

ОБЩЕСТВО С ОГРАНИЧЕННОЙ ОТВЕТСТВЕННОСТЬЮ
«СТРАХОВЫЕ ИНВЕСТИЦИИ»
(ООО «СТРАХОВЫЕ ИНВЕСТИЦИИ»)



«УТВЕРЖДАЮ»

Генеральный директор

В.В.Асанбаев

“11” декабря 2015 г.

П Р А В И Л А

ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

г. Уфа

1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

1.1. В соответствии с действующим законодательством и настоящими Правилами ООО "Страховые Инвестиции" (далее - Страховщик) заключает договоры добровольного медицинского страхования, по условиям которых гарантируется организация и финансирование медицинских и иных услуг определенного перечня и качества в объеме программ добровольного медицинского страхования, разрабатываемых Страховщиком и являющихся неотъемлемой частью договора страхования.

1.2. Настоящие Правила относятся к медицинскому страхованию и определяют общие условия и порядок его осуществления.

2. СУБЪЕКТЫ СТРАХОВАНИЯ

2.1. Страховщик – страховая организация созданная в соответствии с законодательством Российской Федерации для осуществления деятельности по страхованию и получившая лицензии на осуществление соответствующего вида страховой деятельности в установленном Законом порядке.

2.2. Страхователи:

- юридические лица любых организационно-правовых форм, предусмотренных гражданским законодательством Российской Федерации, включая иностранные, совместные предприятия, международные объединения, организации, фирмы, работающие на территории Российской Федерации, фермерские хозяйства, заключившие со Страховщиком договор страхования;

- дееспособные физические лица: граждане Российской Федерации, включая граждан, занимающихся предпринимательской деятельностью без образования юридического лица, иностранные граждане, лица без гражданства, заключившие со Страховщиком договор страхования.

2.3. Застрахованный - физическое лицо, о страховании которого заключен договор в соответствии с настоящими Правилами.

Договоры страхования могут заключаться как без предварительного медицинского освидетельствования, так и с предварительным медицинским освидетельствованием Застрахованных в целях определения их принадлежности к группам риска для применения поправочных коэффициентов при расчете размеров страховой премии (страхового взноса). Стоимость предварительного медицинского освидетельствования включается в страховую премию.

Страховщик вправе не принимать на страхование лиц, которые на момент заключения договора:

а) состоят на учете в наркологических, психоневрологических, туберкулезных, кожно-венерологических диспансерах;

б) больными СПИДом или ВИЧ инфицированными;

в) имеют злокачественные новообразования, в том числе заболевания крови;

г) госпитализированы.

д) лица, употребляющие наркотики; лица, употребляющие токсичные вещества с целью токсичного опьянения; лица, страдающие алкоголизмом;

е) страдающие церебральным параличом, болезнью Дауна, состоящие на учете и проходившие лечение в психоневрологическом диспансере, а также иные лица, которые по медицинским показаниям нуждаются в посторонней помощи или представляют социальную опасность.

ж) подследственными или находящимися в местах лишения свободы.

3. ОБЪЕКТ СТРАХОВАНИЯ

3.1. Объектами медицинского страхования могут быть 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 (медицинское страхование).

3.2. По договору страхования Застрахованный имеет право на получение медицинских и иных услуг, в порядке и на условиях договора страхования, в медицинских организациях и у частнопрактикующих медицинских работников, имеющих соответствующую лицензию (далее - медицинских организациях), а также сервисных организациях, перечисленных в страховом договоре

(страховом Полисе) или в приложении к нему. Медицинские и иные услуги оказываются медицинскими организациями по договору со Страховщиком.

3.3. Страховщик несет ответственность за номенклатуру, качество, сервис и условия предоставления медицинской помощи, оказанной по программам добровольного медицинского страхования, только в этих организациях и не несет ответственности при оказании медицинской помощи вне этих организаций.

4. СТРАХОВОЙ СЛУЧАЙ. СТРАХОВЫЕ РИСКИ

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

Страховым случаем является совершившееся событие, предусмотренное договором страхования или законом, с наступлением которого возникает обязанность страховщика произвести страховую выплату страхователю, застрахованному лицу, выгодоприобретателю или иным третьим лицам.

4.1. Страховым случаем является получение Застрахованным медицинских и иных услуг, предусмотренных программой добровольного медицинского страхования в медицинской организации из числа организаций, представленных в приложении к страховому полису, при ухудшении состояния здоровья в результате обстоятельств, которые определены программой добровольного медицинского страхования (остром заболевании, обострении хронического заболевания, осложнении, возникшем при лечении, плановых медицинских вмешательствах, травме, отравлении и других оговоренных случаях).

Программой добровольного медицинского страхования может быть предусмотрено получение Застрахованным лечебной, консультативной, реабилитационной, бальнеологической, профилактической, диагностической, фармакологической и иной помощи.

4.2. В договоре страхования может быть установлен выжидательный период - промежуток времени, в течение которого обращение Застрахованного за медицинской помощью не рассматривается в качестве страхового случая. При таком условии обязательства Страховщика по договору страхования возникают по окончании выжидательного периода.

4.3. Договор страхования может быть заключен на условиях страхования от следующих страховых рисков:

4.3.1. Риска возникновения обстоятельств, требующих оказания медицинских и иных услуг в форме стационарной и амбулаторно-поликлинической помощи.

При заключении договора страхования на таких условиях Страховщик гарантирует Застрахованному предоставление и оплату или возмещение расходов на получение медицинских и иных услуг на оговоренных условиях при стационарном и амбулаторно-поликлиническом лечении медицинскими организациями, определенными договором страхования в соответствии с конкретным перечнем услуг (программой добровольного медицинского страхования), выбранных Страхователем при заключении договора страхования;

4.3.2. Риска возникновения обстоятельств, требующих оказания медицинских и иных услуг при амбулаторном лечении. При заключении договора страхования на таких условиях Страховщик гарантирует Застрахованному предоставление и оплату или возмещение расходов на получение медицинских и иных услуг на оговоренных условиях в соответствии с их перечнем (программой добровольного медицинского страхования), выбранным Страхователем при заключении договора страхования, при амбулаторном лечении в медицинских организациях, определенных договором страхования;

4.3.3. Риска возникновения обстоятельств, требующих оказания медицинских и иных услуг при стационарном лечении. При заключении договора страхования на таких условиях Застрахованному гарантируется получение и оплата или возмещение расходов на получение медицинских и иных услуг в соответствии с их перечнем (программой добровольного медицинского страхования), предусмотренным в договоре страхования, при обращении в медицинские организации, определенные договором страхования, за стационарной медицинской помощью.

5. ИСКЛЮЧЕНИЯ

5.1. Страховщик имеет право не рассматривать в качестве страхового случая и не оплачивать медицинские и иные услуги необходимые Застрахованному в связи:

а) с получением травматического повреждения в результате совершения Застрахованным действий в состоянии алкогольного, наркотического или токсического опьянения, а также заболеваний, причиной которых явилось злоупотребление алкоголем, наркотическими или токсическими веществами;

б) с получением травматического повреждения или иного расстройства здоровья, наступившего в результате совершения Застрахованным умышленного преступления, находящегося в прямой причинной связи со страховым случаем;

в) с умышленным причинением себе телесных повреждений, а также с покушением на самоубийство, за исключением тех случаев, когда Застрахованный был доведен до такого состояния противоправными действиями третьих лиц;

г) с участием Застрахованного в военных действиях любого рода, гражданских волнениях, беспорядках, несанкционированных митингах и демонстрациях, если это не сопряжено с исполнением Застрахованным его служебных обязанностей.

5.2. Не рассматривается как страховой случай получение медицинских и иных услуг, если:

а) Застрахованным получены медицинские и иные услуги, которые не предусмотрены договором страхования;

б) Застрахованным получены медицинские и иные услуги в медицинских организациях, не предусмотренных в договоре страхования;

в) Застрахованным получены медицинские и иные услуги, не назначенные лечащим врачом, либо не являющиеся необходимыми с медицинской точки зрения для диагностирования или лечения заболевания, а также приобретены лекарственные средства или средства ухода за больным без медицинских показаний.

5.3. Если Застрахованному показаны лечебно-диагностические мероприятия, выходящие за рамки программы добровольного медицинского страхования, обусловленной договором, лечащий врач должен поставить его об этом в известность. За решение вопросов их назначения и финансирования Страховщик ответственности не несет.

6. СТРАХОВАЯ СУММА. РАЗМЕР И ПОРЯДОК УПЛАТЫ СТРАХОВОЙ ПРЕМИИ (СТРАХОВЫХ ВЗНОСОВ)

Страховая сумма - денежная сумма, которая определена в порядке, установленном федеральным законом и (или) договором страхования при его заключении, и исходя из которой устанавливаются размер страховой премии (страховых взносов) и размер страховой выплаты при наступлении страхового случая. Страховая сумма или способ ее определения устанавливается страховщиком по соглашению со страхователем в договоре страхования. Величина страховой суммы может быть разной для каждого вида страховых случаев или одинаковой для выбранных видов страховых случаев.

6.1. Страховой суммой является предельный уровень страхового обеспечения по договору медицинского страхования, который определяется по соглашению между Страхователем и Страховщиком в соответствии с выбранной программой добровольного медицинского страхования и стоимостью медицинских услуг в медицинских организациях, привлекаемых для обеспечения этой программы.

6.2. Страховая премия (взнос) - плата за страхование, которую Страхователь обязан уплатить Страховщику в порядке и в сроки, которые установлены договором страхования. Страховая премия (страховые взносы - при уплате страховой премии в рассрочку), уплачиваемая (ые) Страхователем по договору страхования, устанавливаются в зависимости от выбранных Страхователем страховых рисков, перечня медицинских и иных услуг, условий их предоставления, размера страховой суммы, срока страхования, результатов предварительного медицинского освидетельствования (если оно предусмотрено программой) и иных условий, определенных договором страхования.

Страховая премия (страховые взносы) уплачивается Страхователем в валюте Российской Федерации, за исключением случаев, предусмотренных валютным законодательством Российской Федерации и принятыми в соответствии с ним нормативными правовыми актами органов валютного регулирования.

6.3. Страховщик для определения размера страховой премии применяет разработанные им страховые тарифы, приведенные в Приложении 1.

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. Страховой тариф по конкретному договору добровольного страхования определяется по соглашению сторон.

При этом Страховщик вправе вводить повышающие или понижающие коэффициенты к страховым тарифам, экспертно определяемые по результатам предварительного медицинского освидетельствования Застрахованного, устанавливаемые на основании анализа иных сведений, полученных при заключении договора страхования, исходя из рода занятий Застрахованного, наличия привычек, влияющих на состояние здоровья.

6.4. В случае страхования на срок менее 1 года размеры страховой премии (страховых взносов) устанавливаются в следующем проценте от их годовых размеров:

- на срок до 3-х месяцев - 50%;
- на срок от 3-х до 6-ти месяцев - 65%;
- на срок от 6-ти до 9-ти месяцев - 75%;
- на срок более 9-ти месяцев - 100%.

6.5. Страховая премия по договору страхования может быть уплачена Страхователем единовременно - разовым платежом за весь срок страхования или уплачиваться периодически в течение срока страхования (страховые взносы). Порядок уплаты страховой премии (страховых взносов) определяется в договоре страхования.

6.6. Страховая премия (страховые взносы) могут быть уплачены Страхователем наличными деньгами, перечислены на расчетный счет Страховщика в безналичном порядке, почтовым переводом или иным способом по договоренности сторон.

6.7. Если страховой случай наступил до уплаты очередного страхового взноса, внесение которого просрочено, Страховщик вправе при определении размера подлежащего выплате страхового возмещения зачесть сумму просроченного страхового взноса.

7. СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ

7.1. Договор страхования заключается сроком до 1 года, если условиями договора не предусмотрено иное.

7.2. Если в договоре страхования предусмотрен выжидательный период, Страховщик несет обязательства только по страховым случаям, произошедшим после окончания выжидательного периода.

8. ЗАКЛЮЧЕНИЕ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ. ВСТУПЛЕНИЕ ДОГОВОРА В СИЛУ

8.1. Договор страхования заключается на основании устного или письменного заявления Страхователя, установленной Страховщиком формы.

8.1.1. Если Страхователем является физическое лицо, в заявлении (**Приложение 2**) указывается:

- а) фамилия, имя, отчество и паспортные данные Страхователя и Застрахованного;
- б) возраст Застрахованного;
- в) домашний адрес и телефон Страхователя и Застрахованного;
- г) условия, срок страхования, размер страховой суммы;
- д) предполагаемый перечень медицинских услуг (программа медицинского страхования).

8.1.2. Если Страхователем выступает юридическое лицо, в заявлении (**Приложение 3**) указывается:

- а) наименование Страхователя, его юридический адрес и банковские реквизиты;
- б) условия, срок страхования, размер страховой суммы;
- в) предполагаемый перечень медицинских услуг (программа медицинского страхования). К заявлению должен быть приложен список Застрахованных с указанием:

- фамилий, имен, отчеств и паспортных данных;
- возраста;
- домашних адресов и телефонов.

8.2. Страхователь обязан сообщить по требованию Страховщика сведения о состоянии здоровья Застрахованных и иную информацию, необходимую Страховщику для определения степени страхового риска условий договора.

8.3. Если недостоверность данных, сообщенных при заключении договора и влияющих на степень риска, будет обнаружена после вступления договора в силу, Страховщик имеет право потребовать признания договора недействительным. Страховщик не может требовать признания договора страхования недействительным, если обстоятельства, о которых умолчал Страхователь, уже отпали.

8.4. Договор страхования (**Приложение 4**) может быть оформлен путем составления одного документа либо вручения Страхователю страхового Полиса, подписанного Страховщиком (**Приложение 5**), с приложением Правил и программы добровольного медицинского страхования.

При коллективном страховании Страховщик выдает Страхователю (для передачи их Застрахованным) страховые Полисы на каждого Застрахованного **либо коллективный Полис добровольного медицинского страхования (Приложение 6)**.

8.5. При утрате страхового Полиса Страхователь или Застрахованный должны незамедлительно известить об этом Страховщика. Утраченные документы признаются недействительными и не могут являться основанием для получения медицинских услуг в соответствии с договором страхования, взамен Страхователю выдаются новые. При повторной утрате страхового Полиса в течение действия договора страхования со Страхователя дополнительно взыскивается платеж в размере фактической стоимости его изготовления.

8.6. Договор страхования вступает в силу в сроки, установленные в договоре страхования, но, если договором не предусмотрено иное, не ранее дня уплаты страхового взноса (первого или единовременного).

8.7. Страховой Полис выдается Страхователю в течение 3-х дней после уплаты страхового взноса (первого или единовременного).

8.8. В случае, если к сроку, установленному в договоре страхования, страховые взносы (первый взнос при рассроченном платеже) не были уплачены или были уплачены не полностью, договор страхования считается не вступившим в силу, и полученные страховые взносы возвращаются Страхователю.

8.9. В период действия договора страхования Страхователь обязан незамедлительно 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.

Существенными признаются обстоятельства, определенно оговоренные Страховщиком в договоре страхования (страховом полисе) и заявлении на страхование.

8.10. 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, то в соответствии с Гражданским Кодексом Российской Федерации Страховщик вправе потребовать расторжения договора страхования и возмещения убытков, причиненных расторжением договора.

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

8.12. Условия, содержащиеся в настоящих Правилах и не включенные в текст договора страхования (Полиса), обязательны для Страхователя, если в договоре страхования (Полисе) прямо указывается на применение таких Правил и сами Правила изложены в одном документе с договором страхования (Полисом) либо приложены к нему.

9. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

9.1. Страхователь имеет право:

9.1.1. Проверять соблюдение Страховщиком требований условий договора страхования.

9.1.2. Требовать предоставления Застрахованному оказания медицинских услуг в медицинских организациях, определенных в договоре страхования, в соответствии с условиями страхования и программой добровольного медицинского страхования. В случае непредоставления таких медицинских услуг, несвоевременного, неполного или некачественного их предоставления Страхователь, Застрахованный или другие уполномоченные им лица должны немедленно поставить в известность об этом Страховщика.

9.1.2. Расширить перечень медицинских и иных услуг, гарантируемых по договору страхования, или повысить уровень страхового обеспечения, заключив дополнительное соглашение к договору страхования и уплатив при этом дополнительный страховой взнос. Дополнительное соглашение к договору страхования начинает действовать со дня уплаты страховой премии (первого страхового взноса).

9.1.3. Получить дубликат страхового Полиса в случае его утраты.

9.2. Застрахованный имеет право:

9.2.1. Требовать предоставления медицинских услуг в соответствии с условиями договора страхования в перечисленных в нем медицинских учреждениях.

9.2.2. Выбрать любую лечебно-профилактическую организацию из числа указанных в договоре страхования, и лечащего врача из числа врачей, привлекаемых для осуществления программы медицинского страхования, и менять их не чаще одного раза в квартал, если договором не предусмотрено иное.

9.2.3. Обращаться к Страховщику за разъяснениями по особенностям медицинского обеспечения, для получения медико-организационной помощи, а также при возникновении спорных ситуаций в связи с оказанием медицинской помощи.

9.2.4. Принять на себя обязанности Страхователя, а также приобрести все его права в случае смерти Страхователя - физического лица, ликвидации Страхователя - юридического лица в порядке, предусмотренном законодательством.

9.3. Страховщик имеет право:

9.3.1. Проверять сообщенную Страхователем информацию, а также выполнение Страхователем и Застрахованным требований договора страхования.

9.3.2. Провести предварительное медицинское обследование принимаемого на страхование лица для оценки состояния его здоровья.

9.3.3. Отказать в оплате медицинских и иных услуг при обстоятельствах, предусмотренных настоящими Правилами или договором страхования.

9.3.4. Отсрочить решение вопроса об оплате медицинских услуг или отказа от оплаты в случае возбуждения уголовного дела в отношении Застрахованного по факту событий, приведших к травматическому повреждению или иному расстройству здоровья Застрахованного, до момента принятия соответствующего решения компетентными органами.

Если у Страховщика имеются мотивированные сомнения в подлинности документов, подтверждающих страховой случай, страховая выплата может быть отсрочена до тех пор, пока не будет подтверждена подлинность таких документов.

9.4. Страхователь обязан:

9.4.1. Своевременно и в полном объеме уплачивать обусловленные договором страхования страховые взносы.

9.4.2. Предоставлять Страховщику необходимые для заключения договора страхования сведения, а также иную необходимую информацию, связанную с действием договора страхования.

9.4.3. При заключении договора страхования обязан сообщить страховщику о всех известных ему обстоятельствах, имеющих существенное значение для определения степени риска в отношении принимаемого на страхование лица.

9.4.4. Обеспечить сохранность документов по договору страхования.

9.4.5. В течение 30-ти календарных дней известить Страховщика о наступлении события, которое может быть квалифицировано в качестве страхового случая, если программой добровольного медицинского страхования предусмотрено полное или частичное возмещение дополнительных расходов Застрахованного (Страхователя) на получение медицинских или иных услуг (п.10.1. настоящих Правил). Эта обязанность может быть исполнена Застрахованным.

9.4.6. Организации и индивидуальные предприниматели обязаны предоставить страховщику по запросу документы и заключения, связанные с наступлением страхового случая и необходимые для решения вопроса о страховой выплате, в соответствии с законодательством Российской Федерации.

9.5. Застрахованный обязан:

9.5.1. Пройти предварительное медицинское освидетельствование, если это предусмотрено условиями договора страхования.

9.5.2. Соблюдать предписания лечащего врача, полученные в ходе предоставления медицинской помощи, соблюдать распорядок, установленный медицинским учреждением.

9.5.3. Заботиться о сохранности страховых документов и не передавать их другим лицам с целью получения ими медицинских услуг.

Если будет установлено, что Застрахованный передал другому лицу страховой Полис с целью получения им медицинских услуг по договору страхования, Страховщик досрочно прекращает действие договора страхования в отношении такого Застрахованного. Возврат страховых взносов в этом случае не производится.

9.6. Страховщик обязан:

9.6.1. Ознакомить Страхователя с Правилами страхования.

9.6.2. В течение 3-х банковских дней после уплаты страховой премии (первого страхового взноса) выдать страховой Полис (договор) с приложением Правил и программы страхования;

9.6.3. При наступлении страхового случая произвести в соответствии с договором на оказание услуг, заключенным между Страховщиком и медицинской организацией, оплату медицинских и иных услуг организации, оказавшей такую услугу, либо возместить Застрахованному (Страхователю) расходы, понесенные им для получения медицинских и иных услуг, предусмотренных программой добровольного медицинского страхования.

9.6.4. Обеспечить конфиденциальность в отношениях со Страхователем (Застрахованным). Страховщик несет ответственность за разглашение сведений о договоре страхования, включая врачебную тайну, его работниками в соответствии с законодательством.

9.6.5. Защищать права Застрахованных в отношениях с медицинскими организациями в рамках договора добровольного медицинского страхования.

9.6.6. По требованиям страхователей, застрахованных лиц, выгодоприобретателей, а также лиц, имеющих намерение заключить договор страхования, обязан разъяснять положения, содержащиеся в правилах страхования и договоре страхования, предоставлять информацию о размере вознаграждения, выплачиваемого страховому агенту, расчеты изменения в течение срока действия договора страхования страховой суммы.

10. ПОРЯДОК И УСЛОВИЯ ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЫ

10.1. Страховая выплата осуществляется в пределах страховой суммы в виде:

а) оплаты медицинских и иных услуг, предусмотренных программой добровольного медицинского страхования, организациям, перечисленным в страховом Полисе или в приложении к нему;

б) возмещения расходов Застрахованного (Страхователя), понесенных им для получения медицинских и иных услуг, предусмотренных программой добровольного медицинского страхования.

10.2. Страховщик производит оплату медицинских и иных услуг только по тем страховым случаям, которые предусмотрены договором страхования, при предоставлении соответствующих документов.

10.3. Для получения медицинских и иных услуг Застрахованный обращается в медицинские организации, предусмотренные договором страхования, или к Страховщику в порядке, указанном в страховом Полисе (договоре страхования). Медицинские и иные услуги Застрахованному оказываются медицинскими учреждениями при условии предъявления им страхового Полиса и документа, удостоверяющего его личность.

10.4. Страховые выплаты медицинским учреждениям за медицинские и иные услуги, оказанные Застрахованным, осуществляются в порядке и на условиях, установленных договором между Страховщиком и медицинской организацией.

10.5. Для получения страховой выплаты в форме возмещения расходов, понесенных для получения медицинских и иных услуг, предусмотренных программой добровольного медицинского страхования, Застрахованный (Страхователь) обращается к Страховщику с заявлением и предъявляет договор страхования или страховой Полис, а также документ, удостоверяющий его личность.

К заявлению должны быть приложены:

а) копия направления лечащего врача на получение медицинских и иных услуг, предусмотренных программой добровольного медицинского страхования, а в случае госпитализации - копии документов, послуживших основанием для госпитализации;

б) врачебное заключение об установлении соответствующего диагноза, заверенное личной печатью врача и печатью лечебного учреждения;

в) документы, подтверждающие оказание Застрахованному соответствующих услуг (заключение о проведенном обследовании или лечении, выписку из истории болезни, результаты обследования, амбулаторную карту и т.д.);

г) документ, свидетельствующий об оплате Застрахованным медицинских и иных услуг, предусмотренных программой добровольного медицинского страхования.

10.6. Размер страховой выплаты равен стоимости медицинских и иных услуг, оплаченных в соответствии с программой добровольного медицинского страхования.

10.7. В течение 10-ти календарных дней эксперты Страховщика на основании предъявленных документов дают заключение о целесообразности с медицинской точки зрения получения платных медицинских услуг для диагностирования или лечения заболевания.

10.8. Страховая выплата производится в течение 5-ти банковских дней после получения заключения эксперта и подписания сторонами страхового акта. Если страховая выплата не осуществлена в установленный срок по вине Страховщика, для него наступают последствия, предусмотренные законодательством Российской Федерации. Выжидательный период - промежуток

времени, по истечении которого свершившееся событие, предусмотренное договором страхования, может быть рассмотрено в качестве страхового случая.

10.9. Страховщик вправе отказать в страховой выплате, если:

10.10. Установлен факт передачи Застрахованным страхового Полиса другому лицу для получения им медицинской услуги;

10.11. Страховщик не был извещен в срок (п. 9.4.5.) о страховом случае, если не будет доказано, что Страховщик своевременно узнал о наступлении страхового случая либо что отсутствие у Страховщика сведений об этом не могло сказаться на его обязанности произвести страховую выплату;

10.12. Требование выплаты предъявлено по событиям, подпадающим под перечень исключений.

10.13. Страховщик не вправе отказать в страховой выплате по основаниям, не предусмотренным федеральным законом или договором страхования.

11. ПРЕКРАЩЕНИЕ ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ

11.1. Договор страхования прекращает действие и Застрахованный теряет право на получение медицинских и иных услуг по договору в случаях:

11.1.1. Истечения срока действия договора страхования;

11.1.2. Исполнения Страховщиком обязательств по договору страхования в полном объеме;

11.1.3. Неуплаты Страхователем страховых взносов в установленные договором сроки;

11.1.4. Смерти Застрахованного (при заключении индивидуальных договоров);

11.1.5. Смерти Страхователя - физического лица, заключившего договор о страховании третьего лица, или ликвидации Страхователя - юридического лица, если Застрахованный или иное лицо в соответствии с действующим законодательством не приняли на себя исполнение обязанностей Страхователя по уплате страховых взносов;

11.1.6. По соглашению сторон или требованию одной из сторон, если это предусмотрено условиями договора или действующим законодательством;

11.1.7. Ликвидации Страховщика в порядке, предусмотренном законодательством Российской Федерации;

11.1.8. Принятия судом решения о признании договора недействительным;

11.1.9. В других случаях, предусмотренных законодательством Российской Федерации и настоящими Правилами.

11.2. С лицами, отбывающими наказание в учреждениях уголовно-исполнительной системы, договор о добровольном медицинском страховании, в соответствии с требованием законодательства Российской Федерации, расторгается.

11.3. При досрочном прекращении действия договора в соответствии с пп.12.1.4, 12.1.6 и 12.1.7, если иное не вытекает из требований законодательства или условий договора страхования, Страховщик возвращает полученную страховую премию за неистекший срок договора за вычетом понесенных расходов.

11.4. Во всех случаях прекращения договора страхования Страхователь обязан вернуть Страховщику страховой Полис, действие которого прекращается с момента окончания действия договора страхования.

12. ПОРЯДОК РАЗРЕШЕНИЯ СПОРОВ

12.1. Споры, вытекающие из договоров страхования, заключенных на основе настоящих Правил, рассматриваются в порядке, предусмотренном законодательством Российской Федерации.

12.2. Если Страхователем является физическое лицо, то он, заключая договор страхования на основании настоящих Правил, в соответствии с Федеральным законом РФ «О персональных данных» выражает Страховщику согласие на обработку своих персональных данных, содержащихся в документах, передаваемых Страховщику.

12.3. Обработка персональных данных осуществляется посредством сбора, систематизации, накопления, хранения, уточнения (обновления, изменения), использования, распространения (в том числе передачи), обезличивания, блокирования, уничтожения персональных данных как на бумажных, так и на электронных носителях. Указанное согласие Страхователя действительно в течение срока действия договора страхования и в течение 5 лет после окончания срока действия договора страхования.

РАЗМЕРЫ СТРАХОВЫХ ТАРИФОВ ПРИ СТРАХОВАНИИ СРОКОМ НА 1 ГОД
(в % от страховой суммы).

При условии предоставления амбулаторного лечения	17,4%
При условии предоставления стационарного лечения	19,7%
При условии полной страховой ответственности (комплексная программа)	27,6%
Программа «Мигрант»	3,01%