

ПРАВИЛА ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

**ОБЩЕСТВО С ОГРАНИЧЕННОЙ ОТВЕТСТВЕННОСТЬЮ
СТРАХОВАЯ КОМПАНИЯ «НЕЗАВИСИМАЯ СТРАХОВАЯ ГРУППА»**

УТВЕРЖДЕНО

*Генеральным директором
ООО СК «НСГ»
18 октября 2023г.*

П Р А В И Л А

добровольного медицинского страхования

г. Москва

1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ. СУБЪЕКТЫ СТРАХОВАНИЯ

1.1. В соответствии с законодательством Российской Федерации, Гражданским кодексом РФ, Законом РФ «Об организации страхового дела в Российской Федерации», иными нормативными документами в области страхования настоящие Правила регулируют отношения, возникающие между Страховщиком и Страхователем по поводу добровольного медицинского страхования граждан.

1.2. В соответствии с настоящими Правилами добровольного медицинского страхования (далее – Правила) ООО СК «НСГ» заключает договоры добровольного медицинского страхования, на условиях которых Застрахованному гарантируется организация и финансирование медицинской помощи определенного перечня и качества в объеме программ добровольного медицинского страхования, разрабатываемых Страховщиком и являющихся неотъемлемой частью договора страхования (далее по тексту – «Программы»).

1.3. Субъектами договора страхования выступают:

1.3.1. Страховая организация - Общество с ограниченной ответственностью Страховая компания «Независимая страховая группа» (далее по тексту – «Страховщик»), осуществляющая страховую деятельность в соответствии с Лицензией, выданной органом страхового надзора.

1.3.2. Дееспособные физические лица, в том числе индивидуальные предприниматели и (или) юридические лица организационно-правовых форм, предусмотренных гражданским законодательством РФ, заключающие договоры страхования (далее по тексту – «Страхователи»).

1.3.3. Физические лица, в пользу которых заключаются договоры страхования (далее по тексту – «Застрахованные»), при этом Страхователи – физические лица, заключившие такие договоры в свою пользу, являются одновременно Застрахованными.

1.3.4. Медицинские организации - юридические лица, независимо от организационно-правовой формы, осуществляющие в качестве основного (уставного) вида деятельности медицинскую деятельность на основании лицензии, выданной в порядке, установленном законодательством страны осуществления медицинской деятельности. В целях настоящих Правил к медицинским организациям приравниваются индивидуальные предприниматели, осуществляющие медицинскую деятельность.

1.4. Взаимоотношения между Страховщиком и медицинской организацией определяются Договором на предоставление медицинской помощи по добровольному медицинскому страхованию граждан, по которому медицинская организация обязуется предоставлять застрахованному контингенту медицинскую помощь определенного объема и качества в конкретные сроки в рамках Программ.

1.5. Страхование проводится в индивидуальной и коллективной форме. Договор коллективного страхования заключается в пользу работников юридического лица или индивидуального предпринимателя, членов семей таких работников и иных лиц.

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

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

2. ОБЪЕКТ СТРАХОВАНИЯ

2.1. Объектом добровольного медицинского страхования является страховой риск, связанный с затратами на оказание медицинской помощи при возникновении страхового случая.

3. ПОНЯТИЕ СТРАХОВОГО РИСКА. СТРАХОВЫЕ СЛУЧАИ

3.1. 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.

При заключении договора страхования в соответствии с настоящими Правилами страховым риском является риск затрат на оказание Застрахованному лицу медицинской или иной помощи при возникновении страхового случая.

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

В рамках настоящих Правил страховым случаем признается обращение Застрахованного лица в медицинскую или иную организацию, предусмотренную договором страхования или иную медицинскую организацию, с которой Страховщик заключил договор на предоставление медицинской помощи, за получением медицинской и иной помощи при остром, хроническом или инфекционном заболевании, травме, отравлении или других состояниях в объеме, установленном договором страхования и Программой.

3.2.1. Не признается страховым случаем обращение застрахованного лица за получением медицинской помощи в связи:

- с получением травматического повреждения, в состоянии алкогольного, наркотического или токсического опьянения, иного расстройства здоровья, причиной которых явилось злоупотребление алкоголем, наркотическими или токсическими веществами;

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

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

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

3.3. Договор страхования может быть заключен на следующих условиях:

3.3.1. Организации предоставления и оплаты медицинской и иной помощи, предусмотренной Программой, в медицинских или иных организациях, оказывающих амбулаторно-поликлиническую помощь (программа «Амбулаторно-поликлиническая помощь»).

3.3.2. Организации предоставления и оплаты медицинской и иной помощи, предусмотренных Программой, в медицинских организациях, оказывающих стационарную помощь (программа «Стационарная помощь»).

Застрахованный имеет право на медицинскую и иную помощь в рамках плановой госпитализации при условии, что расчетная дата окончания такой госпитализации наступит в течение срока действия страхования, установленного Договором.

В случае если начало экстренной госпитализации Застрахованного, признаваемой страховым случаем в соответствии с Договором, приходится на срок действия страхования, а окончание (выписка Застрахованного из стационара) происходит после окончания срока действия страхования, то оказание медицинской помощи в рамках такой госпитализации покрывается страхованием и оплачивается Страховщиком.

3.3.3. Организации предоставления и оплаты медицинской и иной помощи, предусмотренных программой медицинского страхования, в медицинских и иных организациях, оказывающих амбулаторно-поликлиническую и стационарную медицинскую помощь (программа «Комплексная медицинская помощь»).

3.3.4. Организации предоставления и оплаты стоматологической помощи (программа «Стоматология»).

3.3.5. Организации предоставления и оплаты скорой (неотложной) медицинской помощи (программа «Скорая и неотложная медицинская помощь»).

3.3.6. Организации предоставления и оплаты медицинской помощи врачом офиса, предусмотренных Программой, на дому, на рабочем месте, в медицинских организациях, оказывающих амбулаторно-поликлиническую помощь (программа «Врач офиса»).

3.3.7. Организации предоставления и оплаты медицинских услуг личного врача, предусмотренных Программой, на дому и в медицинских организациях, оказывающих амбулаторно-поликлиническую помощь (программа «Личный врач»).

3.3.8. В Программах, перечисленных в п.п.3.3.1 – 3.3.3, может предусматриваться возмещение расходов на реабилитационно-восстановительное лечение после перенесенного заболевания, являющегося страховым случаем (дополнительная программа «Реабилитационно-восстановительное лечение»).

3.3.9. Общие исключения из Программ:

-ВИЧ-инфекция, СПИД;

-особо опасные инфекционные болезни (натуральная оспа, чума, холера, вирусные геморрагические лихорадки, полиомиелит, ТОРС), а также в случае возникновения эпидемии (пандемии), за исключением гриппа, и/или объявления государственного карантина;

-острая и хроническая лучевая болезнь;

-психические болезни, алкоголизм, наркомания, токсикомания и их осложнения (после установления диагноза);

-туберкулез;

-венерические заболевания.

В случае обнаружения указанных заболеваний в процессе лечения, либо после оказания медицинских услуг, Страховщик прекращает оплату и организацию медицинской помощи с момента, когда ему стало известно об этом.

3.3.10. Лицам, страдающим на момент заключения договора страхования:

-злокачественными новообразованиями, в том числе злокачественными заболеваниями крови;

-врожденными пороками, аномалиями развития и наследственными болезнями;

может быть оказана любая медицинская помощь в соответствии с п.3.3., за исключением медицинских услуг, связанных с лечением самого заболевания.

Ограничение, предусмотренное п.3.3.10 не распространяется на случаи заболевания, впервые диагностированного у Застрахованного в течение срока действия договора страхования.

4. СТРАХОВАЯ СУММА

4.1. Страховой суммой является определенная договором страхования денежная сумма, исходя из которой устанавливаются размеры страховой премии и страховой выплаты при наступлении страхового случая.

4.2. Страховая сумма по договору страхования определяется Страховщиком и Страхователем по их усмотрению исходя из определенных договором условий страхования (Программ), действующих на момент заключения договора страхования цен в медицинских организациях на медицинские услуги.

4.3. В период действия договора страхования Страхователь по согласованию со Страховщиком вправе изменить страховую сумму при изменении цен на медицинские услуги, перечень медицинских услуг (Программы), а также поменять медицинские организации, предоставляющие медицинскую помощь по договору страхования.

Указанные изменения оформляются в письменном виде в форме дополнительного соглашения к договору страхования, которое подписывается Страховщиком и Страхователем, с соответствующим перерасчетом страховой премии при необходимости.

О предполагаемом изменении стоимости медицинских услуг, гарантированных Программами, Страховщик уведомляет Страхователя за месяц до предполагаемого введения новых цен.

5. СТРАХОВАЯ ПРЕМИЯ (СТРАХОВЫЕ ВЗНОСЫ). СТРАХОВОЙ ТАРИФ. ПОРЯДОК ПРИМЕНЕНИЯ ПОВЫШАЮЩИХ И ПОНИЖАЮЩИХ КОЭФФИЦИЕНТОВ

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

Страховая премия (страховые взносы) уплачивается Страхователем в валюте Российской Федерации.

5.2. При заключении конкретного договора медицинского страхования Страховщик применяет базовые страховые тарифы (Приложение 1 к настоящим Правилам), определяющие страховую премию, взимаемую с единицы страховой суммы, с учетом объекта страхования и характера страхового риска.

Законодательством Российской Федерации о страховании осуществление оценки страхового риска возложено на Страховщика. В связи с этим, основываясь на базовых тарифных ставках, Страховщик, в каждом конкретном случае при заключении договора страхования, для определения степени страхового риска и учета особенностей страхования конкретного лица (лиц) вправе применять к базовым тарифным ставкам повышающие и понижающие коэффициенты.

Решение о конкретном размере повышающего или понижающего коэффициента, принимается Страховщиком после изучения и оценки им информации и документов, представленных Страхователем, результатов медицинского обследования (если оно производилось), а также с учетом факторов, влияющих на степень страхового риска и размер убытков при наступлении страхового случая, которые выявляются Страховщиком в каждом конкретном случае в процессе заключения конкретного договора страхования.

Страховая премия устанавливается договором добровольного медицинского страхования.

5.3. Если иное не предусмотрено договором страхования, при заключении договора страхования на неполный год размер страховой премии исчисляется в процентах от годовой суммы страховой премии. При сроке действия договора страхования до 2 месяцев - 30%; 3 месяца - 40%, 4 месяца - 50%, 5 месяцев - 60%, 6 месяцев - 70%, 7 месяцев - 75%, 8 месяцев - 80%, 9 месяцев - 85%, 10 месяцев - 90%, 11 месяцев - 95% от суммы годовой страховой премии.

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

5.5. Страховая премия (страховые взносы) может быть уплачена Страхователем наличными деньгами, перечислена на расчетный счет Страховщика в безналичном порядке.

5.6. Страхователь обязан уплатить Страховщику страховую премию (или первый взнос при уплате страховой премии в рассрочку) в течение 5-ти рабочих дней после подписания договора страхования, или в иной срок, согласованный сторонами.

Моментом уплаты страховой премии (взноса) считается:

- при безналичной оплате - день поступления денежных средств на расчетный счет Страховщика;

- при оплате наличными средствами - день уплаты страховой премии (взноса) в кассу Страховщика или их передачи представителю (агенту) страховой компании.

5.7. При неуплате очередного взноса (при уплате страховой премии в рассрочку) договор страхования расторгается по инициативе Страховщика в соответствии с Гражданским кодексом Российской Федерации (гл.29 ГК РФ) или в одностороннем порядке (в случае если такой порядок был предусмотрен сторонами при заключении договора страхования), если стороны не договорились об отсрочке уплаты очередного взноса (договоренность об отсрочке страхового взноса оформляется дополнительным соглашением к договору страхования). При этом стороны не вправе требовать возвращения того, что было исполнено ими по обязательству до момента расторжения договора.

5.8. Если договором страхования не предусмотрено иное, расчет страховой премии по дополнительному соглашению в связи с увеличением страховой суммы при изменении стоимости или расширении перечня медицинских услуг, а также увеличении страхового риска производится в следующем порядке:

а) страховая премия по дополнительному соглашению делится на 12 месяцев и умножается на количество месяцев, оставшихся до конца действия основного договора страхования (неполный месяц считается за полный) или рассчитывается методом $1/365$ исходя из числа дней до окончания действия договора;

Результатом является величина страховой премии по дополнительному соглашению, полученная исходя из увеличенного размера страховой суммы на оставшийся период срока действия основного договора страхования;

б) страховая премия по договору страхования делится на 12 месяцев и умножается на количество месяцев (неполный месяц считается за полный), оставшихся до конца срока действия договора страхования или рассчитывается методом $1/365$ исходя из числа дней до окончания действия договора.

Результатом является величина страховой премии по основному договору на оставшийся период срока его действия;

в) величина страховой премии, подлежащая уплате Страхователем по дополнительному соглашению к основному договору страхования, определяется путем вычитания из полученной величины страховой премии по дополнительному соглашению (п.п. «а») величины страховой премии за оставшийся период срока действия по основному договору страхования (п.п. «б»).

5.9. В случае изменения условий договора страхования, связанных с сокращением объема Программ и уменьшением цены страхования, Стороны заключают дополнительное соглашение к договору. Порядок расчета размера части уплаченной страховой премии, подлежащей возврату Страхователю по основаниям, предусмотренным настоящим пунктом, устанавливаются договором страхования.

6. СРОК СТРАХОВАНИЯ. ПОРЯДОК ЗАКЛЮЧЕНИЯ И ИСПОЛНЕНИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ

6.1. Договор страхования по соглашению сторон заключается любой срок, но не менее одного месяца.

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

- о Застрахованном лице (Застрахованных лицах);
- о характере события, на случай наступления которого в жизни Застрахованного лица осуществляется страхование (страхового случая);
- о Программе и перечне медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь Застрахованным;
- о размере страховой суммы;
- о сроке действия договора.

6.3. Страховщик обязан ознакомить Страхователя с содержанием Правил страхования и вручить ему один экземпляр вместе с договором страхования (страховым полисом).

6.4. Заключение договора страхования с юридическими лицами.

6.4.1. При заключении коллективных договоров на страхование принимается любое количество работников (и членов их семей) юридического лица.

6.4.2. Основанием для заключения договора является УСТНОЕ или письменное заявление Страхователя по установленной Страховщиком форме.

6.4.3. Страховщик вправе потребовать от Страхователя – юридического лица документально подтвержденные сведения о заболеваемости с временной утратой трудоспособности на предприятии за последние 3-5 лет – общее количество дней нетрудоспособности и случаев таковой, среднегодовую фактическую численность штатных работников, а при отсутствии таких данных у Страхователя – определять размер подлежащей уплате страховой премии по базовому тарифу, основанному на общей медицинской статистике.

6.4.4. Отношения между Страховщиком и Страхователем оформляются путем составления договора страхования, подписанного сторонами, и выдачей страховых полисов на каждого Застрахованного.

6.4.5. Договор страхования оформляется в соответствии с требованиями действующего гражданского законодательства Российской Федерации в двух экземплярах, по одному для каждой стороны.

6.5. Заключение договора страхования с физическими лицами.

6.5.1. Основанием для заключения договора страхования с физическим лицом является УСТНОЕ или письменное заявление Страхователя по установленной Страховщиком форме.

6.5.2. Договор страхования может быть оформлен путем составления одного документа – договора страхования, либо вручения Страхователю страхового Полиса, подписанного Страховщиком, с приложением Правил и Программы.

6.6. При заключении договора страхования Страхователь обязан сообщить Страховщику известные Страхователю обстоятельства, имеющие существенное значение для определения вероятности наступления страхового случая и размера возможных убытков от его наступления (страхового риска), если эти обстоятельства не известны и не должны быть известны Страховщику. При этом существенными могут быть признаны обстоятельства, определенно оговоренные Страховщиком в договоре страхования (страховом полисе) или в его письменном запросе.

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

6.7. Если после заключения договора страхования будет установлено, что Страхователь сообщил заведомо ложные сведения об обстоятельствах, имеющих существенное значение для определения вероятности наступления страхового случая и размера возможных убытков от его наступления, Страховщик вправе потребовать признания договора недействительным и применения последствий в соответствии с

законодательством Российской Федерации, за исключением случая, когда обстоятельства, о которых умолчал Страхователь, уже отпали.

6.8. Договор страхования, если в нем не предусмотрено иное, вступает в силу в момент уплаты страховой премии или первого её взноса.

Страхование, обусловленное договором страхования, распространяется на страховые случаи, происшедшие после вступления договора страхования в силу, если в договоре не предусмотрен иной срок начала действия страхования.

6.9. Условия, содержащиеся в настоящих Правилах страхования и не включенные в текст договора страхования (страхового полиса), обязательны для Страхователя, если в договоре (страховом полисе) прямо указывается на применение таких Правил и сами Правила изложены в одном документе с договором (страховым полисом) или на его оборотной стороне либо приложены к нему. В последнем случае вручение Страхователю при заключении договора Правил страхования должно быть удостоверено записью в договоре.

6.10. При заключении договора страхования Страхователь и Страховщик могут договориться об изменении или исключении отдельных положений Правил страхования.

7. ПОРЯДОК ПРЕКРАЩЕНИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ

7.1. Договор страхования прекращается в случаях:

7.1.1. Истечения срока его действия – с 24 часов дня, определенного договором в качестве даты окончания срока его действия.

7.1.2. Исполнения Страховщиком обязательств перед Страхователем по договору в полном объеме – с момента такового.

7.2. Договор страхования прекращается досрочно в случаях:

7.2.1. Ликвидации Страхователя, являющегося юридическим лицом, или смерти Страхователя, являющегося физическим лицом, если Застрахованные не приняли на себя обязанности Страхователя по договору страхования в течение 10 рабочих дней с момента принятия (выдачи) соответствующего акта государственного органа или вступления в законную силу судебного решения.

7.2.2. Смерти Застрахованного (при индивидуальном договоре страхования с физическим лицом) – в день смерти, определенный соответствующим свидетельством.

7.2.3. Неуплаты Страхователем очередного страхового взноса при уплате страховой премии в рассрочку, если стороны не договорились об отсрочке уплаты очередного взноса – с 00 часов дня, следующего за днем, определенным договором страхования для его уплаты.

7.3. Страхователь вправе отказаться от договора страхования в любое время, если к моменту отказа возможность наступления страхового случая не отпала по обстоятельствам, иным, чем страховой случай.

7.4. При досрочном прекращении договора страхования в случаях, предусмотренных п.7.2 настоящих Правил, Страховщик возвращает полученную страховую премию за неистекший срок договора за вычетом понесенных расходов Страховщика.

При досрочном отказе Страхователя от договора страхования (п.7.3 настоящих Правил) уплаченная страховая премия не подлежит возврату, если договором не предусмотрено иное (конкретный размер части страховой премии, подлежащей в данном случае возврату Страхователю, определяется Страховщиком в каждом конкретном случае с учетом срока действия договора, наличия или отсутствия в этот период выплат, расходов на ведение дела Страховщика).

7.5. Изменение и расторжение сторонами договора страхования осуществляется в порядке, предусмотренном Гражданским кодексом Российской Федерации.

7.6. Договор страхования может быть признан недействительным с момента его заключения по основаниям, предусмотренным Гражданским кодексом Российской Федерации.

При недействительности договора страхования каждая из сторон обязана возвратить другой все полученное по нему, если иные последствия недействительности договора не предусмотрены законом.

Признание договора страхования недействительным осуществляется в соответствии с гражданским законодательством Российской Федерации.

7.7. Страхователь – физическое лицо имеет право в течение 14 (четырнадцати) календарных дней со дня заключения договора страхования и при отсутствии событий, имеющих признаки страхового случая, отказаться от договора страхования.

7.8. Договор страхования прекращает свое действие с 00.00 часов дня получения Страховщиком письменного заявления Страхователя – физического лица об отказе от договора страхования или иной даты, установленной по соглашению сторон, но не позднее срока, определенного в п. 7.7. настоящих Правил.

7.9. Страховщик возвращает страховую премию Страхователю – физическому лицу, отказавшемуся от договора страхования в порядке, установленном п.7.7. настоящих Правил, в следующих размерах:

7.9.1. в полном размере, если Страхователь отказался от договора страхования до даты возникновения обязательств Страховщика по договору страхования (даты начала действия страхования);

7.9.2. частично, если Страхователь отказался от договора страхования после даты начала действия страхования. Страховщик вправе удержать часть премии пропорционально сроку действия договора страхования, прошедшему с даты начала действия страхования до даты прекращения действия договора страхования.

7.10. Страховая премия возвращается Страхователю – физическому лицу в течение 10 (десяти) рабочих дней со дня получения письменного заявления Страхователя об отказе от договора страхования. Страховая премия перечисляется Страхователю или выплачивается в кассе Страховщика на основании заявления Страхователя.

7.11. Страхователь – физическое лицо имеет право отказаться от договора страхования в случае ненадлежащего информирования об условиях страхования.

В данном случае возврату Страхователю подлежит 100% от страховой премии за вычетом части страховой премии, исчисляемой пропорционально времени, в течение которого действовало страхование.

Возврат страховой премии осуществляется в течение 7 (семь) рабочих дней со дня получения заявления страхователя об отказе от добровольного страхования.

8. ИЗМЕНЕНИЕ СТРАХОВОГО РИСКА

8.1. В период действия договора страхования страхователь (застрахованный) обязан незамедлительно 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 во всяком случае признаются изменения, оговоренные в договоре страхования (страховом полисе) и в переданных страхователю Правилах.

В целях настоящих Правил к значительным также относятся следующие изменения в состоянии здоровья Застрахованного: установление факта заболеваний, перечисленных в п.п.3.3.9, 3.3.10; установление инвалидности.

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

Если Страхователь (Застрахованный) возражает против изменения условий договора страхования или доплаты страховой премии, Страховщик вправе потребовать расторжения договора в порядке, предусмотренном гражданским законодательством Российской Федерации.

При неисполнении Страхователем (Застрахованным) обязанностей по сообщению Страховщику об увеличении страхового риска последний вправе потребовать расторжения договора и возмещения убытков в порядке, предусмотренном гражданским законодательством Российской Федерации.

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

8.3. Последствия изменения страхового риска в период действия договора страхования, указанные в п.8.2 настоящих Правил, могут наступить только если они прямо предусмотрены в договоре.

9. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

9.1. Права и обязанности Застрахованного по договору страхования.

9.1.1. *Застрахованный имеет право:*

а) на своевременное и качественное получение медицинской помощи в соответствии с избранными Страхователем Программой (программами) и медицинскими организациями, определенными договором страхования;

б) предъявлять претензии к Страховщику по качеству своего обслуживания в избранной медицинской организации и требовать от Страховщика немедленного проведения экспертизы по таким претензиям.

9.1.2. *Застрахованный обязан:*

а) соблюдать предписания лечащего врача;

б) соблюдать порядок, установленный в медицинской организации;

в) обеспечить надлежащее хранение страхового полиса, исключающее возможность его использования для получения медицинских услуг третьими лицами;

г) сообщить Страхователю и Страховщику об обстоятельствах, влекущих увеличение страхового риска.

9.2. Права и обязанности Страхователя по договору страхования.

9.2.1. *Страхователь имеет право:*

а) осуществлять контроль за соблюдением Страховщиком условий договора страхования;

б) при коллективном страховании в период действия договора страхования изменять количество Застрахованных, внося соответствующие изменения в список Застрахованных лиц в соответствии с условиями, изложенными в п.9.4 настоящих Правил;

в) расширить список Застрахованных и (или) перечень медицинских услуг и медицинских организаций для Застрахованных в пределах, предусмотренных настоящими Правилами, при условии подписания подготовленного Страховщиком письменного дополнительного соглашения к договору страхования и своевременной уплаты дополнительно рассчитанной Страховщиком страховой премии;

г) в случае увольнения Застрахованного работника, Страхователь - юридическое лицо вправе заменить его другим в соответствии с условиями, изложенными в п. 9.5 настоящих Правил;

д) досрочно расторгнуть договор страхования в порядке, предусмотренном настоящими Правилами страхования и гражданским законодательством Российской Федерации.

9.2.2. *Страхователь обязан:*

- а) предоставить Страховщику полную и достоверную информацию, необходимую для заключения договора страхования;
- б) уплатить страховую премию в размере и в сроки, определенные договором страхования;
- в) довести до сведения каждого Застрахованного условия страхования, определенные договором страхования;
- г) сообщить Страховщику об обстоятельствах, влекущих увеличение страхового риска.

9.3. Права и обязанности Страховщика.

9.3.1. *Страховщик имеет право:*

- а) требовать от Страхователя предоставления полной и достоверной информации, необходимой для заключения договора страхования;
- б) изменить страховую сумму по договору страхования при изменении цен на предоставляемые медицинские услуги путем составления дополнительного соглашения к договору страхования на условиях настоящих Правил и уплаты дополнительной страховой премии. Расчет дополнительной страховой премии производится в порядке, определенном в п.5.8 настоящих Правил;
- в) потребовать расторжения договора страхования и возмещения убытков в порядке, предусмотренном гражданским законодательством Российской Федерации, при неисполнении Страхователем (Застрахованным) обязанностей по сообщению Страховщику об обстоятельствах, влекущих увеличение страхового риска;
- г) досрочно расторгнуть договор в порядке, предусмотренном Гражданским кодексом Российской Федерации (ст.ст. 450, 453).

При этом возврат Страхователю части уплаченной им страховой премии осуществляется Страховщиком в течение 10 (десяти) рабочих дней с момента расторжения договора страхования (путем перечисления денежных средств на расчетный счет Страхователя, в размере пропорционально времени, в течение которого страхование не действовало, за вычетом понесенных расходов Страховщика).

Если основанием для расторжения договора послужило существенное нарушение Страхователем данного договора, Страховщик вправе требовать возмещения убытков, причиненных расторжением договора.

9.3.2. *Страховщик обязан:*

- а) заключать договоры на оказание медицинских услуг по добровольному медицинскому страхованию с медицинскими организациями;
- б) обеспечить своевременную выдачу Застрахованным страховых медицинских полисов;
- в) организовать предоставление Застрахованным медицинской помощи и услуг, определенных договором страхования;
- г) защищать интересы Застрахованных посредством контроля объема, сроков и качества оказываемой Застрахованным медицинской помощи в соответствии с условиями договора;
- д) не разглашать полученные в результате своей профессиональной деятельности сведения о состоянии здоровья Застрахованных и их имущественном положении.

9.4. В случае увеличения списка Застрахованных при коллективной форме страхования Страхователь представляет Страховщику сведения, предусмотренные настоящими Правилами, о дополнительно страхуемых лицах и уплачивает за них страховую премию за период с заключения договора страхования в отношении указанных лиц до окончания срока страхования.

В случае уменьшения по инициативе Страхователя числа Застрахованных (исключение Застрахованных из списка производится только с их согласия) договор в отношении этих лиц расторгается в порядке, предусмотренном Гражданским кодексом

Российской Федерации. При этом уплаченная Страховщику страховая премия не подлежит возврату, если договором страхования не предусмотрено иное.

9.5. В случае замены Застрахованных лиц другими лицами при коллективной форме проведения страхования без увеличения числа Застрахованных Страхователь представляет Страховщику сведения об исключаемых из списка Застрахованных и включаемых в него. Замена Страхователем Застрахованного лица, названного в договоре страхования, другим лицом, может быть произведена с согласия самого Застрахованного и Страховщика.

После возврата Страховщику страховых полисов на лиц, исключаемых из списка Застрахованных, вновь Застрахованным выдаются страховые полисы на условиях первоначально заключенного договора страхования.

10. ПОРЯДОК ВЫПОЛНЕНИЯ ОБЯЗАТЕЛЬСТВ ПО ДОГОВОРУ

10.1. Право Застрахованного на получение медицинской помощи, предусмотренной договором страхования, наступает с даты, указанной в договоре страхования.

10.2. Предоставление медицинской помощи, обусловленной договором страхования, осуществляется путем обращения Застрахованного в медицинские организации, указанные в договоре страхования.

По всем проблемным вопросам, возникшим в ходе реализации предоставленных договором страхования прав Застрахованный обращается по контактному телефону Страховщика, указанному в страховом полисе.

10.3. Оплата стоимости медицинских и иных услуг, оказанных медицинской организацией Застрахованному, производится Страховщиком, исходя из фактических затрат на оказание медицинской помощи и медицинских и иных услуг по ценам, согласованным между Страховщиком и медицинской организацией, в пределах страховой суммы, установленной по договору страхования, путем перечисления Страховщиком денежных средств на счет медицинской организации.

Страховщик вправе проверить соответствие оказанных Застрахованному лицу медицинских услуг их перечню по договору страхования.

10.4. Страховщик не оплачивает медицинские услуги, полученные по инициативе Застрахованного лица в медицинских организациях, не указанных в договоре (полисе) страхования, за исключением случаев, когда медицинские услуги получены в медицинской организации, не предусмотренной в договоре страхования, но обращение в которое согласовано (в письменном виде) и/или организовано Страховщиком.

Страховщик также не производит страховую выплату, если Застрахованный получил медицинские услуги, включая любой период пребывания в стационаре, которые не были рекомендованы и письменно засвидетельствованы медицинской организацией (лечащим врачом), как необходимые и целесообразные меры.

11. ИСКОВАЯ ДАВНОСТЬ. ПОРЯДОК РАЗРЕШЕНИЯ СПОРОВ

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

11.2. Качество оказания медицинской помощи, соответствие ее условиям, предусмотренным в договоре страхования, контролируется врачами-экспертами Страховщика.

11.3. Спорные вопросы, возникающие в процессе оказания медицинской помощи Застрахованным, решает согласительная комиссия, в состав которой входят представители Страхователя, Страховщика и независимые эксперты.

При несогласии с решением согласительной комиссии Страхователь (Застрахованный) вправе потребовать независимой экспертизы с оплатой за свой счет.
В других случаях споры, связанные со страхованием, разрешаются судом.