре страхования как дата уплаты очередного страхового взноса.

6.11. Если договором страхования не предусмотрено иное, то обязательство Страхователя по уплате страховой премии (страхового взноса) считается исполненным:

- в день поступления всей суммы страховой премии (очередного страхового взноса) на банковский счет Страховщика при уплате в безналичном порядке;
- в день получения всей суммы страховой премии (очередного страхового взноса) уполномоченным представителем Страховщика или внесения всей суммы страховой премии (страхового взноса) в кассу Страховщика при уплате наличными деньгами.

6.12. При заключении договора страхования на срок менее одного года размер страховой премии устанавливается в процентах от годовой страховой премии, в зависимости от срока страхования:

срок страхования (мес.)	процент от годовой страховой премии (страхового взноса)
1	25

2	30
3	40
4	50
5	60
6	70
7	75
8	80
9	85
10	90
11	100

6.13. При страховании на срок менее одного месяца размер страховой премии рассчитывается пропорционально дням действия договора исходя из ее размера за год.

6.14. При страховании на срок более одного года страховая премия по договору страхования в целом устанавливается как сумма страховых премий (взносов) за каждый год. Если срок страхования устанавливается как год (несколько лет) и месяц (несколько месяцев), то страховой взнос за неполный год определяется как часть страхового взноса за год в процентах от годовой страховой премии в соответствии с п. 6.12.

7. ПОРЯДОК ЗАКЛЮЧЕНИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ

7.1. Договор страхования заключается на основании устного или письменного заявления Страхователя, оформляемого в произвольной форме. К заявлению Страхователя прикладывается Медицинская анкета (Приложения № 2.1, 2.2 к настоящим Правилам). Сведения, указанные в письменном заявлении на страхование и (или) в Медицинской анкете, удостоверяются подписью Страхователя (Застрахованного).

7.2. Договор страхования вступает в силу с даты уплаты премии (первого платежа премии при уплате ее в рассрочку), если сторонами не предусмотрен иной момент вступления договора страхования в силу.

7.3. Договор страхования заключается в форме единого документа, подписанного обеими сторонами, – Договора страхования (Приложения № 3.1, 3.2 к настоящим Правилам). По взаимному соглашению сторон, оформленному в виде подписанного сторонами дополнительного соглашения, условия договора страхования могут быть изменены в течение срока его действия.

7.4. После заключения договора страхования Страховщик выдает Застрахованному страховой медицинский полис страхования граждан (далее по тексту - полис) - именной документ без права передачи, удостоверяющий заключение договора страхования. К полису прилагается Программа, список медицинских учреждений и, при необходимости, другие информационные документы, согласованные сторонами договора (пропуск в медицинское учреждение, страховая карточка и пр.).

7.5. При утрате Застрахованным страховых документов (т.е. документов, указанных в п.7.4 Правил) он должен в письменной форме обратиться к Страховщику для получения дубликата.

7.6. Договор страхования заключается на любой срок, согласованный сторонами договора.

8. УВЕЛИЧЕНИЕ СТЕПЕНИ СТРАХОВОГО РИСКА

8.1. Страхователь (Застрахованный) обязан незамедлительно, но не позднее 24 часов с момента, когда ему стало или должно было стать об этом известно, сообщить Страховщику обо всех существенных изменениях в принятом на страхование риске. Существенными признаются, во всяком случае, обстоятельства, определенно оговоренные Страховщиком в стандартной форме договора страхования (страхового полиса), заявлении на страхование и в письменном запросе Страховщика.

8.2. Страховщик, уведомленный (Страхователем, Застрахованным, работником Медицинского учреждения и проч.) об обстоятельствах, влекущих увеличение страхового риска (в том числе в случае применения медицинским учреждением повышающих коэффициентов к стоимости медицинских и иных услуг при наличии у застрахованного хронического заболевания или группы инвалидности), вправе потребовать изменения

условий договора страхования или уплаты дополнительной страховой премии соразмерно увеличению страхового риска. Перерасчет страховой премии производится по следующей формуле:

$$Д = (P2 - P1) * n / m,$$

где:

Д – дополнительная страховая премия по одному Застрахованному, подлежащая уплате,
P1 – первоначальная страховая премия по одному Застрахованному,

P2 – страховая премия по одному Застрахованному после изменения условий договора страхования,

n – количество дней, оставшихся до окончания действия договора страхования,

m – количество дней, на которые заключен договор страхования.

8.3. В случае неизвещения Страховщика об обстоятельствах, возникших в период действия договора страхования и существенно повышающих степень риска, Страховщик имеет право требовать расторжения договора страхования и возмещения Страхователем убытков, причиненных расторжением договора.

В случае отказа Страхователя от уплаты дополнительной страховой премии и (или) изменения условий договора страхования Страховщик имеет право требовать расторжения договора.

8.4. Страховщик не имеет права требовать расторжения договора страхования, если обстоятельства, влекущие увеличение степени риска, уже отпали.

9. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

9.1. Страхователь имеет право:

9.1.1. Требовать от Страховщика организации оказания медицинской помощи и ее оплаты либо только оплаты в соответствии с условиями договора страхования;

9.1.2. В течение срока действия договора страхования с согласия Страховщика увеличить или уменьшить объем обязательств последнего по Программе, выбранной Страхователем, или изменить перечень медицинских учреждений и (или) Программ, заключив при этом со Страховщиком дополнительное соглашение с соответствующим возможным перерасчетом размера страховой премии, если иное не установлено в договоре страхования;

9.1.3. Отказаться от договора страхования в любое время, письменно уведомив об этом Страховщика;

9.1.4. Застраховать с согласия Страховщика дополнительное количество лиц по действующему договору страхования или прекратить действие договора страхования в отношении части Застрахованных лиц без их согласия, если иное не предусмотрено договором страхования.

9.2. Страхователь обязан:

9.2.1. Предоставлять Страховщику необходимую достоверную информацию, касающуюся Застрахованного;

9.2.2. Уплачивать страховую премию (страховые взносы) в определенные договором страхования сроки и в установленном договором страхования размере;

9.2.3. Передать Застрахованному необходимые страховые документы, определенные договором страхования, а при их утрате - дубликаты, а также разъяснить Застрахованному условия договора страхования;

9.2.4. Немедленно сообщить Страховщику об изменении своих банковских реквизитов, места нахождения, номеров контактных телефонов и телефаксов, а также об изменении фамилии, имени, отчества Застрахованного и его фактического места жительства, если иное не установлено в договоре страхования;

9.2.5. Получить согласие Застрахованных на обработку их персональных данных, в том числе трансграничную передачу третьим лицам, в целях исполнения обязательств по договору;

9.2.6. По требованию Страховщика передать ему заявления Застрахованных об их согласии на проведение Страховщиком экспертизы медицинских и иных услуг, оказанных им медицинскими и иными учреждениями по договору.

9.3. Застрахованный имеет право:

- 9.3.1. Требовать от Страховщика организации оказания медицинской помощи и ее оплаты либо только оплаты в соответствии с условиями договора страхования;
- 9.3.2. Требовать от Страховщика возмещения личных средств, израсходованных на получение медицинской помощи, в соответствии с условиями договора страхования;
- 9.3.3. Сообщать Страховщику в письменном виде о случаях непредоставления, неполного или некачественного предоставления медицинской помощи;
- 9.3.4. При утрате страховых документов получить их дубликат.
- 9.4. Застрахованный обязан:**
- 9.4.1. Соблюдать требования Правил добровольного медицинского страхования, условий договора, порядок оказания медицинской помощи, предусмотренный Программой;
- 9.4.2. Соблюдать предписания врача, полученные в ходе оказания медицинской помощи, а также распорядок, установленный медицинским учреждением;
- 9.4.3. Не передавать страховой полис и Программу другим лицам с целью получения ими медицинской помощи, предусмотренной договором страхования;
- 9.4.4. Немедленно сообщить Страхователю об изменении своей фамилии, имени, отчества и фактического места жительства;
- 9.4.5. При утрате страховых документов незамедлительно сообщить в письменном виде об этом Страховщику для получения дубликата;
- 9.4.6. Заблаговременно отказаться от забронированного им ранее времени посещения врача или вызова врача на дом, выяснив условия такого отказа в медицинском учреждении;
- 9.4.7. Уплачивать страховую премию/страховые взносы, если это предусмотрено договором страхования;
- 9.4.8. По требованию Страховщика заполнить заявление о своем согласии на проведение Страховщиком экспертизы медицинских и иных услуг, оказанных ему медицинскими и (или) иными учреждениями по договору.
- 9.5. Страховщик имеет право:**
- 9.5.1. Проверять полученную от Страхователя и Застрахованного информацию;
- 9.5.2. До принятия на страхование потребовать проведения любых дополнительных медицинских обследований принимаемого на страхование лица и предоставления документов, подтверждающих состояние его здоровья.
- 9.6. Страховщик обязан:**
- 9.6.1. Организовать и оплатить либо только оплатить, если это предусмотрено договором страхования, получение Застрахованным медицинской помощи, предусмотренной Программой;
- 9.6.2. Организовать и оплатить, если это предусмотрено договором страхования, получение Застрахованным лекарственных средств и изделий медицинского назначения, предусмотренных Программой;
- 9.6.3. Контролировать объем, сроки и качество организованной им медицинской помощи;
- 9.6.4. Осуществить страховую выплату путем возмещения Застрахованному, если это предусмотрено договором страхования, суммы, затраченной им на получение медицинской помощи, а также возместить стоимость приобретенных Застрахованным лекарственных средств и изделий медицинского назначения, если такой порядок страховой выплаты предусмотрен договором страхования или Программой.
- В случае, предусмотренном п. 11.1 Правил, страховая выплата осуществляется Страховщиком в порядке и сроки, определенные договором, заключенным с медицинским или иным учреждением. В случае, предусмотренном п. 11.2 Правил, страховая выплата осуществляется Страховщиком в течение 30 (Тридцати) календарных дней с момента получения Страховщиком письменного заявления Застрахованного (Приложение № 4 к настоящим Правилам), оригиналов оплаченных счетов с указанием медицинского учреждения (аптечной или иной организации), подробного перечня оказанных услуг (лекарственных средств, изделий медицинского назначения) и их стоимости, а в отношении лекарственных средств и изделий медицинского назначения также подтверждения их выписки лечащим врачом амбулаторно-поликлинического или стационарного учреждения;

9.6.5. Выдать Застрахованному страховые документы, предусмотренные договором страхования, а при их утрате – дубликат.

9.7. Договором страхования могут быть предусмотрены и иные права и обязанности Страхователя, Застрахованного и Страховщика.

10. ПРЕКРАЩЕНИЕ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ

10.1. Договор страхования прекращает свое действие в случаях:

10.1.1. Истечения срока его действия;

10.1.2. Исполнения Страховщиком обязательств перед Страхователем (Застрахованным) по договору страхования в полном объеме;

10.1.3. Смерти Страхователя (физического лица), не являющегося Застрахованным, если Застрахованный или иное лицо не примут на себя обязанности Страхователя по договору страхования или ликвидации Страхователя (юридического лица), кроме случаев замены Страхователя в договоре страхования при его реорганизации (слиянии, присоединении, разделении, выделении, преобразовании);

10.1.4. В других случаях, предусмотренных законодательными актами Российской Федерации.

10.2. Страхователь вправе отказаться от Договора 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 уплаченная Страховщику страховая премия не подлежит возврату.

10.3. Договор 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 отношении отдельного Застрахованного лица действие договора прекращается в случае смерти по причинам иным, чем наступление страхового случая. При этом Страховщик имеет право на часть страховой премии пропорционально времени, в течение которого действовало страхование, с учетом понесенных расходов на ведение дела и произведенных страховых выплат.

10.4. Договор может быть прекращен досрочно по соглашению сторон. При расторжении договора по соглашению сторон Страховщик осуществляет возврат части полученной страховой премии за неистекший оплаченный период за вычетом понесенных расходов на ведение дела, если иное не предусмотрено договором страхования.

11. ПОРЯДОК И ВИДЫ ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЫ

11.1. Страховая выплата - денежная сумма, установленная договором страхования и выплачиваемая Страховщиком при наступлении страхового случая, предусмотренного договором страхования.

11.2. Страховая выплата осуществляется в порядке, сроки и на основании документов, определенных договором страхования и (или) конкретной Программой.

11.3. Для получения предусмотренной Программой медицинской помощи (медицинских и иных услуг, лекарственных средств или изделий медицинского назначения) Застрахованный обращается в медицинское учреждение, предусмотренное Программой, или непосредственно к Страховщику для организации медицинской помощи.

В этом случае страховая выплата по договору страхования осуществляется Страховщиком в виде оплаты стоимости медицинской помощи (медицинских и иных услуг, а также лекарственных средств) непосредственно (или через поверенного, агента, комиссионера) в медицинское учреждение и в аптечную (или иную)⁴ организацию по их счетам. Для получения предусмотренной Программой медицинской помощи Застрахованный может с предварительного согласия (устного или письменного) Страховщика обратиться в любое медицинское учреждение или аптечную (или иную) организацию и самостоятельно оплатить предусмотренные Программой стоимость медицинской помощи, если указанный порядок предусмотрен договором страхования.

⁴ Иная организация – организация, которая вправе реализовывать лекарственные средства и (или) изделия медицинского назначения как в розницу, так и оптом.

В этом случае страховая выплата по договору страхования осуществляется Страховщиком в виде возмещения Застрахованному в денежной форме его личных средств, израсходованных на получение медицинской помощи (медицинских и иных услуг, приобретение лекарственных средств, изделий медицинского назначения), на основании предъявленных документов, подтверждающих произведенные Застрахованным расходы согласно п. 9.6.4 настоящих Правил. При этом объем такой выплаты определяется договором страхования.

11.4. При необходимости Застрахованный в течение срока действия договора страхования вправе обратиться к Страховщику за информацией, необходимой для реализации своих прав по договору страхования.

11.5. Страховщик вправе осуществлять страховую выплату (оплату стоимости медицинской помощи) на базе следующих методов, которые вправе применять медицинские учреждения:

11.5.1. За отдельные простые, сложные и (или) комплексные медицинские услуги, а также сервисные услуги, предоставляемые медицинским учреждением и связанные с предоставлением указанных медицинских услуг (далее - сервисные услуги);

11.5.2. За число койко-дней (при стационарном и стационарозамещающем лечении), в стоимость которых могут входить все или отдельные медицинские и иные услуги, а также сервисные услуги, оказываемые Застрахованному;

11.5.3. По законченному случаю оказания медицинских и иных услуг;

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

11.5.5. Иных методов, предложенных медицинскими учреждениями и иными организациями, включая услуги по репатриации и эвакуации.

12. ФРАНШИЗА

12.1. По соглашению сторон договором страхования может быть предусмотрена доля собственного участия Застрахованного в осуществляемых страховых выплатах - франшиза.

12.2. Франшиза может устанавливаться в фиксированной денежной сумме (абсолютная франшиза) или в процентах от страховой выплаты или суммы (относительная франшиза), в единицах исчисления времени (временная франшиза). Выбор Страхователем франшизы, ее размер и порядок уплаты Страхователем или Застрахованным либо удержания Страховщиком определяется в договоре страхования. Наличие временной франшизы указывается в программе страхования.

12.3. Франшиза, за исключением временной, может быть безусловной и условной.

Франшиза безусловная предусматривает уменьшение размера страховой выплаты по каждому страховому случаю на размер установленной франшизы.

12.4. Франшиза условная предусматривает, что Страховщик освобождается от обязанности произвести страховую выплату, не превышающую или равную размеру франшизы, но если размер выплаты превышает установленную франшизу, то при расчете размера страховой выплаты франшиза не учитывается.

12.5. Франшиза может быть установлена по договору, по программе, по одному риску или по комбинации рисков.

13. ПОРЯДОК РАЗРЕШЕНИЯ СПОРОВ

13.1. Споры, вытекающие из договора страхования, разрешаются путем переговоров. При недостижении соглашения спор передается на рассмотрение суда в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации, если иное не предусмотрено договором страхования.

14. ОСОБЫЕ УСЛОВИЯ

14.1. Страховщик имеет право на ознакомление с медицинской документацией Застрахованного, отражающей его историю заболевания, физическое и психическое состояние, диагноз, ход и прогноз результатов лечения. Страховщик имеет право использовать данную информацию для решения вопросов, связанных с реализацией

договора страхования, оплатой оказанных Застрахованному услуг, защитой прав Застрахованного.

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

15. ПРИЛОЖЕНИЯ

Приложение №1 – Программы добровольного медицинского страхования

Приложение №2.1 – Медицинская анкета для взрослых

Приложение №2.2 – Медицинская анкета для детей

Приложение №3.1 – Типовой договор с юридическим лицом

Приложение №3.2 – Типовой договор с физическим лицом

Приложение №4 – Заявление об убытке