



СТРАХОВАЯ ФИРМА
АДОНИС

ОБЩЕСТВО С ОГРАНИЧЕННОЙ ОТВЕТСТВЕННОСТЬЮ
“СТРАХОВАЯ ФИРМА “АДОНИС”

У Т В Е Р Ж Д А Ю

Генеральный директор
ООО «СФ «Адонис»

_____/Д.В.Фалетов/

(Приказ № 12/1-С от 29.02.2024.)

П Р А В И Л А

ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

(Измененная и дополненная редакция Правил страхования от «30» апреля 2010г., 30 января 2015г., 25 февраля 2016г., 24.05.2016г., 09.09.2016г., 26.12.2017г., 29.03.2019г., 23.03.2023.)

г. Пермь

1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

1.1. В соответствии с законодательством Российской Федерации, Гражданским кодексом РФ, Законом “Об организации страхового дела в Российской Федерации”, нормативными документами федерального органа исполнительной власти по надзору за страховой деятельностью настоящие Правила регулируют отношения, возникающие между Страховщиком и Страхователем по поводу добровольного медицинского страхования граждан.

1.2. Субъектами добровольного медицинского страхования выступают:

а) Страховщик - ООО “СФ “Адонис”, страховая организация, созданная в соответствии с законодательством Российской Федерации для осуществления деятельности по страхованию и получившая лицензию на осуществление страхования в установленном Законом «Об организации страхового дела в Российской Федерации» порядке;

б) Страхователи – юридические лица любых организационно-правовых форм, предусмотренных гражданским законодательством Российской Федерации, и дееспособные физические лица, заключившие со Страховщиком договор добровольного медицинского страхования.

Страхователи - юридические лица заключают со Страховщиком договоры о страховании третьих лиц в пользу последних (Застрахованные лица).

Страхователи - физические лица заключают со Страховщиком договоры страхования в свою пользу или о страховании третьих лиц в пользу последних (Застрахованные лица);

в) Медицинские учреждения - организации (лечебно-профилактические и стационарные учреждения, научно-исследовательские и медицинские институты, реабилитационно-восстановительные и санаторно-курортные учреждения и др.) и физические лица, осуществляющие медицинскую деятельность на территории Российской Федерации и за ее пределами, имеющие лицензию на право осуществления медицинской деятельности;

г) граждан.

1.3. Договоры страхования заключаются в пользу граждан в возрасте от 1 года до 80 лет, проживающих на территории Российской Федерации.

1.4. Страхование проводится в индивидуальной и коллективной форме.

1.5. Договор страхования может быть заключен на следующих условиях:

1.5.1. Амбулаторно-поликлиническая помощь с условием оплаты лекарственных средств: организация предоставления и оплаты медицинских услуг, предусмотренных программой медицинского страхования, в медицинских учреждениях, оказывающих амбулаторно-поликлиническую помощь; возмещение расходов на лекарственные средства при амбулаторно-поликлиническом лечении в сумме не более 80 % от страховой суммы по программе “Амбулаторная помощь”. Оплата лекарственных средств осуществляется по рецепту врача при наступлении страхового случая, предусмотренного договором страхования. Порядок возмещения затрат на лекарственные средства определяется п. 7.2 настоящих Правил.

1.5.2. Стационарная помощь: организация предоставления и оплаты медицинских услуг, предусмотренных программой медицинского страхования, в медицинских учреждениях, оказывающих стационарную помощь;

1.5.3. Амбулаторно-поликлиническая помощь с условием оплаты лекарственных средств и стоматология: организация предоставления и оплаты медицинских услуг, предусмотренных программой медицинского страхования, в медицинских учреждениях, оказывающих амбулаторно-поликлиническую, стоматологическую помощь; возмещение расходов на лекарственные средства при амбулаторно-поликлиническом лечении в сумме не более 80 % от страховой суммы по программе “Амбулаторная помощь”. Оплата лекарственных средств осуществляется по рецепту врача при наступлении страхового случая, предусмотренного договором страхования. Порядок возмещения затрат на лекарственные средства определяется п. 7.2 настоящих Правил.

1.5.4. Комплексная медицинская помощь с условием оплаты лекарственных средств и стоматология: организация предоставления и оплаты медицинских услуг, предусмотренных программой медицинского страхования, в медицинских учреждениях, оказывающих амбулаторно-поликлиническую, стоматологическую и стационарную медицинскую помощь (комплексная программа медицинского страхования); возмещение расходов на лекарственные средства при амбулаторно-поликлиническом лечении в сумме не более 80 % от страховой суммы по программе “Амбулаторная помощь”. Оплата лекарственных средств осуществляется по рецепту врача при наступлении страхового случая, предусмотренного договором страхования. Порядок возмещения затрат на лекарственные средства определяется п. 7.2 настоящих Правил.

1.5.5. Стоматология организации предоставления и оплаты медицинских услуг, предусмотренных программой медицинского страхования, в медицинских учреждениях, оказывающих стоматологическую помощь.

Программа страхования может включать как все части (элементы) программы (указанные в п. 1.5. настоящих Правил страхования), так и любое их сочетание.

1.6. При коллективной форме проведения страхования в программах, перечисленных в п.п. 1.5.1 – 1.5.4., может предусматриваться возмещение расходов на санаторно-курортное и/или реабилитационно-восстановительное лечение после перенесенного заболевания, являющегося страховым случаем. («Комплексная медицинская помощь с условием покрытия расходов на санаторно-курортное и/или реабилитационно-восстановительное лечение»).

1.7. При заключении договора страхования Страховщик и Страхователь при условии применения к тарифной ставке соответствующих коэффициентов вправе договориться об объеме медицинской помощи в рамках Программы путем дополнения/изменения перечня организуемой и оплачиваемой Страховщиком медицинской помощи, включаемой в конкретную Программу, и о названии конкретной Программы, отражающей вид, объем и порядок предоставляемой Застрахованному медицинской помощи.

1.8. Перечень, медицинских и иных услуг по Договору страхования в рамках конкретной программы страхования, а также любое сочетание программ страхования может иметь оригинальное название.

1.9. Стороны Договора страхования могут предусмотреть в договоре добровольного медицинского страхования условия, отличные от указанных в настоящих Правилах с оговоркой о том, что соответствующие условия применяются в редакции установленной Договором. Положения настоящих Правил, действие которых не отменено и не изменено условиями, содержащимися в Договоре страхования, обязательны для Страхователя, Застрахованного лица и Страховщика.

1.10. При наличии противоречий между положениями договора добровольного медицинского страхования и настоящих Правил добровольного медицинского страхования преимущественную силу имеют положения, содержащиеся в Договоре.

1.11. Страховщик вправе разрабатывать и применять программы страхования (страховые продукты) под которыми понимаются типовые условия страхования,

разработанные Страховщиком на основании Правил страхования по одному или нескольким видам страхования, и предназначенные для заключения типовых Договоров страхования (с ограниченным количеством изменяемых условий Договора) с определенной категорией Страхователей, объединенных по страховым интересам, видам рисков, степени рисков и иным тарификационным факторам.

1.12. Страховщик вправе на основании настоящих Правил разрабатывать и применять страховые продукты с присвоением им маркетинговых названий. При этом указанные программы (продукты) могут также содержать условия и положения, отличающиеся по содержанию от настоящих Правил и имеющие преимущественную силу по отношению к настоящим Правилам.

1.13. На страхование не принимаются (если иное не предусмотрено договором страхования):

- граждане, состоящие на учете в наркологических, психоневрологических, противотуберкулезных, кожно-венерологических диспансерах, центрах по профилактике и борьбе со СПИДом;
- инвалиды;
- больные онкологическими заболеваниями и системными заболеваниями крови;
- граждане старше 80 лет.

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

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

2. ОБЪЕКТ СТРАХОВАНИЯ

2.1. Объектом добровольного медицинского страхования являются имущественные интересы Страхователя (Застрахованного лица), 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.

3. СТРАХОВЫЕ СЛУЧАИ И ОБЪЕМ СТРАХОВОЙ ОТВЕТСТВЕННОСТИ

3.1. Страховым случаем является совершившееся событие, предусмотренное договором страхования, с наступлением которого возникает обязанность Страховщика осуществить страховую выплату.

3.2. Страховым случаем признается обращение Застрахованного лица в медицинское учреждение из числа предусмотренных договором страхования при остром заболевании, обострении хронического заболевания, травме, отравлении и других заболеваниях, при изменениях психосоматического состояния за получением медицинской помощи, в том числе: лечебной (включая лекарственную), диагностической, консультативной, санаторно-курортной и/или реабилитационно-восстановительной, оздоровительной, профилактической (включая иммунопрофилактическую), иной помощи (включая медико-социальную), требующей оказания услуг в пределах их перечня, предусмотренного договором страхования.

Страховым случаем также признается обращение Застрахованного лица за получением медицинской помощи в течение срока действия Договора страхования в соответствии с перечнем медицинских услуг программы страхования и в другие

медицинские учреждения, помимо предусмотренных Договором страхования, если это обращение согласовано и/или организовано Страховщиком.

Медицинская помощь по настоящим Правилам может оказываться, в том числе, с помощью телемедицинских технологий, если это предусмотрено Программой добровольного медицинского страхования. Применение телемедицинских технологий при оказании медицинской помощи осуществляется при соблюдении требований, установленных законодательством Российской Федерации в области персональных данных, и соблюдением врачебной тайны.

Под телемедицинскими технологиями по настоящим Правилам понимаются информационные технологии, обеспечивающие дистанционное взаимодействие медицинских работников между собой, с пациентами и / или их законными представителями, идентификация и аутентификацию указанных лиц, документирование совершаемых ими действий при проведении консилиумов, консультаций, дистанционного медицинского наблюдения за состоянием здоровья пациента.

3.3. Обращение Застрахованного лица в медицинское учреждение признается страховым случаем, только если оно имело место в течение срока действия договора страхования.

3.4. Страховщик принимает на себя обязательство организовать предоставление и оплатить Застрахованным лицам медицинскую помощь по технологиям, применяемым в медицинских учреждениях, определенных договором страхования, в соответствии с условиями договора страхования.

3.5. Случай не является страховым, если Застрахованное лицо обратился в медицинское учреждение:

а) по поводу получения травматического повреждения или иного расстройства здоровья, наступившего в связи с совершением действий, в которых судом установлены признаки умышленного преступления;

б) в связи с умышленным причинением Застрахованным лицом вреда своему здоровью, в том числе в связи с покушением на самоубийство;

в) в связи с получением травматического повреждения в состоянии алкогольного, наркотического или токсического опьянения.

3.6. Страховщик не производит выплат в связи с заболеваниями и травмами, вызванными:

а) воздействием ядерного взрыва, радиации или радиоактивного заражения;

б) военными действиями, а также маневрами или иными военными мероприятиями;

в) гражданской войной, народными волнениями всякого рода или забастовками.

3.7. Страховщик не оплачивает медицинскую помощь и медицинские услуги, полученные:

3.7.1. по инициативе Застрахованного лица в медицинских учреждениях, не определенных договором страхования, без предварительного согласования со Страховщиком;

3.7.2. без назначения врача и/или наличия медицинских показаний;

3.7.3. по инициативе Застрахованного лица, если такие услуги не включены в программу страхования и/или перечень медицинских услуг;

3.7.4. Застрахованным лицом в состоянии наркотического или токсического опьянения (если такое состояние непосредственно связано с характером и объемом оказанной медицинской помощи).

3.8. Страховщик гарантирует оплату медицинских услуг, предусмотренных настоящими Правилами и соответствующими Программами, являющимися неотъемлемой частью Правил, предоставляемых медицинскими учреждениями в РФ и за рубежом. При этом организация оказания медицинских услуг в зарубежных медицинских учреждениях

может осуществлять как на основе прямых договоров Страховщика с зарубежными медицинскими учреждениями, так и через российские медицинские учреждения либо при посредничестве сервисных медицинских компаний, однако во всех перечисленных случаях оплата таких услуг будет считаться обоснованной при надлежащем оформлении документов и наличии у медицинского учреждения, оказавшего медицинские услуги, соответствующих регистрационных сертификатов, лицензии (аккредитации, разрешения и т.п.), которые необходимы ему по законодательству местонахождения учреждения для

осуществления им деятельности и не противоречат действующему законодательству РФ с точки зрения признания его медицинским учреждением.

4. СТРАХОВАЯ СУММА

4.1. Страховая сумма – денежная сумма, которая установлена в порядке, установленном федеральным законом и (или) 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, возраста и состояния здоровья Застрахованного лица, формы проведения страхования, срока действия договора страхования, стоимости сервисных услуг, включаемых в стоимость медицинских услуг, но не может быть менее установленной Страховщиком для конкретной программы страхования и категории медицинского учреждения, определенных договором страхования.

4.3. В период действия договора страхования Страхователь по согласованию со Страховщиком вправе увеличить страховую сумму при изменении цен на стоимость медицинских услуг, медицинской и лекарственной помощи (изменении степени риска), при расширении перечня медицинских услуг (лекарственной помощи), а также поменять медицинское учреждение в пределах, предусмотренных настоящими Правилами и утвержденными программами добровольного медицинского страхования.

Указанные изменения оформляются в письменном виде путем подписания соглашения к договору страхования с соответствующим перерасчетом страховой премии.

4.4. При заключении договора страхования по нескольким программам одновременно Страховщик несет ответственность по оплате медицинских и иных услуг в пределах страховой суммы по каждой из программ.

4.5. Договором страхования может быть предусмотрена франшиза.

Франшиза – часть убытков, которая определена федеральным законом и (или) договором страхования, не подлежит 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.

В соответствии с условиями страхования франшиза может быть условной (Страховщик освобождается от возмещения убытка, если его размер не превышает размер франшизы, однако возмещает его полностью в случае, если размер убытка превышает размер франшизы) и безусловной (размер страховой выплаты определяется как разница между размером убытка и размером франшизы).

Франшиза может быть в процентах от страховой суммы (лимита ответственности) либо от суммы выплаты или в твердой сумме. Договор страхования может также

устанавливать временную франшизу, то есть период времени, в течение которого оплата полученных медицинских услуг находится на собственном удержании Страхователя (Застрахованного лица).

5. СТРАХОВАЯ ПРЕМИЯ. СТРАХОВОЙ ТАРИФ.

5.1. Под страховой премией понимается плата за страхование, которую Страхователь обязан уплатить Страховщику в порядке и в сроки, установленные договором страхования.

5.2. При определении размера страховой премии Страховщик применяет разработанные им и согласованные с федеральным органом исполнительной власти по надзору за страховой деятельностью РФ тарифы (Приложение 1 к настоящим Правилам), определяющие премию, взимаемую с единицы страховой суммы, с учетом условий страхования (пп. 1.5 – 1.6 настоящих Правил), выбранной Страхователем программы медицинского страхования, категории медицинского учреждения, срока страхования и иных условий, предусмотренных договором страхования.

При заключении договора страхования на нескольких условиях размер страховой премии определяется путем суммирования премий по этим условиям.

При заключении договора страхования на неполный год размер страховой премии исчисляется пропорционально сроку действия договора: при сроке действия договора страхования до 2 месяцев - 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.

5.3. Страховая премия может быть уплачена наличными деньгами представителю Страховщика или перечислена на расчетный счет Страховщика путем безналичных расчетов.

Форма проведения расчетов определяется в договоре страхования.

Уплата страховой премии производится одновременно за весь срок страхования, если договором страхования не предусмотрено иное.

5.4. Страхователь обязан уплатить Страховщику страховую премию в 10-дневный срок (если иное не предусмотрено договором страхования), после подписания договора страхования. Днем уплаты страховой премии при безналичных расчетах считается день поступления денежных средств на расчетный счет Страховщика.

5.5. Если договором страхования предусмотрено внесение страховой премии в рассрочку, при неуплате Страхователем очередного страхового взноса в сроки, предусмотренные договором страхования, договор считается прекращенным на основании письменного уведомления Страховщика.

6. ПОРЯДОК ЗАКЛЮЧЕНИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ

6.1. Договор страхования заключается сроком на 1 год, если иное не предусмотрено договором страхования.

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

а) о Застрахованном лице (Застрахованных лицах);

б) о характере события, на случай наступления которого в жизни Застрахованного лица осуществляется страхование (страхового случая);

- в) о программе страхования и перечне медицинских учреждений, оказывающих медицинскую (лекарственную) помощь Застрахованным лицам;
- г) о размере страховой суммы;
- д) о сроке действия договора.

6.3. Страховщик обязан ознакомить Страхователя с содержанием Правил страхования и вручить ему один экземпляр вместе с документом, подтверждающим факт заключения договора страхования.

6.4. При заключении договора добровольного медицинского страхования Страховщик имеет право произвести предварительное медицинское освидетельствование страхуемого лица (страхуемых лиц) для оценки фактического состояния его (их) здоровья или потребовать выписку из истории болезни.

Предварительное медицинское освидетельствование производится за счет средств Страхователя в медицинском учреждении, аккредитованном при СТРАХОВЩИКЕ.

В зависимости от результатов предварительного медицинского освидетельствования Застрахованному лицу устанавливается соответствующая группа здоровья и категория полиса:

группа здоровья I - практически здоровые лица без отягощенной наследственности, имеющие в анамнезе детские болезни, простудные заболевания, аппендицит, грыжу; без вредных привычек или при их умеренной выраженности, не работающие на производстве с особо вредными условиями труда;

группа здоровья II - практически здоровые лица с повышенным риском заболевания, отягощенной наследственностью по диабету, сердечно-сосудистыми, почечно-желчнокаменной болезнями, психическими заболеваниями. В анамнезе - черепно-мозговые травмы, осложненные детские болезни, злоупотребление алкоголем, курение, работавшие или работающие на производстве с особо вредными условиями труда. Женщины детородного возраста;

группа здоровья III - лица трудоспособного возраста, имеющие хронические заболевания с тенденцией к обострению чаще двух раз в году, злоупотребляющие алкоголем, систематически употребляющие транквилизаторы, снотворные, страдающие выраженными неврозами, психопатиями, гипертонической болезнью I и II степени, ИБС без выраженной стенокардии, перенесшие полостные операции. Дети от 1 года до 5 лет и лица старше 60 лет.

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. Договор страхования может быть заключен на основании письменного заявления Страхователя (Приложение № 2 к настоящим Правилам), либо на основании его устного заявления.

В заявлении Страхователя должны быть указаны:

- полное наименование и юридический адрес Страхователя, его банковские реквизиты;
- список страхуемых граждан с указанием имени, отчества, фамилии, пола, месяца и года рождения, домашнего адреса, отношения к Страхователю (работающий, член семьи, другие лица);
- желаемые условия страхования;
- срок страхования;
- другие данные, имеющие значение для установления страховой суммы и страхового тарифа.

6.5.3. Страховщик в течение 10 рабочих дней принимает решение о возможности заключения договора страхования.

Отношения между Страховщиком и Страхователем оформляются путем составления договора коллективного страхования, подписанного сторонами, и выдачи Страхователю страховых полисов на каждое Застрахованное лицо (Приложения 3, 4 к настоящим Правилам).

Договор страхования оформляется в соответствии с требованиями действующего гражданского законодательства РФ. К договору прилагается список Застрахованных лиц, являющийся неотъемлемой его частью.

В страховом полисе указывается:

- наименование Страхователя, серия и номер коллективного договора страхования, на основании которого выдан полис;
- фамилия, имя, отчество Застрахованного лица, дата рождения;
- условия страхования;
- перечень видов медицинской помощи и медицинских услуг, предоставляемых Застрахованному лицу по данному полису (программа страхования);
- перечень медицинских учреждений, в которые Застрахованное лицо имеет право обратиться за получением медицинской (лекарственной) помощи и медицинских услуг по данному полису;
- срок действия договора страхования;
- страховая сумма;
- размер страховой премии;
- другие сведения в соответствии с действующим законодательством.

6.6. Заключение договора страхования с физическими лицами.

6.6.1. Договор страхования может быть заключен на основании письменного заявления Страхователя (Приложение № 2 к настоящим Правилам), либо на основании его устного заявления.

В заявлении Страхователя должны быть указаны:

- фамилия, имя и отчество Страхователя, его домашнего адреса и дата рождения;
- фамилия, имя и отчество Застрахованного лица, дата рождения и домашний адрес;
- желаемые условия страхования;
- срок действия договора страхования и другие желаемые условия заключения договора страхования, не противоречащие настоящим Правилам и действующему законодательству.

6.6.2. Страховщик принимает решение о возможности заключения договора страхования в течение 10 дней со дня подачи заявления от Страхователя.

6.6.3. Договор страхования заключается в письменной форме и удостоверяется выдачей страхового медицинского полиса.

Страховой полис выдается в течение 5 рабочих дней после вступления договора в силу, если договором страхования не предусмотрено иное.

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 могут быть признаны обстоятельства, определенно оговоренные Страховщиком в договоре страхования (страховом полисе) или в его письменном запросе.

При заключении договора страхования до получения ответов Страхователя на поставленные Страховщиком вопросы, последний не может впоследствии требовать расторжения договора либо признания его недействительным на том основании, что соответствующие обстоятельства не были сообщены Страхователем.

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. Договор страхования вступает в силу с 00 часов дня, следующего за днем поступления страховой премии (либо первой ее части) на расчетный счет или в кассу Страховщика (если договором страхования не предусмотрено иное) и оканчивается по истечении одного года с момента вступления договора в силу или ранее указанного выше срока при полном расходовании общей страховой суммы по договору.

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 обратной стороне либо приложены к нему.

6.11. В соответствии с гражданским законодательством Российской Федерации при заключении договора страхования Страхователь и Страховщик могут договориться об изменении или исключении отдельных положений Правил страхования.

7. ПОРЯДОК ВЫПОЛНЕНИЯ ОБЯЗАТЕЛЬСТВ ПО ДОГОВОРУ

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

7.2. Предоставление медицинской (лекарственной) помощи, обусловленной договором страхования, осуществляется путем обращения Застрахованного лица в медицинские учреждения, с которыми Страховщик состоит в договорных отношениях.

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

При обращении Застрахованного лица (его представителя) в медицинское учреждение для приобретения лекарственных средств предъявляется страховой полис и рецепт, установленной формы, выписанный врачом медицинского учреждения, которое имеет лицензию на осуществление медицинской деятельности.

В случае необходимости Застрахованное лицо обращается по телефону, указанному в страховом полисе.

7.3. Оплата стоимости услуг, оказанных медицинскими учреждениями производится исходя из фактических затрат на оказание медицинской (лекарственной) помощи и медицинских услуг по ценам, согласованным между Страховщиком и медицинским учреждением, путем перечисления Страховщиком денежных средств на счет медицинского учреждения.

Перечисление производится после получения от медицинских учреждений счет-фактуры (счета) и акт выполненных работ (реестра) с указанием Ф.И.О. Застрахованного лица, номера полиса, диагноза, сроков лечения, перечня оказанных услуг, их стоимости и общей суммы расходов, понесенных по всем услугам, оказанным Застрахованному в пределах программы, предусмотренной договором страхования.

Перечисление денежных средств на счет медицинского учреждения за предоставленные лекарственные средства Застрахованным лицам осуществляется Страховщиком после получения от медицинского учреждения счет-фактуры (счета) и отчета об отпущенных лекарственных средствах (реестра) с приложением оригиналов или заверенных копий рецептов. В реестре указываются номер полиса, Ф.И.О. Застрахованного лица, дата отпуска лекарственного средства, наименование лекарственного препарата, стоимость, количество, общая сумма расходов.

Страховщик вправе производить авансирование медицинских услуг, оказываемых медицинским учреждением, на основании счета, выставляемого медицинским учреждением.

Взаимоотношения Страховщика с медицинским учреждением определяются соответствующим договором.

7.4. В отдельных случаях Страховщик может рассмотреть вопрос о возмещении расходов, понесенных Страхователем (Застрахованным лицом) по оплате медицинских услуг и лекарственной помощи, оказанных по согласованию со Страховщиком и в соответствии с условиями договора страхования, непосредственно Страхователю (Застрахованному лицу) наличными деньгами.

7.4.1. Затраты должны быть признаны Страховщиком обоснованными если соответствуют положениям конкретного договора страхования, а также подтверждаются документами, перечисленными в пункте п. 7.4.3 настоящих Правил, являются необходимыми и оплачены Страхователем (Застрахованным лицом) в полном объеме.

7.4.2. Возмещение производится в течение 15-ти рабочих дней после получения от Застрахованного лица всей необходимой документации в пределах лимита индивидуальной страховой суммы Застрахованного лица в соответствии с Программой страхования.

Если принято решение об отказе в возмещении, Страховщик направляет заказным письмом с уведомлением в адрес Страхователя (Застрахованного лица) обоснование принятого решения в течение 3 рабочих дней со дня его принятия (если договором страхования не предусмотрен иной срок).

7.4.3. Для осуществления выплаты в соответствии п. 7.4. настоящих Правил, Застрахованное лицо должно предоставить Страховщику следующие оригиналы документов:

- заявление в адрес СТРАХОВЩИКА;

- Медицинские услуги

- договор или акт выполненных работ с указанием медицинского учреждения, перечня оказанных услуг и их стоимости, Ф.И.О. Застрахованного лица;

- кассовый чек или квитанция строгой отчетности;

- выписка из истории болезни или направление, подтверждающие получение Застрахованным лицом оплаченной им услуги, заверенные подписью и печатью, медицинского и иного учреждения.

- Медицинские услуги, связанные с санаторно-курортным и/или реабилитационно-восстановительным лечением:

- договор с лечебно-профилактическим учреждением;

- счет на оплату медицинских услуг;

- документы, подтверждающие оплату:

- ✓ наличными денежными средствами: квитанция к приходному кассовому ордеру и кассовый чек;

- ✓ безналичная оплата: онлайн-чек, транзакция списания с расчетного счета / справка по операции;

- отрывной талон к санаторно-курортной путевке;

- копия санаторно-курортной карты.

- Лекарственные средства

- рецепт, выписанный врачом лечебного учреждения, с которым Страховщик состоит в договорных отношениях, либо выписка из амбулаторной карты, либо выписка из истории болезни стационарного больного;
- товарный и кассовый чек.

7.4.4. В случае утраты Страховщиком документов на страховую выплату Страховщик за отдельными исключениями не вправе повторно требовать их предоставления от Страхователя (Выгодоприобретателя).

7.4.5. Заявление Застрахованного лица принимается в срок не позднее двенадцати месяцев после получения им медицинских услуг.

8. ПОРЯДОК ПРЕКРАЩЕНИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ

8.1. Договор страхования прекращается в случаях:

- а) истечения срока его действия;
- б) исполнения Страховщиком обязательств перед Страхователем по договору в полном объеме;
- в) ликвидации Страхователя, являющегося юридическим лицом, или смерти Страхователя, являющегося физическим лицом;
- г) в случае смерти Застрахованного лица;
- д) в других случаях, предусмотренных законодательными актами Российской Федерации.

8.2. Договор страхования может быть прекращен до наступления срока, на который он был заключен, если после его вступления в силу возможность наступления страхового случая отпала, и существование страхового риска прекратилось по обстоятельствам, иным, чем страховой случай.

При досрочном прекращении договора страхования по обстоятельствам, иным, чем страховой случай, Страховщик имеет право на часть страховой премии, пропорционально времени, в течение которого действовал договор страхования.

8.3. 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.

В этом случае, уплаченная Страховщику страховая премия не подлежит возврату (за исключением случаев, указанных в п. 8.4. настоящих Правил), если договором не предусмотрено иное.

8.4. Страхователь – физическое лицо вправе отказаться от договора страхования в течение 14 календарных дней со дня его заключения независимо от момента уплаты страховой премии, при отсутствии в данном периоде событий, имеющих признаки страхового случая. При наличии события, имеющего признаки страхового случая, Страхователь не имеет права отказаться от договора страхования.

В случае если Страхователь - физическое лицо отказался от настоящего договора страхования в течение 14 календарных дней со дня его заключения и до даты начала срока страхования, при отсутствии в данный период событий, имеющих признаки страхового случая, уплаченная страховая премия подлежит возврату Страхователю в полном объеме.

В случае если Страхователь – физическое лицо отказался от настоящего договора страхования в течение 14 календарных дней со дня его заключения, но после даты начала срока страхования, при отсутствии в данный период событий, имеющих признаки страхового случая, Страховщик при возврате уплаченной страховой премии вправе удержать ее часть пропорционально сроку действия договора страхования, прошедшему с даты начала действия страхования до даты прекращения действия договора добровольного страхования.

Договор страхования считается прекратившим свое действие с даты получения

страховщиком письменного заявления Страхователя об отказе от договора страхования.

Возврат страховой премии по выбору страхователя производится наличными деньгами или в безналичном порядке в срок, не превышающий 7 рабочих дней со дня получения Страховщиком письменного заявления Страхователя об отказе от договора добровольного страхования.

8.5. Условия п. 8.4. настоящих Правил не распространяются на осуществление добровольного медицинского страхования иностранных граждан и лиц без гражданства, находящихся на территории Российской Федерации с целью осуществления ими трудовой деятельности.

8.6. Страхователь – физическое лицо, вправе отказаться от договора страхования в случае ненадлежащего информирования об условиях страхования согласно Указанию Банка России от 29.03.2022 г. № 6109-У «О минимальных (стандартных) требованиях к условиям осуществления отдельных видов добровольного страхования, к объему и содержанию предоставляемой информации о договоре добровольного страхования, а также о форме, способах и порядке предоставления указанной информации».

В этом случае Страховщик возвращает Страхователю уплаченную страховую премию в размере, пропорционально оставшемуся сроку действия договора страхования. Возврат части уплаченной Страхователем премии осуществляется на основании его заявления о досрочном прекращении договора страхования в течение семи рабочих дней с даты получения письменного заявления Страхователя об отказе от договора страхования путем перечисления денежных средств на расчетный счет Страхователя.

При этом возврат части уплаченной Страхователем страховой премии может осуществляться только по тем договорам, по которым на момент их прекращения не производились страховые выплаты.

8.7. О намерении досрочного прекращения договора Страхователь – юридическое лицо обязан уведомить Страховщика не менее чем за тридцать дней до предполагаемой даты прекращения договора страхования, если при заключении договора стороны не предусмотрели иной срок.

8.8. По инициативе Страховщика изменение и расторжение договора осуществляется в порядке, предусмотренном Гражданским кодексом Российской Федерации.

9. НЕДЕЙСТВИТЕЛЬНОСТЬ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ

9.1. 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.

10. ИЗМЕНЕНИЕ СТЕПЕНИ РИСКА

10.1. В период действия договора страхования Страхователь (Застрахованное лицо) 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. При этом значительными признаются изменения, оговоренные в договоре

страхования (страховом полисе) и в переданных Страхователю Правилах страхования, в том числе отнесение Застрахованного лица к иной категории по состоянию здоровья и выявления обстоятельств, определенных п. 1.7. настоящих Правил.

10.2. При получении информации об обстоятельствах, влекущих увеличение страхового риска Страховщик вправе потребовать изменения условий договора страхования и уплаты дополнительной страховой премии соразмерно увеличению риска.

Если Страхователь (Застрахованное лицо) 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 лицом) обязанностей по сообщению Страховщику об увеличении страхового риска последний вправе потребовать расторжения договора и возмещения убытков в порядке, предусмотренном гражданским законодательством РФ.

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

11. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

11.1. Права и обязанности Застрахованного лица по договору страхования.

11.1.1. Застрахованное лицо имеет право:

а) на получение медицинских услуг и лекарственной помощи в соответствии с условиями, указанными в договоре страхования, в медицинских учреждениях, перечень которых определен в договоре страхования;

б) требовать от Страховщика в законном порядке соблюдения условий договора страхования.

11.1.2. Застрахованное лицо обязано:

а) соблюдать предписания лечащего врача;

б) соблюдать порядок пользования страховым полисом.

в) незамедлительно сообщать Страховщику обо всех ставших ему известными изменениях в обстоятельствах, сообщенных Страховщику при заключении Договора страхования, если эти обстоятельства могут повлиять на существенное увеличение страхового риска, в том числе об изменении паспортных данных Застрахованного лица.

11.2. Права и обязанности Страхователя по договору страхования.

11.2.1. Страхователь обязан:

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

б) уплачивать взносы страховой премии в размерах и сроки, определенные договором (полисом) страхования.

11.2.2. Страхователь имеет право:

а) требовать от Страховщика в законном порядке соблюдения условий договора страхования;

б) при коллективном страховании изменить список Застрахованных лиц в соответствии с условиями, изложенными в п.11.4 настоящих Правил;

в) по соглашению со Страховщиком расширить перечень медицинских услуг (лекарственной помощи) в пределах, предусмотренных настоящими Правилами и утвержденными программами добровольного медицинского страхования, путем подписания соглашения к договору страхования, с соответствующим перерасчетом страховой премии;

г) в случае увольнения Застрахованного работника, Страхователь - юридическое лицо вправе заменить его другим в соответствии с условиями, изложенными в п. 11.5 настоящих Правил;

д) досрочно расторгнуть договор страхования, в порядке, предусмотренном гражданским законодательством РФ.

11.3. Права и обязанности Страховщика.

11.3.1. Страховщик обязан:

а) своевременно вручить страховые полисы Страхователю на каждое Застрахованное лицо;

б) организовать предоставление Застрахованному лицу медицинской (лекарственной) помощи и медицинских услуг, предусмотренных условиями договора страхования;

в) обеспечить контроль за своевременным и полным обслуживанием Застрахованных лиц.

11.3.2. Страховщик имеет право:

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

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

в) изменить по согласованию со Страхователем страховую сумму по договору страхования при изменении цен на предоставляемые медицинские услуги путем составления соглашения к договору страхования на условиях настоящих Правил и уплаты дополнительного страхового взноса.

11.4. В случае изменения списка Застрахованных лиц (увеличения их количества) при коллективной форме страхования Страхователь представляет Страховщику сведения, предусмотренные настоящими Правилами, о дополнительно страхуемых лицах и уплачивает за них страховую премию за период с момента заключения договора страхования в отношении указанных лиц до окончания срока страхования. При этом все изменения (дополнения) в договоре страхования оформляются путем заключения сторонами дополнительного соглашения, страховая премия за неполный месяц уплачивается как за полный.

11.5. Замена Страхователем Застрахованного лица, названного в договоре страхования, другим лицом, может быть произведена с согласия самого Застрахованного лица и Страховщика.

Оформление замены Застрахованного лица на другое лицо производится в письменном виде на основании документа, свидетельствующего о согласии Застрахованного лица на исключение его из списка Застрахованных лиц, путем внесения необходимых изменений в договор страхования и соответствующие приложения к нему.

12. ИСКОВАЯ ДАВНОСТЬ

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

13. ПОРЯДОК РАЗРЕШЕНИЯ СПОРОВ

13.1. Качество оказания медицинской (лекарственной) помощи, ее соответствие условиям, предусмотренным в договоре страхования, контролируется врачами-экспертами Страховщика.

13.2. Спорные вопросы, возникающие в процессе оказания медицинской (лекарственной) помощи Застрахованным лицам, решает согласительная комиссия, в состав которой входят представители Страхователя, Страховщика и независимые эксперты.

При несогласии с решением согласительной комиссии Страхователь (Застрахованное лицо) вправе потребовать независимой экспертизы с оплатой за свой счет.

В других случаях споры, связанные со страхованием, разрешаются судом, арбитражным или третейским судами в соответствии с их компетенцией.

14. ПОРЯДОК ВНЕСЕНИЯ ИЗМЕНЕНИЙ И ДОПОЛНЕНИЙ В ПРАВИЛА СТРАХОВАНИЯ

14.1. Изменения и дополнения в настоящие Правила страхования с целью расширения объема обязательств Страховщика по договору страхования, включая перечень объектов страхования и страховых рисков, не противоречащие законодательству, вносятся Страховщиком самостоятельно с уведомлением в установленный срок о внесенных изменениях Центральный Банк РФ.