

ПРАВИЛА ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

(в редакции от 12.11.2012 г.)

Настоящие Правила добровольного медицинского страхования (далее - Правила) составлены в соответствии с действующим российским законодательством и определяют общие условия и порядок заключения Обществом с ограниченной ответственностью «БИН Страхование» (далее - Страховщик) договоров добровольного медицинского страхования (далее - договор страхования или договоры страхования).

1. СУБЪЕКТЫ И УЧАСТНИКИ СТРАХОВАНИЯ

1.1 Субъектами добровольного медицинского страхования выступают Страховщик, Страхователь и Застрахованный.

1.2 Страхователем признаётся юридическое или дееспособное физическое лицо, заключившее со Страховщиком договор страхования.

1.3 Застрахованный – названное в договоре страхования физическое лицо, в пользу которого Страхователем заключен договор страхования. В случае если договор страхования заключен Страхователем в свою пользу, на него распространяются права и обязанности Застрахованного. Застрахованным может быть лицо в любом возрасте.

1.4 Кроме субъектов участниками страхования могут быть медицинские, фармацевтические, ассистанские, экспертные и иные организации, с которыми Страховщик вступает в договорные отношения с целью выполнения обязательств по договору страхования.

1.5 Для целей Правил:

1.5.1 к медицинским организациям относятся имеющие право на осуществление медицинской деятельности юридические лица и индивидуальные предприниматели;

1.5.2 к фармацевтическим организациям относятся имеющие право на осуществление фармацевтической деятельности юридические лица и индивидуальные предприниматели;

1.5.3 к ассистанским организациям относятся юридические лица, специализирующиеся в том числе на организации медицинской помощи;

1.5.4 к экспертным организациям относятся юридические лица и дееспособные граждане, предоставляющие Страховщику услуги экспертного или консультативного характера;

1.5.5 к иным организациям относятся юридические лица и индивидуальные предприниматели (кроме фармацевтических), торгующие, в частности, медицинскими изделиями.

1.6 Страхователем, Застрахованным и участником страхования могут быть как российские организации и граждане, так и иностранные, находящиеся как в Российской Федерации, так и за ее границей.

2. ОБЪЕКТ СТРАХОВАНИЯ

Объектом добровольного медицинского страхования является имущественный интерес Застрахованного, связанный с оказанием ему медицинской помощи, а именно – оплата страховщиком медицинских расходов Застрахованного.

3. СТРАХОВЫЕ РИСКИ

Страховым риском является риск обращения Застрахованного в течение срока действия договора в медицинскую организацию из числа указанных в договоре страхования либо в иную медицинскую организацию (если такое обращение предварительно согласовано со Страховщиком) для получения различных видов платной медицинской помощи, которые включены в программу добровольного медицинского страхования (далее – Программа), в связи с теми заболеваниями и иными медицинскими состояниями, которые включены в Программу.

4. СТРАХОВОЙ СЛУЧАЙ

Страховым случаем по договору страхования является обращение Застрахованного в течение срока действия договора в медицинскую организацию из числа указанных в договоре страхования либо в иную медицинскую организацию (если такое обращение предварительно согласовано со Страховщиком) для получения различных видов платной медицинской помощи, которые включены в Программу, в связи с теми заболеваниями и иными медицинскими состояниями, которые включены в Программу.

5. ОБЪЕМ ОБЯЗАТЕЛЬСТВ СТРАХОВЩИКА

5.1 Страховщик организует и оплачивает либо только оплачивает оказанную Застрахованному в медицинских организациях медицинскую помощь в объеме, определенном в Программе, являющейся неотъемлемой частью договора страхования. Страховщик также оплачивает и организацию оказания Застрахованному медицинской помощи, если такая организация осуществлена Страховщиком.

5.2 Медицинская помощь – комплекс мероприятий, направленных на поддержание и (или) восстановление здоровья, включающих в себя предоставление медицинских услуг, организационно-технические мероприятия, лекарственное обеспечение, обеспечение медицинскими изделиями.

5.3 Договор страхования может быть заключен на условиях предоставления Застрахованному Программ, содержащих медицинскую помощь, которая оказывается медицинскими организациями и классифицируются по различным видам, условиям и форме оказания такой помощи.

5.4 При заключении договора страхования Страховщик и Страхователь могут договориться об объеме обязательств Страховщика путем определения перечня оплачиваемых Страховщиком заболеваний (состояний), лекарственных препаратов, медицинских изделий, медицинских и иных услуг, включаемых в Программу, и о названии Программы, отражающей вид, условия, форму, объем и порядок предоставляемой Застрахованному медицинской помощи.

6. СТРАХОВАЯ СУММА

6.1 Страховая сумма – денежная сумма, которая определена договором страхования и, исходя из которой, устанавливаются размер страховой премии и размер страховой выплаты при наступлении страхового случая.

6.2 Страховая сумма устанавливается по соглашению Страховщика и Страхователя для каждого Застрахованного.

6.3 Страховая сумма может определяться по всей Программе в целом или совокупности Программ, либо по отдельным заболеваниям (состояниям), отдельным видам медицинской помощи или их различной совокупности, по каждому страховому случаю или агрегатно (по всем страховым случаям суммарно).

6.4 Сумма страховых выплат в отношении Застрахованного не может превышать размера страховой суммы, относящейся к этим выплатам.

7. СТРАХОВАЯ ПРЕМИЯ И ПОРЯДОК ЕЕ УПЛАТЫ

7.1 Страховая премия - плата за страхование, которую Страхователь обязан уплатить Страховщику в порядке и в сроки, установленные договором страхования. Страховой взнос – часть страховой премии при ее уплате в рассрочку.

7.2 Страховщик при определении размера страховой премии, подлежащей уплате по договору страхования, применяет разработанные им страховые тарифы, определяющие премию, взимаемую с единицы страховой суммы с учетом объекта страхования и характера страхового риска.

7.3 Договором страхования может быть предусмотрено, что страховая премия уплачивается единовременным платежом и/или в рассрочку путем наличных или безналичных расчетов.

8. ПОРЯДОК ЗАКЛЮЧЕНИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ

8.1 Для заключения договора страхования Страхователь может обратиться к Страховщику с письменным или устным заявлением о своем намерении заключить договор страхования.

8.2 При заключении договора страхования Страховщик вправе предложить Страхователю (страхуемому лицу) заполнить анкету по установленной Страховщиком форме и/или провести обследование страхуемого лица для оценки фактического состояния его здоровья. Обследование осуществляется за счет Страховщика и в медицинской организации по выбору Страховщика. При отказе от заполнения анкеты или от прохождения обследования Страховщик вправе отказать в заключении договора страхования в отношении страхуемого лица.

8.3 Если это предусмотрено договором страхования, Страховщик может выдать для каждого Застрахованного страховой полис, а также различные информационные документы: страховую карточку, памятку, пропуск в медицинскую организацию и др.

В случае утраты Страхователем (Застрахованным) страхового полиса, информационных документов Страховщик по письменному заявлению произвольной формы Страхователя (Застрахованного) выдаёт дубликат утраченного документа.

8.4 Договор страхования заключается на любой срок, согласованный сторонами договора.

8.5 Договор страхования вступает в силу с даты, указанной в договоре страхования.

8.6 В договоре страхования может быть установлена условная, безусловная или временная франшиза.

Условная франшиза освобождает Страховщика от страховой выплаты, если её размер не превышает размер франшизы.

Безусловная франшиза уменьшает размер страховой выплаты на размер франшизы.

Временная франшиза – период времени, в течение которого медицинская помощь, определенная Программой, оказывается за счет Застрахованного и оплате страховщиком не подлежит.

Размер франшизы определяется по соглашению Страховщика и Страхователя.

9. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТРАХОВАТЕЛЯ, СТРАХОВЩИКА И ЗАСТРАХОВАННОГО

9.1 Страхователь имеет право:

9.1.1 требовать от Страховщика организации оказания медицинской помощи и ее оплаты либо только оплаты в соответствии с условиями договора страхования;

9.1.2 досрочно прекратить договор страхования в соответствии с его условиями;

9.1.3 застраховать дополнительное количество лиц по действующему договору страхования или прекратить действие договора страхования в отношении части Застрахованных в соответствии с условиями договора страхования, если иное не предусмотрено договором.

9.2 Страхователь обязан:

9.2.1 предоставлять Страховщику необходимую достоверную информацию, касающуюся Застрахованного;

9.2.2 уплачивать страховую премию (страховые взносы) в определенные договором страхования сроки и в установленном договором страхования размере;

9.2.3 передать Застрахованному страховой полис и информационные документы, если они определены договором страхования, а при их утрате - дубликаты, а также разъяснить Застрахованному условия договора страхования;

9.3 Страховщик имеет право:

9.3.1 до принятия на страхование потребовать проведения любых дополнительных медицинских обследований принимаемого на страхование лица и предоставления документов, подтверждающих состояние его здоровья.

9.4 Страховщик обязан:

9.4.1 организовать и оплатить либо только оплатить, если это предусмотрено договором страхования, получение Застрахованным медицинской помощи, предусмотренной Программой;

9.4.2 контролировать объем, сроки и качество организованной им медицинской помощи, если иное не установлено договором страхования;

9.4.3 осуществить страховую выплату путем возмещения Застрахованному суммы, затраченной им на получение медицинской помощи, предусмотренной Программой, если такой порядок страховой выплаты предусмотрен договором страхования и/или Программой.

9.4.4 выдать для каждого Застрахованного Программу и иные документы, предусмотренные договором страхования, а при их утрате – дубликат.

9.5 Застрахованный имеет право:

9.5.1 требовать от Страховщика организации оказания медицинской помощи и ее оплаты либо только оплаты в соответствии с условиями договора страхования;

9.5.2 сообщать Страховщику в письменном виде о случаях непредоставления, неполного или некачественного предоставления медицинской помощи;

9.5.3 при утрате информационных документов, которые были выданы ему в соответствии с договором страхования, получить их дубликат.

9.6 Застрахованный не вправе передавать информационные документы, Программу, другим лицам с целью получения ими медицинской помощи, предусмотренной договором страхования;

9.7 Договором страхования могут быть предусмотрены и иные права и обязанности Страхователя, Страховщика и Застрахованного.

10. ПРЕКРАЩЕНИЕ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ

10.1 Договор страхования в отношении Застрахованного прекращается:

10.1.1 в случае истечения срока действия договора страхования;

10.1.2 в случае смерти Застрахованного;

10.1.3 по требованию Страховщика - в случае неуплаты страховой премии (страхового взноса) в установленные договором сроки;

10.1.4 по требованию Страхователя - в сроки, предусмотренные договором страхования;

10.1.5 по соглашению сторон;

10.1.6 исполнения Страховщиком договорных обязательств в полном объеме;

10.1.7 в других случаях, предусмотренных законодательством Российской Федерации, договором страхования и/или Программой.

10.2 При досрочном прекращении договора страхования в целом или в отношении какого-либо Застрахованного возврат части уплаченной страховой премии (страховых взносов) производится в соответствии с законодательством Российской Федерации, а также, если возврат предусмотрен договором страхования.

10.3 Изменение и прекращение договора осуществляется без согласия Застрахованных, если иное не установлено договором страхования.

11. ПОРЯДОК И ВИДЫ ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЫ

11.1 Для получения предусмотренной Программой медицинской помощи Застрахованный обращается в медицинскую организацию (фармацевтическую или иную организацию) в порядке, определенном Программой/договором страхования. При необходимости и в порядке, предусмотренном Программой/договором страхования, до обращения в медицинскую организацию (фармацевтическую или иную организацию) Застрахованный должен обратиться в ассистанскую компанию, сотрудничающую со Страховщиком, или в филиал Страховщика либо к иному лицу, предусмотренному Программой/договором страхования для организации получения медицинской помощи.

В этом случае страховая выплата по договору страхования осуществляется Страховщиком в виде оплаты стоимости медицинской помощи непосредственно (или через

поверенного, агента, комиссионера) в медицинскую организацию (фармацевтическую или иную организацию) по их счетам. Санаторно-курортное лечение Застрахованного может быть оплачено Страховщиком также путем оплаты медицинской организации (или иной организации) стоимости санаторно-курортной путевки/курсовки.

Оплата стоимости медицинской помощи может быть осуществлена на базе договора в письменной форме, заключенного в соответствии с пунктом 2 статьи 434 Гражданского кодекса Российской Федерации.

11.2 Договором страхования (Программой) может быть предусмотрено, что для получения медицинской помощи, предусмотренной Программой, Застрахованный вправе с предварительного согласия (устного или письменного) Страховщика обратиться в согласованную медицинскую организацию (фармацевтическую или иную организацию) и самостоятельно оплатить предусмотренные Программой стоимость медицинской помощи, включая приобретение санаторно-курортной путевки/курсовки непосредственно у медицинской или иной организации.

В этом случае страховая выплата по договору страхования осуществляется Страховщиком в виде возмещения Застрахованному его личных средств, израсходованных на получение медицинской помощи на основании предъявленных документов, подтверждающих произведенные Застрахованным расходы. При этом порядок и объем такой выплаты определяется договором страхования (Программой).

11.3 При необходимости Застрахованный в течение срока действия договора страхования вправе обратиться к Страховщику за информацией, необходимой для реализации своих прав по договору страхования.

11.4 Страховщик имеет право отказать в страховой выплате:

11.4.1 в случае нарушения Застрахованным сроков, предусмотренных договором страхования (Программой) для предоставления Страховщику заявления на страховое возмещение его личных средств, затраченных на приобретение медицинской помощи, предусмотренной Программой, если такое возмещение предусмотрено договором страхования. При этом страховщик вправе отказать в страховой выплате, если не будет доказано, что страховщик своевременно узнал о наступлении страхового случая либо что отсутствие у страховщика сведений об этом не могло сказаться на его обязанности осуществить страховую выплату;

11.4.2 в других случаях, предусмотренных Гражданским кодексом Российской Федерации и договором (Программой) страхования.

12. ПОРЯДОК РАЗРЕШЕНИЯ СПОРОВ

Споры, вытекающие из договора страхования, разрешаются путем переговоров. При недостижении соглашения спор передается на рассмотрение суда в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации, если иное не предусмотрено договором страхования.