



Страховое акционерное общество «ВСК»  
ИНН 7710026574, ОГРН 1027700186062  
ул. Островная, 4, г. Москва, 121552  
тел.: +7 (495) 727 4444, info@vsk.ru

## **ПРАВИЛА № 161/3 ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ**



«УТВЕРЖДАЮ»  
Генеральный директор  
СОАО «ВСК»

О.С. Овсяницкий  
«27» мая 2014 г.

### **1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ**

Настоящими Правилами добровольного медицинского страхования (далее – Правила страхования) определяются условия, на основании которых **Страховое открытое акционерное общество «ВСК»** («Страховщик») заключает договоры добровольного медицинского страхования.

Договором добровольного медицинского страхования (далее «Договор страхования») является соглашение между Страхователем и Страховой организацией, в соответствии с которым последняя обязуется организовать и финансировать предоставление застрахованным лицам (далее «Застрахованные лица») медицинской помощи определенного объема и качества или иных услуг по программам добровольного медицинского страхования (далее «Программа страхования»).

Страховщик на основании настоящих Правил заключает договоры индивидуального добровольного медицинского страхования и коллективного добровольного медицинского страхования.

Договор коллективного добровольного медицинского страхования заключается Страховщиком с юридическими лицам, представляющими интересы физических лиц, в отношении работников этого юридического лица и членов их семей, если Договором страхования не предусмотрено иное.

Договор индивидуального добровольного медицинского страхования заключается Страховщиком с физическим лицом, обладающим гражданской дееспособностью, в отношении этого физического лица или в отношении третьих лиц.

1.1. На условиях настоящих Правил, Договоры страхования заключаются в пользу Застрахованных граждан РФ, иностранных граждан, въезжающих или пребывающих на территории РФ и лиц без гражданства.

1.2. Добровольное медицинское страхование осуществляется Страховщиком на основе Программ добровольного медицинского страхования и обеспечивает Застрахованным лицам получение дополнительных медицинских и иных услуг дополнительно к установленным программам обязательного медицинского страхования.

1.3. Положение настоящих Правил, действие которых не отменено и не изменено условиями, содержащимися в Договоре страхования, обязательны для Страхователя, Застрахованного лица и Страховщика.

При наличии противоречий между нормами Договора добровольного медицинского страхования и Правил добровольного медицинского страхования преимущественную силу имеют нормы, содержащиеся в Договоре.

## 2. СУБЪЕКТЫ СТРАХОВАНИЯ

2.1. **Страховщик** – юридическое лицо, осуществляющее медицинское страхование и имеющее государственное разрешение (лицензию) на право заниматься медицинским страхованием (**Страховое открытое акционерное общество «ВСК»**).

2.2. **Страхователи** – физические лица, обладающие гражданской дееспособностью, и/или российские или иностранные юридические лица, представляющие интересы физических лиц.

2.3. **Медицинская организация** - юридическое лицо независимо от организационно-правовой формы, осуществляющее в качестве основного (уставного) вида деятельности медицинскую деятельность на основании лицензии, выданной в порядке, установленном законодательством Российской Федерации. К медицинским организациям приравниваются индивидуальные предприниматели, осуществляющие медицинскую деятельность.

2.4. **Застрахованное лицо** – физическое лицо, в пользу которого заключен договор добровольного медицинского страхования, и имущественные интересы которого являются объектом страхования по договору добровольного медицинского страхования, заключенному между Страхователем и Страховщиком. Страхователь – физическое лицо вправе заключить договор страхования как в отношении себя, так и в отношении третьих лиц.

2.5. Выгодоприобретатель по Договору страхования не назначается.

2.6. Застрахованное лицо, указанное в договоре страхования, может быть заменено по заявлению Страхователя другим лицом при условии предоставления Страховщику письменного согласия Застрахованного лица.

2.7. Договором страхования может быть предусмотрено, что Застрахованным лицом являются только работники Страхователя и/или члены их семей.

2.8. 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.

### **3. ОБЪЕКТ СТРАХОВАНИЯ**

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

### **4. СТРАХОВЫЕ СЛУЧАИ И СТРАХОВЫЕ РИСКИ**

4.1. **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.

4.2. Страховым случаем является документально подтвержденное обращение Застрахованного лица в медицинское учреждение, сервисную компанию и/или иное учреждение, из числа предусмотренных Договором страхования, или согласованных со Страховщиком, за медицинскими и/или иными услугами по поводу ухудшения состояния здоровья в результате острого заболевания, обострения хронического заболевания, травме, отравлении и в других случаях, предусмотренных Договором страхования, требующих оказания медицинской помощи. Услуги предоставляются Застрахованному в соответствии с предусмотренной Договором страхования Программой страхования или по дополнительному согласованию со Страховщиком путем оказания консультативной, лечебной, диагностической, профилактической, реабилитационно-восстановительной, санаторно-курортной, медикаментозной, скорой и неотложной медицинской и иной помощи кроме событий, указанных в п.п. 4.7.-4.8.4., 9.11. настоящих Правил. В соответствии с программой страхования Застрахованному по медицинским показаниям могут быть предоставлены медико-транспортные услуги, услуги по репатриации.

4.3. Перечень медицинских и иных услуг и объем медицинской помощи определяется Программой страхования, на условиях которой заключен Договор страхования.

4.4. Программы страхования являются приложением к настоящим Правилам страхования (Приложение № 10 к настоящим Правилам). Страховщик вправе разрабатывать дополнительные программы страхования, уточняющие и конкретизирующие объем медицинской помощи и иных услуг в рамках указанных программ страхования. Перечень медицинских и иных услуг по Договору страхования в рамках конкретной

программы страхования, а также любое сочетание программ страхования может иметь оригинальное название.

4.5. Медицинское учреждение, с которым Страховщик заключил соответствующий Договор на оказание застрахованным медицинских услуг, в случае отсутствия у него по прејскуранту и/или роду деятельности (специализации) соответствующих услуг, может организовать оказание таких медицинских услуг в других медицинских учреждениях. При этом письменное согласие Страховщика на этот счет является обязательным, если иное не предусмотрено Договором между Страховщиком и медицинским учреждением.

4.6. В соответствии с Договором страхования Страховщик принимает на себя обязательство организовать и оплатить медицинские и/или иные услуги, оказанные Застрахованным в медицинских и/или иных учреждениях по существующим технологиям в соответствии с условиями Договора страхования, в пределах обусловленной в нем страховой суммы. Страховщик гарантирует оплату медицинских и/или иных услуг, предусмотренных настоящими Правилами и соответствующими Программами, являющимися неотъемлемой частью Правил, предоставляемых медицинскими и/или иными учреждениями в РФ и за рубежом. При этом организация оказания медицинских и/или иных услуг в зарубежных медицинских и/или иных учреждениях может осуществляться как на основе прямых договоров Страховщика с зарубежными медицинскими учреждениями, так и через российские медицинские и/или иные 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 и/или иного учреждения, оказавшего медицинские услуги, соответствующих регистрационных сертификатов, лицензии (аккредитации, разрешения и т.п.), которые необходимы ему по законодательству местонахождения учреждения для осуществления им деятельности.

4.7. Не является страховым случаем обращение Застрахованного лица в медицинское учреждение:

4.7.1. в связи с получением травматического повреждения или иного расстройства здоровья, наступившего при совершении Застрахованным противоправных действий, что должно быть подтверждено решением соответствующих органов;

4.7.2. в связи с намеренным причинением Застрахованным вреда своему здоровью, суицидальными попытками и иными умышленными действиями Застрахованного, направленными на наступление страхового случая за исключением случаев, когда Застрахованный был доведен до такого состояния противоправными действиями третьих лиц, что должно быть подтверждено решениями соответствующих органов;

4.7.3. в связи с оплатой услуг, препаратов, лечения, включая любой период пребывания в стационаре или амбулаторного лечения, которые не были рекомендованы, письменно засвидетельствованы уполномоченным представителем Страховщика или лечащим врачом Застрахованного как необходимые и разумные меры;

4.7.4. в случае применения косметической или пластической хирургии, кроме необходимости ее использования после несчастного случая или других случаях, когда ее применение обусловлено прямыми медицинскими показаниями;

4.7.5. по поводу лазерной или контактной коррекции зрения, кроме факторов нарушения зрения в результате несчастного случая или в других случаях, определенных прямыми медицинскими показаниями, если Договором не предусмотрено иное;

4.7.6. по поводу алкоголизма, токсикомании или наркомании;

4.7.7. венерических заболеваний и заболевания любой формой ВИЧ-инфекции в любой его стадии.

4.8. Не является страховым случаем обращение Застрахованного лица в медицинское и/или иное учреждение:

4.8.1. за получением медицинской помощи и иных услуг, не предусмотренной Программой страхования;

4.8.2. в медицинское и/или иное учреждение, не предусмотренное Договором страхования;

4.8.3. если обращение Застрахованного лица в медицинское учреждение вызвано заболеваниями и травмами, возникшими в результате стихийных бедствий;

4.8.4. в других случаях, не предусмотренных Программой страхования и Договором страхования.

4.9. Страховщик освобождается от страховой выплаты, если обращение Застрахованного лица в медицинское и/или иное учреждение вызвано заболеваниями и травмами, возникшими в результате:

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

4.10. Обращение Застрахованного лица за оказанием медицинской помощи и иных услуг, в течение срока действия Договора страхования является страховым случаем даже в случае, если срок оказания медицинской помощи и иных услуг превышает срок действия Договора страхования.

## **5. ТЕРРИТОРИЯ ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ**

5.1. Договор страхования действует на территории Российской Федерации и на территории других стран мира, если иное не предусмотрено Договором страхования.

5.2. Организация предоставления медицинской помощи и иных услуг Застрахованным лицам в зарубежных медицинских и/или иных учреждениях осуществляется на основе договоров Страховщика с указанными учреждениями либо через сервисные компании на основе соответствующих договоров.

## **6. СТРАХОВАЯ СУММА**

6.1. Под страховой суммой понимается денежная сумма, которая определена Договором страхования и, исходя из которой, устанавливаются размер страховых взносов и максимальный размер страховой выплаты при наступлении страхового случая.

Страховая сумма устанавливается Страховщиком по соглашению со Страхователем.

6.2. Страховая сумма, если иное не установлено Договором страхования, определяет максимальную стоимость медицинской помощи и иных услуг, которые вправе получить Застрахованное лицо в течение срока действия Договора страхования независимо от числа обращений в медицинские учреждения.

6.3. Страхователь вправе в период действия договора страхования по согласованию со Страховщиком изменить страховую сумму и/или расширить перечень предоставляемых программой медицинского страхования услуг в рамках иных программ страхования, являющихся приложением к настоящим Правилам страхования, путем заключения дополнительного соглашения с указанием условий внесения соответствующих изменений.

6.4. В случаях, если стоимость медицинской помощи или иных услуг превышает размер страховой суммы, Страхователь вправе заключить со Страховщиком соглашение, в соответствии с которым Страхователь обязуется возместить Страховщику расходы на оказание медицинской помощи и/или иных услуг, в сумме, превышающей страховую сумму.

6.5. Страховщик вправе устанавливать отдельные лимиты страховых выплат – по отдельным программам, видам медицинских услуг, группам Застрахованных и т.п.

## **7. СТРАХОВАЯ ПРЕМИЯ, СТРАХОВОЙ ТАРИФ, СТРАХОВОЙ ВЗНОС**

7.1. Под страховой премией понимается плата за страхование, которую Страхователь обязан уплатить Страховщику в порядке и в сроки, установленные Договором страхования. Страховой взнос – часть страховой премии при уплате ее в рассрочку.

7.2. При определении размера страховой премии, подлежащей уплате по Договору страхования, Страховщик применяет разработанные им тарифы (Приложение № 1 к настоящим Правилам), определяющие величину страхового взноса, взимаемую с единицы страховой суммы, с учетом условий страхования, выбранной Страхователем Программы страхования, категории медицинского учреждения, срока действия Договора страхования и иных условий, предусмотренных Договором страхования.

7.3. При определении размера страховой премии Застрахованному может быть предложено заполнить Медицинскую анкету. Сведения, указанные в заявлении на страхование или в Медицинских анкетах, подтверждаются подписью Страхователя (Застрахованного). В случае необходимости, для уточнения указанных данных, Страховщик имеет право направить Застрахованного на медицинское обследование. В случае



отказа Застрахованного от заполнения Медицинской анкеты или прохождения медицинского обследования Страховщик имеет право отказать Страхователю в заключение Договора страхования.

7.4. Страховая премия по Договору страхования может быть уплачена Страхователем единовременно – разовым платежом за весь срок действия Договора страхования, или уплачиваться в рассрочку в течение срока действия Договора страхования. Порядок уплаты страховых взносов (ежемесячно, ежеквартально, по полугодиям, пропорционально, не пропорционально) определяется в Договоре страхования.

Если к сроку, установленному в Договоре страхования, страховая премия или первый страховой взнос не были уплачены или были уплачены не полностью, Договор страхования считается не вступившим в силу, если иное не предусмотрено Договором страхования.

7.5. В случае неуплаты очередного страхового взноса в установленные Договором страхования сроки действие Договора страхования прекращается в порядке, предусмотренном настоящими Правилами и действующим законодательством РФ. Договором страхования могут быть предусмотрены иные последствия неуплаты очередного страхового взноса в установленные Договором страхования сроки.

## **8. ПОРЯДОК ЗАКЛЮЧЕНИЯ, ИСПОЛНЕНИЯ, ВНЕСЕНИЯ ИЗМЕНЕНИЙ И ДОПОЛНЕНИЙ В ДОГОВОР СТРАХОВАНИЯ**

8.1. Договор страхования заключается сроком на один год с физическим лицом или юридическим лицом, если иное не предусмотрено Договором страхования.

При страховании на срок менее одного года страховая премия уплачивается в следующем проценте от ее годового размера (срок страхования приводится в месяцах) (Таблица 1):

**Таблица 1**

Срок страхования (мес.)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
% от годовой премии	20	30	40	50	60	70	80	85	90	95	100

При страховании на срок менее одного месяца страховая премия рассчитывается следующим образом (Таблица 2):

**Таблица 2**

Срок страхования (дни)	От 1 до 10 дней	От 11 до 20 дней	От 21 до 30 дней
Размер страховой премии (в % от годовой премии за один день страхования)	1,17 %	1,07%	1%

При страховании на срок более одного года страховая премия по договору страхования в целом устанавливается как сумма страховых взносов за каждый год. Если срок

страхования устанавливается как год/несколько лет и месяц/несколько месяцев, то страховой взнос за оставшуюся часть года вычисляется из предыдущего годового взноса пропорционально количеству полных месяцев оставшегося страхового периода.

8.2. Договор страхования заключается в письменной форме, несоблюдение которой влечет его недействительность. Для заключения Договора страхования Страхователь может обратиться к Страховщику либо с письменным заявлением по форме, установленной Страховщиком, в котором сообщаются данные, необходимые для заключения Договора страхования, либо иным доступным способом заявить о намерении заключить Договор страхования (устное заявление, факс и т.д.).

8.3. Договор страхования формируется по выбору Страхователя, согласованному со Страховщиком. Договор страхования может содержать различные программы страхования как из числа программ, являющихся приложением к Правилам страхования, так и содержать программу, составленную из перечня медицинских и иных услуг. Перечень, медицинских и иных услуг по Договору страхования в рамках конкретной программы страхования, а также любое сочетание программ страхования может иметь оригинальное название.

При заключении договора страхования Страховщик и Страхователь могут договориться об объеме страхового покрытия путем определения перечня заболеваний (состояний), обращение по поводу которых является страховым случаем по соответствующему договору страхования, а также путем определения исчерпывающего перечня лекарственных средств, изделий медицинского назначения, медицинских и иных услуг, включаемых в программу страхования Застрахованного лица; кроме того, Страховщик и Страхователь могут договориться и о названии программы, отражающей вид, объем и порядок предоставляемой Застрахованному медицинской помощи.

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

8.4.1. о застрахованном лице;

8.4.2. о характере события, на случай наступления которого осуществляется страхование (страховой риск);

8.4.3. о сроке действия Договора и размере страховой суммы;

8.4.4. о размерах, сроках и порядке оплаты страховой премии (внесения страховых взносов);

8.4.5. о перечне медицинских и иных услуг, соответствующих Программе страхования;

8.4.6. о перечне медицинских и иных учреждений;

8.4.7. о условиях и сроках вступления Договора страхования в силу, а также его прекращения, ответственности сторон;

8.4.8. иные, не противоречащие законодательству РФ, условия;

8.5. Страховщик обязан ознакомить Страхователя с содержанием Правил страхования, программами страхования. Условия, содержащиеся в настоящих Правилах и не включенные в текст Договора страхования (страхового полиса), обязательны для Страхователя, если в Договоре страхования (страховом полисе) прямо указывается на применение настоящих Правил и сами Правила изложены в одном документе с Договором страхования (страховым полисом) или на его оборотной стороне либо



приложены к нему. В последнем случае вручение Страхователю при заключении Договора страхования настоящих Правил должно быть удостоверено записью в Договоре страхования.

8.6. При заключении Договора добровольного медицинского страхования Страховщик, при необходимости, вправе назначить дополнительный медицинский осмотр страхуемого лица (страхуемых лиц) для оценки фактического состояния его (их) здоровья.

8.7. Предварительный медицинский осмотр производится за счет средств Страхователя. Заключение Договора коллективного медицинского страхования.

8.7.1. Договор страхования может быть заключен в отношении любого количества работников Страхователя и членов их семей, если иное не предусмотрено Договором страхования.

8.7.2. Основанием для заключения Договора страхования является устное или письменное заявление Страхователя (Приложение № 2 к настоящим Правилам), в котором должны быть указаны:

- полное наименование и адрес места нахождения Страхователя, его банковские реквизиты;
- список Застрахованных лиц с указанием имени, отчества, фамилии, даты рождения, адреса место жительства и телефона, паспортных данных и прочей информации о каждом Застрахованном лице (Приложение № 3 к настоящим Правилам);
- программа страхования;
- срок страхования;
- другие данные.

8.7.3. Страховщик в течение пяти рабочих дней принимает решение о возможности заключения Договора страхования и делает соответствующие отметки в письменном заявлении Страхователя, при наличии такового.

8.7.4. Факт заключения договора страхования подтверждается оформлением единого документа – Договора страхования (Приложение № 7 к настоящим Правилам) и выдачей страховых пластиковых карточек на каждое Застрахованное лицо (Приложение № 9 к настоящим Правилам).

8.7.5. Страховой полис является документом, удостоверяющим право Застрахованного лица на получение медицинской и/или иной помощи, предусмотренной Договором страхования. Страховой полис выдается Страхователю в течение трёх рабочих дней после вступления Договора страхования в законную силу, если иное не предусмотрено Договором страхования.

8.7.6. В страховой пластиковой карточке указывается:

- номер Договора страхования;
- категория: содержащая буквенно-цифровой шифр, определяющий выбранную Программу страхования, перечень медицинских учреждений;
- фамилия, имя, отчество Застрахованного лица;
- год рождения;
- наименование Страхователя;
- срок действия договора страхования;

- период страхования;
- телефоны круглосуточного диспетчерского пульта.

Приложением к страховой пластиковой карточке является Программа страхования и перечень ЛПУ.

8.8. Заключение Договора индивидуального медицинского страхования.

8.8.1. Основанием для заключения Договора страхования является устное или письменное заявление Страхователя (Приложение № 4 к настоящим Правилам), в котором должно быть указаны:

- фамилия, имя и отчество Страхователя, его адрес места жительства и телефон;
- паспортные данные Страхователя;
- фамилия, имя и отчество Застрахованного лица, дата рождения, адреса места жительства, паспортные данные и телефон;
- Программа страхования;
- срок действия договора страхования;
- другие данные.

8.8.2. Страховщик принимает решение о возможности заключения Договора страхования в течение пяти рабочих дней со дня получения заявления от Страхователя. При необходимости Страховщик может назначить предварительный медицинский осмотр или обследование Застрахованного лица.

8.8.3. Факт заключения Договора страхования подтверждается оформлением единого документа – Страхового полиса (Приложения №№ 5, 6 к настоящим Правилам) и выдачей страховой пластиковой карточки (Приложение № 9 к настоящим Правилам).

8.8.4. В страховом полисе указывается:

- номер страхового полиса;
- фамилия, имя и отчество Страхователя, его адрес места жительства и телефон;
- паспортные данные Страхователя;
- фамилия, имя, отчество Застрахованного лица;
- год рождения;
- адрес Застрахованного;
- Программа страхования;
- размер страховой премии;
- размер страховой суммы;
- перечень медицинских учреждений, в которые застрахованное лицо имеет право обратиться за получением медицинской помощи и медицинских услуг;
- срок действия договора страхования.

Приложением к страховому полису являются Правила страхования и Программа страхования.

8.8.5. При заключении Договора страхования по программе «Российский медицинский ассистанс» путем выдачи Страхователю страхового полиса (Приложение № 6 к настоящим Правилам) в страховом полисе указывается номер полиса; ФИО, дата рождения, адрес, телефон Страхователя; данные документа, удостоверяющего личность, срок действия договора страхования (дата начала и окончания действия договора страхования и количество дней); выбранная программа; страховая сумма и страховая премия; при страховании нескольких лиц указывается их количество, ФИО, даты рождения и иные сведения.

8.8.6. По соглашению сторон Договор страхования может быть заключен путем подписания двустороннего документа – Договора страхования, составленного по форме Договора добровольного медицинского страхования (Приложение № 7 к настоящим Правилам).

8.9. В Договоре страхования может быть установлена условная или безусловная франшиза.

При установлении условной франшизы Страховщик освобождается от оплаты расходов, связанных с оказанием Застрахованному медицинских и иных услуг, если их размер не превышает франшизу.

При установлении в договоре страхования безусловной франшизы обязательства Страховщика определяются размером понесенных расходов на оказание Застрахованному медицинских и/или иных услуг, предусмотренных договором, за минусом франшизы.

Франшиза определяется Сторонами в процентном отношении к страховой сумме или в абсолютной величине.

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.

**Франшиза** – определенная часть убытков Страхователя, не подлежащая возмещению Страховщиком в соответствии с условиями страхования.

**Условная франшиза** – франшиза, при которой полностью возмещается ущерб, если он превышает сумму условной франшизы.

**Безусловная франшиза** – франшиза, которая вычитается из любой суммы ущерба.

**Безусловная франшиза** – оговоренные в условиях страхования абсолютная сумма или процент, подлежащие вычету из суммы страхового возмещения.

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 могут быть известны Страховщику. При этом существенными могут быть признаны обстоятельства, определенно оговоренные Страховщиком в Договоре страхования или в его письменном запросе.

8.10. 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.

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 (п.2 ст.179 ГК РФ), за исключением случая, когда обстоятельства, о которых умолчал Страхователь, уже отпали.

8.11. Условия, содержащиеся в настоящих Правилах страхования и не включенные в текст Договора страхования (страхового полиса), обязательны для Страхователя (Застрахованного лица), если в Договоре (страховом полисе) прямо указывается на применение настоящих Правил и сами Правила изложены в одном документе с Договором (страховым полисом) или на его оборотной стороне либо приложены к нему.

8.12. При заключении Договора страхования Страхователь и Страховщик могут договориться об изменении или исключении отдельных положений настоящих Правил страхования.

8.13. При утрате Застрахованным лицом страхового полиса, либо страховой пластиковой карточки, он должен незамедлительно известить об этом Страховщика. Утраченные документы признаются недействительными и не могут являться основанием для получения медицинской помощи в соответствии с Договором страхования. Взамен утраченных документов Страхователю (Застрахованному лицу) выдаются новые документы.

При повторной утрате страховой пластиковой карточки в течение срока действия Договора страхования со Страхователя может быть взыскан штраф в размере стоимости изготовления карточки.

8.14. Договором страхования может быть предусмотрено вступление его в силу с определенной календарной даты или с момента уплаты страхового взноса (первой части страхового взноса).

8.15. Если иное не предусмотрено Договором страхования, Страхователь обязан уплатить Страховщику страховой взнос или его первую часть в течение 10 банковских дней после заключения Договора страхования. Днем уплаты страхового взноса при безналичных расчетах считается день поступления денежных средств на расчетный счет Страховщика.

8.16. Если условиями Договора страхования не предусмотрено иное, Договор страхования вступает в силу с момента уплаты страхового взноса (первой части страхового взноса):

а) при уплате страхового взноса наличными деньгами – с 00 часов дня, следующего за тем, в котором был уплачен страховой взнос;

б) при уплате страхового взноса путем безналичных расчетов – с 00 часов дня, следующего за датой зачисления страхового взноса на счет Страховщика.

8.17. Если иное не предусмотрено Договором страхования, срок действия договора страхования составляет один календарный год с момента вступления Договора в силу.

8.18. В случае изменения списка Застрахованных лиц Страхователь представляет Страховщику сведения, предусмотренные настоящими Правилами о каждом Застрахованном лице, включаемом в список Застрахованных лиц, и дополнительно уплачивает соответствующий страховой взнос за период: с момента включения указанных лиц в список Застрахованных лиц до окончания срока действия Договора страхования.

8.19. Страховые пластиковые карточки лиц, исключаемых из списка Застрахованных лиц, подлежат возврату Страховщику. Страховой полис должна быть возвращена

Страховщику в течение 3 (трех) рабочих дней с даты исключения лица из Списка Застрахованных лиц.

8.20. Изменение условий Договора страхования производится по обоюдному согласию Страхователя и Страховщика на основании заявления одной из Сторон и оформляется дополнительным соглашением, которое становится неотъемлемой частью Договора страхования. Если какая-либо из Сторон не согласна на внесение изменений в Договор страхования, то Сторонами решается вопрос о действии Договора страхования на прежних условиях или о его прекращении.

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

## **9. ПОРЯДОК ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ**

9.1. Предоставление медицинской помощи и иных услуг, обусловленных Договором страхования и соответствующей Программой страхования, осуществляется путем обращения Застрахованного лица в медицинские и/или иные учреждения, указанные в Договоре страхования, или предварительно к Страховщику по указанным им телефонам.

9.2. Застрахованное лицо при обращении в медицинское и/или иное учреждение обязано предъявить Страховой полис или иной дополнительный документ, выданный Страховщиком (страховую пластиковую карточку), а также паспорт или иной документ, удостоверяющий личность, если иное не предусмотрено Правилами оказания медицинских услуг.

9.3. Страховщик в целях исполнения своих обязательств по организации предоставления Застрахованным услуг в соответствии с условиями Договора страхования заключает договоры по оказанию медицинской помощи и иных услуг Застрахованным с государственными, частными медицинскими и иными учреждениями, находящимися на территории РФ и за ее пределами, включая зарубежные страховые компании, сервисные компании, научно-исследовательские институты, лаборатории, медицинские центры и клиники, аптечные учреждения, частнопрактикующих врачей и иные организации различных форм собственности, являющиеся резидентами или нерезидентами на территории РФ, при условии, что это не противоречит законодательству РФ.

9.4. Медицинские учреждения, сервисные компании и иные учреждения, в соответствии с договором, заключенным со Страховщиком, оказывают услуги Застрахованным, предусмотренные Договором страхования и выбранными программами, включая медико-транспортные услуги, услуги по репатриации.

9.5. Выплата по договору страхования осуществляется Страховщиком путем оплаты стоимости оказанной Застрахованному медицинской помощи (медицинских и иных

услуг, а также лекарственных средств или изделий медицинского назначения) непосредственно (или через поверенного, агента, комиссионера) в медицинское учреждение и в аптечную (или иную)<sup>1</sup> организацию по их счетам. Санаторно-курортное лечение Застрахованного может быть организовано и оплачено Страховщиком также путем возмещения Застрахованному, либо путем оплаты санаторно-курортному учреждению или санаторно-курортному объединению, либо санаторно-курортному агентству стоимости санаторно-курортной путевки/курсовки. Оплата стоимости медицинской помощи (медицинских и иных услуг, лекарственных средств или изделий медицинского назначения) может быть осуществлена на основании договора, заключенного в письменной форме в соответствии с пунктом 2 статьи 434 ГК РФ.

9.6. Перечисление производится либо авансировано, либо после получения от медицинских учреждений счета с указанием диагноза, сроков лечения, перечня и количества оказанных услуг, их стоимости и общей суммы расходов, понесенных по всем услугам, оказанным Застрахованному лицу в пределах Программы, предусмотренной Договором страхования.

9.7. Договор страхования может предусматривать возмещение расходов, понесенных Страхователем (Застрахованным) по оплате медицинских и/или иных услуг, оказанных по согласованию со Страховщиком и в соответствии с условиями Договора страхования, непосредственно Застрахованному наличными деньгами или перечислением на его счет. При этом затраты должны быть признаны Страховщиком обоснованными на основании документов, перечисленных в пункте 9.8. настоящих Правил, подтверждающих необходимость понесенных затрат и факт оплаты.

9.8. Для осуществления выплаты в соответствии с п. 9.7. настоящих Правил Застрахованный должен предоставить Страховщику заявление с приложением оригинала оплаченного счета с указанием медицинского или иного учреждения, перечня оказанных услуг и их стоимости, квитанции или кассового чека, направления на лечение, выписки из медицинской карты амбулаторного или стационарного больного или иного документа, подтверждающего факт получения услуги.

9.9. Взаимоотношения Страховщика с медицинским и/или иным учреждением определяются соответствующим договором (Приложение № 8 к настоящим Правилам).

9.10. Страховщик проверяет соответствие оказываемых Застрахованному услуг оговоренному в Договоре страхования объему, сроки предоставления услуг и выполнение других положений Договора страхования, а также проводит экспертизу качества оказанных услуг по своему усмотрению или по письменному заявлению Страхователя (Застрахованного).

9.11. Не являются страховым случаем и не оплачиваются Страховщиком расходы, понесенные Страхователем (Застрахованным) в связи с событиями, произошедшими после окончания срока действия Договора страхования. Страховщик оплачивает расходы, связанные со страховым случаем, наступившим в течение срока действия

---

<sup>1</sup> Иная организация – организация, которая вправе реализовывать лекарственные средства и/или изделия медицинского назначения как в розницу, так и оптом.



Договора страхования, и понесенные до момента устранения угрозы жизни Застрахованного, если иное не предусмотрено Договором страхования.

9.12. Плановая госпитализация осуществляется не менее чем за 14 дней до окончания действия Договора страхования. При плановой госпитализации оплата услуг производится до конца срока действия Договора страхования, далее – за счет Страхователя (Застрахованного).

9.13. При установлении в Договоре страхования франшизы, часть стоимости оказанных Застрахованному услуг в сумме, равной размеру установленной в Договоре страхования франшизы, оплачивается Страхователем (Застрахованным) при получении (оказании) услуг непосредственно учреждению, которое оказывает эти услуги, либо Страховщику в срок до 30 (тридцати) дней после признания произошедшего события страховым случаем и получения от Страховщика уведомления об оплате последним оказанных услуг.

9.14. При страховании с валютным эквивалентом сумма страховых выплат по всем страховым случаям, наступившим в течение действия Договора не может быть больше рублевого эквивалента страховой суммы по Договору, рассчитанной по курсу Центрального Банка РФ, установленному для данной валюты на дату осуществления страховой выплаты (списания), при условии, что курс иностранной валюты на дату осуществления страховой выплаты не превышает максимального курса иностранной валюты.

9.15. Если курс иностранной валюты, установленный Центральным банком РФ на дату осуществления страховой выплаты (списания) превысит максимальный курс иностранной валюты, то страховая выплата рассчитывается по максимальному курсу иностранной валюты, согласованному при заключении Договора.

9.16. Под максимальным курсом иностранной валюты понимается курс иностранной валюты, установленный Центральным Банком РФ на дату уплаты (списания) страховой премии (первого страхового взноса), увеличенный на согласованный в Договоре сторонами процент за каждый месяц (в том числе неполный), прошедший с момента уплаты страховой премии (первого страхового взноса).

9.17. Ответственность за объем и качество предоставляемых медицинских услуг, а также за отказ в оказании медицинской помощи Застрахованному лицу несет медицинское учреждение в соответствии с законодательством РФ.

## **10. ПОСЛЕДСТВИЯ УВЕЛИЧЕНИЯ СТЕПЕНИ СТРАХОВОГО РИСКА В ПЕРИОД ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ**

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 страхования, если эти изменения могут существенно повлиять на увеличение страхового риска.

10.2. В любом случае значительными признаются обстоятельства:

а) оговоренные в Договоре страхования (страховом полисе), в Правилах страхования или в заявлении о заключении Договора страхования;

10.3. При получении информации об обстоятельствах, влекущих увеличение степени страхового риска, Страховщик вправе потребовать изменения условий Договора страхования или уплаты дополнительного страхового взноса соразмерно увеличению степени риска.

10.4. Если Страхователь (Застрахованное лицо) возражает против изменения условий Договора страхования или доплаты страхового взноса, Страховщик вправе потребовать расторжения Договора.

10.5. При неисполнении Страхователем (Застрахованным лицом) обязанностей по сообщению Страховщику об увеличении страхового риска Страховщик вправе потребовать расторжения Договора и возмещения убытков, причиненных расторжением Договора.

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 медицинской помощи и иных услуг, объем которых определен в Программе страхования, в медицинских и/или иных учреждениях, перечень которых определен в Договоре страхования;

б) требовать от Страховщика в законном порядке соблюдения условий Договора страхования;

в) на получение дубликата страхового полиса (страховой пластиковой карточки) в случае его утраты.

11.1.2. Застрахованное лицо обязано:

а) представлять Страховщику необходимые для заключения Договора страхования достоверные сведения, а также иную необходимую информацию, связанную с исполнением Договора страхования;

б) при получении страховой документации (договора страхования, страхового полиса, страховой пластиковой карточки, Правил страхования, Программы страхования и др.) удостоверить личной подписью факт получения указанных документов;

в) соблюдать требования Правил страхования, условий Договора страхования, предписания лечащего врача в ходе получения медицинской помощи, распорядок, установленный медицинским учреждением;

г) заботиться о сохранности страховых документов и не передавать их другим лицам с целью получения ими медицинской помощи;

д) при утрате страхового полиса и/или страховой пластиковой карточки незамедлительно извещать об этом Страховщика;

е) сообщать своевременно Страховщику об изменении своей фамилии или места жительства;

ж) предоставлять Страховщику право на ознакомление с медицинской документацией из любых медицинских и иных учреждений для решения вопросов, связанных с реализацией Договора страхования и оплатой оказанных Застрахованному услуг;

з) посещать заранее согласованные с медицинским и/или иным учреждением процедуры, приемы и исследования, не нарушать лечебный режим, вызывать скорую медицинскую помощь только в случае необходимости.

В случае неявки без уважительной причины Застрахованного лица на заранее согласованные с медицинским и/или иным учреждением процедуры, приемы и исследования, а также в связи с необоснованным или ложным вызовом скорой медицинской помощи (СМП), нарушением лечебного режима, Застрахованное лицо обязано компенсировать Страховщику его расходы, возникшие в связи с этими событиями. Указанные расходы должны быть компенсированы Застрахованным лицом путем внесения соответствующей суммы денежных средств в кассу Страховщика/перечисления на расчетный счет Страховщика в срок не позднее 14 (Четырнадцать) рабочих дней с даты получения Застрахованным лицом соответствующего требования Страховщика.

и) Все права и обязанности по Договору страхования Застрахованных в возрасте до 18 лет, за исключением права на получение услуг в соответствии с Договором страхования, осуществляют от их имени и в их интересах, в соответствии с законодательством РФ, их законные представители.

к) В Договор страхования могут быть включены и иные права и обязанности сторон, не противоречащие законодательству РФ.

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 страховые взносы 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 порядком, предусмотренном Правилами страхования;

в) по соглашению со Страховщиком расширить перечень медицинских услуг в пределах, предусмотренных Правилами страхования и Программами страхования, путем подписания соглашения к договору страхования при условии уплаты дополнительного страхового взноса;

г) в случае увольнения Застрахованного лица, являющегося работником Страхователя, заменить его другим лицом с согласия самого Застрахованного лица и Страховщика в порядке, предусмотренном Правилами страхования;

д) досрочно отказаться от Договора страхования.

11.3. Права и обязанности Страховщика.

11.3.1. Страховщик обязан:

а) ознакомить Страхователя с Правилами страхования и вручить их Страхователю;

б) выдавать Страхователю (Застрахованным) страховые полисы и/или страховые пластиковые карточки установленной формы;

- в) производить страховые выплаты при наступлении страховых случаев в порядке, установленном настоящими Правилами и договором страхования;
- г) обеспечивать конфиденциальность в отношениях со Страхователем (Застрахованными) в соответствии с Основами Законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан. Информация о диагнозах заболеваний Застрахованных, фактах их обращения за медицинской помощью и ее объеме может быть представлена Страхователю только по письменному разрешению Застрахованных;
- д) контролировать объем, сроки и качество медицинской помощи и иных услуг, оказанных Застрахованному в медицинских и/или иных учреждениях, предусмотренных Договором страхования, и медицинских и/или иных учреждениях, медицинская помощь и иные услуги в которых были организованы Страховщиком;

#### 11.3.2. Страховщик имеет право:

- а) требовать от Страхователя предоставления достоверной информации, необходимой для заключения Договора страхования;
- б) досрочно расторгнуть Договор страхования в случае:
  - в случае неуплаты Страхователем очередного страхового взноса в установленные Договором страхования сроки и размере, Договор страхования прекращает свое действие с 00 часов 00 минут дня, следующего за днем неуплаты очередного страхового взноса, если Сторонами не заключено дополнительное письменное соглашение об изменении срока и порядка уплаты очередных страховых взносов;
  - в других случаях, предусмотренных законодательством РФ;
- в) организовать экстренную медицинскую помощь Застрахованному лицу по жизненным показаниям с привлечением муниципальной медицины (скорая медицинская помощь «03» («112»), госпитализация в ближайший стационар и пр.) с дальнейшей организацией перевода по желанию Страхователя (Застрахованного лица) и при отсутствии медицинских противопоказаний в медицинское учреждение, предусмотренное Договором страхования;
- г) по согласованию со Страхователем внести изменения в Договор страхования в случае прекращения договора с медицинским и/или иным учреждением, указанным в Договоре страхования;
- д) требовать от Страхователя уплаты дополнительного страхового взноса при увеличении степени страхового риска;
- е) проверять сообщенную Страхователем информацию;
- ж) изменить по согласованию со Страхователем страховую сумму по Договору страхования при изменении медицинским и/или иным учреждением стоимости предоставляемой медицинской, в том числе лекарственной, и медико-социальной помощи, и иных услуг.

#### 11.4. Права и обязанности сторон по использованию персональных данных:

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

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

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

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

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

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

срока действия Договора страхования/ отзыва согласия на обработку персональных данных.

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

11.4.8. При поступлении письменного заявления об отзыве согласия на обработку персональных данных Страховщик вправе расторгнуть Договор страхования.

11.4.9. В случае отзыва Застрахованным лицом своего согласия на обработку персональных данных действие договора страхования в отношении такого лица прекращается, а в случае отзыва такого согласия Страхователем, договор страхования прекращается полностью. При этом действие договора страхования (полностью или частично) прекращается досрочно с даты получения Страховщиком соответствующего заявления об отзыве согласия на обработку персональных данных. В этом случае Страховщик обязуется уничтожить такие персональные данные в сроки, установленные действующим законодательством Российской Федерации.

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

## **12. ПРЕКРАЩЕНИЕ ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ**

12.1. Договор страхования прекращается в случаях:

- а) истечения срока его действия;
- б) исполнения Страховщиком обязательств перед Страхователем по Договору страхования в полном объеме;
- в) неуплаты Страхователем страхового взноса в установленные Договором страхования сроки и размеры;
- г) ликвидации Страхователя, являющегося юридическим лицом, или смерти Страхователя, являющегося физическим лицом;
- д) в случае смерти Застрахованного лица;
- е) в других случаях, предусмотренных законодательством РФ.

12.2. Договор страхования может быть прекращен досрочно по требованию Страхователя в соответствии с нормами гражданского законодательствами с письменным уведомлением другой стороны.

12.3. Договор страхования прекращается в целом или в отношении отдельных лиц, исключенных из списка Застрахованных лиц, 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 этом Страхователю возвращается страховой взнос пропорционально не истекшему сроку действия договора страхования.



12.4. При досрочном расторжении Договора страхования по требованию Страхователя, Страховщик возвращает ему часть уже уплаченного страхового взноса за вычетом одной из двух сумм, которая больше по абсолютному значению:

1) за не истекший срок действия Договора страхования за вычетом понесенных расходов на ведение дела в размере, указанном в структуре тарифной ставки. В этом случае расчет подлежащей возврату неиспользованной части страхового взноса производится следующим образом:

$$\text{Неиспользованный страховой взнос} = \frac{\text{Сумма страховых взносов, предусмотренная Договором страхования} \times \text{Число дней до окончания срока действия Договора страхования}}{\text{Число дней срока действия Договора страхования}} \times 0,7$$

Если Договор страхования предусматривает возможность уплаты страховых взносов в рассрочку, то возврат неиспользованной части страхового взноса производится только в отношении оплаченной части страхового взноса, предусмотренной Договором страхования, исходя из следующих параметров:

$$\text{Неиспользованный страховой взнос} = \frac{\text{Сумма фактически оплаченных страховых взносов} \times \text{Число дней до окончания оплаченного периода}}{\text{Число дней оплаченного периода}} \times 0,7$$

Если требование Страхователя о расторжении Договора страхования обусловлено нарушением Страховщиком Правил страхования, последний возвращает Страхователю внесенный им страховой взнос полностью, если Договором страхования не определено иное.

2) За вычетом суммы произведенных страховых выплат по Договору страхования и понесенных расходов на ведение дела в размере, указанном в структуре тарифной ставки.

$$\text{Неиспользованный страховой взнос} = \text{Сумма страховых взносов, предусмотренная Договором страхования/ Сумма фактически оплаченных страховых взносов} - \text{Сумма произведенных страховых выплат по Договору страхования}$$

12.5. Если уплата страхового взноса состоялась до даты вступления Договора страхования в силу, указанной в Договоре страхования, а Страхователь или Страховщик в силу обстоятельств, определенных законодательством РФ, отказываются от заключения Договора страхования, и при этом дата вступления договора в силу не

наступила, страховой взнос, уплаченный до даты вступления Договора страхования в силу, возвращается в полном объеме без удержания расходов Страховщика.

12.6. Во всех случаях прекращения Договора страхования, Застрахованные лица обязаны вернуть Страховщику страховые полисы (страховые пластиковые карточки), действие которых прекращается с момента прекращения Договора страхования.

12.7. 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 (Статья 944 ГК РФ).

Если после заключения Договора страхования будет установлено, что Страхователь сообщил Страховщику заведомо ложные сведения об обстоятельствах, указанных в настоящем пункте, Страховщик вправе потребовать признания договора недействительным и применения последствий, предусмотренных пунктом 2 статьи 179 ГК РФ.

### **13. ПОРЯДОК РАЗРЕШЕНИЯ СПОРОВ**

13.1. Качество оказания медицинской помощи и иных услуг, соответствие их условиям, предусмотренным в Договоре страхования, контролируется врачами-экспертами Страховщика.

13.2. Споры, возникающие в процессе оказания медицинской помощи и иных услуг Застрахованным лицам, в досудебном претензионном порядке разрешает согласительная комиссия, в состав которой входят представители Страхователя, Страховщика, медицинского учреждения и/или иного учреждения и, в случае необходимости, независимые эксперты по требованию и за счет потребовавшей Стороны.

13.3. При не достижении Сторонами соглашения споры разрешаются в порядке, установленном законодательством РФ.

## 14. ТЕРМИНЫ, ИСПОЛЬЗУЕМЫЕ В ПРАВИЛАХ

**Страховщик** – юридические лица, созданные в соответствии с законодательством РФ и имеющие лицензию на осуществление страховой деятельности.

**Страхователь** – лицо, заключившее со Страховщиком договор добровольного медицинского страхования в пользу третьих лиц или в свою пользу и обязанное уплатить страховую премию.

**Застрахованный** – физическое лицо, в пользу которого заключен договор добровольного медицинского страхования, и имущественные интересы которого являются объектом страхования по договору добровольного медицинского страхования, заключенному между Страхователем и Страховщиком.

**Страховой полис** – документ, выдаваемый Страховщиком Страхователю и удостоверяющий факт заключения Договора страхования.

**Договор добровольного медицинского страхования** – письменное соглашение между Страхователем и Страховщиком о том, что Страховщик обязуется в период действия Договора страхования при наступлении страхового случая организовать и оплатить предоставление Застрахованному в пределах установленной страховой суммы медицинских, медико-транспортных услуг, услуг по репатриации, а также иных услуг, предусмотренных Договором страхования, а Страхователь обязуется уплатить страховую премию (страховые взносы) в установленные Договором страхования сроки и в соответствующем размере. Договоры страхования могут быть индивидуальными или коллективными.

**Страховая выплата** – оплата медицинских и иных услуг, оказанных Застрахованному в соответствии с условиями Договора страхования и программой страхования.

**Программа добровольного медицинского страхования** – перечень медицинских и иных услуг, предоставляемых Страховщиком, а также медицинских учреждений, сервисных компаний и иных учреждений, в которых Застрахованное лицо может получить медицинские услуги. Программа добровольного медицинского страхования является неотъемлемой частью Договора добровольного медицинского страхования.

**Место жительства** – место, где Застрахованный постоянно или преимущественно проживает.

**Основное место работы** – организация, с которой Застрахованный состоит в трудовых отношениях на основании трудового договора (контракта).

**Сервисные компании** – сервисные или ассистанские компании и учреждения, имеющие договоры со Страховщиком по организации медицинских, экспертных, медико-транспортных и иных (в том числе медико-социальных) услуг, и оказывающие помощь по репатриации.

**Аптечные учреждения** – организации, осуществляющие розничную торговлю лекарственными средствами, изготовление и отпуск лекарственных средств в соответствии с требованиями законодательства РФ, имеющие лицензию на осуществление фармацевтической деятельности, оказывающие услуги Застрахованным по медикаментозному обеспечению.

**Медицинская помощь** – комплекс мероприятий, включающих медицинские и иные услуги, организационно-технические мероприятия, лекарственное обеспечение, обеспечение изделиями медицинского назначения, направленных на удовлетворение потребностей Застрахованных в поддержании и восстановлении здоровья.

**Медицинские услуги** - мероприятия или комплекс мероприятий, направленных на профилактику заболеваний, их диагностику и лечение, имеющих самостоятельное законченное значение и определенную стоимость.

**Лекарственное обеспечение** – оплата стоимости медикаментозного лечения, т.е. оплата и, при необходимости, доставка включенных в Программу и выписанных лечащим врачом амбулаторно-поликлинического медицинского учреждения либо назначенных лечащим врачом стационарного медицинского учреждения лекарственных средств.

**Обеспечение изделиями медицинского назначения** предполагает оплату Страховщиком стоимости протезно-ортопедических изделий, очков, слуховых аппаратов, контактных линз, имплантатов и др. (и, при необходимости, их доставку), включенных в Программу и выписанных (назначенных) лечащим врачом амбулаторно-поликлинического медицинского учреждения либо выписанных (назначенных) лечащим врачом стационарного медицинского учреждения. **Медико-транспортные услуги** – услуги, связанные с транспортировкой Застрахованного по медицинским показаниям:

- машиной скорой помощи, или иным видом транспорта до ближайшего медицинского учреждения на территории РФ;
- адекватным состоянию здоровья Застрахованного транспортным средством (при необходимости, в сопровождении медицинского персонала), в другое медицинское учреждение на территории РФ по медицинским причинам (по предписанию врача);
- адекватным состоянию здоровья Застрахованного транспортным средством (при необходимости, в сопровождении медицинского персонала) до ближайшего к месту постоянного проживания Застрахованного медицинского учреждения на территории РФ.

**Услуги по репатриации** – услуги, связанные с транспортировкой адекватным состоянию здоровья транспортным средством:

- для иностранных граждан – до транспортного узла, ближайшего к месту проживания Застрахованного или до врача, больницы, ближайшей к аэропорту места проживания Застрахованного, с которым есть прямое международное сообщение от места пребывания Застрахованного;
- Застрахованного, из страны пребывания, адекватным состоянию здоровья транспортным средством до ближайшего медицинского учреждения в стране постоянного проживания или гражданства для получения медицинской помощи;
- останков до транспортного узла, ближайшего к месту, где постоянно проживал Застрахованный.

**Иные услуги** – это услуги, связанные с оказанием или организацией оказания медицинской помощи и включенные в Программу, в том числе: сервисные услуги (палаты улучшенной комфортности, включающие дополнительное питание, связь, телевизор, компьютер, холодильник, кондиционер, душ, туалет и др.); питание и проживание (нахождение) при стационарном, реабилитационно-восстановительном, санаторно-курортном лечении, если оно не входит в стоимость медицинской услуги (стоимости койко-дня); оформление медицинским учреждением различной медицинской документации; услуги по организации медицинской помощи в других медицинских учреждениях; информационные услуги, связанные с оказанием или организацией оказания медицинской помощи.

