

**ОБЩЕСТВО С ОГРАНИЧЕННОЙ ОТВЕТСТВЕННОСТЬЮ  
СТРАХОВОЕ ОБЩЕСТВО «ВЕРНА»  
(ООО СО «ВЕРНА»)**

**ПРАВИЛА**

**ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ ГРАЖДАН**

(Приказ № 133 от “04” мая 2016 г.)

## 1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ. СУБЪЕКТЫ СТРАХОВАНИЯ

1.1. В соответствии с законодательством Российской Федерации, Гражданским кодексом РФ, Законом РФ “Об организации страхового дела в Российской Федерации”, иными нормативными документами в области страхования настоящие Правила регулируют отношения, возникающие между Страховщиком и Страхователем по поводу добровольного медицинского страхования граждан.

1.2. Добровольное медицинское страхование осуществляется на основе программ добровольного медицинского страхования (Приложение 6 к настоящим Правилам) и обеспечивает гражданам в соответствии с настоящими Правилами и договором добровольного медицинского страхования получение медицинских и иных услуг.

Исходя из данного требования, медицинское учреждение в рамках добровольного медицинского страхования оказывает Застрахованному, а Страховщик – оплачивает медицинские и иные услуги, которые включены в программу добровольного медицинского страхования.

1.3. Субъектами договора страхования выступают:

1.3.1. Страховая организация - ООО СО «Верна», осуществляющая страховую деятельность в соответствии с лицензией, выданной органом страхового надзора.

1.3.2. Дееспособные физические лица, в том числе индивидуальные предприниматели и (или) юридические лица организационно-правовых форм, предусмотренных гражданским законодательством РФ, заключающие договоры страхования (далее по тексту – “Страхователи”).

1.3.3. Физические лица, в пользу которых заключаются договоры страхования (далее по тексту – “Застрахованные”), при этом Страхователи – физические лица, заключившие такие договоры в свою пользу, являются одновременно Застрахованными.

1.3.4. Медицинские учреждения - имеющие лицензии лечебно-профилактические учреждения, научно-исследовательские и медицинские институты, другие учреждения, оказывающие медицинскую помощь, а также лица, осуществляющие медицинскую деятельность как индивидуально, так и коллективно.

1.4. Взаимоотношения между Страховщиком и медицинским учреждением определяются Договором на предоставление медицинской (лекарственной) помощи (медицинских услуг) по добровольному медицинскому страхованию граждан, по которому медицинское учреждение обязуется предоставлять застрахованному контингенту медицинскую помощь определенного объема и качества в конкретные сроки в рамках программ медицинского страхования. При этом указанный Договор может содержать: наименование сторон; численность застрахованных; виды лечебно-профилактической помощи (медицинских услуг); стоимость работ и порядок расчетов; порядок контроля качества медицинской помощи и использования страховых средств; ответственность сторон и иные не противоречащие законодательству РФ условия.

1.5. Договоры страхования заключаются в пользу граждан в возрасте от рождения до 80 лет.

1.6. Страхование проводится в индивидуальной и коллективной форме. Договор коллективного страхования заключается в пользу работников юридического лица или индивидуального предпринимателя, членов семей таких работников и иных лиц.

1.7. На страхование не принимаются:

- граждане, состоящие на учете в наркологических, психоневрологических, противотуберкулезных, кожно-венерологических диспансерах, центрах по профилактике и борьбе со СПИДом;

- инвалиды I, II группы или дети - инвалиды;

- больные онкологическими заболеваниями и системными заболеваниями крови.

1.8. Страховщик не вправе разглашать полученные им в результате своей профессиональной деятельности сведения о Страхователе, Застрахованном, 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.

1.9. Страховщик размещает информацию о своей деятельности на собственном сайте в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет».

## 2. ОБЪЕКТ СТРАХОВАНИЯ

2.1. Объектом добровольного медицинского страхования являются не противоречащие законодательству Российской Федерации имущественные интересы, связанные с оплатой организации и оказания медицинских и иных услуг вследствие расстройства здоровья физического лица.

## 3. ПОНЯТИЕ СТРАХОВОГО РИСКА. СТРАХОВЫЕ СЛУЧАИ

3.1. При заключении договора страхования в соответствии с настоящими Правилами страховым риском является риск 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 и оказания в связи с этим Застрахованному лицу медицинских и иных услуг.

3.2. Страховым случаем является документально подтвержденное обращение Застрахованного в соответствии с условиями Договора страхования и в период его действия в медицинское учреждение, сервисную компанию или иное учреждение из числа предусмотренных Договором страхования или согласованных со Страховщиком при остром заболевании, обострении хронического заболевания, травме, отравлении и других изменениях состояния здоровья, за получением медицинских и/ или иных услуг в объеме программы добровольного медицинского страхования, предусмотренной Договором страхования и требующих оказания медицинской помощи. Услуги предоставляются Застрахованному в соответствии с предусмотренной Договором страхования программой страхования, кроме событий, указанных в п. 3.4. настоящих Правил страхования, а также предусмотренных программой страхования.

3.3. Договор страхования может быть заключен по следующим программам страхования.

«Амбулаторно-поликлиническая помощь».

«Скорая медицинская помощь».

«Стоматология».

«Стационарная медицинская помощь».

«Лекарственные средства».

«Реабилитационно-восстановительное лечение».

«Медико-транспортные услуги и репатриация».

«Дети».

«Комплексная программа добровольного медицинского страхования».

«Гостевой».

«Антиклещ».

3.4. Не является страховым случаем: лечение психических, онкологических, венерических заболеваний, туберкулеза, ВИЧ-инфекции и ее осложнений, врожденных аномалий; наркологическую помощь, заболеваний, связанных с последствиями радиоактивного облучения, обращения Застрахованного лица в медицинское учреждение в состоянии алкогольного, наркотического или токсического опьянения, а также вследствие умышленного причинения Застрахованным вреда своему здоровью, в том числе в связи с покушением на самоубийство, кроме того, в отношении инвалидов III группы не предусматривается лечение заболеваний, связанных с причиной инвалидности.

Страховщик не оплачивает медицинские услуги, полученные по инициативе Застрахованного лица в медицинских учреждениях, не указанных в договоре (полисе) страхования, за исключением случаев, когда медицинские услуги получены в медицинском учреждении, не предусмотренном в договоре страхования, но обращение, в которое согласовано (в письменном виде) и/или организовано Страховщиком.

Страховщик также не производит страховую выплату, если Застрахованный получил медицинские услуги, включая любой период пребывания в стационаре, которые не были рекомендованы и письменно засвидетельствованы медицинским учреждением (лечащим врачом), как необходимые и целесообразные меры.

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

- воздействия ядерного взрыва, радиации или радиоактивного заражения.
- военных действий, а также маневров или иных военных мероприятий.
- гражданской войны, народных волнений всякого рода или забастовок.

Если иное не предусмотрено договором страхования, Страховщик не оплачивает лечение системных болезней соединительной ткани, хронической почечной недостаточности, явившихся следствием сахарного диабета (ангиопатии, нефропатии, ретинопатии и проч.), беременность и патология беременности, а также лечение обострившихся в результате беременности хронических заболеваний; косметологическое лечение, все виды протезирования.

Перечень исключений может быть дополнен в договоре страхования и/или программе страхования.

#### **4. СТРАХОВАЯ СУММА**

4.1. Страховая сумма – денежная сумма, которая определена договором страхования при его заключении, и исходя из которой устанавливается размер страховой премии (страховых взносов) и размер страховой выплаты при наступлении страхового случая.

4.2. Страховая сумма по договору страхования определяется Страховщиком и Страхователем по их усмотрению исходя из определенных договором условий страхования (программ страхования), действующих на момент заключения договора страхования цен в медицинских учреждениях на медицинские услуги.

В медицинском учреждении могут быть предусмотрены сервисные услуги, их перечень устанавливается индивидуально в каждом медицинском учреждении. Это может быть: одно-двух местная палата, телевизор, телефон, дополнительное питание, индивидуальный сестринский пост и другие, в зависимости от возможностей медицинского учреждения. Поэтому договором страхования может быть предусмотрено предоставление Застрахованному таких сервисных услуг, что соответственно влечет за собой увеличение стоимости медицинских услуг и возрастание страховой суммы.

При включении в договор страхования (конкретную Программу страхования) условия о предоставлении Застрахованному лицу конкретных сервисных услуг, Страховщик применяет к базовым тарифным ставкам повышающие коэффициенты в установленных диапазонах применения согласно Приложению 1 к настоящим Правилам. Страховая сумма по соглашению сторон соответственно увеличивается на стоимость сервисных услуг, включаемых в Программу страхования, в соответствии с действующим в медицинском учреждении прейскурантом цен на данные сервисные услуги.

4.3. В период действия договора страхования Страхователь по согласованию со Страховщиком вправе изменить страховую сумму, перечень медицинских услуг (программы медицинского страхования), а также поменять медицинские учреждения, предоставляющие медицинскую помощь по договору страхования.

Указанные изменения оформляются в письменном виде в форме дополнительного соглашения к договору страхования, которое подписывается Страховщиком и Страхователем с уплатой дополнительной страховой премии. В этом случае расчет дополнительной страховой премии производится в порядке, предусмотренном п.п. а) – в) п.5.8. настоящих Правил.

4.4. При заключении договора по нескольким программам страхования страховая сумма устанавливается отдельно по каждой программе, Страховщик несет обязательства по оплате медицинских и иных услуг в пределах страховой суммы по каждой программе страхования.

#### **5. СТРАХОВАЯ ПРЕМИЯ (СТРАХОВЫЕ ВЗНОСЫ). СТРАХОВОЙ ТАРИФ. ПОРЯДОК ПРИМЕНЕНИЯ ПОВЫШАЮЩИХ И ПОНИЖАЮЩИХ КОЭФФИЦИЕНТОВ**

5.1. Под страховой премией понимается плата за страхование, которую Страхователь обязан уплатить Страховщику в порядке и в сроки, установленные договором страхования (страховая премия получается путем умножения страхового тарифа на страховую сумму).

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

5.2. При заключении конкретного договора медицинского страхования Страховщик применяет рассчитанные им по каждой медицинской программе базовые страховые тарифы, повышающие/понижающие коэффициенты к ним (Приложение 1 к настоящим Правилам).

Страховой тариф – ставка страховой премии с единицы страховой суммы с 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.

Законом Российской Федерации “Об организации страхового дела в Российской Федерации” осуществление оценки страхового риска возложено на Страховщика. В связи с этим, основываясь на базовых тарифных ставках, Страховщик, в каждом конкретном случае при заключении договора страхования, для определения степени страхового риска и учета особенностей страхования конкретного лица (лиц) вправе применять к базовым тарифным ставкам повышающие и понижающие коэффициенты в диапазонах применения, указанных в Приложении 1 к настоящим Правилам.

Решение о конкретном размере повышающего или понижающего коэффициента, принимается Страховщиком после изучения и оценки им информации и документов, представленных Страхователем, результатов медицинского обследования (если оно производилось), а также с учетом следующих факторов: возраста и состояния здоровья Застрахованного, профессии (рода деятельности) Застрахованного, количественного состава группы (при коллективном страховании), перечня медицинских услуг, включаемых в программу страхования, оснащения медицинского учреждения высокотехнологичным медицинским оборудованием (Приложение 1 к настоящим Правилам).

Конкретный размер страхового тарифа определяется договором добровольного медицинского страхования по соглашению сторон.

В связи с отсутствием какой-либо утвержденной методики (рекомендаций) экономического (статистического) обоснования повышающих и понижающих коэффициентов, применяемых при определении конкретного страхового тарифа по конкретному договору добровольного медицинского страхования, их минимальные и максимальные значения, диапазоны применения, а также основные факторы риска, указанные в Приложении 1 к настоящим Правилам, определены на основе анализа практической деятельности ряда страховых организаций по рисковому виду страхования и, в частности, добровольному медицинскому страхованию, а также с учетом многолетней практики применения системы повышающих (понижающих) коэффициентов российскими страховыми организациями.

5.3. При заключении договора страхования по нескольким программам добровольного медицинского страхования страховая премия определяется по каждой из включенных в договор программ добровольного медицинского страхования. Страховая премия определяется путем умножения страхового тарифа на страховую сумму.

Размер страховой премии по договору страхования, включающему несколько программ добровольного медицинского страхования, определяется путем суммирования премий по этим программам.

5.4. При заключении договора страхования на неполный год размер страховой премии исчисляется в процентах от годовой суммы страховой премии. При сроке действия договора страхования до 1 месяца - 20%, 2 месяца – 30%, 3 месяца - 40%, 4 месяца - 50%, 5 месяцев - 60%, 6 месяцев - 70%, 7 месяцев - 75%, 8 месяцев - 80%, 9 месяцев - 85%, 10 месяцев - 90%, 11 месяцев - 95% от суммы годовой страховой премии.

5.5. Страховая премия по договору страхования может быть уплачена Страхователем единовременно или уплачиваться в рассрочку. Конкретные сроки уплаты определяются сторонами в договоре страхования.

Страховая премия уплачивается наличными деньгами в кассу Страховщика или путем передачи представителю (агенту) Страховщика либо путем безналичных расчетов.

5.6. Страхователь обязан уплатить Страховщику страховую премию (или первый взнос при уплате страховой премии в рассрочку) в течение 5-ти рабочих дней после подписания договора страхования, или в иной срок, согласованный сторонами.

Днем (моментом) уплаты страховой премии (взноса) считается:

- при безналичной оплате - день поступления денежных средств на расчетный счет Страховщика;

- при оплате наличными средствами - день уплаты страховой премии (взноса) в кассу Страховщика или их передачи представителю (агенту) страховой компании.

5.7. При неуплате в установленный договором страхования срок очередного страхового взноса, Страховщик вправе в одностороннем порядке расторгнуть договор страхования, направив Страхователю соответствующее уведомление. Договор страхования будет считаться расторгнутым по истечении 10 календарных дней с момента направления Страховщиком уведомления о расторжении договора страхования.

5.8. Расчет страховой премии по дополнительному соглашению в связи с увеличением страховой суммы при изменении стоимости или расширении перечня медицинских услуг, а также увеличении страхового риска производится в следующем порядке:

а) страховая премия по дополнительному соглашению делится на 12 месяцев и умножается на количество месяцев, оставшихся до конца действия основного договора страхования (неполный месяц считается за полный) - результатом является величина страховой премии по дополнительному соглашению, полученная исходя из увеличенного размера страховой суммы на оставшийся период срока действия основного договора страхования;

б) страховая премия по договору страхования делится на 12 месяцев и умножается на количество месяцев (неполный месяц считается за полный), оставшихся до конца срока действия договора страхования - результатом является величина страховой премии по основному договору на оставшийся период срока его действия;

в) величина страховой премии, подлежащая уплате Страхователем по дополнительному соглашению к основному договору страхования, определяется путем вычитания из полученной величины страховой премии по дополнительному соглашению (п.п. "а") величины страховой премии за оставшийся период срока действия по основному договору страхования (п.п. "б").

5.9. При увеличении страховой суммы соответствующие изменения в договор страхования, согласованные сторонами, оформляются путем составления и подписания дополнительного соглашения. При этом, если повышается страховой риск, Страховщик, по согласованию со Страхователем, применяет к базовым тарифным ставкам повышающие коэффициенты в установленных диапазонах применения согласно Приложению 1 к настоящим Правилам. Расчет дополнительной страховой премии производится в соответствии с п.5.8. настоящих Правил. Аналогичный порядок действует и при увеличении страхового риска в период действия договора страхования.

5.10. Если иное не предусмотрено договором страхования, в случае изменения по согласованию со Страховщиком условий договора страхования, связанных с сокращением Застрахованным перечня медицинских программ, Страховщик вправе, по согласованию с Застрахованным, возратить ему часть страховой премии пропорционально времени, в течение которого прекращается пользование им медицинскими услугами в рамках исключаемой программы (программ) или зачесть данную сумму в счет оплаты страховой премии при заключении (продлонгации) договора страхования на новый срок. Указанные изменения условий договора страхования оформляются сторонами в письменном виде.

## **6. СРОК СТРАХОВАНИЯ. ПОРЯДОК ЗАКЛЮЧЕНИЯ И ИСПОЛНЕНИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ**

6.1. Договор страхования по соглашению сторон заключается сроком менее одного года или на один год.

6.2. При заключении договора страхования между Страхователем и Страховщиком должно быть достигнуто соглашение по следующим существенным условиям:

- о Застрахованном лице (Застрахованных лицах);
- о характере события, на случай наступления которого в жизни Застрахованного лица осуществляется страхование (страхового случая);
- о программе страхования и перечне медицинских учреждений, оказывающих медицинскую помощь Застрахованным;
- о размере страховой суммы;
- о сроке действия договора.

6.3. Страховщик обязан ознакомить Страхователя с содержанием Правил страхования и вручить ему один экземпляр вместе с договором страхования (страховым полисом).

6.4. При заключении договора страхования Страховщик имеет право провести медицинское обследование страхуемого лица для оценки фактического состояния его здоровья или потребовать выписку из истории болезни.

Предварительное медицинское обследование производится за счет средств Страхователя. По соглашению сторон данное условие может быть включено в договор страхования.

6.5. Заключение договора страхования с юридическими лицами.

6.5.1. При заключении коллективных договоров на страхование принимается любое количество работников юридического лица.

6.5.2. Основанием для заключения договора является устное или письменное заявление Страхователя по установленной Страховщиком форме (Приложение 2 к настоящим Правилам).

6.5.3. Страховщик вправе запросить от Страхователя – юридического лица документально подтвержденные сведения о заболеваемости с временной утратой трудоспособности на предприятии за последние 3-5 лет – общее количество дней нетрудоспособности и случаев таковой, среднегодовую фактическую численность штатных работников, а при отсутствии таких данных у Страхователя – определять размер подлежащей уплате страховой премии по базовому тарифу, основанному на общей медицинской статистике.

6.5.4. Отношения между Страховщиком и Страхователем оформляются путем составления договора страхования, подписанного сторонами, и выдачи, при необходимости, страховых полисов на каждого Застрахованного (Приложения 4, 5 к настоящим Правилам).

Договор страхования оформляется в соответствии с требованиями действующего гражданского законодательства Российской Федерации в двух экземплярах, по одному для каждой стороны. К договору прилагается список Застрахованных, являющийся неотъемлемой его частью.

6.6. Заключение договора страхования с физическими лицами.

6.6.1. Основанием для заключения договора страхования с физическим лицом является устное или письменное заявление Страхователя по установленной Страховщиком форме (Приложение 3 к настоящим Правилам).

6.6.2. Договор страхования заключается в форме страхового полиса (Приложение 4 к настоящим Правилам).

Страховой полис выдается каждому Застрахованному в течение 5 рабочих дней после поступления страховой премии или ее первого взноса на расчетный счет или в кассу Страховщика. По соглашению сторон данное условие может быть изменено.

6.7. 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. При этом существенными признаются во всяком случае обстоятельства, указанные Страхователем в Заявлении на страхование, а также определенно оговоренные Страховщиком в договоре страхования (страховом полисе) или в его письменном запросе (п.п.6.1. – 6.2. Приложения 5 к настоящим Правилам).

6.8. Если после заключения договора страхования будет установлено, что Страхователь сообщил заведомо ложные сведения об обстоятельствах, имеющих существенное значение для определения вероятности наступления страхового случая и размера возможных убытков от его наступления, Страховщик вправе потребовать признания договора недействительным и применения последствий в соответствии с законодательством Российской Федерации, за исключением случая, когда обстоятельства, о которых умолчал Страхователь, уже отпали.

6.9. Если иное не предусмотрено договором, договор страхования вступает в силу (при условии уплаты страховой премии или первого страхового взноса при уплате страховой премии в рассрочку) с даты, указанной в договоре страхования, но не ранее:

- при перечислении денежных средств безналичным порядком - с 00 часов дня, следующего за днем поступления страховой премии (первого страхового взноса) на расчетный счет Страховщика;

- при внесении наличных денежных средств в кассу или представителю Страховщика - с 00 часов дня, следующего за днем, в который была произведена оплата.

Договор страхования оканчивается в 24 часа 00 минут дня, указанного сторонами в договоре как день окончания действия договора страхования.

6.10. Условия, содержащиеся в настоящих Правилах страхования и не включенные в текст договора страхования (страхового полиса), обязательны для Страхователя, если в договоре (страховом полисе) прямо указывается на применение таких Правил и сами Правила изложены в одном документе с договором (страховым полисом) или на его оборотной стороне либо приложены к нему. В последнем случае вручение Страхователю при заключении договора Правил страхования должно быть удостоверено записью в договоре.

6.11. При заключении договора страхования Страхователь и Страховщик могут договориться об изменении или исключении отдельных положений Правил страхования и о дополнении Правил. Кроме того, Страховщик и Страхователь могут договориться об объеме страхового покрытия путем определения перечня заболеваний (состояний), обращение по поводу которых является страховым случаем по соответствующему договору страхования, а также путем определения исчерпывающего перечня лекарственных средств, изделий медицинского назначения, медицинских и иных услуг, включаемых в Программу страхования Застрахованного лица, а также изменения перечня исключений из Программ страхования. Перечень, медицинских и иных услуг по Договору страхования в рамках конкретной программы страхования, а также любое сочетание программ страхования может иметь оригинальное название.

6.12. В случае утраты Страхователем в период действия страхования страхового полиса, на основании его письменного заявления (в произвольной форме) в течение трех рабочих дней ему выдается дубликат полиса. После выдачи дубликата утраченный полис считается недействительным и выплаты по нему не производятся.

6.13. Договор страхования исполняется сторонами в соответствии с законами Российской Федерации, иными нормативными правовыми актами и настоящими Правилами страхования.

6.14. Вопросы, не урегулированные настоящими Правилами, определяются в соответствии с требованиями законодательства Российской Федерации.

Если после заключения договора принят закон, устанавливающий обязательные для сторон правила иные, чем те, которые действовали при заключении договора, условия заключенного договора сохраняют силу, кроме случаев, когда в законе установлено, что его действие распространяется на отношения, возникшие из ранее заключенных договоров.

## **7. ПОРЯДОК ПРЕКРАЩЕНИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ**

7.1. Договор страхования прекращается в случаях:

7.1.1. Истечения срока его действия – с 24 часов дня, определенного договором в качестве даты окончания срока его действия.

7.1.2. Исполнения Страховщиком обязательств перед Страхователем по договору в полном объеме – с момента такового.

7.2. Договор страхования прекращается досрочно в случаях:

7.2.1. Ликвидации Страхователя, являющегося юридическим лицом, или смерти Страхователя, являющегося физическим лицом, если Застрахованные не приняли на себя обязанности Страхователя по договору страхования в течение 10 рабочих дней с момента принятия (выдачи) соответствующего акта государственного органа или вступления в законную силу судебного решения.

7.2.2. Смерти Застрахованного (при индивидуальном договоре страхования с физическим лицом) – в день смерти, определенный соответствующим свидетельством.

7.2.3. При неуплате в установленный договором страхования срок очередного страхового взноса с учетом п. 5.7. Правил.

7.3. Договор также досрочно прекращается в случае отказа Страхователя от замены Страховщика при передаче последним страхового портфеля другому Страховщику в соответствии с законодательством Российской Федерации. В этом случае Страхователю возвращается часть страховой премии пропорционально разнице между сроком, на который был заключен договор страхования, и сроком, в течение которого он действовал.



7.4. 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.

7.5. При досрочном прекращении договора страхования в случаях, предусмотренных п.7.2 настоящих Правил, Страховщик имеет право на часть страховой премии, пропорционально времени, в течение которого действовало страхование, за вычетом расходов на ведение дела.

При досрочном отказе Страхователя от договора страхования (п.7.4 настоящих Правил) уплаченная страховая премия не подлежит возврату, если договором не предусмотрено иное (конкретный размер части страховой премии, подлежащей в данном случае возврату Страхователю, определяется Страховщиком в каждом конкретном случае с учетом срока действия договора, расходов на ведение дела Страховщика).

7.6. Только в отношении Страхователей – физических лиц страховая премия подлежит возврату в случае отказа Страхователя от договора страхования в течение пяти рабочих дней со дня его заключения независимо от момента уплаты страховой премии, при отсутствии в данном периоде событий, имеющих признаки страхового случая.

7.6.1. В случае если страхователь отказался от договора добровольного страхования в срок, установленный пунктом 7.6 настоящих Правил, и до даты возникновения обязательств Страховщика по заключенному договору страхования (дата начала действия страхования), уплаченная страховая премия подлежит возврату Страховщиком Страхователю в полном объеме.

7.6.2. В случае если Страхователь отказался от договора добровольного страхования в срок, установленный пунктом 7.6 настоящих Правил, но после даты начала действия страхования, Страховщик при возврате уплаченной страховой премии Страхователю вправе удержать ее часть пропорционально сроку действия договора страхования, прошедшему с даты начала действия страхования до даты прекращения действия договора добровольного страхования.

7.6.3. Договор страхования считается прекратившим свое действие с даты получения Страховщиком письменного заявления страхователя об отказе от договора страхования или иной даты, установленной по соглашению сторон, но не позднее срока, определенного в соответствии с пунктом 7.6 настоящих Правил.

7.6.4. Возврат страховой премии осуществляется по выбору Страхователя наличными деньгами или в безналичном порядке в срок, не превышающий 10 рабочих дней со дня получения письменного заявления Страхователя об отказе от договора страхования (Приложение 6 к настоящим Правилам).

7.7. Изменение и расторжение сторонами договора страхования осуществляется в порядке, предусмотренном Гражданским кодексом Российской Федерации.

7.8. Договор страхования может быть признан недействительным с момента его заключения по основаниям, предусмотренным Гражданским кодексом Российской Федерации.

При недействительности договора страхования каждая из сторон обязана возвратить другой все полученное по нему, если иные последствия недействительности договора не предусмотрены законом.

Признание договора страхования недействительным осуществляется в соответствии с гражданским законодательством Российской Федерации.

## **8. ИЗМЕНЕНИЕ СТРАХОВОГО РИСКА**

8.1. В период действия договора страхования Страхователь (Застрахованный) обязан незамедлительно сообщить Страховщику о ставших ему известными значительных изменениях в обстоятельствах, сообщенных Страховщику при заключении договора, если эти изменения могут существенно повлиять на увеличение страхового риска. Значительными во всяком случае признаются, оговоренные в договоре страхования и в переданных Страхователю Правилах страхования. К значительным изменениям, в частности, могут быть отнесены изменения в сведениях, указанных Страхователем в Заявлении на страхование, о первичном диагностировании хронического заболевания, получении тяжелого увечья, установлении инвалидности, а также обстоятельства, предусмотренные Страховщиком и Страхователем в конкретном договоре страхования.

8.2. При получении информации об обстоятельствах, влекущих увеличение страхового риска Страховщик вправе потребовать изменения условий договора страхования или уплаты

дополнительной страховой премии соразмерно увеличению риска. Расчет дополнительной страховой премии производится в порядке, определенном в п.5.8 настоящих Правил.

Если Страхователь (Застрахованный) возражает против изменения условий договора страхования или доплаты страховой премии, Страховщик вправе потребовать расторжения договора в порядке, предусмотренном гражданским законодательством Российской Федерации.

При неисполнении Страхователем (Застрахованным) обязанностей по сообщению Страховщику об увеличении страхового риска последний вправе потребовать расторжения договора и возмещения убытков в порядке, предусмотренном гражданским законодательством Российской Федерации.

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

8.3. Последствия изменения страхового риска в период действия договора страхования, указанные в п.8.2 настоящих Правил, могут наступить только если они прямо предусмотрены в договоре.

## 9. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

### 9.1. Права и обязанности Застрахованного по договору страхования.

#### 9.1.1. *Застрахованный имеет право:*

а) на своевременное и качественное получение медицинских услуг в соответствии с избранными Страхователем Программой (программами) страхования и медицинскими учреждениями, определенными договором страхования;

#### 9.1.2. *Застрахованный обязан:*

- а) соблюдать предписания лечащего врача;
- б) соблюдать порядок, установленный в лечебном учреждении;
- в) обеспечить надлежащее хранение страхового полиса, исключающее возможность его использования для получения медицинских услуг третьими лицами;
- г) сообщить Страхователю и Страховщику об обстоятельствах, влекущих увеличение страхового риска.

### 9.2. Права и обязанности Страхователя по договору страхования.

#### 9.2.1. *Страхователь имеет право:*

- а) осуществлять контроль за соблюдением Страховщиком условий договора страхования;
- б) при коллективном страховании в период действия договора страхования заменять Застрахованных, внося соответствующие изменения в список Застрахованных лиц в соответствии с условиями, изложенными в п.9.4 настоящих Правил;

в) расширить список Застрахованных и (или) перечень медицинских услуг и медицинских учреждений для Застрахованных в пределах, предусмотренных настоящими Правилами и утвержденными программами добровольного медицинского страхования, при условии подписания подготовленного Страховщиком письменного дополнительного соглашения к договору страхования и своевременной уплаты дополнительно рассчитанной Страховщиком страховой премии;

г) в случае увольнения Застрахованного работника, Страхователь - юридическое лицо вправе заменить его другим в соответствии с условиями, изложенными в п. 9.5 настоящих Правил;

д) досрочно расторгнуть договор страхования в порядке, предусмотренном настоящими Правилами страхования и гражданским законодательством Российской Федерации;

е) отказаться от замены Страховщика в случаях и порядке, предусмотренных законодательством Российской Федерации.

#### 9.2.2. *Страхователь обязан:*

а) предоставить Страховщику полную и достоверную информацию, необходимую для заключения договора страхования;

б) уплатить страховую премию в размере и в сроки, определенные договором страхования;

в) довести до сведения каждого Застрахованного условия страхования, определенные договором страхования;

г) сообщить Страховщику об обстоятельствах, влекущих увеличение страхового риска.

### 9.3. Права и обязанности Страховщика.

#### 9.3.1. *Страховщик имеет право:*

а) требовать от Страхователя предоставления полной и достоверной информации, необходимой для заключения договора страхования;

б) по соглашению со Страхователем изменить страховую сумму по договору страхования путем составления дополнительного соглашения к договору страхования на условиях настоящих Правил и уплаты дополнительной страховой премии. Расчет дополнительной страховой премии производится в порядке, определенном в п.5.8 настоящих Правил;

в) потребовать расторжения договора страхования и возмещения убытков в порядке, предусмотренном гражданским законодательством Российской Федерации, при неисполнении Страхователем (Застрахованным) обязанностей по сообщению Страховщику об обстоятельствах, влекущих увеличение страхового риска;

#### 9.3.2. Страховщик обязан:

а) заключать договоры на оказание медицинских и иных услуг гражданам в соответствии с нормативными правовыми актами в области медицинского страхования, настоящими Правилами по добровольному медицинскому страхованию с любыми медицинскими учреждениями и сервисными компаниями (компания - ассистанс);

б) обеспечить своевременную выдачу Застрахованным страховых медицинских полисов;

в) обеспечить предоставление Застрахованным медицинской помощи и услуг, определенных договором страхования;

г) защищать интересы Застрахованных посредством контроля за объемом, сроками и качеством оказываемой Застрахованным медицинской помощи в соответствии с условиями договора;

д) не разглашать полученные в результате своей профессиональной деятельности сведения о состоянии здоровья Застрахованных и их имущественном положении;

е) применять актуарно (экономически) обоснованные страховые тарифы, которые рассчитываются в соответствии с методикой расчета страховых тарифов.

ж) по требованию Страхователя (Застрахованного), а также лиц, имеющих намерение заключить договор страхования, разъяснять положения, содержащиеся в правилах и договорах страхования.

з) соблюдать требования страхового законодательства.

9.4. Если иное не предусмотрено договором страхования, в случае увеличения списка Застрахованных при коллективной форме страхования Страхователь представляет Страховщику сведения, предусмотренные настоящими Правилами, о дополнительно страхуемых лицах и уплачивает за них страховую премию за период с заключения договора страхования в отношении указанных лиц до окончания срока страхования. При этом страховая премия за неполный месяц уплачивается как за полный.

В случае уменьшения по инициативе Страхователя числа Застрахованных (исключение Застрахованных из списка производится только с их согласия) договор в отношении этих лиц расторгается в порядке, предусмотренном Гражданским кодексом Российской Федерации. При этом уплаченная Страховщику страховая премия не подлежит возврату, если договором страхования не предусмотрено иное.

9.5. Если иное не предусмотрено договором страхования, в случае замены Застрахованных лиц другими лицами при коллективной форме проведения страхования без увеличения числа Застрахованных Страхователь представляет Страховщику сведения об исключаемых из списка Застрахованных и включаемых в него. Замена Страхователем Застрахованного лица, названного в договоре страхования, другим лицом, может быть произведена с согласия самого Застрахованного и Страховщика.

После возврата Страховщику страховых полисов на лиц, исключаемых из списка Застрахованных, вновь Застрахованным выдаются страховые полисы на условиях первоначально заключенного договора страхования.

При этом производится пересчет размера страховой премии с учетом состояния здоровья Застрахованных за не истекший срок страхования.

9.6. Ни одна из сторон не вправе передавать свои права и обязанности по настоящему Договору третьей стороне без письменного согласия другой стороны, кроме прав и обязанностей по договорам перестрахования. Сторона, передавшая права и обязанности по настоящему Договору третьей стороне без письменного согласия другой стороны, несет ответственность в

размере денежного исполнения переданного права и/или обязанности, в соответствии с ч.3 ст.388 ГК РФ.

**9.7. Права и обязанности сторон по использованию персональных данных:**

9.7.1. Страхователь, заключивший договор страхования со страховщиком на условиях настоящих Правил страхования, подтверждает свое согласие на обработку Страховщиком ниже перечисленных персональных данных Страхователя для осуществления страхования по Договору страхования, в том числе в целях проверки качества оказания страховых услуг и урегулирования убытков по Договору, администрирования Договора, защиты интересов Застрахованных лиц от мошенничества, а также в целях информирования Страхователя о других продуктах и услугах Страховщика.

9.7.2. Персональные данные Страхователя включают в себя: фамилия, имя, отчество, дата рождения, место рождения, адрес проживания, контактный телефон, паспортные данные, сведения о состоянии здоровья, заболеваниях и об обращениях в медицинские учреждения, другие данные, указанные в заключенном со Страховщиком Договоре страхования (включая неотъемлемые его части – заявление на страхование, приложения и др.), которые могут быть отнесены в соответствии с законодательством РФ к персональным данным.

9.7.3. Страхователь предоставляет Страховщику право осуществлять все действия (операции) с персональными данными включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, передачу партнерам (медицинским и иным учреждениям, с которыми у Страховщика имеются договорные отношения об оказании медицинской и иной помощи), обезличивание, блокирование, уничтожение, внесение в информационную систему, обработку с использованием средств автоматизации или без использования таких средств. Страховщик вправе обрабатывать персональные данные посредством включения их в электронные базы данных Страховщика. Страховщик может осуществлять обработку персональных данных в течение действий Договора страхования и в течение 5 (пяти) лет после его прекращения.

9.7.4. Страховщик имеет право во исполнение своих обязательств по Договору страхования передавать персональные данные Страхователя третьим лицам, при условии, что у Страховщика есть соглашение с указанными третьими лицами, обеспечивающими безопасность персональных данных при обработке и предотвращения разглашения персональных данных.

9.7.5. Подтверждая получение настоящих Правил страхования, Страхователь дает свое согласие на обработку персональных данных Страхователя с момента заключения Договора страхования (если заключению Договора страхования предшествовала подача Страхователем заявления на страхование, то согласие действует с даты, указанной в заявлении на страхование). Согласие Страхователя на обработку персональных данных Страхователя действует в течение 10 лет (если иное не установлено Договором страхования).

9.7.6. Страхователь вправе отозвать свое согласие посредством составления соответствующего письменного документа, который должен быть направлен в адрес Страховщика заказным письмом с уведомлением о вручении, либо вручен лично под расписку уполномоченному представителю Страховщика. В случае поступления Страховщику от Страхователя письменного заявления об отзыве согласия на обработку персональных данных, согласие считается отозванным с даты поступления указанного заявления Страховщику. После окончания срока действия Договора страхования (в том числе при его расторжении) или отзыва согласия на обработку персональных данных, Страховщик обязуется прекратить обработку персональных данных и уничтожить персональные данные Страхователя в срок не превышающий 10 лет с даты окончания срока действия Договора страхования/ отзыва согласия на обработку персональных данных.

9.7.7. Указанные выше положения настоящего пункта Правил страхования относятся также и к Застрахованному лицу в случае подписания им согласия на обработку Страховщиком персональных данных.

9.7.8. При поступлении письменного заявления об отзыве согласия на обработку Страховщиком, персональных данных Страховщик вправе расторгнуть договор.

9.7.9. В случае отзыва Застрахованным лицом своего согласия на обработку персональных данных действие договора страхования в отношении такого лица прекращается, а в случае отзыва такого согласия Страхователем, договор страхования прекращается полностью. При этом действие договора страхования (полностью или частично) прекращается досрочно с даты получения Страховщиком соответствующего заявления об отзыве согласия на обработку персональных

данных. В этом случае Страховщик обязуется уничтожить такие персональные данные в сроки, установленные действующим законодательством Российской Федерации.

9.7.10. Отзыв Застрахованным лицом или Страхователем согласия на обработку своих персональных данных, признается Страховщиком в качестве добровольного волеизъявления Застрахованного лица или Страхователя о досрочном отказе от договора страхования, в связи с чем уплаченная Страховщику страховая премия за лиц, в отношении которых прекращается действие договора страхования, не подлежит возврату Страхователю или зачету при последующем страховании новых лиц.

## **10. ПОРЯДОК ВЫПОЛНЕНИЯ ОБЯЗАТЕЛЬСТВ ПО ДОГОВОРУ. ОПЛАТА СТОИМОСТИ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ. СТРАХОВАЯ ВЫПЛАТА**

10.1. Право Застрахованного на получение и оплату медицинской помощи, предусмотренной договором страхования, наступает с даты, указанной в договоре страхования, при условии выполнения обязательств Страхователя по уплате страховых взносов.

10.2. Предоставление медицинской помощи, обусловленной договором страхования, осуществляется путем обращения Застрахованного в медицинские учреждения, указанные в договоре страхования, если иное не предусмотрено договором страхования или программой страхования.

При обращении Застрахованного в медицинское учреждение предъявляется страховой полис, выданный Страховщиком, паспорт либо другой документ, удостоверяющий личность Застрахованного.

По всем проблемным вопросам, возникшим в ходе реализации предоставленных полисом прав Застрахованный, обращается по контактному телефону Страховщика, указанному в страховом полисе.

10.3. Оплата стоимости услуг, оказанных медицинскими учреждениями, производится Страховщиком, исходя из фактических затрат на оказание медицинской помощи и медицинских услуг по ценам, согласованным между Страховщиком и медицинским учреждением, в пределах страховой суммы, установленной по договору страхования, путем перечисления Страховщиком денежных средств на счет медицинского или сервисного (ассистанс) учреждения.

Если иное не предусмотрено договором с медицинским или сервисным учреждением, перечисление денежных средств производится в течение пятнадцати рабочих дней после получения Страховщиком от медицинского учреждения счета с указанием диагноза, сроков лечения, перечня оказанных услуг, их стоимости и общей суммы расходов, понесенных по всем услугам, оказанным Застрахованному в пределах программы, предусмотренной договором страхования. В указанный выше срок входит время необходимое Страховщику для согласования им с медицинским учреждением разногласий по поводу наступления страхового события и размера страховой выплаты, в случае их возникновения.

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

## **11. ИСКОВАЯ ДАВНОСТЬ. ПОРЯДОК РАЗРЕШЕНИЯ СПОРОВ**

11.1. Иск по требованиям, вытекающим из договора добровольного медицинского страхования, может быть предъявлен в сроки, предусмотренные гражданским законодательством Российской Федерации.

11.2. Качество оказания медицинской помощи, соответствие ее условиям, предусмотренным в договоре страхования, контролируется Страховщиком.

11.3. Спорные вопросы, возникающие в процессе оказания медицинской помощи Застрахованным, разрешаются путем ведения переговоров и направления досудебной претензии.

При невозможности достижения соглашения по спорным вопросам, их решение передается на рассмотрение в суд, арбитражный или третейский в соответствии с их компетенцией.

## **12. ПРИМЕНИМОЕ ПРАВО**

12.1. Действие настоящих Правил и любого договора страхования, заключенного в соответствии с ними, регулируются положениями действующего законодательства. При этом, статья 317.1 Гражданского кодекса РФ не применяется к условиям договоров страхования, заключаемых в рамках настоящих Правил.

12.2. Ни одна из сторон не вправе передавать свои права и обязанности по Договору/Полису третьей стороне без письменного согласия другой стороны, кроме прав и обязанностей по договорам перестрахования. Сторона, передавшая права и обязанности по Договору/Полису третьей стороне без письменного согласия другой стороны, несет ответственность в размере денежного исполнения переданного права и/или обязанности, в соответствии с ч.3 ст.388 ГК РФ.