



УТВЕРЖДАЮ:

Генеральный директор  
ЗАО «СК УСПЕХ»

Ю.Г.Жибков

Приказ ЗАО «СК УСПЕХ»  
№ 18 от «02» июля 2012 года



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

(предыдущая редакция Правил утверждена протоколом ЗАО «СК УСПЕХ» 30.12.1994 г.)

1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ. СУБЪЕКТЫ СТРАХОВАНИЯ
2. ОБЪЕКТ СТРАХОВАНИЯ
3. СТРАХОВОЙ СЛУЧАЙ. ИСКЛЮЧЕНИЯ ИЗ СТРАХОВАНИЯ
4. СТРАХОВАЯ СУММА И СТРАХОВАЯ ПРЕМИЯ
5. ДОГОВОР СТРАХОВАНИЯ
6. СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ И ПОРЯДОК ЕГО ПРЕКРАЩЕНИЯ
7. ИЗМЕНЕНИЕ УСЛОВИЙ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ
8. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН
9. СТРАХОВЫЕ ВЫПЛАТЫ
10. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН
11. МЕДИЦИНСКАЯ ДОКУМЕНТАЦИЯ И ИНФОРМАЦИЯ
12. ПОРЯДОК РАЗРЕШЕНИЯ СПОРОВ



## 1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ. СУБЪЕКТЫ СТРАХОВАНИЯ

1.1. На основании настоящих Правил и действующего законодательства Российской Федерации Закрытое акционерное общество «Страховая компания «УСПЕХ», именуемое в дальнейшем "Страховщик", заключает с юридическими и дееспособными физическими лицами, именуемыми в дальнейшем "Страхователи", договоры добровольного медицинского страхования.

1.2. Страхователи - юридические лица заключают договоры страхования в пользу указанных в договоре страхования физических лиц (в дальнейшем Застрахованные лица).

1.3. Страхователи - физические лица вправе заключать договоры страхования, как в свою пользу, так и в пользу других физических лиц (в дальнейшем Застрахованные лица). В отношении Страхователя - физического лица, заключившего договор страхования в свою пользу, действуют все положения настоящих Правил, касающиеся Застрахованных лиц.

1.4. Договор страхования, по которому застраховано два и более Застрахованных лиц, далее именуется коллективным договором страхования.

1.5. По Договору страхования Страховщик берет на себя обязательство при наступлении страхового случая организовать предоставление и произвести оплату медицинских и иных услуг (именуемых далее по тексту настоящих Правил, условий программ добровольного медицинского страхования, договоров страхования, полисов "медицинские услуги") в соответствии с Программой добровольного медицинского страхования, предусмотренной договором страхования.

В целях исполнения своих обязательств по договору страхования Страховщик заключает договоры, обеспечивающие оказание Застрахованным лицам медицинских услуг в медицинских учреждениях, предусмотренных договором страхования.

1.6. По настоящим Правилам медицинские и иные услуги предоставляются Застрахованным в объемах и на условиях выбранных Страхователем Программ добровольного медицинского страхования, которые являются неотъемлемой частью договоров страхования. Типовые программы страхования приведены в Приложениях к настоящим Правилам.

Программы добровольного медицинского страхования могут предусматривать ограничения в объемах и перечне предоставляемых услуг, а также в контингенте страхуемых лиц, согласно которым отдельные категории граждан могут быть застрахованы на особых условиях, соответствующих специфике группы риска.

1.7. Медицинские и иные, связанные с ними, услуги предоставляются Застрахованным на основе договоров на предоставление услуг по добровольному медицинскому страхованию, заключаемых Страховщиком с Медицинским учреждением.

1.8. Под **Медицинскими учреждениями** по настоящим Правилам понимаются лечебно-профилактические учреждения, научно-исследовательские и медицинские институты, аптечные учреждения и другие учреждения, предоставляющие медицинские и иные связанные с ними услуги, а также лица, осуществляющие медицинскую деятельность, в соответствии с законодательством Российской Федерации, с которыми Страховщик состоит в договорных отношениях и перечень которых приводится в приложении к договору страхования. По соглашению сторон медицинские услуги могут быть оказаны Застрахованному лицу в медицинских учреждениях, находящихся как на территории Российской Федерации, так и на территории иных государств.

1.9. **Иными услугами** по настоящим Правилам являются:

- оказание медицинской помощи в домашних условиях;

- перевозка больных, необходимая для оказания медицинской помощи;
- предоставление места в стационаре в палате повышенной комфортности;
- медицинская реабилитация, в том числе в санаторно-курортных условиях;
- проведение профилактических мероприятий;
- медикаментозное обеспечение;

1.10. При заключении договора страхования или в период его действия до наступления страхового случая стороны могут договориться об изменении или исключении из условий договора страхования отдельных положений настоящих Правил страхования, при условии, что такие изменения, исключения не противоречат законодательству Российской Федерации и настоящим Правилам.

1.11. Страховщик не вправе разглашать полученные им в результате своей профессиональной деятельности сведения о Страхователе, Застрахованном лице, состоянии их здоровья и имущественном положении.

За нарушение тайны страхования Страховщик в зависимости от рода нарушенных прав и характера нарушения несет ответственность в порядке, предусмотренном гражданским законодательством Российской Федерации.

## **2. ОБЪЕКТ СТРАХОВАНИЯ**

Объектом страхования являются не противоречащие законодательству Российской Федерации имущественные интересы Страхователей и Застрахованных лиц, связанные с затратами на получение медицинской и иной помощи при возникновении страхового случая в объеме и на условиях, определенных в договоре страхования.

## **3. СТРАХОВОЙ СЛУЧАЙ. ИСКЛЮЧЕНИЯ ИЗ СТРАХОВАНИЯ**

3.1. По настоящим Правилам страховым случаем является совершившееся событие, повлекшее за собой обращение Застрахованного лица в течение срока действия договора страхования в Медицинское учреждение за получением консультативной, лечебно-диагностической, реабилитационно-восстановительной, профилактической, медикаментозной и иных видов помощи, в соответствии с порядком и условиями договора страхования, в результате чего возникает обязанность Страховщика произвести страховую выплату.

3.2. Страховщик имеет право не оплачивать услуги, полученные Застрахованными лицами в Медицинских учреждениях, если:

- оказанные медицинские и иные услуги не были предусмотрены договором страхования и приложениями к нему;
- Медицинские учреждения, в которых Застрахованным лицам была оказана помощь, не указаны в Перечне, являющемся неотъемлемой частью договора страхования, или не были согласованы со Страховщиком;
- обращение Застрахованного лица за помощью в Медицинское учреждение было вызвано событиями, не являющимися страховыми по условиям настоящих Правил и/или договора страхования;
- оказанные медицинские услуги не назначены врачом или выполнены по желанию Застрахованного лица без согласования со Страховщиком;
- медицинские услуги оказаны в рамках научно-исследовательской деятельности, проводимой Медицинским учреждением.

При несогласии Страхователя (Застрахованного лица) с решением Страховщика об отказе в оплате полученных услуг оно может быть оспорено в порядке, предусмотренном законодательством Российской Федерации.

Страховщик не оплачивает оказанную медицинскую помощь, если она была оказана незастрахованному лицу, которому Застрахованное лицо передало свой страховой полис, пропуск в медицинское учреждение и т.п. документы.

3.3. Не является страховым случаем, если иное не указано в договоре страхования, обращение Застрахованного лица в Медицинское учреждение за получением медицинской и иной помощи вызванное:

- военными действиями, военными маневрами любого характера и их последствиями;
- ядерным взрывом, радиацией или радиационным заражением;
- гражданской войной, социальными и народными волнениями и беспорядками, забастовками;
- стихийными бедствиями;
- в связи с особо опасной инфекционной болезнью в случае возникновения эпидемии и/или объявления государственного карантина.

3.4. Не признается страховым случаем обращение Застрахованного лица в Медицинское учреждение за получением медицинской и иной помощи в результате:

- покушения на самоубийство, за исключением тех случаев, когда Застрахованное лицо было доведено до такого состояния противоправными действиями третьих лиц;
- умышленных действий Страхователя (Застрахованного лица), направленных на потерю здоровья, в том числе членовредительство;
- нахождения Застрахованного лица в состоянии алкогольного, наркотического или токсического опьянения или в результате совершения им преступных действий, находящихся в прямой связи со страховым случаем.

3.5. Договором страхования могут быть предусмотрены и иные случаи, не являющиеся страховыми.

#### **4. СТРАХОВАЯ СУММА И СТРАХОВАЯ ПРЕМИЯ**

4.1. Страховой суммой является установленная договором страхования денежная сумма, на основании которой определяется размер страховой премии и страховой выплаты.

Страховой суммой является предельная сумма оплаты медицинских услуг (страховых выплат) в соответствии с условиями договора страхования.

4.2. Размер страховой суммы устанавливается в договоре страхования по соглашению Страховщика и Страхователя, исходя из перечня, стоимости и объемов медицинских услуг, предусмотренных договором страхования.

4.3. Страховая сумма, установленная для Застрахованного лица по коллективному договору страхования, именуется далее "индивидуальная страховая сумма".

4.4. Страховые суммы указываются в российских рублях. По соглашению сторон в договоре страхования могут быть указаны страховые суммы в рублевом эквиваленте определенной суммы в иностранной валюте (в дальнейшем - "страхование в эквиваленте").

4.5. В договоре страхования могут быть установлены лимиты ответственности Страховщика - ограничения по размеру страховых выплат по отдельным видам медицинских услуг, включённых в Программу добровольного медицинского страхования, а также ограничения по индивидуальным страховым суммам. Лимит ответственности может быть установлен в денежном выражении (предельная сумма страховых выплат по каким-либо услугам) или в натуральном выражении (по количественным показателям медицинских услуг (процедур, койко-дней и т.п.)).

4.6. По соглашению сторон страховая сумма, в том числе индивидуальная страховая сумма при коллективном страховании, может быть изменена в течение срока действия договора страхования с соответствующим перерасчетом страховой премии, исходя из разницы между новой и первоначальной страховыми суммами, неистекшего срока действия договора страхования и объема медицинских услуг, предусмотренного Программой добровольного медицинского страхования.

Все изменения и дополнения в договор страхования совершаются в письменной форме в порядке, установленном законодательством.

4.7. Страховой премией является плата за страхование, которую Страхователь обязан уплатить Страховщику в соответствии с договором страхования. Размер страховой премии устанавливается исходя из страховых тарифов, рассчитанных Страховщиком, с учетом перечня медицинских и иных услуг, страховой суммы (лимита страховой ответственности), срока страхования, действующих цен на эти виды услуг и иных условий, предусмотренных договором страхования.

Страховщик может при расчете сумм страховой премии использовать повышающие/понижающие коэффициенты к утвержденным тарифам в соответствии с оценкой степени риска.

4.8. Для определения ставки страховой премии Страховщик может потребовать от Застрахованного лица заполнить медицинскую анкету кандидата на страхование (далее Медицинская анкета). При необходимости Страховщик имеет право направить Застрахованное лицо на медицинское освидетельствование. В случае отказа Застрахованного лица от заполнения Медицинской анкеты или прохождения медицинского обследования, Страховщик имеет право отказать Страхователю в заключении договора страхования.

4.9. Страховая премия может быть уплачена единовременно или в рассрочку в порядке и сроки, определенные договором страхования, наличными денежными средствами или путем безналичных расчетов.

Под уплатой страховой премии (взносов) Страховщику понимается ее уплата непосредственно Страховщику или его представителю. В последнем случае уплата страховой премии (взносов) представителю Страховщика равносильна уплате Страховщику.

Конкретные порядок, сроки и форма уплаты страховой премии устанавливаются в договоре страхования.

4.10. По соглашению между Страхователем и Страховщиком страховая сумма по договору страхования может быть указана в иностранной валюте («страхование в эквиваленте»). В этом случае страховая премия уплачивается в рублях по курсу Центрального Банка Российской Федерации, установленному для соответствующей иностранной валюты на дату уплаты страховой премии наличными денежными средствами или на дату перечисления страховой премии по безналичному расчету.

4.11. Договором страхования может быть предусмотрено внесение страховой премии в рассрочку.

В случае неуплаты Страхователем очередных страховых взносов в сроки, предусмотренные договором, Страховщик имеет право уменьшить объем страховой ответственности (страховую сумму, перечень оказываемых услуг) в соответствии с уплаченной частью страховой премии или досрочно прекратить договор страхования со дня, следующего за днем истечения срока уплаты очередного страхового взноса, если договором страхования не предусмотрено иное.

4.12. При уплате страховой премии наличными денежными средствами Страховщик обязан выдать Страхователю квитанцию установленной формы.

4.13. Страхователь обязан сохранять документы, подтверждающие уплату им страховой премии и предъявлять их по требованию Страховщика.

4.14. Если страховую премию по поручению Страхователя уплачивает другое лицо, то никаких прав по Договору страхования в связи с этим оно не приобретает.

4.15. В случае замены Застрахованного лица в течение срока действия договора страхования Страховщик, если иное не предусмотрено договором страхования, имеет право произвести перерасчет страховой премии для нового Застрахованного лица, с учетом:

- остатка страховой премии, уплаченной за заменяемое Застрахованное лицо;
- понесенных Страховщиком расходов при выполнении обязательств в отношении прежнего Застрахованного лица;
- других обстоятельств, влияющих на степень страхового риска (в том числе, состояния здоровья нового Застрахованного лица).

По результатам перерасчета в случае необходимости Страховщик имеет право потребовать от Страхователя доплаты страховой премии.

4.16. При заключении договора страхования Страховщик (для обеспечения Застрахованным лицам оказания медицинской помощи необходимого объема и качества) вправе установить минимальный размер страховой суммы и/или страховой премии, ниже которого не могут устанавливаться величины страховой суммы и/или страховой премии по определенной Программе добровольного медицинского страхования.

## **5. ДОГОВОР СТРАХОВАНИЯ**

5.1. Договор страхования является соглашением между Страхователем и Страховщиком, в силу которого Страховщик обязуется при страховом случае оплатить в пределах страховой суммы медицинские и иные, связанные с ними услуги, оказанные Застрахованному лицу в Медицинском учреждении в соответствии с согласованной сторонами Программой страхования, а Страхователь обязуется уплатить страховую премию в установленные договором сроки.

5.2. Договор страхования может содержать и иные, не противоречащие законодательству Российской Федерации, условия, устанавливаемые по соглашению сторон.

5.3. Основанием для заключения договора страхования является письменное заявление Страхователя, поданное Страховщику по установленной форме, в котором сообщаются сведения, необходимые для заключения договора. Страхователь может и иным приемлемым для сторон способом заявить о намерении заключить договор страхования (устное заявление, сообщение по факсу, электронной почте и т.д.)

5.4. При заключении коллективного (или смешанного) договора страхования Страхователь обязан предоставить Страховщику списки Застрахованных лиц по форме, установленной договором. Списки Застрахованных лиц могут быть поданы на бумажных или магнитных носителях.

5.5. При заключении Договора страхования Страховщик вправе произвести обследование (медицинское освидетельствование) страхуемых лиц для оценки состояния их здоровья или потребовать заполнения Страхователем анкеты о состоянии здоровья лица, принимаемого на страхование, для определения степени риска. Предварительное медицинское освидетельствование производится за счет средств Страхователя.

5.6. Факт заключения договора страхования может подтверждаться путем составления одного документа (договора страхования) либо путем выдачи Страхователю (Застрахованным лицам) страхового полиса, подписанного Страховщиком с приложением к ним текста Правил

(или выдержек из них) и информации об условиях выбранной сторонами Программы страхования.

5.7. При заключении договора страхования путем составления одного документа в договоре определяются:

- стороны договора;
- основные сведения о Застрахованных лицах (по форме установленной договором);
- сведения о характере события, на случай наступления которого осуществляется страхование (страхового случая);
- условия страхования;
- страховая сумма;
- размер и порядок уплаты страховой премии;
- срок действия договора;
- права и обязанности, ответственность сторон;
- другие, не противоречащие законодательству РФ условия;
- юридические адреса и банковские реквизиты сторон.

К договору прилагаются согласованные сторонами Программы страхования, содержащие перечень оказываемых медицинских услуг и перечень Медицинских учреждений, обеспечивающих обслуживание Застрахованных лиц. Наименования (обозначения) Программ страхования могут отличаться от наименований (обозначений) типовых программ, приведенных в настоящих Правилах.

5.8. В порядке, предусмотренном условиями договора страхования Страховщик по согласованию со Страхователем выдает ему (Застрахованным лицам) страховые полисы (именные страховые карты или иные носители информации, определяющие права Страхователя (Застрахованных лиц) на получение медицинской помощи в Медицинских учреждениях, оговоренных в договоре страхования).

5.9. При заключении договора страхования путем выдачи Страхователю страхового полиса в таком полисе указываются:

- наименование, юридический адрес и банковские реквизиты Страховщика;
- фамилия, имя, отчество, адрес Страхователя;
- фамилия, имя, отчество Застрахованного лица, в пользу которого заключается договор страхования;
- наименование Программы страхования;
- размер страховой суммы;
- срок действия договора страхования;
- размер страховой премии, порядок и сроки ее уплаты;
- иные не противоречащие законодательству РФ условия.

К полису должен быть приложен полный текст Программы страхования и перечень Медицинских учреждений, в которых Застрахованное лицо может получить медицинскую и иные виды помощи.

5.10. Страховые полисы (именные страховые карты, иные носители информации, определяющие права Застрахованных лиц) выдаются Страховщиком после уплаты страховой премии (ее первой части) в порядке, определяемом договором страхования, если иное не предусмотрено договором страхования.

5.11. При утрате Страхователем (Застрахованным лицом) страхового полиса или именной страховой карты, он должен незамедлительно известить об этом Страховщика. Утраченный документ признается недействительным и не может являться основанием для получения медицинских услуг в соответствии с договором страхования. Взамен Страхователю

(Застрахованному лицу) выдается новый страховой полис или страховая карта. При повторной утрате страхового документа в течение действия договора страхования, со Страхователя (Застрахованного лица) дополнительно взыскивается платеж в размере фактической стоимости его изготовления.

## **6. СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ И ПОРЯДОК ЕГО ПРЕКРАЩЕНИЯ**

6.1. Договор страхования заключается сроком на один год, если его условиями не предусмотрено иное.

6.2. Договор страхования вступает в силу с 00 часов дня, следующего за днем поступления страховой премии (ее первой части) на расчетный счет (в кассу) Страховщика, но не ранее даты, указанной в договоре страхования как начало действия договора страхования, если условиями договора не предусмотрено иное.

6.3. Действие договора страхования заканчивается в 24 час. 00 мин. дня, указанного в договоре как дата его окончания, если договором не предусмотрено иное.

6.4. Договор страхования прекращается в случае:

- истечения срока его действия;
- исполнения Страховщиком обязательств по договору в полном объеме (в размере страховой суммы);
- отказа Страхователя от уплаты страховой премии (ее частей) в установленные договором страхования сроки;
- ликвидации Страхователя, являющегося юридическим лицом;
- смерти Страхователя (физического лица), если Застрахованное лицо не приняло на себя обязанности Страхователя по уплате страховой премии;
- смерти Застрахованного лица. Коллективный договор страхования в этом случае прекращается только в отношении умершего Застрахованного лица, Страховщик возвращает Страхователю часть уплаченной страховой премии за неистекший срок действия договора страхования, уплаченной за данное Застрахованное лицо, за минусом расходов Страховщика на исполнение обязательств по договору в отношении данного Застрахованного лица (если договором страхования не предусмотрено иное);
- ликвидации Страховщика в порядке, установленном законодательством Российской Федерации;
- принятия судом решения о признании договора страхования недействительным;
- в других случаях, предусмотренных законодательством Российской Федерации.

6.5. Договор страхования может быть прекращен досрочно по соглашению сторон, а также требованию Страхователя или Страховщика по основаниям, предусмотренным действующим законодательством и/или настоящими Правилами.

О намерении досрочного прекращения действия договора сторона обязаны уведомить другую сторону не позднее, чем за 30 дней до предполагаемой даты его расторжения, если договором страхования не предусмотрено иное.

6.6. При досрочном прекращении договора страхования по требованию Страхователя, возврат части страховой премии производится на основании расчета по следующей формуле:

$$B_{СП} = \frac{P_d \times 0,7 \times D_{ок}}{D_d} - Y,$$

- где  $V_{СП}$  - расчетная величина части страховой премии, подлежащей возврату;
- $P_d$  - страховая премия, предусмотренная договором страхования;
- $D_{ок}$  - число дней до окончания срока действия договора, предусмотренного договором страхования от момента прекращения договора страхования;
- $D_d$  - общее количество дней срока действия договора страхования, предусмотренного договором страхования;
- $У$  - суммарный объем страховых выплат по страховым случаям, предусмотренным договором страхования и наступившим до момента досрочного прекращения договора страхования.

в случае если рассчитанная по приведенной формуле расчетная величина части страховой премии, подлежащая возврату, имеет отрицательное значение, возврат страховой премии не производится.

Если договор страхования предусматривает возможность уплаты страховой премии в рассрочку, то возврат части страховой премии производится только в отношении оплаченной части суммы страховой премии. При этом расчетная величина возвращаемой части страховой премии производится на основании расчета по следующей формуле:

$$V_{СП} = \frac{P_{ф} \times 0,7 \times D_{КОП}}{D_{ОП}} - У,$$

- где  $V_{СП}$  - расчетная величина части страховой премии, подлежащей возврату;
- $P_{ф}$  - фактически оплаченная страховая премия;
- $D_{КОП}$  - число дней до окончания оплаченного периода страхования от момента прекращения договора страхования;
- $D_{ОП}$  - общее количество дней оплаченного периода страхования;
- $У$  - суммарный объем страховых выплат по страховым случаям, предусмотренным договором страхования и наступившим до момента досрочного прекращения договора страхования.

в случае если рассчитанная по приведенной формуле расчетная величина части страховой премии, подлежащая возврату, имеет отрицательное значение, возврат страховой премии не производится.

Договором страхования может быть предусмотрен иной порядок возврата страховой премии при досрочном прекращении договора страхования.

Возврат страховой премии Страхователю при досрочном расторжении договора страхования производится в течение 45 дней со дня получения всех счетов за услуги, предоставленные Застрахованным лицам.

6.7. При реорганизации Страхователя (юридического лица), его права и обязанности по договору переходят, к правопреемнику в порядке, определяемом законодательством Российской Федерации.

## **7. ИЗМЕНЕНИЕ УСЛОВИЙ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ.**

7.1. Страхователь имеет право в течение срока действия договора страхования расширить перечень медицинских услуг, гарантированных по договору страхования, или повысить уровень страхового покрытия, уплатив при этом дополнительную страховую премию. Договор на новых условиях начинает действовать со дня, следующего за днем уплаты дополнительной страховой премии (ее части), если только в договоре или дополнениях к нему не предусмотрено иное.

7.2. Страховщик вправе приостановить оказание медицинских и иных услуг, предусмотренных Программой страхования, в случае несвоевременной или неполной уплаты страховой премии. После уплаты Страхователем задолженности оказание медицинских и иных услуг, предусмотренных Программой страхования, возобновляется.

7.3. Изменения расценок на медицинские услуги, произошедшие после заключения договора и увеличивающие потенциальный размер страховых выплат, дают Страховщику право добиваться соглашения сторон об увеличении страховой премии по договору в связи с изменением цен на медицинские услуги.

7.4. Страхователь обязан немедленно информировать Страховщика любым доступным ему способом обо всех изменениях в степени риска, происшедших в период действия договора страхования, которые могут существенным образом повлиять на условия выполнения Страховщиком своих обязательств по договору.

7.5. При увеличении степени страхового риска Страховщик вправе потребовать изменения условий договора страхования и уплаты дополнительной страховой премии соразмерно увеличению степени страхового риска.

7.6. В случае расширения списка Застрахованных лиц по договору коллективного страхования Страхователь предоставляет Страховщику сведения, предусмотренные условиями настоящих Правил, и уплачивает в соответствии с действующими тарифами страховую премию за период со дня включения новых лиц в список Застрахованных лиц до даты окончания действия основного договора страхования (при этом страховая премия за неполный месяц уплачивается как за полный).

7.7. При сокращении числа Застрахованных лиц, Страхователь обязан сообщить об этом Страховщику в срок не позднее 10 суток до момента прекращения договора страхования в отношении этих лиц, если иное не предусмотрено договором страхования, предоставив списки лиц, в отношении которых прекращается договор страхования, а Страховщик обязан произвести перерасчет страховой премии.

При уменьшении числа Застрахованных лиц возврат страховой премии осуществляется в порядке, предусмотренном п.6.6 настоящих Правил для досрочного расторжения договоров страхования по инициативе Страхователя. При этом возвращаемая часть страховой премии определяется по каждому Застрахованному лицу, если иное не предусмотрено договором страхования

7.8. В случае замены Застрахованных лиц другими лицами (при коллективной форме проведения страхования) без изменения числа Застрахованных лиц и оплаты дополнительной премии, Страхователь представляет Страховщику списки по установленной Страховщиком форме. Если в отношении Застрахованных лиц, исключенных из списка, производились страховые выплаты, то страховая сумма для вновь страхуемых лиц устанавливается с учетом ранее произведенных выплат. В случаях, предусмотренных п.4.15 настоящих Правил, при замене Застрахованного лица другим может быть произведен перерасчет страховой премии.

7.9. Любые изменения списков Застрахованных лиц по договорам коллективного

страхования производятся не чаще одного раза за календарный месяц, если иное не предусмотрено договором страхования. Количество застрахованных, которых Страхователь может заменить в течение срока страхования, не должно превышать 30(Тридцать) процентов от первоначального списочного состава, если иное не предусмотрено договором страхования

7.10. При отказе Страхователя от изменения условий договора страхования и уплаты дополнительной страховой премии в случаях, предусмотренными настоящими Правилами, Страховщик в соответствии с законодательством Российской Федерации вправе потребовать расторжения договора страхования.

7.11. Если Страхователь не выполнил условия, содержащиеся в п.7.4 настоящих Правил, то Страховщик вправе отказаться от выполнения своих обязательств по договору страхования с момента увеличения степени страхового риска в соответствии с законодательством Российской Федерации.

В этом случае Страховщик вправе потребовать также возмещения своих расходов, связанных с необходимостью расторжения договора.

7.12. Все изменения и дополнения к договору страхования, в том числе изменения списков Застрахованных лиц, медицинских программ и перечня медицинских учреждений, оформляются дополнительным соглашением к договору страхования, подписываемым сторонами договора.

## **8. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН**

8.1. Страховщик обязан:

8.1.1. ознакомить Страхователя с Правилами страхования;

8.1.2. не разглашать сведения о Страхователе (Застрахованных лицах);

8.1.3. после вступления договора страхования в силу передать Страхователю страховые полисы (иные документы, определенные договором);

8.1.4. производить страховые выплаты в порядке, предусмотренном условиями договора страхования и разделом 9 настоящих Правил;

8.1.5. обеспечить предоставление Застрахованным лицам медицинской помощи и иных услуг, определенных договором страхования;

8.1.6. в случае оказания Медицинским учреждением некачественной медицинской помощи или оказания ее в неполном объеме, предоставить Застрахованному лицу (при его согласии) медицинские и иные услуги в другом Медицинском учреждении;

8.1.7. в случае невозможности оказания медицинским учреждением Застрахованному лицу отдельных услуг, предусмотренных договором страхования, организовать и оплатить оказание аналогичной по качеству медицинской помощи в другом медицинском учреждении.

8.1.8. осуществлять контроль за качеством медицинского обслуживания Застрахованных лиц.

При самостоятельной организации Застрахованным лицом предоставления медицинской помощи без участия Страховщика последний не несет ответственность за качество оказанной медицинской помощи и вправе не возмещать понесенные Застрахованным лицом расходы;

8.2. Страховщик имеет право:

8.2.1. требовать от Страхователя предоставления достоверной информации, необходимой для заключения договора страхования. При установлении недостоверности сведений, сообщенных Страхователем, Страховщик имеет право отказать в заключении договора страхования;

8.2.2. проверять выполнение Страхователем (Застрахованными лицами) требований и условий договора страхования;

8.2.3. при предоставлении Страхователем (Застрахованными лицами) ложных или недостоверных сведений, влияющих на степень риска или при невыполнении Страхователем (Застрахо-

ванными лицами) условий договора отказать в выплате страхового обеспечения либо потребовать досрочного расторжения договора страхования и возмещения убытков с письменным уведомлением Страхователя о причинах расторжения договора;

8.2.4. установить лимит ответственности на оплату медицинских услуг, отдельного вида медицинских услуг или иных услуг по договору страхования;

8.2.5. отказать в оплате оказанных медицинских и иных услуг по причинам, предусмотренными настоящими Правилами;

8.3. Страхователь обязан:

8.3.1. своевременно и в полном размере в соответствии с условиями договора страхования уплачивать Страховщику страховую премию;

8.3.2. при заключении договора страхования сообщать Страховщику обо всех известных ему обстоятельствах, имеющих значение для оценки страхового риска;

8.3.3. ознакомить Застрахованных лиц с их правами и обязанностями по договору страхования;

8.3.4. в период действия договора страхования незамедлительно сообщать Страховщику об изменении в обстоятельствах, сообщенных Страховщику при заключении договора, если эти изменения могут существенно повлиять на увеличение страхового риска;

8.3.5. незамедлительно ставить в известность Страховщика при получении им информации о невозможности получения медицинских и иных услуг, предусмотренных договором страхования в Медицинском учреждении, определенном условиями договора;

8.3.6. обеспечивать сохранность документов по договору страхования;

8.4. Страхователь имеет право:

8.4.1. требовать предоставления Застрахованным лицам в Медицинских учреждениях медицинских и иных услуг в соответствии с условиями договора страхования и установленной им медицинской программой;

8.4.2. потребовать изменения условий договора страхования в порядке, предусмотренном настоящими Правилами и договором страхования;

8.4.3. расширить или уменьшить список Застрахованных лиц в порядке, предусмотренном настоящими Правилами;

8.4.4. заменить Застрахованных лиц другими лицами без увеличения числа Застрахованных лиц в порядке, предусмотренном настоящими Правилами.

8.5. Застрахованные лица обязаны:

8.5.1. предоставлять Страховщику по его требованию достоверную информацию, необходимую для определения степени риска и заключения договора страхования;

8.5.2. соблюдать предписания лечащего врача, полученные в ходе оказания им медицинской помощи, соблюдать распорядок, установленный Медицинским учреждением;

8.5.3. компенсировать расходы Страховщика, возникшие в связи с неявкой Застрахованного лица на заранее согласованные с Медицинским учреждением процедуры, приемы и исследования, а также в связи с необоснованным или ложным вызовом скорой медицинской помощи, нарушением лечебного режима;

8.5.4. заботиться о сохранности страховых документов и не передавать их третьим лицам с целью получения ими медицинских услуг по договору страхования; выплатить штраф Страховщику в размере трехкратной стоимости услуг, оказанных лицу, необоснованно воспользовавшемуся страховым полисом и/или страховой картой Застрахованного лица;

8.5.5. при обращении в медицинские учреждения по договору страхования предъявить свой страховой полис (страховую карту) и/или пропуск в медицинское учреждение, также, при необходимости, паспорт.

8.5.6. немедленно сообщать Страхователю и Страховщику о всех случаях непредоставления, неполного или некачественного предоставления медицинских и иных услуг в Медицинских учреждениях, определенных договором страхования.

8.6. Застрахованные лица имеют право:

8.6.1. требовать предоставления медицинских и иных услуг в соответствии с условиями договора страхования;

8.6.2. требовать от Страховщика в случаях не предоставления или неполного и некачественного предоставления медицинских услуг в Медицинских учреждениях, установленных договором страхования, исполнения своих обязательств в соответствии с его условиями;

8.6.3. получать от Страховщика разъяснения по поводу условий Правил страхования, договора страхования и прилагаемых к ним Медицинских страховых программ;

8.6.4. получить дубликат страхового полиса (или других документов, подтверждающих факт заключения договора страхования) в случае его утраты.

8.7. Стороны обязуются соблюдать конфиденциальность в отношении информации, полученной при выполнении договора страхования. Конфиденциальными сведениями по договору страхования признаются: сведения о Застрахованных лицах, сведения о заболеваниях Застрахованных лиц, размере страховой суммы, страховой премии, страховых выплат.

Стороны несут ответственность за последствия, вызванные нарушением обязательств по конфиденциальности, независимо от того, было ли это нарушение совершено преднамеренно или случайно. Передача информации третьим лицам или иное разглашение информации, признанной по договору страхования конфиденциальной, может осуществляться только в случаях, предусмотренных действующим законодательством Российской Федерации.

8.8. Договором страхования также могут быть предусмотрены другие права и обязанности сторон.

## **9. СТРАХОВЫЕ ВЫПЛАТЫ**

9.1. Страховая выплата определяется стоимостью медицинской помощи, оказываемой Застрахованному лицу в соответствии с условиями договора страхования, и не может превышать соответствующей страховой суммы, указанной в договоре страхования.

9.2. Страховая выплата производится Страховщиком в порядке, в сроки, и по расценкам, предусмотренным договором, заключенным между Страховщиком и медицинским учреждением.

9.3. Оплата медицинских услуг производится на основании счета, выставленного Страховщику медицинским учреждением. К счету прилагаются документы с указанием перечня оказанных услуг, их стоимости (с разбивкой по Застрахованным лицам) и общей суммы расходов по всем услугам, оказанным Застрахованным лицам.

9.4. Страховщик может осуществлять авансовую оплату услуг, предоставленных Застрахованным лицам, если это предусмотрено договором с медицинским учреждением, с последующим взаиморасчетом с Медицинским учреждением на основании счетов, выставленных Медицинским учреждением, на оплату фактически оказанных медицинских услуг.

9.5. Страховщик вправе проверить соответствие оказанных Застрахованному лицу услуг их перечню по договору страхования.

9.6. В случаях, предусмотренных договором страхования, Страховщик вправе произвести оплату (компенсацию) самостоятельно понесённых Страхователем (Застрахованным лицом) расходов по страховому случаю - на основании письменного заявления Страхователя (Застрахованного лица) с приложением документов, подтверждающих факт оказания

Застрахованному лицу медицинских услуг: выписки из амбулаторной карты и/или истории болезни с указанием диагноза, сроков лечения, перечня оказанных услуг (из числа предусмотренных договором страхования) и оригиналов платежных документов.

Для оплаты (компенсации) понесённых Страхователем (Застрахованным лицом) расходов по страховому случаю Страхователь (Застрахованное лицо) должен в течение 30-ти дней со дня оказания медицинских услуг представить Страховщику перечисленные выше документы.

9.7. В зависимости от условий договора страхования, оплата лекарственных средств и изделий медицинского назначения (перевязочного материала, средств по уходу за больными и т.п.), необходимых Застрахованному лицу для лечения, назначенного врачом медицинского учреждения, предусмотренного договором страхования, в рамках программы добровольного медицинского страхования, может осуществляться следующим образом:

9.7.1. путем оплаты счетов лечебно-профилактического учреждения или лечебно-профилактического учреждения, в составе которого организована аптека, которая является его структурным подразделением и действует на правах отделения;

9.7.2. путем оплаты счетов аптечного учреждения за лекарственные средства и изделия медицинского назначения, которое в соответствии с заключенным страховщиком договором выдало лекарственные средства и изделия медицинского назначения Застрахованным лицам;

9.7.3. в случаях, предусмотренных договором страхования, в форме возмещения Страховщиком расходов Страхователя (Застрахованного лица) на оплату лекарственных средств и изделий медицинского назначения, приобретенных им в аптечном учреждении. При этом страховая выплата производится Страхователю (Застрахованному лицу) на основании письменного заявления Страхователя (Застрахованного лица) с приложением оригиналов или заверенных копий документов, подтверждающих факт обращения Застрахованного лица в медицинское учреждение, предусмотренное договором страхования, факт назначения Застрахованному лицу в медицинском учреждении, предусмотренном договором страхования, лекарственных средств и изделий медицинского назначения, размер понесённых Страхователем (Застрахованным лицом) расходов на их приобретение (кассовый чек, товарный чек и т.п.).

Для оплаты (компенсации) понесённых Страхователем (Застрахованным лицом) расходов по приобретению лекарственных средств и изделий медицинского назначения Страхователь (Застрахованное лицо) должен представить Страховщику перечисленные выше документы в течение 30-ти дней со дня осуществления данных расходов (если иной срок не согласован Страховщиком и Страхователем (Застрахованным лицом)).

9.8. Если информации, содержащейся в документах, предоставленных по п.п. 9.6 и 9.7.3 настоящих Правил, недостаточно для принятия Страховщиком решения о признании или непризнании страховым случаем обращения Застрахованного лица в медицинское учреждение, об осуществлении страховой выплаты по п. 9.7.3 настоящих Правил и/или для определения размера страховой выплаты, Страховщик вправе запросить у Страхователя (Застрахованного лица) и/или компетентных органов (организаций) дополнительные документы и сведения.

9.9. В случае признания страховым случаем обращения Застрахованного лица в медицинское учреждение и принятия решения об осуществлении страховой выплаты по п. 9.6 настоящих Правил и/или в случае принятия решения об осуществлении страховой выплаты по п. 9.7.3 настоящих Правил Страховщик составляет страховой акт в течение 5-ти рабочих дней (если иной срок не предусмотрен договором страхования) после получения всех необходимых документов и сведений.

9.10. При непризнании события страховым случаем или принятии решения об отказе в страховой выплате Страховщик в течение 5-ти рабочих дней направляет Страхователю (Застрахованному лицу) письменное обоснование принятого решения.

9.11. Страховая выплата по п.п. 9.6 и 9.7.3 настоящих Правил производится в течение 10 рабочих дней после составления страхового акта, если иной срок не установлен в договоре страхования.

9.12. Страховая выплата по п.п. 9.6 и 9.7.3 настоящих Правил производится путем перечисления сумм на банковский счет, указанный Страхователем (Застрахованным лицом), или наличными денежными средствами в кассе Страховщика по согласованию сторон.

Днём выплаты считается дата списания средств со счета Страховщика или выдачи наличных денег из кассы Страховщика.

Расходы по зачислению на счет и получению (списанию) со счета получателя подлежащих выплате сумм осуществляются за счет средств получателя.

Выплата может быть произведена представителю лица, имеющего по настоящим Правилам право на ее получение, по доверенности, оформленной в установленном порядке.

9.13. Налогообложение страховых выплат производится в соответствии с действующим налоговым законодательством Российской Федерации.

9.14. При "страховании в эквиваленте" страховая выплата производится в рублях по курсу Центрального Банка Российской Федерации, установленному для соответствующей иностранной валюты на дату страховой выплаты.

Страховщик вправе установить максимальный курс для выплат. Под максимальным курсом для выплат понимается курс соответствующей иностранной валюты на дату заключения договора страхования, увеличенный на ожидаемый процент роста курса соответствующей иностранной валюты, согласованный сторонами при заключении договора страхования.

Если курс соответствующей иностранной валюты на дату страховой выплаты превысит максимальный курс для выплат, то размер страховой выплаты определяется, исходя из максимального курса для выплат.

9.15. В договоре страхования по соглашению сторон может устанавливаться условная и безусловная франшиза (неоплачиваемая Страховщиком часть затрат, связанная с получением Застрахованным лицом медицинских и иных услуг).

9.16. Предусмотренные договором страхования выплаты производятся Страховщиком независимо от сумм, причитающихся Застрахованному лицу по государственному социальному страхованию, социальному обеспечению, сумм, выплачиваемых в порядке возмещения вреда, причиненного третьими лицами.

9.17. Не возмещаются расходы, возникшие по окончании срока действия договора страхования, за исключением расходов, связанных с госпитализацией, начавшейся в период действия договора страхования. При этом данные расходы покрываются только на период до момента устранения угрозы жизни Застрахованного лица, но не более 14 дней пребывания в стационаре после окончания срока действия договора страхования.

## **10. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН.**

10.1. В случае заявления Застрахованным лицом претензий о неполном или некачественном предоставлении услуг по договору страхования в указанном в нем Медицинском учреждении, Страховщик определяет обоснованность претензий Застрахованного лица и, при необходимости, принимает соответствующие меры, чтобы данные услуги были предоставлены Застрахованному лицу согласно требованиям договора страхования.

10.2. В любом случае Страховщик не несет ответственности при изменении по требованию Застрахованного лица и вопреки рекомендациям лечащего врача медицинских процедур и манипуляций, используемых при лечении как основного заболевания, так и его осложнений.

10.3. Страховщик вправе досрочно расторгнуть договор страхования в отношении Застрахованного лица, передавшего другому лицу свой страховой полис (иной документ, дающий право получения услуг по договору страхования) с целью обеспечения последнего медицинскими и иными услугами в Медицинском учреждении.

10.4. В случае нарушения Застрахованным лицом медицинских предписаний и рекомендаций лечащих врачей, а также несоблюдения правил внутреннего распорядка, установленных в Медицинском учреждении, Страховщик оставляет за собой право приостановить выполнение своих обязательств либо расторгнуть договор страхования в отношении данного Застрахованного лица.

10.5. За неоднократный необоснованный вызов Застрахованным лицом на дом врача, скорой помощи и неотложной помощи и использование санитарных транспортных средств не по медицинским показаниям Страховщик вправе досрочно расторгнуть договор страхования в отношении данного Застрахованного лица.

10.6. Страховщик имеет право досрочно расторгнуть договор страхования в отношении конкретного Застрахованного лица, если в течение срока его действия выявились факты, свидетельствующие о сокрытии или искажении Застрахованным лицом сведений о наличии хронических заболеваний (в том числе врожденных) или иных сведений, влияющих на степень риска. При этом страховые взносы не возвращаются, а Застрахованное лицо обязано возместить Страховщику понесенные расходы.

10.7. Страховщик имеет право предъявить Застрахованному лицу, виновному в возникновении у Страховщика необоснованных расходов в результате действий Застрахованного лица, указанных в п.п. 10.3-10.6 настоящих Правил, иски о возмещении понесенных Страховщиком расходов.

## **11. МЕДИЦИНСКАЯ ДОКУМЕНТАЦИЯ И ИНФОРМАЦИЯ.**

11.1. Вся необходимая медицинская документация (больничные листы, медицинские рецепты, выписки из истории болезни и т.д.) выдаются Застрахованным лицам на общих основаниях в соответствии с законодательством Российской Федерации.

11.2. Страховщик (представитель Страховщика) имеет право на ознакомление с медицинской документацией Застрахованного лица (историей болезни, медицинскими заключениями и т.д.) а также имеет право использовать данную информацию для решения вопросов, связанных с реализацией договора страхования, оплатой оказанных услуг, защитой прав в судебных органах.

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

## **12. ПОРЯДОК РАЗРЕШЕНИЯ СПОРОВ.**

Все споры и разногласия сторон, а также претензии, вытекающие из договора страхования, рассматриваются в порядке, предусмотренном законодательством Российской Федерации.