

УТВЕРЖДАЮ
Генеральный директор
ОСАО РЕСО-Гарантия
Д.Г.Раковщик

“05” июля 2010 г.

ПРАВИЛА МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ ГРАЖДАН

На основании настоящих Правил медицинского страхования граждан ОСАО «РЕСО-Гарантия» заключает договоры страхования с физическими и юридическими лицами.

1. ОПРЕДЕЛЕНИЯ

- 1.1. **Страховщик:** ОСАО «РЕСО-Гарантия», юридическое лицо, созданное в соответствии с законодательством РФ и имеющее лицензию на осуществление страховой деятельности.
- 1.2. **Страхователь:** юридическое или дееспособное физическое лицо, заключившее со Страховщиком договор страхования.
- 1.3. **Застрахованное лицо:** физическое лицо, в отношении которого заключен договор страхования и имущественные интересы которого являются объектом страхования. На страхование не принимаются граждане (если договором страхования не предусмотрено иное), состоящие на учете в наркологическом, психоневрологическом, противотуберкулезном, кожно-венерологическом (по поводу венерических заболеваний) и других диспансерах, центрах по профилактике и лечению СПИДа и ВИЧ-инфекции, больные онкологическими заболеваниями, инвалиды первой и второй группы, а так же граждане, госпитализированные на дату заключения договора.
- 1.4. **Страховой риск:** предполагаемое событие, на случай наступления которого производится страхование.
- 1.5. **Договор страхования (Полис):** письменное соглашение между Страхователем и Страховщиком, в силу которого Страховщик обязуется за обусловленную договором плату организовать и финансировать предоставление застрахованным лицам медицинской помощи определенного объема или иных услуг по страховым программам, а Страхователь обязуется уплатить страховую премию (страховые взносы) в установленные договором страхования сроки и в соответствующем размере.
- 1.6. **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.
- 1.7. **Аптечные учреждения:** организации, осуществляющие розничную торговлю лекарственными средствами, изготовление и отпуск лекарственных средств в соответствии с требованиями действующего законодательства РФ, имеющие лицензию на право осуществления фармацевтической деятельности, оказывающие услуги Застрахованным по программе 11 «Лекарственное обеспечение». К аптечным учреждениям относятся аптеки, аптеки учреждений здравоохранения, аптечные пункты, аптечные магазины, аптечные киоски. (ст. 4 Закона о лекарственных средствах)
- 1.8. **Медицинские услуги (медицинская помощь):** мероприятия или комплекс мероприятий, направленных на профилактику заболеваний, их диагностику и лечение, имеющих самостоятельное законченное значение и определенную стоимость.

- 1.9. **Франшиза** - определенная условиями договора страхования часть расходов, связанных с оказанием Застрахованному медицинских и иных услуг, не подлежащая возмещению Страховщиком.
- 1.10. **Персональные данные** - информация, относящаяся к определенному или определяемому на основании такой информации физическому лицу (субъекту персональных данных). Персональными данными в рамках заключенного договора добровольного медицинского страхования признаются, в том числе: фамилия, имя, отчество, дата (год, месяц, день) рождения, паспортные данные, адрес проживания, адрес регистрации (прописки), контактные телефоны, данные о состоянии здоровья, о заболеваниях, а также о случаях обращения Застрахованного лица за медицинской помощью.
- 1.11. **Неиспользованная страховая премия** – это часть оплаченной Страхователем страховой премии, приходящейся на неистекший период страхования.

2. ОБЪЕКТ СТРАХОВАНИЯ

- 2.1. **Объектом страхования** является имущественный интерес застрахованного, связанный с затратами на оказание ему медицинской и иной помощи при возникновении страхового случая.

3. СТРАХОВОЙ СЛУЧАЙ

- 3.1. Страховым случаем является:
 - 3.1.1. обращение Застрахованного лица в течение срока действия договора страхования в медицинское или аптечное учреждение из числа предусмотренных договором страхования при остром заболевании, обострении хронического заболевания, травме и других несчастных случаях за получением медицинской (лечебной, диагностической, консультативной, реабилитационно-восстановительной, оздоровительной, профилактической, в том числе иммунопрофилактической, фармацевтической и др.) и иной (в том числе медико-социальной, медико-транспортной и др.) помощи, требующей оказания медицинских услуг в пределах их перечня, предусмотренного договором страхования;
 - 3.1.2. обращение Застрахованного лица за получением медицинской помощи в течение срока действия договора страхования в соответствии со страховой программой в иные медицинские и/или аптечные учреждения, помимо предусмотренных договором страхования (в том числе расположенные в других регионах РФ) если это обращение организовано и/или согласовано Страховщиком.
- 3.2. Страховым случаем не является и Страховщик не возмещает стоимость медицинских услуг, оказанных Застрахованному лицу:
 - 3.2.1. в медицинских и иных учреждениях, не предусмотренных в договоре страхования, и выбор которых не был согласован со Страховщиком.
 - 3.2.2. в связи с патологическими состояниями и травмами, возникшими или полученными:
 - 3.2.2.1. в состоянии или вследствие алкогольного, наркотического, токсического и иного опьянения Застрахованного лица;
 - 3.2.2.2. при управлении Застрахованным лицом транспортным средством под воздействием лекарственных препаратов, ухудшающих реакцию и внимание, в болезненном или утомленном состоянии;
 - 3.2.2.3. вследствие передачи Застрахованным лицом управления транспортным средством лицу, находящемуся в состоянии опьянения (алкогольного, наркотического, токсического или иного) или под воздействием лекарственных препаратов, ухудшающих реакцию и внимание, в болезненном или утомленном состоянии;
 - 3.2.3. в связи с получением травматического повреждения или иного расстройства здоровья, наступившего в результате или при совершении Застрахованным противоправных действий;
 - 3.2.4. в связи с умышленным причинением Застрахованным себе телесных повреждений, суицидальными попытками;

- 3.2.5. не назначенных врачом или выполняемых по желанию Застрахованного;
- 3.2.6. Обращение Застрахованного лица в медицинское учреждение за получением услуг, связанных с преодолением последствий травм и/или оперативных вмешательств, произошедших вне непрерывного периода добровольного медицинского страхования в ОСАО "РЕСО-Гарантия"
- 3.3. Не является страховым случаем и не подлежит возмещению стоимость медицинских услуг, оказанных Застрахованному лицу в связи с:
 - 3.3.1. военными действиями, маневрами или иными военными мероприятиями, актами терроризма;
 - 3.3.2. гражданской войной, народными волнениями всякого рода или забастовками;
 - 3.3.3. воздействием ядерного взрыва, радиации или радиоактивного заражения.
 - 3.3.4. стихийными бедствиями.
- 3.4. не является страховым случаем событие, произошедшее после увеличения страхового риска, если о таком увеличении Страхователь (Застрахованный) не сообщил Страховщику в порядке и форме, установленной настоящими Правилами и/или условиями действующего договора страхования.

4. СТРАХОВАЯ СУММА, СТРАХОВАЯ ПРЕМИЯ, ФРАНШИЗА

- 4.1. **Страховой суммой** является предельный уровень страхового обеспечения по договору медицинского страхования, определяемый исходя из перечня и стоимости медицинских услуг, предусмотренных договором страхования.
- 4.2. **Страховой премией** является плата за страхование, которую Страхователь обязан уплатить Страховщику в порядке и в сроки, установленные договором страхования. Часть страховой премии является страховым взносом.
- 4.3. Страховщик при определении размера страховой премии вправе применять разработанные страховые тарифы.
- 4.4. При определении размера страховой премии Страхователю (лицу, принимаемому на страхование) может быть предложено заполнить Медицинскую анкету. Сведения, указанные в заявлении на страхование или в Медицинских анкетах, подтверждаются подписью Страхователя (лица, принимаемого на страхование). В случае необходимости, для уточнения указанных данных, Страховщик имеет право направить лицо, принимаемое на страхование, на медицинское обследование. В случае отказа Страхователя (лица, принимаемого на страхование) (от заполнения Медицинской анкеты или прохождения медицинского обследования Страховщик имеет право отказать Страхователю в заключении Договора страхования.
- 4.5. **Страховой тариф** представляет собой ставку страховой премии с единицы страховой суммы или объекта страхования.
- 4.6. По соглашению Сторон, страховая премия в договоре страхования может быть указана в иностранной валюте, эквивалентом которой являются соответствующие суммы в рублях. В этом случае страховая премия уплачивается в рублях по установленному договором страхования курсу данной валюты (но не ниже курса Центрального Банка РФ на день уплаты (перечисления)).
- 4.7. Страховая премия по договорам страхования уплачивается единовременно либо в рассрочку в соответствии с условиями договора страхования и в оговоренные договором сроки.
- 4.8. Страховая премия уплачивается:
 - 4.8.1. в безналичной форме путем перечисления на расчетный счет Страховщика;
 - 4.8.2. в наличной форме в кассу Страховщика.
- 4.9. В Договоре страхования может быть установлена условная, безусловная или временная **франшиза**.
 - 4.9.1. При **условной франшизе** Страховщик освобождается от оплаты расходов, связанных с оказанием Застрахованному медицинским и иных услуг, если их размер не превышает франшизу.
 - 4.9.2. При **безусловной франшизе** обязательства Страховщика определяются размером расходов за минусом франшизы.
 - 4.9.3. Франшиза определяется обеими Сторонами в процентном отношении к страховой сумме или в абсолютной величине.
 - 4.9.4. В Договоре страхования также может быть установлена **временная франшиза** - период времени с момента вступления Договора страхования в

силу, в течение которого страховые выплаты при возникновении страхового случая или отдельно оговоренных заболеваний (состояний, травм, повреждений) не производятся.

5. ЗАКЛЮЧЕНИЕ, СРОК ДЕЙСТВИЯ И ПРЕКРАЩЕНИЕ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ

- 5.1. Основанием для заключения договора страхования является письменное заявление Страхователя, форма которого устанавливается Страховщиком и в котором сообщаются данные, необходимые для заключения Договора страхования, в том числе список застрахованных лиц.
- 5.2. Перед заключением договора страхования Страховщик вправе потребовать проведения за счет Страхователя предварительного медицинского обследования лиц, принимаемых на страхование, и/или их анкетирования, и/или предоставления выписки из истории болезни по предыдущему месту лечения для оценки фактического состояния лиц, принимаемых на страхование.
- 5.3. Договор страхования заключается в письменной форме путем составления одного документа, подписанного обеими сторонами, либо вручения Страховщиком Страхователю страхового полиса, подписанного Страховщиком.
 - 5.3.1. Если Страхователем выступает юридическое лицо, в Договоре страхования указываются:
 - наименование и юридический адрес Страхователя, банковские реквизиты;
 - наименование и юридический адрес Страховщика, банковские реквизиты;
 - Ф.И.О. ответственного лица со стороны Страхователя и ответственного лица со стороны Страховщика, подписывающих договор страхования, их полномочия;
 - Страховая(ые) программа(ы) с перечнем медицинских учреждений, в которые Застрахованные имеют право обратиться за получением медицинских услуг;
 - Численность застрахованных лиц по страховым программам, общая численность застрахованных по договору страхования;
 - Список застрахованных по установленной Страховщиком форме с указанием фамилии, имени, отчества, пола, даты рождения, адреса проживания, контактных телефонов, номера страховых программ по договору и других персональных данных по запросу Страховщика;
 - условия страхования;
 - срок действия договора страхования;
 - размер страховой премии, подлежащей уплате, порядок и форма его уплаты
 - иные не противоречащие Законодательству РФ условия.
 - 5.3.2. Если Страхователем выступает физическое лицо, в Договоре страхования указываются:
 - Ф.И.О. Страхователя;
 - домашний адрес и телефон Страхователя;
 - паспортные данные Страхователя;
 - наименование и юридический адрес Страховщика, банковские реквизиты;
 - Ф.И.О. ответственного лица со стороны Страховщика, подписывающего договор страхования, его полномочия;
 - Страховая(ые) программа(ы) страхования с перечнем медицинских учреждений, в которые Застрахованные имеют право обратиться за получением медицинских услуг;
 - Список застрахованных по установленной Страховщиком форме с обязательным с указанием фамилии, имени, отчества, пола, даты рождения, адреса проживания, контактных телефонов, номера страховых программ по договору;
 - условия страхования;
 - срок действия договора страхования;

- размер страховой премии, подлежащей уплате, порядок и форма его уплаты;
 - иные не противоречащие Законодательству РФ условия.
- 5.4. Страховая программа формируется по выбору Страхователя, согласованному со Страховщиком. Договор страхования может содержать различные страховые программы как из числа страховых программ, являющихся приложением к Правилам страхования, так и содержать программу, составленную из перечня медицинских и иных услуг.
- 5.4.1. Перечень медицинских и иных услуг по Договору страхования в рамках конкретной страховой программы, а также любое сочетание страховых программ может иметь оригинальное название.
- 5.4.2. Страховая программа, являющаяся приложением к договору страхования может иметь текстовое изложение, отличное от текстового изложения программ, являющихся приложением к Правилам страхования.
- 5.5. Одновременно с Договором страхования Страхователю (Застрахованным) может вручаться сертификат (индивидуальная пластиковая карточка), являющийся именным документом, удостоверяющим право Застрахованного лица на получение медицинских услуг по договору страхования.
- 5.5.1. Сертификат (индивидуальная пластиковая карточка) содержит уникальный номер, ФИО застрахованного, срок страхования. В ряде случаев сертификат (индивидуальная пластиковая карточка) может использоваться как пропуск в медицинское учреждение.
- 5.5.2. Сертификат (индивидуальная пластиковая карточка) выдается Страхователю в течение семи рабочих дней после вступления договора страхования в силу.
- 5.5.3. В случае утраты сертификата (индивидуальной пластиковой карточки) в период действия договора страхования Страхователю (Застрахованному лицу) на основании его письменного заявления выдается дубликат, после чего утраченный сертификат (индивидуальная пластиковая карточка) считается аннулированным.
- 5.5.4. При утрате дубликата сертификата (индивидуальной пластиковой карточки) в период действия договора для получения второго и последующих дубликатов Страхователь уплачивает Страховщику денежную сумму в размере стоимости изготовления.
- 5.5.5. Страхователю (Застрахованному) запрещается передавать сертификат (индивидуальную пластиковую карточку) другому лицу с целью получения им услуг по Договору страхования. Страховщик не возмещает расходы на оказание услуг лицам, не указанным в Договоре страхования как Застрахованный.
- 5.6. Договор страхования вступает в силу в сроки, установленные в договоре страхования, но не ранее даты уплаты страховой премии или первого ее взноса, если иное не указано в Договоре страхования. Днем уплаты страховой премии считается дата поступления денежных средств на расчетный счет или в кассу Страховщика.
- 5.7. Предоставление медицинских услуг, предусмотренных договором страхования, осуществляется при обращении Застрахованного лица в медицинские учреждения, предусмотренные в договоре страхования или в медицинскую диспетчерскую службу Страховщика. При обращении Застрахованного лица в медицинское учреждение предъявляется страховой полис либо сертификат (индивидуальная пластиковая карточка), паспорт или иной документ, удостоверяющий личность Застрахованного лица.
- 5.8. Договор страхования заключается сроком на один год, если условиями договора не предусмотрено иное.
- 5.9. При заключении договора сроком менее одного года, а так же при дополнительном страховании лиц на срок менее одного года в рамках действующего договора, размер страховой премии составляет:
- 5.10. Договор страхования прекращается, и Застрахованное лицо теряет право на получение медицинских услуг в случаях:
- истечения срока действия;
 - исполнения Страховщиком обязательств по договору в полном объеме;
 - неуплаты Страхователем очередного страхового взноса в установленные договором страхования сроки и в определенном размере;

- смерти Страхователя - физического лица или Застрахованного лица;
 - ликвидации Страховщика в установленном законодательством Российской Федерации порядке;
 - признания судом договора страхования недействительным;
 - в других случаях, предусмотренных действующим законодательством Российской Федерации и настоящими правилами.
- 5.11. Страхователь вправе отказаться от договора страхования в любое время. При досрочном отказе Страхователя от договора страхования уплаченная Страховщику страховая премия не подлежит возврату.
- 5.12. В случае досрочного прекращения действия Договора страхования в части одного или нескольких застрахованных лиц по инициативе Страхователя, неиспользованная страховая премия за этих лиц возврату не подлежит, но может быть зачтена Страховщиком при последующем страховании новых лиц в рамках этого же действующего Договора страхования и/или учтена им при уплате последующих страховых взносов по тому же Договору.
- 5.13. О намерении досрочного расторжения договора страхования стороны обязаны уведомить друг друга не менее чем за 30 дней до предполагаемой даты прекращения договора страхования, если договором страхования не предусмотрено иное.
- 5.14. В случае прекращения договора страхования Страхователь (Застрахованное лицо) обязан в течение 3-х рабочих дней вернуть Страховщику страховой полис и/или сертификат (индивидуальную пластиковую карточку).
- 5.15. В случае прекращения договора страхования по требованию Страховщика, последний возвращает Страхователю неиспользованную страховую премию за неистекший срок договора за вычетом понесенных расходов. Возврат неиспользованной страховой премии производится только в отношении оплаченной части суммы страховой премии, предусмотренной Договором,
- 5.16. Если после заключения договора страхования будет установлено, что Страхователь сообщил Страховщику недостоверные сведения о состоянии здоровья застрахованных им лиц, перечисленных в п.1.3 настоящих правил то Страховщик вправе потребовать признания недействительным договора страхования в отношении этих лиц.
- 5.17. Если в течение срока действия договора страхования у Застрахованных лиц выявляются заболевания, указанные в Договоре как не являющиеся страховым случаем, то Страховщик имеет право прекратить действие договора в отношении данных лиц с момента установления окончательного диагноза.

6. ПОСЛЕДСТВИЯ ИЗМЕНЕНИЯ СТЕПЕНИ РИСКА

- 6.1. В период действия договора страхования Страхователь (Застрахованное лицо) обязан незамедлительно в письменной форме сообщать Страховщику о ставших ему известными значительных изменениях в обстоятельствах, сообщенных Страховщику при заключении договора, если эти изменения могут существенно повлиять на увеличение страхового риска. Значительными изменениями признаются изменения в обстоятельствах, оговоренных в письменном заявлении и/или определенно оговоренные Страховщиком в Договоре страхования.
- 6.2. Страховщик, уведомленный об обстоятельствах, влекущих увеличение страхового риска, вправе потребовать изменения условий договора страхования или уплаты дополнительной страховой премии соразмерно увеличению риска.
- 6.3. Если Страхователь возражает против изменения условий договора страхования или уплаты дополнительной страховой премии в соответствии с п.6.2 настоящих правил, то, в соответствии с Гражданским Кодексом Российской Федерации, Страховщик вправе потребовать расторжения договора и возмещения убытков, причиненных расторжением договора.

7. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

- 7.1. Страхователь (Застрахованное лицо) имеет право:
- 7.1.1. выбирать страховые программы в любом их сочетании и наполнении медицинскими и иными услугами, медицинские и иные учреждения,

- оказывающие услуги по Договору страхования, из числа предложенных Страховщиком и по согласованию с ним;
- 7.1.2. осуществлять контроль за выполнением условий договора страхования;
 - 7.1.3. изменить численность Застрахованных лиц по договору страхования путем подписания дополнительного соглашения к Договору страхования с предоставлением Страховщику необходимых сведений;
 - 7.1.4. расширить перечень медицинских услуг по дополнительному соглашению со Страховщиком, и уплатить дополнительную страховую премию;
 - 7.1.5. досрочно прекратить договор страхования в отношении конкретного Застрахованного лица после предварительного письменного уведомления Страховщика;
 - 7.1.6. получать медицинские услуги в соответствии с условиями договора страхования;
 - 7.1.7. получить дубликат сертификата (индивидуальной пластиковой карточки) в случае его утраты;
 - 7.1.8. отказаться на основании письменного заявления Страховщику от Договора страхования в любое время, если к моменту отказа возможность наступления страхового случая отпала по обстоятельствам иным, чем страховой случай.
 - 7.1.9. в случае неудовлетворенности качеством оказанных медицинских или сервисных услуг, направить в адрес Страховщика письменную жалобу по электронной почте, факсу или на бумажном носителе;
 - 7.1.10. получить доступ к своим персональным данным, обрабатываемым Страховщиком, с правом совершения действий в отношении этих персональных данных, предусмотренных действующим законодательством Российской Федерации.

В соответствии с настоящим пунктом Правил право на получение доступа к персональным данным Застрахованного лица, обрабатываемым Страховщиком, с правом совершения действий в отношении этих персональных данных, предусмотренных действующим законодательством Российской Федерации, имеет Застрахованное лицо или его законный представитель.

7.2. Страхователь (Застрахованное лицо) обязан:

- 7.2.1. своевременно уплачивать страховую премию (страховые взносы) в размерах и порядке, предусмотренных договором страхования;
- 7.2.2. при заключении договора страхования предоставить Страховщику достоверные ответы на вопросы анкеты о лицах, принимаемых на страхование, в том числе о показателях здоровья этих лиц.
- 7.2.3. при заключении договора страхования сообщать Страховщику обо всех известных ему обстоятельствах, имеющих существенное значение для определения вероятности наступления страхового случая и размера возможных убытков от его наступления, если эти обстоятельства неизвестны Страховщику и не указаны в письменном заявлении Страховщика;
- 7.2.4. в период действия договора незамедлительно в письменной форме сообщать Страховщику о ставших ему известными значительных изменениях в обстоятельствах, сообщенных Страховщику при заключении договора, если эти изменения могут существенно повлиять на увеличение страхового риска;
- 7.2.5. довести до сведения Застрахованных лиц условия предоставления медицинской помощи;
- 7.2.6. соблюдать предписания лечащего врача;
- 7.2.7. обеспечить сохранность страхового полиса и/или сертификата (индивидуальной пластиковой карточки), и не передавать их другим лицам для получения медицинских услуг;
- 7.2.8. соблюдать порядок, установленный в медицинском учреждении;
- 7.2.9. соблюдать морально-этические нормы поведения при общении с врачами и иным персоналом медицинских учреждений и сотрудниками Страховщика;
- 7.2.10. возместить Страховщику понесенные им затраты за предоставленные услуги, указанные в п.7.4.7 в течение 5-ти банковских дней с даты получения соответствующего счета от Страховщика.
- 7.2.11. получить от Застрахованных лиц, а в случае, если Страхователем заключается договор в отношении себя, предоставить самостоятельно

письменное(ые) согласие(я) на обработку Страховщиком его (их-Застрахованных лиц) персональных данных, в соответствии с требованиями действующего законодательства Российской Федерации.

- 7.2.12. по запросу Страховщика незамедлительно (в течение 1 (одного) рабочего дня с момента получения соответствующего запроса Страховщика) предоставить ему указанные в п.7.2.11 письменные согласия Застрахованных лиц
- 7.3. Страховщик обязан:
 - 7.3.1. ознакомить Страхователя с настоящими правилами;
 - 7.3.2. выдать страховой полис и/или сертификат (индивидуальную пластиковую карточку) Страхователю;
 - 7.3.3. организовать предоставление Застрахованным лицам медицинских услуг в соответствии со страховой программой;
 - 7.3.4. не разглашать персональные данные Страхователя (Застрахованного лица);
 - 7.3.5. контролировать объем, сроки и качество услуг, предоставленных Застрахованному в соответствии с условиями Договора страхования;
 - 7.3.6. произвести в установленном порядке оплату услуг, оказанных в соответствии с условиями заключенного Договора страхования при наступлении страхового случая;
 - 7.3.7. соблюдать тайну страхования;
 - 7.3.8. при поступлении жалобы от Страхователя (Застрахованного лица), направленной в адрес Страховщика в соответствии с п.7.1.9 настоящих Правил страхования предпринимать все необходимые меры по изучению и урегулированию ситуации, и в течение 15 рабочих дней с момента получения жалобы направить ему письменный ответ.
- 7.4. Страховщик имеет право:
 - 7.4.1. требовать от Страхователя предоставления достоверной информации, необходимой для заключения договора страхования;
 - 7.4.2. досрочно расторгнуть договор страхования в случае нарушения Страхователем (Застрахованным лицом) условий договора или п.7.2 Настоящих правил;
 - 7.4.3. выяснять причины и обстоятельства страхового случая, включая направление запросов в соответствующие учреждения о факте и причинах страхового случая;
 - 7.4.4. организовывать экстренную медицинскую помощь Застрахованным по жизненным показаниям с привлечением муниципальной медицины (скорая медицинская помощь "03"; госпитализация в ближайший муниципальный стационар и пр.) с дальнейшей организацией перевода по желанию Страхователя (Застрахованного) и при отсутствии медицинских противопоказаний в одно из медицинских учреждений, предусмотренных Договором страхования;
 - 7.4.5. по согласованию со Страхователем изменять страховую программу в случае прекращения взаимоотношений с медицинским учреждением, предусмотренным Договором страхования;
 - 7.4.6. в случае отсутствия возможности предоставления медицинских и иных услуг Застрахованному в медицинских и иных учреждениях, определенных Договором страхования, организовать предоставление необходимых и соответствующих по объему и качеству услуг Застрахованному на базе иных учреждений соответствующего профиля, определенных по усмотрению Страховщика;
 - 7.4.7. предъявить Страхователю счет на возмещение затрат, возникших и понесенных Страховщиком при исполнении обязательств по договору, при условии, что:
 - 7.4.7.1. эти затраты явились следствием несоблюдения Страхователем (Застрахованным) условий договора (ложный вызов скорой медицинской помощи; неявка Застрахованного лица на прием к врачу, потеря страховых полисов или сертификатов (индивидуальных пластиковых карточек) и т.д.)
 - 7.4.7.2. предоставленные услуги, выходя за рамки страхового покрытия, имели характер жизненных медицинских показаний, и неоказание таких услуг в экстренном порядке могло повлечь существенное ухудшение состояния здоровья Застрахованного (оплата расходных

- материалов и/или дорогостоящих лекарственных средств при стационарной помощи; оказание экстренной помощи по нестраховому заболеванию или в ситуациях, указанных в пп. 3.2, 3.3)
- 7.4.8. самостоятельно принимать решение о предоставлении услуг, указанных в п.7.4.7.2
- 7.4.9. рассматривать действия Застрахованного лица как действия самого Страхователя.
- 7.5. В случае увеличения численности Застрахованных лиц Страхователь представляет Страховщику дополнительный список застрахованных установленной формы и уплачивает дополнительную страховую премию за неистекший период страхования в соответствии с условиями договора страхования.

8. ПОРЯДОК ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЫ

- 8.1. Право Застрахованного лица на получение медицинских услуг, предусмотренных договором страхования, наступает с момента вступления договора в силу.
- 8.2. Для получения медицинских услуг Застрахованное лицо обращается в медицинские учреждения, предусмотренные договором страхования или непосредственно к Страховщику по телефонам, указанным в страховом полисе и/или сертификате (индивидуальной пластиковой карточке), для получения информации о порядке предоставления медицинской помощи.
- 8.3. В случае выявления у Застрахованного заболеваний и состояний, не предусмотренных договором страхования и/или при которых лечение не может быть осуществлено в медицинских учреждениях, сотрудничающих со Страховщиком, Страховщик оказывает содействие в направлении Застрахованного в специализированное медицинское учреждение. При этом Страховщик не компенсирует расходы по оплате медицинских услуг, оказанных Застрахованному в этих медицинских учреждениях.
- 8.4. Оплата стоимости медицинских услуг, оказанных Застрахованному лицу медицинскими учреждениями, производится исходя из фактических затрат на оказание медицинских услуг по ценам, согласованным между Страховщиком и медицинским учреждением, после выставления медицинским учреждением Страховщику счета по оказанным услугам.
- 8.5. Во всех случаях Страховщик оплачивает услуги медицинских учреждений только в пределах страховой суммы.
- 8.5.1. При необходимости оказания Застрахованному лицу медицинских услуг сверх страховой суммы эти услуги могут быть оказаны Застрахованному только после увеличения страховой суммы по договору с соответствующим увеличением страховой премии. Размер дополнительной страховой премии определяется Страховщиком.
- 8.5.2. При отказе Страхователя в оплате дополнительной страховой премии решение вопроса о возможности получения Застрахованным лицом медицинских услуг в медицинских учреждениях, определенных в договоре страхования, за счет личных средств решается Застрахованным лицом индивидуально.
- 8.6. Не является страховым случаем и Страховщик не оплачивает расходы на медицинские и иные услуги, оказанные Застрахованному лицу если:
- Страхователь сообщил Страховщику недостоверные или неполные сведения, имеющие значение для оценки страхового риска;
 - Застрахованным лицом не выполнялись предписания лечащего врача или нарушался определенный лечащим врачом больничный режим;
 - медицинские услуги оказаны Застрахованному лицу в медицинских учреждениях, не предусмотренных договором страхования и не согласованных со Страховщиком;
 - медицинские услуги, не предусмотрены договором страхования;
 - данные услуги были оказаны по желанию Застрахованного, вопреки рекомендациям врача или иного специалиста в рамках их компетенции;
 - данные расходы возникли по окончании срока действия Договора страхования, за исключением расходов, связанных с экстренной госпитализацией Застрахованного, начавшейся в течение срока действия Договора страхования;
 - данные расходы связаны с повторным выполнением исследований для плановой госпитализации, не состоявшейся по инициативе Застрахованного;

- это расходы по плановой госпитализации застрахованного, начиная с 1-го дня после даты окончания действия Договора страхования.
- 8.7. Решение об отказе в страховой выплате принимается Страховщиком и сообщается Страхователю в письменной или устной форме с мотивированным обоснованием причин отказа.
- 8.8. В отдельных случаях Страховщик может рассмотреть вопрос о возмещении расходов, понесенных Страхователем (Застрахованным) по оплате медицинских и/или иных услуг, оказанных по согласованию со Страховщиком и в соответствии с условиями Договора страхования, непосредственно Страхователю (Застрахованному) наличными деньгами или перечислением на его счет.
- 8.8.1. Затраты должны быть признаны Страховщиком обоснованными если они соответствуют положениям конкретного договора страхования, а так же подтверждаются документами, перечисленными в пункте 8.9 настоящих Правил, являются необходимыми и оплачены Страхователем (Застрахованным) в полном объеме.
- 8.8.2. Заявление Застрахованного принимается в срок не позднее 90 календарных дней после получения им медицинских услуг.
- 8.8.3. Возмещение производится в течение 15-ти рабочих дней после получения от Застрахованного всей необходимой документации.
- 8.9. Для осуществления выплаты в соответствии с п. 8.8. настоящих Правил, Застрахованный должен предоставить Страховщику следующие оригинальные документы:
- Заявление в адрес Страховщика;
 - оплаченный счет с указанием медицинского или иного учреждения, перечня оказанных услуг и их стоимости;
 - квитанция и кассовый чек;
 - выписка из истории болезни или другой документ, подтверждающий получение застрахованным оплаченной им услуги, и заверенный подписью и печатью медицинского или иного учреждения;
 - иные документы по требованию Страховщика в соответствии с п.7.4.3 настоящих Правил.

9. ПЕРСОНАЛЬНЫЕ ДАННЫЕ

- 9.1. Заключая договор страхования на основании настоящих Правил, Страхователь несет ответственность за предоставление согласия Застрахованных лиц на обработку их персональных данных
- 9.2. В случае отзыва Застрахованным лицом своего согласия на обработку персональных данных действие договора страхования в отношении такого лица прекращается, а в случае отзыва такого согласия Страхователем, договор страхования прекращается полностью. При этом действие договора страхования (полностью или частично) прекращается досрочно с даты получения Страховщиком соответствующего заявления об отзыве согласия на обработку персональных данных. В этом случае Страховщик обязуется уничтожить такие персональные данные в сроки, установленные действующим законодательством Российской Федерации. Отзыв Застрахованным лицом или Страхователем согласия на обработку своих персональных данных, признается Страховщиком в качестве волеизъявления Застрахованного лица или Страхователя о досрочном отказе от договора страхования, в связи с чем уплаченная Страховщику страховая премия за лиц, в отношении которых прекращается действие договора страхования, не подлежит возврату Страхователю или зачету при последующем страховании новых лиц.

10. ПРОЧИЕ УСЛОВИЯ

- 10.1. Все иные, не оговоренные настоящими правилами условия, регулируются действующим законодательством Российской Федерации.
- 10.2. Положения конкретных договоров страхования имеют преимущественную силу над положениями настоящих правил.
- 10.3. Внесение изменений и дополнений в условия договора страхования возможно по соглашению сторон и оформляется в письменной форме.

11. ПОРЯДОК РАЗРЕШЕНИЯ СПОРОВ

11.1. Все споры по договору страхования между Страховщиком и Страхователем разрешаются путем переговоров, а при недостижении согласия - в судебном порядке.