

УТВЕРЖДЕНО
приказом Генерального директора
ООО «СМК РЕСО-Мед»

**ПРАВИЛА
ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ**

Москва, 2007 г.

СОДЕРЖАНИЕ

1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ	3
2. ОБЪЕКТ СТРАХОВАНИЯ	3
3. СТРАХОВОЙ СЛУЧАЙ	3
4. ДОГОВОР СТРАХОВАНИЯ: ПОНЯТИЕ И ПОРЯДОК ЗАКЛЮЧЕНИЯ	4
5. СТРАХОВАЯ СУММА. ФРАНШИЗА	5
6. РАЗМЕР, СРОКИ И ПОРЯДОК УПЛАТЫ СТРАХОВОЙ ПРЕМИИ	5
7. СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ	5
8. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН	6
9. ПОРЯДОК И УСЛОВИЯ ОРГАНИЗАЦИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ И ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЫ	7
10. ПОРЯДОК РАЗРЕШЕНИЯ СПОРОВ	8

1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

1.1. Настоящие правила добровольного медицинского страхования (в дальнейшем – Правила) разработаны в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации и определяют общие условия и порядок заключения Обществом с ограниченной ответственностью «РЕСО-Мед» (в дальнейшем – Страховщик) договоров добровольного медицинского страхования граждан (в дальнейшем – договоры страхования) с юридическими лицами (предприятиями, учреждениями, организациями любых организационно-правовых форм), дееспособными физическими лицами (в дальнейшем – Страхователи).

1.2. В тексте настоящих Правил основные термины имеют следующее значение:

«Страховщик» – Общество с ограниченной ответственностью «РЕСО-Мед», действующее на основании лицензии, выданной федеральным органом исполнительной власти по надзору за страховой деятельностью.

«Страхователь» – юридическое или дееспособное физическое лицо, заключившее договор страхования со Страховщиком.

«Застрахованный» – названное в договоре страхования физическое лицо, о страховании которого заключен договор страхования.

«Страховая сумма» – определенная договором страхования денежная сумма, в пределах которой Страховщик обязуется произвести страховую выплату и исходя из которой определяется размер страховой премии по договору страхования.

«Страховая премия» – плата за страхование, которую Страхователь обязан уплатить Страховщику в порядке и сроки, определенные договором страхования.

«Страховой взнос» – часть страховой премии при ее уплате в рассрочку.

«Страховой случай» – свершившееся событие, предусмотренное договором страхования, с наступлением которого возникает обязанность Страховщика произвести страховую выплату.

«Страховая выплата» – денежная сумма, которую Страховщик обязан выплатить при наступлении страхового случая.

«Медицинские учреждения» - организации и лица, осуществляющие в установленном порядке оказание и (или) организацию медицинской помощи, предоставление медицинских и иных услуг (в том числе лечебно-профилактические учреждения, научно-исследовательские и медицинские институты, санаторно-курортные учреждения, сервисные и ассистанские компании).

1.3. Денежные обязательства сторон по договору страхования (страховые суммы, страховые премии, страховые выплаты) выражаются в рублях, если договором не установлено иное. Договором может быть предусмотрена оплата обязательств в рублях в сумме, эквивалентной определенной сумме в иностранной валюте. В этом случае подлежащая оплате в рублях сумма определяется по курсу Центрального банка Российской Федерации соответствующей валюты на день платежа, если иной курс или иная дата его определения не установлены договором.

2. ОБЪЕКТ СТРАХОВАНИЯ

2.1. Объектом добровольного медицинского страхования являются не противоречащие законодательству Российской Федерации имущественные интересы Застрахованного, связанные с организацией и оплатой медицинской помощи, медицинских и иных услуг, предусмотренных программой добровольного медицинского страхования при наступлении страхового случая.

3. СТРАХОВОЙ СЛУЧАЙ

3.1. Страховым случаем является обращение Застрахованного в медицинское учреждение в целях получения медицинской помощи, медицинских и иных услуг в соответствии с программой добровольного медицинского страхования, предусмотренной договором страхования.

3.2. Организуемые и оплачиваемые Страховщиком услуги оказываются в целях диагностики, профилактики, лечения заболеваний или реабилитации, предоставляются медицинскими учреждениями, которые указаны в договоре (программе) добровольного медицинского страхования.

3.3. Не является страховым случаем обращение Застрахованного в медицинское учреждение с целью получения медицинской помощи, связанной с:

✂ травматическим повреждением, полученным в состоянии алкогольного, наркотического или токсического опьянения, если иное не предусмотрено договором страхования;

✂ получением травматического повреждения или иным расстройством здоровья, наступившим в результате совершения Застрахованным умышленного преступления, находящегося в прямой причинной связи со страховым случаем;

✂ покушением на самоубийство, за исключением тех случаев, когда Застрахованный был доведен до такого состояния противоправными действиями третьих лиц;

✂ умышленным причинением себе телесных повреждений Застрахованным;

✂ воздействием ядерного взрыва, радиации или радиоактивного заражения, военными действиями, маневрами или иными военными мероприятиями, гражданской войной, народными волнениями всякого рода или забастовками (если иное не предусмотрено договором страхования).

Договором страхования могут быть установлены иные причины признания обращения Застрахованного в медицинское учреждение не страховым случаем.

4. ДОГОВОР СТРАХОВАНИЯ: ПОНЯТИЕ И ПОРЯДОК ЗАКЛЮЧЕНИЯ

4.1. По договору страхования, заключенному на основании настоящих Правил, Страховщик обязуется за обусловленную договором страхования плату (страховую премию) при наступлении страхового случая организовать и (или) оплатить предоставление Застрахованному медицинской помощи, предусмотренной программой добровольного медицинского страхования, в пределах определенной договором страхования суммы (страховой суммы).

4.2. Договор страхования заключается на основании устного или письменного заявления Страхователя, в котором Страхователь сообщает Страховщику обстоятельства, имеющие существенное значение для определения степени страхового риска. Существенными признаются во всяком случае обстоятельства, определенно оговоренные Страховщиком в договоре страхования (страховом полисе), письменном заявлении или в дополнительном письменном запросе.

4.3. При заключении договора страхования Страховщик вправе потребовать от Застрахованных заполнения медицинских анкет или прохождения медицинского освидетельствования для оценки состояния их здоровья. В случае отказа Застрахованного от заполнения медицинской анкеты или прохождения медицинского освидетельствования, договор страхования может быть заключен только на условиях, применяемых для обстоятельств наибольшего страхового риска.

4.4. Договор страхования может быть заключен путем составления одного документа (договора добровольного медицинского страхования), подписанного сторонами (Приложение № 1 к настоящим Правилам), либо вручения Страхователю страхового полиса, подписанного Страховщиком (Приложение № 2.1 к настоящим Правилам).

4.5. Вместе со страховым полисом Застрахованному также могут выдаваться индивидуальные карточки, подтверждающие право Застрахованного на получение медицинской помощи, медицинских и иных услуг в соответствии с программой добровольного медицинского страхования, предусмотренной полисом.

При заключении договора страхования путем составления одного документа (договора добровольного медицинского страхования) каждому Застрахованному, в отношении которого заключен данный договор, выдаются страховые медицинские полисы (Приложение № 2.2 к настоящим Правилам), удостоверяющие право Застрахованного на получение медицинской помощи, медицинских и иных услуг в соответствии с условиями заключенного договора добровольного медицинского страхования.

4.6. Договор страхования должен включать программу добровольного медицинского страхования, содержащую перечень видов медицинской помощи, медицинских и иных услуг, организуемых и оплачиваемых по договору страхования, и перечень медицинских учреждений, оказывающих эти услуги.

4.7. Типовая форма, структура и содержание программы добровольного медицинского страхования приведены в Приложении № 3 к настоящим Правилам. Программа добровольного медицинского страхования может иметь наименование, отражающее ее медицинскую направленность, целевой клиентский сегмент, для которого она предназначена или иное наименование исходя из маркетинговых оснований.

4.8. Формирование программы добровольного медицинского страхования по договору страхования осуществляется Страховщиком исходя из условий, определенных медицинскими учреждениями и пожеланиями Страхователя на основании типового состава видов медицинской помощи, соответствующих им медицинских и иных услуг, которые могут быть включены в программу добровольного медицинского страхования и приведены в Приложении № 4 к настоящим Правилам.

Программа добровольного медицинского страхования может содержать как один из видов медицинской помощи, так и любую их комбинацию. Состав медицинских услуг для конкретных программ может быть сокращен или дополнен. В этих целях Страховщик может использовать действующие в Российской Федерации классификаторы простых и сложных медицинских услуг, международную классификацию болезней и проблем, связанных со здоровьем, классификатор медицинских специальностей, иные классификаторы.

4.9. В программу добровольного медицинского страхования могут быть включены дополнительные (сервисные и иные) услуги с указанием их состава и объема.

4.10. При заключении договора страхования Страхователь и Страховщик вправе достичь соглашения об исключении отдельных положений настоящих Правил из текста договора страхования и (или) его дополнении положениями, не изложенными в тексте настоящих Правил, если такие исключения и (или) дополнения не противоречат действующему законодательству Российской Федерации.

5. СТРАХОВАЯ СУММА. ФРАНШИЗА

5.1. Страховой суммой является максимальный размер страховых выплат по договору страхования, определяемый исходя из перечня и стоимости медицинских услуг, предусмотренных программой добровольного медицинского страхования. Страховая сумма по договору страхования определяется сторонами при заключении договора страхования. Страховая сумма может быть установлена по договору страхования, по программе добровольного медицинского страхования или видам медицинской помощи.

5.2. Договором страхования, по которому предусмотрено возмещение расходов Застрахованного, произведенных им для получения медицинских и иных услуг, может быть предусмотрено установление

франшизы – доли участия Застрахованного в страховой выплате. Франшиза может быть безусловной или условной. Размер франшизы может указываться в денежном выражении или процентах от страховой суммы. Размер безусловной франшизы может указываться также и в процентах от суммы, подлежащей выплате.

Если в договоре страхования указана условная франшиза, то страховая выплата не производится, если размер оплаты медицинской помощи или возмещаемых расходов застрахованного меньше или равен франшизе, и уплачивается в полном объеме, если он превышает франшизу.

Если в договоре страхования указана безусловная франшиза, то страховая выплата производится в части, которая превышает сумму безусловной франшизы.

5.3. В пределах страховой суммы договором могут быть установлены лимиты ответственности, ограничивающие сумму страховой выплаты по договору в целом, по программам медицинского страхования и видам медицинской помощи, отдельным медицинским и иным услугам или по возмещению расходов Застрахованного (если такое возмещение расходов Застрахованного по самостоятельной оплате медицинских услуг предусмотрено договором страхования).

6. СТРАХОВАЯ ПРЕМИЯ. ПОРЯДОК ЕЁ УПЛАТЫ

6.1. Размер страховой премии устанавливается договором страхования в зависимости от размера страховой суммы, величины страхового тарифа и поправочных коэффициентов, учитывающих особенности и характер страхового риска (Приложение № 5).

6.2. Страховая премия может быть уплачена единовременно или в рассрочку путем наличных или безналичных расчетов.

Днем уплаты премии считается день поступления средств в кассу или на расчетный счет Страховщика, если договором страхования не предусмотрено иное. Порядок уплаты страховой премии определяется в договоре страхования.

6.3. Страхователь обязан сохранять документы, подтверждающие уплату им страховой премии и предъявлять их по требованию Страховщика.

6.4. Неоплата Страхователем всей суммы очередного страхового взноса в установленный договором страхования срок означает для сторон договора страхования выраженное Страхователем волеизъявление об отказе от договора страхования с 00 часов дня, следующего за днем окончания установленного договором страхования срока оплаты очередного страхового взноса, который не был оплачен в указанный срок. В этом случае письменного уведомления об одностороннем досрочном прекращении договора не требуется и уплаченная страховая премия возврату не подлежит.

Договором могут быть определены иные последствия неуплаты в установленные сроки очередных страховых взносов.

6.5. Если страховую премию по поручению Страхователя уплачивает другое лицо, то никаких прав по договору страхования в связи с этим оно не приобретает.

7. СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ

7.1. Договор страхования заключается сроком на 1 (один) год, если условиями договора не предусмотрено иное.

7.2. Даты начала и окончания срока действия договора указываются в договоре страхования.

7.3. Обязательства Страховщика в части страховой выплаты распространяются на страховые случаи, произошедшие в течение срока действия договора страхования при условии уплаты страховой премии (первого страхового взноса) в срок, установленный договором страхования.

7.4. Договором страхования могут быть установлены более поздние сроки начала оказания отдельных видов медицинской помощи, медицинских и иных услуг (выжидательный период).

7.5. Договор страхования прекращается в случаях:

а) истечения срока действия;

б) исполнения Страховщиком своих обязательств по договору страхования в полном объеме (в том числе в случаях оказания медицинской помощи (услуг), стоимость которых равна страховой сумме);

в) неуплаты Страхователем всей суммы страховой премии (очередного страхового взноса) в установленные договором страхования сроки;

г) ликвидации Страховщика в порядке, установленном законодательством Российской Федерации;

д) принятия судом решения о признании договора страхования недействительным;

е) в других случаях, предусмотренных законодательством Российской Федерации.

Во всех случаях прекращения договора страхования Страхователь обязан вернуть Страховщику в сроки, указанные в договоре страхования, индивидуальные карточки и страховые медицинские полисы, действие которых прекращается с момента окончания срока страхования.

7.6. При реорганизации Страхователя, являющегося юридическим лицом, его права и обязанности по договору страхования переходят с согласия Страховщика к соответствующему правопреемнику в порядке, определяемом законодательством Российской Федерации.

7.7. Договор страхования прекращается 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. В этом случае договор страхования прекращает действовать со дня прекращения существования страхового риска. При этом Страховщик возвращает Страхователю часть страховой премии за не истекший срок действия договора страхования за вычетом нагрузки, предусмотренной структурой тарифной ставки, и произведенных сумм страховых выплат, если договором страхования не предусмотрено иное.

7.8. Страхователь вправе отказаться от договора страхования в любое время, если к моменту отказа возможность наступления страхового случая не отпала по обстоятельствам, указанным в п. 7.7 настоящих Правил. При досрочном прекращении договора страхования по данному основанию уплаченная Страховщику страховая премия не подлежит возврату, если договором страхования не предусмотрено иное.

О намерении досрочного прекращения договора страхования Страхователь обязан письменно уведомить Страховщика не менее чем за 30 дней до предполагаемой даты прекращения договора страхования, если договором не предусмотрено иное.

8. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

8.1. Страховщик обязан:

- а) ознакомить Страхователя с Правилами страхования;
- б) вручить Страхователю страховые медицинские полисы в срок, указанный в договоре страхования;
- в) обеспечить предоставление Застрахованным медицинской помощи и услуг, определенных договором страхования.

Если медицинское учреждение не выполнило своих обязательств по объему и качеству оказания медицинской помощи, по согласованию с Застрахованным ему предоставляется медицинская помощь в другом медицинском учреждении;

г) не разглашать полученные им в результате своей профессиональной деятельности сведения о Страхователе (Застрахованном);

д) осуществлять контроль за медицинским обслуживанием Застрахованных.

8.2. Страховщик вправе:

а) проверять представленную Страхователем (Застрахованным) информацию, а также выполнение Страхователем (Застрахованным) требований и условий договора;

б) прекратить оказание медицинской помощи (отказать в оплате медицинских услуг) Застрахованному в случаях, предусмотренных настоящими Правилами и договором страхования, а также прекратить страхование Застрахованного (прекратить выполнение своих обязательств в отношении Застрахованного) в случае существенного нарушения им условий договора, направив мотивированное уведомление об этом Страхователю;

в) досрочно расторгнуть договор страхования при существенном нарушении Страхователем условий договора страхования, письменно уведомив об этом Страхователя не менее, чем за 30 календарных дней до предполагаемого срока расторжения договора страхования;

г) потребовать расторжения договора страхования и возмещения убытков, причиненных расторжением данного договора в случае неисполнения Страхователем обязанности, предусмотренной абзацем «в», п. 8.3 настоящих Правил.

8.3. Страхователь обязан:

а) при заключении договора страхования сообщить Страховщику полную и достоверную информацию, необходимую для оценки страхового риска и заключения договора страхования;

б) своевременно внести страховую премию;

в) в период действия договора страхования незамедлительно сообщать 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;

г) при наступлении страхового случая, предусмотренного договором страхования, уведомить о его наступлении Страховщика.

д) при заключении договора страхования ознакомить Застрахованного с его обязанностями по договору.

8.4. Страхователь вправе:

а) изменять список застрахованных.

В случае расширения списка Страхователь предоставляет Страховщику все необходимые ему сведения о новых Застрахованных и уплачивает за них страховую премию за период с даты их включения в список застрахованных до даты окончания срока действия договора страхования. При этом страховые взносы за неполный месяц уплачиваются как за полный (если договором не предусмотрено иное). Страховщик выдает Страхователю страховые медицинские полисы на вновь Застрахованных. В случае уменьшения численности застрахованных, Страховщик возвращает Страхователю часть страховой премии за каждого застрахованного, исключенного из списка, пропорционально неистекшему периоду действия договора с учетом затрат на ведение дела и произведенных выплат или учитывает эту сумму при дальнейших расчетах на основании письменного уведомления Страхователя, если договором не предусмотрено иное.

б) в течение срока действия договора страхования расширить перечень медицинских услуг, гарантируемых договором страхования, или увеличить страховую сумму, заключив дополнительное соглашение к договору страхования и уплатив при этом дополнительную страховую премию.

Дополнительное соглашение к договору страхования начинает действовать со дня уплаты дополнительной страховой премии, если договором не предусмотрено иное.

в) заменять застрахованных другими лицами без увеличения числа застрахованных с письменного согласия заменяемых застрахованных. В этом случае Страховщику представляются все необходимые ему сведения об исключаемых из списка застрахованных и включаемых в него. В случае увеличения степени риска Страхователь должен уплатить дополнительную премию по требованию Страховщика.

Все изменения и дополнения договора Страхования оформляются в письменной форме и подписываются обеими сторонами.

8.5. Права и обязанности Застрахованных по договору страхования.

8.5.1. Застрахованный имеет право:

а) получать медицинскую помощь и услуги в медицинских учреждениях в соответствии с условиями, указанными в договоре страхования;

б) требовать от Страховщика в законном порядке соблюдения условий договора страхования.

8.5.2. Застрахованный обязан:

а) соблюдать предписания лечащего врача и внутренний распорядок медицинского учреждения,

б) заботиться о сохранности страховых документов и не передавать их другим лицам с целью получения ими медицинских услуг.

8.6. Договором страхования могут быть предусмотрены также и другие права и обязанности сторон.

9. ПОРЯДОК И УСЛОВИЯ ОРГАНИЗАЦИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ И ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЫ

9.1. Для получения услуг по договору страхования при наступлении страхового случая

Застрахованный обращается в медицинские учреждения согласно программе добровольного медицинского страхования или к Страховщику в порядке, указанном в договоре страхования (страховом полисе).

При обращении в медицинские учреждения Застрахованный предъявляет полис (индивидуальную карточку), а также, при необходимости, паспорт либо другой документ, удостоверяющий личность Застрахованного.

9.2. Медицинские учреждения в соответствии с договором, заключенным Страховщиком, оказывают услуги, предусмотренные программой добровольного медицинского страхования и условиями договора страхования.

9.3. При отсутствии возможности оказания услуг, предусмотренных программой добровольного медицинского страхования, в медицинском учреждении, определенном договором страхования, Страховщик организует их выполнение в ином медицинском учреждении. При этом выбор производится Страховщиком.

9.4. Размер страховой выплаты определяется стоимостью медицинской помощи и услуг, оказанных Застрахованному, и не может превышать страховой суммы.

9.5. Оплата оказанной медицинской помощи и услуг производится по ценам, согласованным между Страховщиком и медицинским учреждением.

9.6. Страховые выплаты осуществляются в пределах страховой суммы в виде:

- оплаты медицинских и иных услуг, предусмотренных программой добровольного медицинского страхования, медицинским учреждениям;

- возмещения расходов Застрахованного, произведенных им для получения медицинских и иных услуг, предусмотренных программой добровольного медицинского страхования.

9.7. Страховые выплаты медицинским учреждениям производятся в порядке и на условиях, установленных договором между этими организациями и Страховщиком на основании счетов и актов выполненных работ, иных документов, подтверждающих оказание услуг.

9.8. Страховые выплаты в виде возмещения расходов Застрахованного, произведенных им для получения медицинских и иных услуг, осуществляются, если это специально предусмотрено договором страхования или по предварительному согласованию со Страховщиком. Эти выплаты осуществляются на основании медицинских документов, подтверждающих установление диагноза, оказание медицинских услуг, документов, подтверждающих оплату Застрахованным оказанных ему услуг и иных документов, затребованных Страховщиком.

9.9. Расчет сумм страховых выплат может осуществляться на основании следующих методов:

- за отдельные услуги;

- за число койко-дней при стационарном и стационарозамещающем лечении;

- по подушевому нормативу за комплексное непрерывное и продолжительное медицинское обслуживание, предоставляемое в течение определенного периода времени;

- иные методы, предложенные медицинским учреждением и согласованные Страховщиком.

9.10. Страховщик вправе отказать в страховой выплате, если:

а) установлен факт передачи Застрахованным страхового полиса другому лицу для получения им медицинских и иных услуг;

б) Страхователь предоставил ложные сведения о Застрахованном при заключении договора страхования;

в) Застрахованным получены услуги, не предусмотренные программой добровольного медицинского страхования;

г) Медицинские и иные услуги получены Застрахованным по окончании срока действия договора, за исключением расходов, связанных с экстренной госпитализацией Застрахованного, начавшейся в течение срока действия договора страхования, но не более чем 30 календарных дней госпитализации после окончания срока действия договора.

9.11. Страховщик вправе отказать в оплате медицинских и иных услуг (прекратить оказание медицинских и иных услуг) по повторному выполнению исследований для плановой госпитализации, не состоявшейся по вине или инициативе Застрахованного.

9.12. В случае нарушения Застрахованным медицинских предписаний и рекомендаций медицинского персонала, а также несоблюдения правил внутреннего распорядка, установленных медицинским учреждением, медицинское учреждение вправе прекратить обслуживание Застрахованного или выписать из стационара, сделав соответствующую отметку в листе нетрудоспособности. При этом Страховщик оставляет за собой право прекратить страхование данного Застрахованного (прекратить выполнение своих обязательств в отношении данного Застрахованного).

10. ПОРЯДОК РАЗРЕШЕНИЯ СПОРОВ

10.1. Споры, возникающие в процессе исполнения договора страхования, заключенного на условиях настоящих Правил, разрешаются путем ведения переговоров. При невозможности достижения соглашения по спорным вопросам их решение передается на рассмотрение судебных органов в порядке, предусмотренном действующим законодательством Российской Федерации.