



УТВЕРЖДАЮ

Генеральный директор
ООО "Страховая компания НИК"
22.09.2016г.



/Родионов А.В./

(введены взамен редакций Правил страхования от 01.10.2003г., от 22.09.2006г., от 07.05.2007г., от 16.07.2007г., от 08.06.2009г., от 10.12.2010г., от 17.07.2012г., от 02.06.2014г., от 13.10.2015г.)

ПРАВИЛА ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

1. Определения
2. Общие положения
3. Объект страхования
4. Субъекты страхования
5. Страховые случаи
6. Страховая сумма
7. Франшиза
8. Страховая премия (страховой взнос) и страховой тариф
9. Договор страхования
10. Последствия изменения степени риска
11. Страховая выплата
12. Права и обязанности сторон
13. Порядок разрешения споров

1. ОПРЕДЕЛЕНИЯ

- Договор добровольного медицинского страхования (далее – «договор страхования») - соглашение между Страхователем и Страховщиком, в соответствии с которым Страхователь обязуется уплатить страховую премию в размере и сроки установленные договором страхования, а Страховщик обязуется при наступлении страхового случая организовать предоставление и оплатить медицинские и иные услуги (сервис), оказываемые Застрахованному лицу в соответствии с условиями договора страхования в пределах страховой суммы.

- Договор на предоставление лечебно - профилактической помощи (медицинских услуг) – соглашение Страховщика с медицинским учреждением, по которому медицинское учреждение обязуется предоставлять Застрахованным лицам медицинскую помощь определенного объема и качества в рамках программ медицинского страхования Страховщика.

- Застрахованное лицо - физическое лицо (лица), в пользу которого заключён договор страхования, имеющее право на получение медицинской или иной услуги при наступлении страхового случая в соответствии с выбранной программой добровольного медицинского страхования.

- Медицинские учреждения - лечебно-профилактические учреждения, научно-исследовательские, медицинские институты и другие учреждения (включая аптеки), оказывающие амбулаторно-поликлиническую, стационарную медицинскую помощь и/или лекарственное обеспечение, а также лица, осуществляющие медицинскую деятельность индивидуально или коллективно и имеющие лицензии на осуществление данной деятельности, с которыми Страховщик состоит в договорных отношениях.

- Медицинские услуги – мероприятия или комплекс мероприятий, направленных на предупреждение заболеваний, их диагностику и лечение, лекарственное обеспечение, имеющих самостоятельное законченное значение и определенную стоимость, а также оказание иных, сопутствующих медицинским услуг (в том числе сервисное обслуживание).

- Организация предоставления медицинской помощи - деятельность Страховщика по заключению договоров о порядке и оказании медицинских услуг Застрахованным лицам с Медицинскими учреждениями, а также контроль качества медицинских услуг оказанных Застрахованным лицам.

- Программа медицинского страхования (далее – «программа страхования») – документ (Приложения 5.1-5.14), определяющий перечень страховых случаев и комплекс медицинских услуг предоставляемых Застрахованным лицам, а также условия предоставления медицинских услуг. Договоры страхования могут заключаться как на условиях одной программы страхования, так и условиях нескольких программ.

- Страховой полис - документ, подтверждающий факт заключения договора страхования, содержащий основные сведения о Застрахованном лице и условиях страхования.

- Страховая медицинская карта - документ, предназначенный для записи информации о полученных Застрахованным лицом медицинских услугах (их объеме, наименовании) в соответствии с условиями договора страхования.

- Страховой риск - предусмотренное договором страхования предполагаемое событие (совокупность событий), на случай наступления которого проводится страхование.

- Страховой случай - предусмотренное настоящими Правилами добровольного медицинского страхования событие, свершившееся в период действия договора страхования, с наступлением которого возникает обязанность Страховщика осуществить страховую выплату в размере полной или частичной компенсации расходов Застрахованного лица, вызванных обращением его в медицинские учреждения за медицинскими услугами, включенными в программу медицинского страхования.

- Страхователь - юридические лица или дееспособные физические лица, заключившие со Страховщиком договор страхования.

- Страховщик – **общество с ограниченной ответственностью** «Страховая компания НИК», принимающее на себя обязательство организовать предоставление и возместить расходы за медицинские услуги, оказанные Застрахованным лицам, определенные договором страхования.

2. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

2.1. Настоящие Правила добровольного медицинского страхования (далее - Правила) регулируют отношения сторон при заключении и исполнении договоров страхования.

На основании настоящих Правил заключаются договоры страхования, в соответствии с которыми гарантируется организация и оплата медицинских услуг определенного перечня и качества в объеме программ добровольного медицинского страхования, разработанных Страховщиком.

2.2. По настоящим Правилам могут заключаться договоры индивидуального (одно Застрахованное лицо) (Приложение №3) и коллективного (более одного Застрахованного лица) страхования (Приложение №4).

2.3. При коллективном страховании Страхователь (юридическое лицо) заключает договор страхования в пользу своих работников (физических лиц) и может заменять их в договоре страхования на дру-

ное лицо лишь с согласия самого Застрахованного лица и Страховщика, причем в случае изменения в степени риска в связи с возрастом или иными факторами риска Страхователь обязан уплатить по требованию Страховщика дополнительную страховую премию.

2.4. При индивидуальном страховании Страхователь (физическое лицо) может заключить договор страхования, как в свою пользу, так и в пользу любого другого лица или лиц, на которые распространяются ограничения, перечисленные в п.п. 4.2, 4.3, 4.4.

3. ОБЪЕКТ СТРАХОВАНИЯ

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

4. СУБЪЕКТЫ СТРАХОВАНИЯ

4.1. В качестве субъектов добровольного медицинского страхования выступают:

- Страхователь (физические и юридические лица);
- Страховщик (страховая организация);
- Застрахованное лицо (физические лица);
- Медицинские учреждения, фармацевтические, ассистанские, экспертные и иные организации, с которыми Страховщик вступает в договорные отношения с целью выполнения обязательств по договору страхования.

Для целей настоящих Правил:

- к медицинским организациям относятся российские и зарубежные организации всех форм собственности, а также частные лица, имеющие право на осуществление медицинской деятельности;
- к фармацевтическим организациям относятся имеющие право на осуществление фармацевтической деятельности юридические лица и индивидуальные предприниматели;
- к ассистанским организациям относятся юридические лица, осуществляющие сервисную поддержку программ добровольного медицинского страхования по поручению Страховщика;
- к экспертным организациям относятся юридические лица и индивидуальные предприниматели, предоставляющие Страховщику услуги экспертного или консультативного характера;
- к иным организациям относятся юридические лица и индивидуальные предприниматели (кроме фармацевтических), производящие и торгующие, в частности, изделиями медицинского назначения, медицинскими изделиями, лечебным питанием.

4.2. Застрахованными лицами по настоящим Правилам могут быть лица в возрасте от 0 до 90 лет, если иное не оговорено в договоре страхования. Страховщик имеет право отказать в заключении договора страхования в пользу лиц старше 65 лет.

4.3. На страхование на основании настоящих Правил не принимаются:

- физические лица, состоящие на учете в наркологических, онкологических, психоневрологических, противотуберкулезных, кожно-венерологических диспансерах (по поводу венерических заболеваний), центрах по профилактике и борьбе со СПИДом;
- инвалиды I и II групп, дети-инвалиды.

Заключенный в отношении таких лиц Договор добровольного медицинского страхования может быть прекращен досрочно в порядке, предусмотренном настоящими Правилами.

4.4. Физические лица, состоящие на учете в онкологических, кожно-венерологических диспансерах (по поводу венерических заболеваний) принимаются на страхование на основании настоящих Правил при наличии специальных медицинских программ страхования, предусматривающих возможность страхования указанных лиц.

4.5. Перечень медицинских учреждений, с которыми Страховщик состоит в договорных отношениях приводится в приложении к договору страхования (Приложение №3).

5. СТРАХОВЫЕ СЛУЧАИ

5.1. Страховым случаем по настоящим Правилам признается обращение Застрахованного лица в Медицинское учреждение, из числа предусмотренных договором страхования, при заболевании (болезненном состоянии), травме, отравлении за получением медицинской и иной помощи, предусмотренной программой (программами) страхования, обусловленной договором страхования, и повлекшее возникновение обязательств Страховщика произвести оплату медицинских и иных услуг.

5.2. Не признается страховым случаем обращение Застрахованного за получением медицинских и иных услуг, не предусмотренных договором страхования.

Не являются страховыми случаями и не подлежат возмещению расходы на медицинские услуги, полученные Застрахованным лицом в связи с:

- нарушением здоровья в результате покушения на самоубийство, кроме случаев, когда Застрахованное лицо было вынуждено совершить попытку суицида в результате противоправных действий третьих лиц;

- умышленными действиями Застрахованного лица, направленными на причинение вреда здоровью, в том числе членовредительство, подтвержденные документами из компетентных органов;

- травмами, заболеваниями и отравлениями, полученными Застрахованным лицом в состоянии алкогольного, наркотического или токсического опьянения или в результате совершения им противоправных действий, находящихся в прямой причинной связи со страховым случаем;

- лечением алкогольной и наркотической зависимости;

- заболеваниями или травмами, возникшими в результате военных действий, маневров или иных военных мероприятий, гражданской войны, народных волнений всякого рода или забастовок, беспорядков, коллективных актов насилия политического, идеологического или социального происхождения, если доказано, что Застрахованное лицо принимало в них участие;

- онкологическими заболеваниями и их осложнениями, включая заболевания крови (с момента установления диагноза)

- психическими заболеваниями и их осложнениями, влекущими за собой стойкое изменение психики либо органические ее нарушения, а также различными травмами и соматическими заболеваниями, возникшими в связи с заболеваниями психической природы;

- особо опасными инфекциями согласно списку Минздрава РФ;

- наследственными заболеваниями, врожденными аномалиями и пороками (за исключением тех случаев, когда договор страхования был заключен до момента установления факта наличия данных заболеваний, аномалий или пороков);

- туберкулезом, саркоидозом и муковисцидозом независимо от клинической формы и стадии процесса; системными заболеваниями соединительной ткани (с момента установления диагноза); - хронической почечной недостаточностью, требующей проведения гемодиализа; циррозом печени; - сахарным диабетом (I и II типа) в стадии декомпенсации;

- профессиональными заболеваниями: хроническими интоксикациями, вызванными воздействиями химических производственных факторов (меланодермия, литейная лихорадка, тифлоновая лихорадка, пневмокониозы), заболеваниями, вызываемыми воздействием физических факторов (электросварка, гипертермия, лазерные излучения, декомпрессионная болезнь);

- воздействием ядерного взрыва, радиации или радиоактивного заражения, острыми и хроническими лучевыми поражениями;

- заболеваниями органов и тканей, требующими их трансплантации;

- лечением и повторными исследованиями после установления диагноза «Инфекции, передающиеся преимущественно половым путем», ВИЧ-инфекцией и ее осложнения;

- пластической хирургией, ортопедией, косметическим лечением и процедурами, хирургическим изменением пола за исключением случаев, связанных с восстановлением и/или коррекцией после несчастного случая, возникшего в период действия договора страхования;

- лечением бесплодия (мужского и женского), абортами без медицинских показаний; лечением, процедурами, препаратами и средствами, которые способствуют или предотвращают зачатие, а также стерилизацией;

- болезни Застрахованного лица, прямо или косвенно связанной с ВИЧ-инфекцией, СПИДом, как это определено Международной Организацией Здравоохранения (WORLD HEALTH ORGANIZATION) или любым другим аналогичным синдромом.

- все виды косметического массажа, за исключением предписанного врачом как часть лечения.

- иммунизацией (в связи с поездкой за рубеж);

- приобретением Страхователем (Застрахованным лицом) медикаментов и лекарственных средств без подтвержденного врачом назначения;

- получением медицинских услуг или приобретением товаров, не являющихся необходимыми для диагностирования или лечения заболевания врачом;

- получением справок (на право управления автотранспортом, на право ношения оружия, посещение бассейна, для выезда за рубеж, для поступления в учебные заведения и т.п.).

5.3. Условиями договора страхования могут быть предусмотрены иные исключения из перечня страховых рисков.

6. СТРАХОВАЯ СУММА

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

6.2. Страховая сумма на все или на каждое Застрахованное лицо по договору страхования определяется Страховщиком и Страхователем по соглашению сторон исходя из программы страхования, выбранной Страхователем, возраста Застрахованного лица, срока действия договора страхования, среднего или максимального уровня расходов, которые Страхователь может понести при различных заболеваниях при оказании медицинских услуг в рамках выбранной Страхователем программы страхования и иных факторов. Страховая сумма не может быть ниже минимальной страховой суммы, установленной Страховщиком для каждой из программ страхования.

6.3. Страховая сумма может определяться по всей Программе в целом или по совокупности Программ, либо по отдельным заболеваниям (состояниям), отдельным видам медицинской помощи, в том числе медицинским услугам, обеспечению лекарственными средствами или изделиями медицинского назначения или их различной совокупности, по каждому страховому случаю или агрегатно (по всем страховым случаям суммарно).

6.4. Страхователь вправе в период действия договора страхования по согласованию со Страховщиком изменить страховую сумму путем оформления на условиях настоящих Правил дополнительного соглашения.

6.5. Страховая сумма устанавливается в российских рублях. По соглашению сторон в договоре страхования страховая сумма может быть указана в иностранной валюте, эквивалентом которой является соответствующая сумма в рублях (в дальнейшем – «страхование с валютным эквивалентом»).

При этом с целью осуществления контроля за валютным риском Страховщик вправе применять ограничения на величину изменения курса валют, принимаемого Страховщиком в качестве допустимого для применения страхования с валютным эквивалентом. Применение таких ограничений возможно при его надлежащем закреплении в договоре страхования (полисе), применении увеличенного страхового тарифа, а также использовании иных инструментов, не противоречащих действующему законодательству РФ, позволяющим контролировать валютный риск.

7. ФРАНШИЗА

7.1. Франшиза - часть убытков, которая определена договором страхования, не подлежащая возмещению страховщиком страхователю или иному лицу, интерес которого застрахован в соответствии с условиями договора страхования, и устанавливается в виде определенного процента от страховой суммы или в фиксированном размере.

Договором страхования может быть предусмотрена франшиза – условная, безусловная или временная.

При установлении условной франшизы Страховщик не возмещает расходы за ущерб, не превышающий сумму франшизы, но возмещает расходы полностью при превышении размера ущерба этой суммы;

При установлении безусловной (вычитаемой) франшизы во всех случаях возмещается ущерб за вычетом суммы франшизы.

7.2. Договор страхования может также устанавливать временную франшизу, то есть период времени (в днях) - между вступлением договора страхования в силу и началом ответственности Страховщика по организации медицинской помощи и услуг, - в течение которого оплата полученных медицинских услуг находится на собственном удержании Страхователя (Застрахованного лица).

7.3. Применение в договоре страхования франшизы может служить основанием для снижения страхового тарифа (применения поправочных коэффициентов, предусмотренных в настоящих Правилах), кроме случаев, когда применение франшизы является непременным условием принятия риска на страхование.

8. СТРАХОВАЯ ПРЕМИЯ (СТРАХОВОЙ ВЗНОС) И СТРАХОВОЙ ТАРИФ

8.1. Страховой премией (страховым взносом) является плата за страхование, которую Страхователь обязан внести Страховщику в порядке и сроки установленные договором страхования.

В предусмотренных Договором страхования случаях обязанность по уплате страховой премии может быть возложена на Застрахованное лицо.

8.2. Страховщик при определении размера страховой премии, подлежащей уплате по договору страхования, применяет разработанные им страховые тарифы (тарифные ставки), определяющие ставку страховой премии с единицы страховой суммы в зависимости от программ страхования, возраста Застрахованного лица, результатов предварительного медицинского обследования, срока страхования и

иных условий и факторов, влияющих на степень риска наступления страхового случая (Приложение 6.1-6.2).

Размер страховой премии может корректироваться с учетом коэффициентов, устанавливаемых Страховщиком в зависимости от степени риска наступления страхового события (Приложение 6.1-6.2), а также учитывая коэффициенты, указанные в п.8.3 настоящих Правил.

8.3. При установлении у лица, принимаемого на страхование, факторов повышенного риска госпитализации размер страхового взноса увеличивается на соответствующий коэффициент, который определяется Страховщиком экспертным путем и составляет для лиц:

- не имеющих хронических заболеваний и высокого риска их развития - 1.00;
- не имеющих хронических заболеваний, но имеющих высокий риск их развития - 1.10;
- имеющих установленный диагноз хронического заболевания редко рецидивирующего (благоприятного) течения, при котором имеются показания к плановому хирургическому лечению - 1.25;
- имеющих установленный диагноз хронического заболевания (или нескольких заболеваний) часто рецидивирующего (прогрессирующего течения), с большим риском хирургического лечения - 1.50.

8.4. При существенном изменении условий оказания медицинских услуг в Медицинских учреждениях (применение нового медицинского оборудования, использование новых методов диагностики и лечения и т.п.), связанных с увеличением стоимости оказания медицинских услуг, а также при поступлении от Страхователя заявления о расширении перечня медицинских услуг размер страховой премии может быть изменен по соглашению сторон.

8.5. Размер страховой премии при страховании на срок более одного года:

- в случае страхования на несколько лет общая страховая премия по договору страхования в целом устанавливается как сумма страховых взносов за каждый год;
- в случае страхования на год (несколько лет) и несколько месяцев страховая премия за указанные месяцы определяется как часть страхового взноса за год пропорционально полным месяцам неполного года, входящего в период страхования.

8.6. При страховании на срок менее одного года страховая премия рассчитывается пропорционально сроку действия договора страхования по месяцам от годового размера страховой премии.

8.7. Страховая премия может быть уплачена Страхователем единовременно или в рассрочку (страховыми взносами), наличными деньгами или безналичным платежом, если иное не предусмотрено в договоре страхования. Порядок и сроки уплаты премии определяются в договоре страхования.

Днем уплаты страховой премии (взноса) считается:

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

Если к сроку, установленному в договоре страхования первый или единовременный страховой взнос (страховая премия) не был уплачен или был уплачен не полностью, договор страхования считается не вступившим в силу, а поступившие страховые взносы возвращаются Страхователю, если иное не предусмотрено Договором.

Неуплата очередного страхового взноса (страховой премии) Страхователем в установленный договором страхования срок является для сторон договора страхования выражением воли Страхователя на отказ от договора страхования, если иное не предусмотрено Договором. При этом договор страхования расторгается без какого-либо письменного уведомления Страхователя с 00 часов 00 минут дня, следующего за днем окончания установленного договором страхования срока уплаты очередного страхового взноса (страховой премии), который не был уплачен полностью или частично. Страховщик не несет ответственности по страховым случаям, произошедшим с момента прекращения договора страхования. В случае оплаты страховой премии после прекращения договора страхования, денежные средства, уплаченные после даты расторжения, возвращаются Страхователю в полном объеме.

8.8. Страховая премия (страховой взнос) устанавливается в российских рублях. По соглашению сторон в договоре страхования страховая премия (страховой взнос) может быть указана в иностранной валюте, эквивалентом которой является соответствующая сумма в рублях.

При страховании с валютным эквивалентом, страховая премия (страховой взнос) уплачивается в рублях по курсу Центрального Банка Российской Федерации, установленному для иностранной валюты на дату уплаты (перечисления).

9. ДОГОВОР СТРАХОВАНИЯ

9.1. Договор страхования заключается на срок не менее одного месяца до одного года. Договор может быть заключен на срок более одного года с расчетом и уплатой страховой премии ежегодно.

9.2. Договор страхования заключается на основании письменного заявления Страхователя, которое должно содержать информацию, необходимую для заключения договора страхования.

9.3. Для заключения Договора Страхователь должен представить Страховщику:

а) сведения о Страхователе:

- фамилию, имя, отчество для физических лиц (полное наименование юридического лица);
- домашний адрес (адрес местонахождения для юридического лица) и телефон (если имеется);
- банковские реквизиты (при наличии);

б) сведения о Застрахованных лицах:

- фамилию, имя, отчество;
- пол;
- домашний адрес и телефон (если имеется) либо иную информацию, позволяющую связаться с указанным лицом;
- дату рождения;
- условия страхования (предполагаемый перечень медицинских услуг – программа/мы добровольного медицинского страхования и уровень страхового обеспечения);
- срок (период) страхования;
- характер производства (по требованию Страховщика);
- сведения о фактическом состоянии здоровья лиц подлежащих страхованию (по требованию Страховщика);

9.4. Договор страхования заключается в течение пяти **рабочих** дней после поступления заявления Страхователя.

9.5. При заключении договора страхования Страховщик знакомит Страхователя с условиями страхования и вручает последнему настоящие Правила, что должно быть подтверждено подписью Страхователя.

9.6. При заключении договора страхования Страховщик имеет право проверить достоверность предоставленных Страхователем данных. В случае выявления неполных (недостоверных данных), Страховщик имеет право продлить срок на заключение договора страхования, указанный в п. 9.4 Правил до предоставления Страхователем достоверной информации.

Если недостоверность данных, сообщённых при заключении договора страхования и влияющих на степень риска, будет обнаружена после вступления договора страхования в силу, Страховщик имеет право потребовать признания договора страхования недействительным и применения последствий недействительности сделки.

9.7. Договор страхования вступает в силу с момента подписания и действует до даты указанной в договоре страхования, если иной срок действия не предусмотрен договором страхования.

9.8. Период страхования оговаривается условиями договора страхования. Начало периода страхования устанавливается:

- при уплате страховой премии (первого страхового взноса) наличными деньгами - с 00 часов даты следующей за датой оплаты страховой премии (или первого страхового взноса) в кассу Страховщика;
- при уплате страховой премии (первого страхового взноса) путем безналичного расчета - с 00 часов даты, следующей за датой поступления страховой премии (или первого страхового взноса) на расчетный счет Страховщика.
- с даты, оговоренной в договоре.

9.9. **Страховщик при необходимости, по устному запросу Страхователя**, выдает Застрахованным лицам страховые полисы (Приложение №1 или Приложение №2).

9.10. Договор страхования прекращается в случаях, если договором не установлено иное:

- истечения срока действия;
- исполнения Страховщиком обязательств по договору страхования в полном объеме (в размере страховой суммы);
- смерти Страхователя - физического лица или ликвидации Страхователя - юридического лица кроме случаев замены Страхователя в договоре страхования;
- ликвидации (отзыв лицензии) Страховщика в установленном законодательством Российской Федерации порядке;
- в случае неуплаты Страхователем очередного страхового взноса (страховой премии) в установленные договором страхования сроки и размере;
- по требованию (инициативе) Страховщика при нарушении Страхователем обязанностей, предусмотренных п. 12.3. настоящих Правил;
- по инициативе Страхователя (в том числе в случае отзыва согласия на обработку персональных данных Страхователем в соответствии с Федеральным законом от 27 июля 2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных»);
- по соглашению Сторон;
- если возможность наступления страхового случая отпала, и существование страхового риска прекратилось по обстоятельствам иным, чем страховой случай;
- в других случаях, предусмотренных действующим законодательством Российской Федерации.

9.11. При досрочном прекращении договора страхования Страховщик имеет право на часть

страховой премии, пропорционально времени, в течение которого действовало страхование.

9.12. В случае коллективного страхования при увольнении работника (Застрахованного лица) договор в отношении него расторгается, а вопрос о возврате уплаченной страховой премии решается в зависимости от условий, оговоренных в договоре страхования. Договором страхования может быть предусмотрено:

1. возврат уплаченной Страхователем премии (взносов) не производится;
2. Страховщик возвращает Страхователю часть страховой премии в размере, исчисленном согласно формуле:

$$Pr = \frac{Pi \times n}{N} - \Sigma$$

где:

Pr – возвращаемая часть страховой премии;

Pi – страховая премия на Застрахованное лицо по договору страхования;

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

N – срок действия договора страхования, оговоренный при заключении этого договора;

Σ – сумма выплаченного возмещения в отношении Застрахованного лица;

3. Страховщик возвращает Страхователю часть страховой премии в размере, исчисленном согласно формуле:

$$Pr = (1 - F) \frac{Pi \times n}{N} - \Sigma$$

где:

Pr – возвращаемая часть страховой премии;

F – расходы на ведение дела согласно структуры тарифа по программе страхования действующей по договору страхования.

Pi – страховая премия на Застрахованное лицо по договору страхования;

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

N – срок действия договора страхования, оговоренный при заключении этого договора;

Σ – сумма выплаченного возмещения в отношении Застрахованного лица;

9.13. 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. О намерении досрочно прекратить действие договора страхования Страхователь обязан уведомить Страховщика не позднее 30 **календарных** дней до даты прекращения.

9.14. Возврат страховой премии не производится в случае смерти Застрахованного лица, если договором не предусмотрено иное.

9.15. Соглашение об изменении или о расторжении договора страхования совершается в той же форме, что и сам договор страхования.

10. ПОСЛЕДСТВИЯ ИЗМЕНЕНИЯ СТЕПЕНИ РИСКА

10.1. В период действия договора страхования Страхователь обязан незамедлительно сообщать Страховщику о ставших ему известными значительных изменениях в обстоятельствах, сообщенных Страховщику при заключении договора страхования, если эти изменения могут существенно повлиять на увеличение страхового риска.

10.2. Страховщик, уведомленный об обстоятельствах, влекущих увеличение страхового риска, вправе потребовать изменения условий договора страхования или уплаты дополнительной страховой премии соразмерно увеличению риска. Если Страхователь возражает против изменения условий договора страхования или доплаты страховой премии, Страховщик вправе потребовать расторжения договора.

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

10.3. Значительными обстоятельствами, изменения в которых влияют на степень риска по настоящим Правилам, признаются:

- выявление у Застрахованного лица заболеваний (состояний) или обстоятельств указанных в п.п. 5.2. настоящих Правил;

- изменения в сведениях (обстоятельствах), сообщенных Страховщику при заключении договора страхования;

В договоре страхования могут предусматриваться иные обстоятельства, которые могут существенно повлиять на увеличение степени страхового риска.

11. СТРАХОВАЯ ВЫПЛАТА

11.1. Страховая выплата осуществляется в соответствии с условиями договора на предоставление медицинских услуг и на основании счета медицинского учреждения за оказание медицинской помощи и услуг путем безналичного перечисления денежных средств на расчетный счет медицинского учреждения (или другому участнику страхования) по их счетам в течение 60 календарных дней после получения счета при условии подписания акта выполненных работ, если иное не установлено договором с медицинской организацией (или другим участником страхования). Страховая выплата может быть осуществлена посредством компенсации Застрахованному лицу его документально подтвержденных затрат по оплате медицинской помощи и услуг, включенных в программу страхования.

11.2. Оплата стоимости услуг, оказанных Медицинскими учреждениями, производится исходя из фактических затрат на оказание медицинской помощи и медицинских услуг по ценам, согласованным между Страховщиком и Медицинским учреждением.

Договором с Медицинскими учреждениями об оказании медицинских услуг Застрахованным лицам может быть предусмотрена предоплата оказания медицинских услуг в счет будущих страховых выплат с последующим расчетом по фактически оказанным услугам.

11.3. Страховщик принимает к оплате (для компенсации) счета или иные документы, подтверждающие факт оказания Застрахованным лицам медицинских услуг, в случае если они предоставлены:

- Медицинскими учреждениями, предусмотренными договором страхования;
- Страхователем (Застрахованным лицом) по медицинским услугам, оказанным Застрахованным лицам в Медицинских учреждениях, с письменного согласия Страховщика.

11.4. Страховщик возмещает Застрахованным лицам их личные средства, израсходованные на получение медицинской помощи (если таковая организована Страховщиком или согласована со Страховщиком), при предъявлении Застрахованными лицами оригинальных документов, подтверждающих факт оказания и оплаты медицинских услуг, предусмотренных программой страхования в пределах страховой суммы:

- оригинал кассового чека с квитанцией к приходному кассовому ордеру или копии бланка строгой отчетности, приравненного к кассовому чеку,
- оплаченный счет с указанием медицинской организации, перечня оказанных услуг и их стоимости,
- направление на лечение, выписка из медицинской карты амбулаторного или стационарного больного

Страховщик вправе сократить вышеизложенный перечень документов.

Страховщик после проверки и анализа, полученных в соответствие с вышеуказанным порядком, документов в течение 30 календарных дней принимает решение о страховой выплате (компенсации) оказанных Застрахованному лицу медицинских услуг и производит оплату либо предоставляет письменный отказ Застрахованному лицу. Решение о страховой выплате (компенсации) оформляется Актом о страховом случае, утверждаемым Страховщиком в одностороннем порядке.

При необходимости проверки обстоятельств страхового случая и представленных документов Страховщик имеет право отсрочить принятие решения о страховой выплате на дополнительный срок до **60 календарных** дней.

11.5. Если Застрахованному лицу оказаны медицинские услуги, не предусмотренные программой страхования или не согласованные со Страховщиком, Страховщик оплату таких услуг не производит и обязанность по их оплате Медицинскому учреждению лежит на Страхователе (Застрахованном лице). Если Страховщик ошибочно оплатит указанные услуги Медицинскому учреждению, Страхователь обязан возместить указанную сумму (вернуть выплату) Страховщику в срок не позднее **10 календарных** дней с момента извещения Страхователя о неправомерности получения указанной выплаты.

11.6. Страховщик имеет право отказать в страховой выплате в случаях, предусмотренных настоящими Правилами, а также при предоставлении Страхователем или Застрахованным лицом документов содержащих заведомо ложную информацию, умышленного сокрытия информации, имеющей существенное значение для суждения о страховом событии и других случаях предусмотренных настоящими Правилами.

Решение об отказе в страховой выплате принимается Страховщиком и сообщается Страхователю в письменной форме с мотивированным обоснованием причин отказа в течение **10 календарных** дней с момента предоставления всех документов. В этом случае оплата медицинских услуг производится Страхователем (Застрахованным лицом) за счет своих средств.

11.7. Не оплачивается Страховщиком стоимость трансплантантов, эндопротезов, протезов, имплантантов, а также расходы на приобретение медицинского оборудования, изделий медицинского назначения и предметов по уходу за больными при любых заболеваниях.

11.8. Не оплачиваются Страховщиком расходы, возникшие по окончании срока действия договора страхования, за исключением расходов, связанных с госпитализацией Застрахованного лица, начав-

шейся в течение срока действия договора страхования, до момента устранения угрозы жизни Застрахованного лица.

11.9. Страховщик не оплачивает часть стоимости лечения (оказанных Застрахованному лицу медицинских услуг), которая превышает страховую сумму, установленную договором страхования.

11.10. При несогласии Застрахованного лица с решением Страховщика (с решением экспертной комиссии) об отказе в оплате услуг Медицинских учреждений это решение может быть обжаловано в порядке, предусмотренном законодательством Российской Федерации.

12. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

12.1. Застрахованное лицо имеет право:

- на получение медицинских услуг в соответствии с условиями, указанными в договоре страхования, в Медицинских учреждениях, перечень которых определен в договоре страхования или иных медицинских учреждениях по согласованию со Страховщиком;
- сообщать Страховщику о случаях неоказания медицинских услуг, неполного или некачественного оказания таких услуг;
- принять на себя обязанности Страхователя, в случае ликвидации Страхователя - юридического лица или смерти Страхователя - физического лица;
- на получение дубликата страхового полиса, медицинской карты в случае утраты.

12.2. Застрахованное лицо обязано:

- соблюдать предписания лечащего врача и распорядок, установленный Медицинским учреждением;
- заботиться о сохранности страховых документов (полисов, медицинских карточек), при утрате указанных документов – незамедлительно уведомить об этом страховщика, не передавать страховой полис другим лицам с целью получения ими медицинских услуг;
- предоставить Страховщику право полного доступа к любой медицинской информации от любого медицинского и других учреждений по поводу своего состояния здоровья в прошлом, настоящем и будущем;
- незамедлительно информировать Страховщика об известных ему следующих предстоящих и наступивших событиях:
 - любое стационарное лечение;
 - любое хирургическое лечение;
 - беременность;
 - лечение и/или обследование в лечебном учреждении, не указанном в договоре страхования;
 - выявлении заболевания, не входящего в перечень страховых рисков по договору страхования;
- выполнять иные обязанности, предусмотренные настоящими Правилами и договором страхования.

12.3. Страхователь обязан:

- предоставить Страховщику достоверную информацию, необходимую для заключения договора страхования;
- уплачивать страховые взносы в размере и в сроки, установленные в договоре страхования;
- в случае досрочного прекращения договора страхования вернуть Страховщику страховые полисы (медицинские карточки), действие которых прекращается с момента прекращения договора страхования;
- в случае не предоставления медицинских услуг предусмотренных договором страхования немедленно поставить в известность об этом Страховщика. При отсутствии у Страхователя возможности сообщить об этом Страховщику, информировать Страховщика может любое уполномоченное Страхователем лицо;
- при коллективном страховании получать от застрахованных лиц и по первому требованию предоставить страховщику или его представителю письменное согласие Застрахованного лица на обработку персональных данных Застрахованного лица и состоянии его здоровья в медицинские учреждения или иные учреждения с целью исполнения обязательств Страховщика по Договору;
- незамедлительно письменно информировать Страховщика об увольнении застрахованных работников;
- выполнять иные обязанности, предусмотренные настоящими Правилами и договором страхования.

12.4. Страхователь имеет право:

- требовать от Страховщика соблюдения условий договора страхования;
- при коллективном страховании внести изменения в список Застрахованных лиц;
- по соглашению со Страховщиком расширить перечень (объем) медицинских услуг в пределах, предусмотренных настоящими Правилами и утвержденными программами страхования, путем

подписания дополнительных соглашений к договору страхования с соответствующим перерасчетом страховой премии;

- в случае увольнения Застрахованного работника, Страхователь – юридическое лицо вправе заменить его другим с согласия самого Застрахованного лица и Страховщика. Оформление замены Застрахованного на другое лицо производится в письменном виде на основании документа, свидетельствующего о согласии Застрахованного лица на замену, путем внесения необходимых изменений в договор страхования и соответствующие приложения к нему.

- требовать предоставления Застрахованным лицам в Медицинских учреждениях медицинских услуг, определенных в договоре страхования, в соответствии с условиями страхования и программой страхования;

- досрочно расторгнуть договор страхования.

12.5. Страховщик обязан:

- обеспечить конфиденциальность в отношениях со Страхователем (Застрахованным лицом) в соответствии с действующим законодательством РФ об охране здоровья граждан (в том числе соблюдение врачебной тайны);

- не разглашать сведения о Страхователе и его имущественном положении, если это не вступит в противоречие с законодательными актами РФ.

- ознакомить Страхователя с настоящими Правилами;

- своевременно выдать страховые полисы и медицинские карточки Страхователю (Застрахованным лицам);

- организовать оказание медицинских услуг Застрахованным лицам, а именно:

- заключать с Медицинскими учреждениями договоры на оказание медицинских услуг;

- при невозможности провести обследование или лечение заболеваний в Медицинских учреждениях, указанных в договоре страхования, организовать предоставление медицинской помощи в других Медицинских учреждениях соответствующего профиля, оставляя за собой право самостоятельного выбора Медицинского учреждения с письменным уведомлением Страхователя (Застрахованного) об изменениях в списке Медицинских учреждений.

- обеспечивать контроль качества медицинского обслуживания Застрахованных лиц в соответствии с условиями договора на оказание медицинских услуг.

12.6. Страховщик имеет право:

- требовать от Страхователя (Застрахованного лица) предоставления достоверной информации, необходимой для заключения договора страхования;

- проверять сообщенную Страхователем (Застрахованным лицом) информацию;

- установить лимит на оплату медицинских услуг по договору страхования в зависимости от программы страхования;

- свободно выбирать медицинские учреждения для оказания медицинской помощи и услуг по договорам страхования;

- досрочно расторгнуть договор страхования при несоблюдении Застрахованным лицом или Страхователем своих обязанностей по договору страхования;

- по взаимному соглашению сторон, на основании выданной Страхователем или Застрахованным лицом доверенности, представлять самостоятельно или назначать лиц для представления в суде интересов Страхователя или Застрахованного лица, соответственно, по спорам, связанным с причинением вреда здоровью Медицинскими учреждениями, предусмотренными договором страхования;

- на ознакомление с медицинской документацией Застрахованного лица, отражающей его историю заболевания, физическое и психическое состояние, диагноз, ход и прогноз результатов лечения, а также имеет право использовать данную информацию для решения вопросов, связанных с реализацией договора страхования, оплатой оказанных Застрахованному лицу услуг, защитой прав Застрахованного лица;

- обрабатывать персональные данные на период действия договора страхования в соответствии с Федеральным законом от 27 июля 2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных».

12.7. Для получения медицинских услуг Застрахованное лицо обращается непосредственно в Медицинское учреждение, указанное в договоре страхования или к Страховщику.

Медицинские услуги оказываются Застрахованному лицу на основании предъявленного им паспорта или иного документа, удостоверяющего его личность, страхового полиса.

При обращении Застрахованного лица по поводу получения лекарственных средств в аптеку, указанную в договоре страхования, он предъявляет рецепт, установленной формы подписанный врачом медицинского учреждения, с которым Страховщик состоит в договорных отношениях.

Данные об оказанных медицинских или иных услугах заносятся в медицинскую карту, включая дату обращения, наименование услуги (код), стоимость.

12.8. При утрате в период действия договора страхования Застрахованным лицом полиса и/или медицинской карты он должен незамедлительно известить об этом Страховщика. Для получения

медицинских услуг в соответствии с Договором страхования, взамен утраченных документов Страхователю (Застрахованному) выдаются новые.

При повторной утрате страховых документов в течение действия договора страхования со Страхователя дополнительно взыскивается платеж в размере фактической стоимости их изготовления.

12.9. Страховщик организует и осуществляет в рамках договора страхования контроль качества, объемов и сроков оказания медицинских услуг силами штатных врачей-экспертов, а также с привлечением внештатных врачей-экспертов на договорной основе. Страховщик определяет соответствие выставленных Медицинскими учреждениями к оплате счетов за оказанные Застрахованным услуги их фактическому объему и качеству, с правом частично или полностью не возмещать затраты по оказанию медицинских услуг в случаях невыполнения соответствующих требований договора страхования. По итогам проверок оформляется «Акт экспертного контроля»;

Страховщик предъявляет претензии и иски Медицинским учреждениям по возмещению ущерба, причиненного Застрахованному лицу;

При необходимости Страховщик заключает договоры на выполнение медицинской экспертизы качества с компетентными организациями и специалистами. Основаниями для назначения медицинской экспертизы являются:

- жалобы Застрахованных лиц или Страхователей на качество оказания услуг;
- неблагоприятный исход заболевания Застрахованного лица, прямо связанный с недостатками в оказании медицинских услуг по программе страхования или включение в счет услуг, не входящих в программу;
- наличие многочисленных дефектов в оказании медицинских услуг;
- несоответствие проведенного лечения диагнозу заболевания, повлиявшие на срок лечения (согласно действующих медицинских стандартов);

Страховщик ведет учет всех предъявленных претензий, результатов их анализа и экспертного контроля.

12.10. Решение об отказе в оплате медицинских или иных услуг принимается экспертной комиссией Страховщика на основании заключения Медицинского учреждения и врача-эксперта Страховщика. В случае несогласия Медицинского учреждения с решением экспертной комиссии, отказ Страховщика в оплате медицинских и иных услуг может быть обжалован в порядке, предусмотренном действующим законодательством РФ.

13. ПОРЯДОК РАЗРЕШЕНИЯ СПОРОВ

13.1. Все споры по договору страхования между Страхователем и Страховщиком рассматриваются в претензионном порядке, а при недостижении согласия по претензиям - в Арбитражном суде Ульяновской области, Заволжском районном суде г. Ульяновска.

13.2. Срок рассмотрения претензий предъявленных в досудебном порядке – **30 календарных** дней с момента получения претензии.

13.3. В случае возникновения претензий со стороны Застрахованного лица претензия, предъявляемая Страховщику должна отражать позицию Страхователя (содержать документы) по данному вопросу.