

841

Закрытое страховое акционерное общество "ЛЕКСГАРАНТ"

Утверждено:
Советом директоров ЗСАО «ЛЕКСГАРАНТ»
Протокол №2 от 26 января 2005 г.

Председатель Совета директоров
В.Н. Кривенцов
В.Н. Кривенцов



**ПРАВИЛА
ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ**

1. Общие положения.
2. Субъекты страхования.
3. Объект страхования.
4. Страховые риски. Страховые случаи.
5. Страховая сумма. Франшиза.
6. Страховой тариф. Страховая премия.
7. Заключение, исполнение и прекращение договора страхования.
8. Права и обязанности сторон договора страхования.
9. Взаимоотношение сторон при наступлении страхового случая.
10. Порядок определения размера страхового возмещения и его оплата.
11. Отказ в страховой выплате.
12. Порядок разрешения споров.

1. Общие положения

1.1. Настоящие Правила составлены в соответствии с законодательством Российской Федерации и регулируют отношения между Страховщиком, имеющим лицензию на осуществление страхования, выданную органом страхового надзора, Страхователем и Застрахованными лицами по договорам добровольного медицинского страхования.

1.2. Страховщик заключает Договоры добровольного медицинского страхования в соответствии с программами:

1. «Амбулаторная помощь»
2. «Терапевтический стационар»
3. «Хирургический стационар»
4. «Стоматологическая помощь»
5. «Скорая медицинская помощь»

6. «Комплексная программа», оказываемыми медицинскими учреждениями, с которыми Страховщик состоит в договорных отношениях.

1.3. Страховщик не вправе разглашать полученные им в результате своей профессиональной деятельности сведения о Страхователе, Застрахованном лице, состоянии их здоровья, имущественном положении. За нарушение тайны страхования Страховщик, в зависимости от рода нарушенных прав и характера нарушения, несет ответственность в порядке, предусмотренном нормами гражданского законодательства Российской Федерации.

2. Субъекты страхования.

2.1. По настоящим Правилам субъектами страхования – сторонами договора страхования – признаются Страховщик, Страхователь, Застрахованное лицо

2.2. Страховщик – закрытое страховое акционерное общество «ЛЕКСГАРАНТ», имеющее лицензию на осуществление страхования, выданную органом страхового надзора Российской Федерации.

2.3. Страхователь – юридическое и дееспособное физическое лицо, заключившее со Страховщиком договор страхования либо являющееся страхователем по закону.

2.4. Застрахованное лицо (Застрахованный) – физическое лицо, имущественные интересы которого застрахованы по договору.

2.4.1. На условиях настоящих Правил заключаются договоры страхования в пользу Застрахованных лиц в возрасте не старше 70 лет, если иное не оговорено в договоре страхования.

2.4.3. Страхованию не подлежат граждане, состоящие на учете в наркологических, психоневрологических диспансерах, больные СПИДом и онкологическими заболеваниями в терминальной стадии.

3. Объект страхования

3.1. Объектом добровольного медицинского страхования является имущественные интересы Страхователя, связанный с расходами, вызванными его обращением в медицинские учреждения за медицинскими услугами, включенными в программу страхования.

4. Страховые риски. Страховые случаи.

4.1. Страховым риском является предполагаемое событие, обладающее признаками случайности и вероятности, на случай которого осуществляется страхование.

4.2. Страховым случаем является предусмотренное настоящими Правилами событие, совершившееся в период действия договора страхования, с наступлением которого возникает обязанность Страховщика осуществить выплату страхового возмещения в размере полной или частичной компенсации расходов Застрахованного лица, вызванных обращением его в медицинские учреждения за медицинскими услугами, включенными в программу медицинского страхования.

В соответствии с настоящими Правилами страховым случаем является обращение Застрахованного в течение периода действия Договора страхования в медицинское учреждение из числа предусмотренных договором страхования при остром заболевании, обо-

страции хронического заболевания, инфекции, при родах, травме, отравлении и других состояниях, требующих медицинской помощи, за получением консультативной, лечебной, профилактической, восстановительной и иной помощи, предусмотренной Договором страхования.

4.3. Договор страхования может быть заключен на условиях:

4.3.1. гарантированного предоставления и оплаты медицинских услуг, предусмотренных программой медицинского страхования, в учреждениях здравоохранения, оказывающих амбулаторно-поликлиническую помощь (программа «Амбулаторная помощь»);

4.3.2. гарантированного предоставления и оплаты медицинских услуг, предусмотренных программой медицинского страхования, в учреждениях здравоохранения, оказывающих медицинскую помощь в терапевтическом стационаре, лечебно-восстановительной терапии в отделениях реабилитации или санаторно-курортных условиях (программа «Терапевтический стационар»);

4.3.3. гарантированного предоставления и оплаты медицинских услуг, предусмотренных программой медицинского страхования, в учреждениях здравоохранения, оказывающих медицинскую помощь в стационаре с возможностью проведения Застрахованному лицу хирургической операции в связи с болезнью, родами или в результате несчастного случая, лечебно-восстановительной терапии в отделениях реабилитации или санаторно-курортных условиях (программа «Хирургический стационар»);

4.3.4. гарантированного предоставления и оплаты медицинских услуг, предусмотренных программой медицинского страхования, в учреждениях здравоохранения, оказывающих амбулаторную стоматологическую помощь (программа «Стоматологическая помощь»);

4.3.5. гарантированного предоставления и оплаты медицинских услуг, предусмотренных программой медицинского страхования, в учреждениях здравоохранения, оказывающих скорую медицинскую помощь (программа «Скорая медицинская помощь»);

4.3.6. гарантированного предоставления и оплаты медицинских услуг, предусмотренных программой медицинского страхования, в учреждениях здравоохранения, оказывающих амбулаторно-поликлиническую помощь, медицинскую помощь в терапевтическом, хирургическом стационаре, стоматологическую помощь, скорую и неотложную медицинскую помощь («Комплексная программа»);

4.4. Перечень медицинских услуг по Договору страхования может ограничиваться или расширяться (в рамках залицензированных Правил страхования и Приложений к ним и/или не противоречащие действующему законодательству) по индивидуальному соглашению между Страхователем и Страховщиком.

4.5. В соответствии с Договором страхования Страховщик принимает на себя обязательство организовать и оплатить медицинские услуги, оказанные Застрахованным в лечебных учреждениях по существующим технологиям в соответствии с условиями договора страхования, в пределах обусловленной в нем страховой суммы.

Страховщик гарантирует оплату медицинских услуг, предусмотренных настоящими Правилами и соответствующими Программами, являющимися неотъемлемой частью Правил, предоставляемых медицинскими учреждениями в РФ и за рубежом. При этом организация оказания медицинских услуг в зарубежных медицинских учреждениях может осуществляться как на основе прямых договоров Страховщика с зарубежными медицинскими учреждениями, так и через российские медицинские учреждения либо при посредничестве сервисных медицинских компаний, однако во всех перечисленных случаях оплата таких услуг будет считаться обоснованной при надлежащем оформлении документов и наличии у медицинского учреждения, оказавшего медицинские услуги, соответствующих регистрационных сертификатов, лицензии (аккредитации, разрешения и т.п.), которые необходимы ему по законодательству местонахождения учреждения для осуществления им деятельности.

Медицинское учреждение, с которым Страховщик заключил договор на оказание застрахованным медицинских услуг, в случае отсутствия у него по преискуранту 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. Страховщик не несет страховой ответственности, если Застрахованное лицо обратилось в медицинское учреждение:

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

4.6.2. в связи с умышленным причинением себе телесных повреждений, в том числе с покушением на самоубийство;

4.6.3. 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;

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

4.6.5. по поводу коррекции зрения или его исследования с целью назначения линз или очков или их подбора, кроме факторов нарушения зрения в результате несчастного случая или в других случаях, определенных прямыми медицинскими показаниями.

4.6.6. по поводу алкоголизма, токсикомании или наркомании;

4.6.7. венерических заболеваний и заболевания любой формой СПИДа в любой его стадии.

4.7. Страховщик не производит выплат в связи с заболеваниями и травмами, вызванными не страховыми случаями :

а) воздействием ядерного взрыва, радиации или радиоактивного заражения;

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

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

г) стихийными бедствиями

4.8. Страховщик не оплачивает стоимость медицинской помощи и медицинских услуг, полученных по инициативе Застрахованного лица в медицинских учреждениях, не определенных Договором страхования.

5. Страховая сумма. Франшиза

5.1. Страховая сумма в отношении всех или каждого Застрахованного по Договору страхования определяется Страховщиком и Страхователем по соглашению сторон исходя из программы, выбранной Страхователем, возраста Застрахованного лица, срока действия Договора страхования и т.д. и не может быть ниже минимальной суммы, установленной Страховщиком для каждой из программ страхования.

5.2. Страхователь вправе в период действия договора страхования по согласованию со Страховщиком изменить страховую сумму и/или расширить перечень предоставляемых медицинской программой услуг (однако, не выходя за рамки настоящих Правил страхования и Программ, являющихся неотъемлемой частью Правил) путем оформления дополнительного соглашения с указанием условий внесения соответствующих изменений.

5.3. В случаях, если стоимость медицинских услуг превышает размер страховой суммы, помощь оказывается за счет выделения Страхователем дополнительных средств Страхов-

щику, при этом Страхователь и Страховщик заключают дополнительное соглашение и Страхователь оплачивает услуги по тарифам Страховщика.

5.4. Страховщик вправе устанавливать отдельные лимиты ответственности – по отдельным программам, видам медицинских услуг, группам Застрахованных и т.п.

5.5. Договором страхования может быть предусмотрена франшиза – определенная часть убытков Страхователя не подлежащая возмещению Страховщиком. Она может быть условная или безусловная – в процентах от страховой суммы (лимита ответственности) либо от суммы выплаты. Договор страхования может также устанавливать временную франшизу, то есть период времени, в течение которого оплата полученных медицинских услуг находится на собственном удержании Страхователя (Застрахованного лица).

Применение в договоре страхования франшизы может служить основанием для снижения страхового тарифа (применения поправочных коэффициентов, предусмотренных в настоящих Правилах), кроме случаев, когда применение франшизы является непременным условием принятия риска на страхование.

6. Страховой тариф. Страховая премия

6.1. Под страховой премией (страховым взносом) понимается плата за страхование, которую Страхователь обязан уплатить Страховщику в порядке и в сроки, установленные Договором страхования.

6.2. При определении размера страховой премии (страховых взносов), подлежащей уплате по Договору страхования, Страховщик применяет разработанные им тарифы, определяющие величину страховой премии, взимаемую с единицы страховой суммы, с учетом объекта страхования, характера страхового риска, состояния здоровья Застрахованного лица (Приложение 1 к настоящим Правилам).

Страховщик имеет право применять к тарифным ставкам повышающие коэффициенты по программам: «Амбулаторная помощь», «Терапевтический стационар», «Хирургический стационар», «Комплексная медицинская помощь» от 1,01 до 3,5; по программе «Скорая медицинская помощь» от 1,01 до 2,5; по программе «Стоматологическая помощь» от 1,01 до 2,25, или понижающие от 0,99 до 0,3 коэффициенты ко всем программам, исходя из возраста Застрахованного, его профессиональных обязанностей, сообщенных им сведений о заболеваниях, особенностей образа жизни, данных его медицинских документов, сроков страхования, а также других обстоятельств, имеющих существенное значение для определения степени страхового риска.

6.3. Страховая премия (страховые взносы) может быть уплачена наличными деньгами в кассу Страховщика (представителю) или путем перечисления на расчетный счет Страховщика путем безналичных расчетов.

Форма проведения расчетов определяется в Договоре страхования.

6.4. Оплата страховой премии (страхового взноса) производится единовременно за весь срок страхования, если Договором страхования не предусмотрено иное.

6.5. Страхователь обязан уплатить Страховщику страховую премию (страховой взнос) в 7-дневный срок (если иное не предусмотрено Договором страхования) после подписания Договора страхования.

В случае неуплаты очередного страхового взноса, в согласованные Договором страхования сроки, действие Договора прекращается (если иное не предусмотрено Договором страхования), в порядке предусмотренном настоящими Правилами и действующим законодательством.

7. Заключение, исполнение и прекращение договора страхования

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

7.2. Договор страхования заключается в письменной форме, несоблюдение которой влечет его недействительность.

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

7.3.1. о застрахованном лице;

7.3.2. о характере события, на случай наступления которого осуществляется страхование (страхового случая);

7.3.3. о стоимости, о сроке действия Договора и размере страховой суммы.

7.4. Страховщик обязан ознакомить Страхователя с содержанием Правил страхования, программами страхования.

7.5. При заключении Договора добровольного медицинского страхования Страховщик, при необходимости, вправе назначить предварительный медицинский осмотр принимаемого на страхование лица (лиц) для оценки фактического состояния его (их) здоровья.

Предварительный медицинский осмотр производится за счет средств Страхователя.

В зависимости от результатов предварительного медицинского осмотра (при его назначении Страховщиком) или по медицинским данным, полученным Страховщиком о Застрахованном лице, Страховщик вправе присвоить Застрахованному соответствующую группу риска и использовать повышающие коэффициенты к тарифным ставкам:

- коэффициент 1 применяется к практически здоровым лицам 15-40 лет, без отягощенной наследственности, имеющим в анамнезе детские болезни, простудные заболевания, аппендициты, грыжу; без вредных привычек или при их умеренной выраженности, не работающим на производстве с вредными условиями труда;

- коэффициент 1,5 применяется к практически здоровым лицам 5-55 лет, с повышенным риском развития заболеваний, при отягощенной наследственности по диабету, сердечно-сосудистым, онкологическим заболеваниям, почечно-желчнокаменной болезням, психическим заболеваниям и т.д. При наличии в анамнезе черепно-мозговой травмы, осложненных детских болезней, злоупотреблении алкоголем, курением и др.; для работавших или работающих на производстве с вредными условиями труда, для женщин в репродуктивном периоде;

- коэффициент 2 применяется к практически здоровым лицам в возрасте от 1 года до 4 лет и лицам старше 60 лет; к лицам, имеющим хронические заболевания с тенденцией к обострению чаще двух раз в году, лицам имеющим вредные привычки, страдающим выраженными неврозами, психопатиями, гипертонической болезнью 1 и 2 степени, ИБС без выраженной стенокардии, ДЭ –1 и 2 степени, перенесшим полостные операции.

- коэффициент 2,5 применяется к практически здоровым лицам в возрасте от нуля до 1 года, лицам старше 70 лет, а так же при наличии хронических заболеваний с тенденцией к частым обострениям, гипертонической болезнью 3 степени, ИБС с выраженной стенокардией, ДЭ –3 степени и т.д.

Страховщик в своей внутренней нормативно-распорядительной документации вправе предусмотреть различные группы рисков, согласно которым принимаются решения о принятии риска на страхование.

7.6. Заключение Договора страхования с юридическими лицами.

7.6.1 При заключении Договоров страхования принимается любое количество работников и членов их семей .

7.6.2. Основанием для заключения Договора является устное или письменное заявление Страхователя (Приложение 2 к Правилам), в котором должны быть указаны:

- наименование, адрес Страхователя, его банковские реквизиты;

- список принятых на страхование лиц с указанием имени, отчества, фамилии, даты рождения, домашнего адреса и телефона, прочую информацию (работающий, другие лица);

- выбранные условия страхования (программа страхования);

- период страхования;

- другие данные, имеющие значение для установления размера страховой суммы и страхового тарифа.

7.6.3. Страховщик в течение пяти рабочих дней принимает решение о возможности заключения Договора страхования.

Договор страхования оформляется Договором (Приложение 6 к настоящим Правилам) и приложениями к нему в письменной форме (выдается Страхователю), страховым полисом и страховой карточкой (выдаются Страхователю на каждое Застрахованное лицо).

Страховой полис и страховая карточка оформляются и в срок до десяти рабочих дней выдаются Страхователю на каждое Застрахованное лицо, после вступления Договора страхования в законную силу.

В страховом полисе (Приложение 4 к настоящим Правилам) указывается:

- номер страхового полиса;

- сведения о Страхователе;

- сведения о Застрахованном лице (Застрахованных лицах);

- наименование медицинского учреждения, в которое Страхователь (Застрахованное лицо) имеет право обратиться за получением медицинской помощи и медицинских услуг);

- медицинская программа страхования (виды медицинской помощи, гарантированные Страхователю (Застрахованному лицу) по Договору);

- страховая сумма по Договору;

- страховая премия по Договору;

- срок действия Договора;

В страховой карточке (Приложение 4 к настоящим Правилам) указываются:

- номер страхового полиса;

- категория страхового полиса;

- фамилия, имя, отчество;

- год рождения;

- срок действия страхового полиса;

- телефоны круглосуточного диспетчерского пульта.

7.7. Заключение договора страхования с физическими лицами.

7.7.1. Основанием для заключения Договора страхования с физическими лицами в их пользу или в пользу третьих лиц является устное или письменное заявление Страхователя (Приложение 3 к настоящим Правилам) с указанием:

- фамилии, имени, отчества Страхователя, домашнего адреса, телефона;

- паспортных данных;

- фамилии, имени, отчества лица, в пользу которого заключен Договор страхования, даты рождения, домашнего адреса, телефона;

- выбранные условия страхования (программа страхования);

- срок действия Договора страхования и другие условия заключения Договора страхования.

7.7.2. Страховщик принимает решение о возможности заключения Договора страхования в течение пяти дней со дня получения устной информации или подачи письменного заявления от Страхователя. При необходимости Страховщик может назначить предварительный медицинский осмотр или обследование.

7.7.3. Договор страхования заключается в письменной форме и удостоверяется выдачей страхового медицинского полиса и страховой медицинской карточки.

7.8. Страховой полис и/или страховая карточка являются документом, удостоверяющим право Застрахованного лица на получение медицинских услуг, предусмотренных Договором страхования.

7.9. 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 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, за исключением случая, когда обстоятельства, о которых умолчал Страхователь, уже отпали.

7.10. Договор страхования вступает в силу с указанного в нем срока при уплате страховой премии (страхового взноса), если иное не определено Договором страхования, путем безналичного платежа или наличными деньгами.

7.11. Условия, содержащиеся в настоящих Правилах страхования и не включенные в текст Договора страхования, обязательны для Страхователя, если в договоре прямо указывается на применение таких правил.

7.12. В Договоре страхования Страхователем и Страховщиком может быть предусмотрено, что отдельные положения Правил страхования не включаются в договор и не действуют в конкретных условиях страхования.

7.13. При утрате Застрахованным лицом страхового полиса или страховой карточки он должен незамедлительно известить об этом Страховщика. Утраченный документ признается недействительным и не может являться основанием для получения медицинских услуг в соответствии с Договором страхования. Страховщик выдает Застрахованному дубликат страхового полиса или страховой карточки.

При повторной утрате страхового полиса или страховой карточки в течение срока действия договора страхования со Страхователя может взыскиваться платеж в размере стоимости изготовления полиса и страховой карточки и выдается дубликат.

7.14. В случае расширения списка Застрахованных лиц Страхователь представляет Страховщику сведения, предусмотренные настоящими Правилами о дополнительно принятых лицах и уплачивает за них страховой взнос за период с момента включения их в список Застрахованных лиц до окончания страхового периода.

7.15. В случае замены Застрахованных лиц другими лицами без увеличения числа Застрахованных Страхователь предоставляет Страховщику сведения об исключаемых из списка Застрахованных и включаемых в него.

Страховые полисы и страховые карточки на лиц, исключаемых из списка Застрахованных, возвращаются Страховщику. Вновь Застрахованным лицам выдается страховой полис и страховая карточка.

7.16. Договор страхования прекращается в случаях:

7.16.1. истечения срока его действия;

7.16.2. исполнения Страховщиком обязательств перед Страхователем (Застрахованным лицом) по Договору в полном объеме;

- 7.16.3. неуплаты Страхователем очередного страхового взноса (при уплате страховой премии в рассрочку) в установленные Договором сроки, если по Договору не предусмотрено иное; в случае прекращения Договора по этой причине Страховщик уведомляет медицинские учреждения о прекращении оказания медицинских услуг по данному Договору;
- 7.16.4. ликвидации Страхователя, являющегося юридическим лицом, или смерти Страхователя, являющегося физическим лицом, кроме случаев, предусмотренных законодательством Российской Федерации;
- 7.16.5. ликвидации Страховщика в порядке, установленном действующим законодательством Российской Федерации;
- 7.16.6. принятие судом решения о признании Договора страхования недействительным. В этом случае порядок взаиморасчетов определяется положениями о последствиях недействительности сделки, установленными действующим законодательством Российской Федерации, либо в соответствии с решением суда, о признании Договора страхования недействительным;
- 7.16.7. смерти Застрахованного лица. Коллективный Договор страхования в этом случае прекращается только в отношении умершего Застрахованного лица, Страховщик возвращает Страхователю часть оплаченной страховой премии за истекший срок действия Договора страхования, оплаченной за данное Застрахованное лицо, за минусом расходов Страховщика на исполнение обязательств по Договору в отношении данного Застрахованного лица;
- 7.16.8. в отношении отдельных лиц, исключенных из списков Застрахованных (с согласия Застрахованного) 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;
- 7.16.9. отказа Страхователя от Договора страхования. 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. При отказе Страхователя от Договора страхования уплаченная страховая премия в соответствии со ст. 958 Гражданского кодекса действующим законодательством Российской Федерации не подлежит возврату, если Договором не предусмотрено иное. В последнем случае порядок возврата указывается в Договоре страхования;
- 7.16.10. по соглашению сторон ;
- 7.16.11. в других случаях предусмотренных законодательными актами Российской Федерации или Договором страхования.
- 7.16.12. Во всех случаях прекращения Договора досрочно обязательно письменное уведомление другой стороны не менее чем за 30 дней до предполагаемой даты прекращения Договора страхования, если в Договоре страхования не определено иное.
- 7.16.13. Во всех случаях прекращения Договора страхования Страхователь и/или Застрахованное лицо обязаны вернуть Страховщику страховые полисы и страховые карточки, действие которых прекращается с момента прекращения Договора страхования.
- 7.17. Договор страхования может быть признан недействительным с момента его заключения по основаниям, предусмотренным Гражданским Кодексом Российской Федерации, а также, если Договор заключен после наступления страхового случая.
- 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 нормами гражданского законодательства Российской Федерации.
- 7.18. Иск по требованиям, вытекающим из Договора добровольного медицинского страхования, может быть предъявлен Страховщику в сроки, предусмотренные гражданским законодательством Российской Федерации.

8. Права и обязанности сторон договора страхования

8.1. Застрахованное лицо имеет право:

8.1.1. на получение медицинских услуг в соответствии с условиями, указанными в Договоре страхования, в медицинских учреждениях, перечень которых определен в Договоре страхования;

8.1.2. требовать от Страховщика в законном порядке соблюдения условий Договора страхования;

8.1.3. на получение дубликата страхового полиса и страховой карточки в случае его утраты.

8.2. Застрахованное лицо обязано:

8.2.1. соблюдать предписания лечащего врача;

8.2.2. соблюдать порядок пользования страховым полисом и страховой карточкой;

8.2.3. не передавать страховой полис и страховую карточку другим лицам с целью получения ими медицинских услуг.

8.3. Страхователь обязан:

8.3.1. предоставить Страховщику достоверную информацию, необходимую для заключения Договора страхования;

8.3.2. уплачивать страховые взносы в размере и в сроки, установленные в Договоре страхования;

8.4. Страхователь имеет право:

8.4.1. требовать от Страховщика в законном порядке соблюдения условий Договора страхования;

8.4.2. расширить объем страховой ответственности по соглашению со Страховщиком, заключив дополнительное соглашение и уплатив дополнительные страховые взносы;

8.4.3. Страхователь вправе исключить работника из числа застрахованных и заменить другим или уменьшить общее число Застрахованных (с согласия Застрахованного);

8.4.4. досрочно расторгнуть Договор страхования.

8.5. Страховщик обязан:

8.5.1. обеспечить конфиденциальность в отношениях со Страхователем и Застрахованным лицом;

8.5.2. обеспечить своевременное вручение страховых полисов и страховых карточек Страхователю (Застрахованным лицам);

8.5.3. обеспечить предоставление Застрахованному лицу медицинской помощи и медицинских услуг, гарантированных условиями Договора страхования;

8.5.4. обеспечить контроль объема и качества медицинского обслуживания Застрахованных лиц.

8.6. Страховщик имеет право:

8.6.1. требовать от Страхователя предоставления достоверной информации, необходимой для заключения Договора страхования;

8.6.2. досрочно расторгнуть Договор страхования при несоблюдении Застрахованным лицом или Страхователем своих обязанностей по Договору страхования;

8.6.3. изменить по согласованию со Страхователем страховую сумму по Договору страхования при изменении цен на предоставляемые медицинские услуги и медицинскую помощь;

8.6.4. проверять сообщенную Страхователем информации;

8.6.5. при объективной невозможности провести клиническое обследование или лечение заболевания, диагностированием и лечением которых не занимается выбранное Застрахованным лицом медицинское учреждение, Страховщик организует оказание необходимой медицинской помощи в других медицинских учреждениях соответствующего профиля за

счет Страховщика и /или Страхователя, оставляя за собой право самостоятельного выбора медицинского учреждения;

8.6.6. на ознакомление с медицинской документацией Застрахованного, отражающей его историю болезни, физическое и психическое состояние, диагноз, ход и прогноз результатов лечения, а также на использование данной информации для решения вопросов связанных с реализацией Договора страхования, оплатой оказанных Застрахованному лицу услуг, защитой прав Застрахованного лица.

9. Взаимоотношение сторон при наступлении страхового случая

9.1. Право Застрахованного лица на получение и оплату медицинской помощи, предусмотренной Договором страхования, наступает после вступления Договора страхования в законную силу.

9.2. Предоставление медицинской помощи, обусловленной Договором страхования, осуществляется путем обращения Застрахованного лица в медицинские учреждения, с которыми Страховщик состоит в договорных отношениях.

При обращении Застрахованного лица в медицинское учреждение предъявляется страховая полис или страховая карточка, выданные Страховщиком, паспорт либо другой документ, удостоверяющий личность застрахованного лица.

В случае необходимости Застрахованное лицо (Страхователь) обращается по телефону, указанному в страховом полисе или страховой карточке.

10. Порядок определения размера страхового возмещения и его оплата

10.1. Размер страхового возмещения определяется стоимостью медицинских услуг оказываемых застрахованному лицу, в соответствии с условиями страхования и не может превышать страховой суммы указанной в Договоре страхования.

10.2. Оплата стоимости услуг, оказанных медицинскими учреждениями, производится исходя из фактических затрат на оказание медицинской помощи и медицинских услуг по ценам, согласованным между Страховщиком и медицинским учреждением путем перечисления, (если иное не предусмотрено Договором) Страховщиком денежных средств на счет медицинского учреждения. Перечисление производится либо авансировано, либо после получения от медицинских учреждений счета с указанием сроков лечения, суммы расходов, понесенных по всем услугам, оказанным Застрахованным лицам в пределах программы, предусмотренной Договором страхования. Взаимоотношения с медицинским учреждением определяются соответствующим Договором (Приложение 7 к настоящим Правилам).

11. Отказ в страховой выплате

11.1. Страховщик в праве потребовать признания заключенного Договора страхования недействительным и отказать в выплате страхового возмещения, если после заключения Договора будет установлено, что Страхователь при заключении Договора страхования сообщил Страховщику заведомо ложные сведения об обстоятельствах, имеющих существенное значение для определения вероятности наступления страхового случая.

12. Порядок разрешения споров

12.1. Качество оказания медицинской помощи и соответствие ее условиям, предусмотренным в Договоре страхования, контролируется Страховщиком.

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

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