

ПРАВИЛА ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ (в редакции от 06.02.2013 г.)

1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

1.1. В соответствии с гражданским законодательством Российской Федерации, нормативными документами федерального органа исполнительной власти, к компетенции которого относится осуществление государственного надзора за деятельностью субъектов страхового дела, настоящие Правила регулируют отношения, возникающие между Страховщиком и Страхователем по поводу осуществления добровольного медицинского страхования.

1.2. **Страховщик** – ООО «БИН Страхование», осуществляющее страховую деятельность в соответствии с выданной федеральным органом исполнительной власти по надзору за страховой деятельностью лицензией.

1.3. **Страхователи** – юридические лица, дееспособные физические лица и дееспособные физические лица, зарегистрированные в качестве индивидуального предпринимателя, заключившие со Страховщиком договор страхования.

Страхователи - юридические лица заключают со Страховщиком договор страхования в пользу третьих лиц (Застрахованных), физические лица заключают со Страховщиком договор страхования в пользу себя или третьих лиц (Застрахованных).

1.4. **Застрахованными** по договору страхования могут являться граждане Российской Федерации, иностранные граждане, лица без гражданства в возрасте до 90 лет на момент заключения Договора страхования, если иное не оговорено в Договоре страхования.

1.5. Страхованию не подлежат физические лица, состоящие на учете в наркологических, психоневрологических, противотуберкулезных, кожно-венерологических диспансерах, больные СПИДом, онкологическими заболеваниями, системными заболеваниями, инвалиды I и II группы, если иное не предусмотрено Договором страхования.

1.6. **Медицинские учреждения** (включая аптеки, являющиеся их структурными подразделениями) – имеющие лицензии лечебно – профилактические учреждения, научно-исследовательские и медицинские институты, другие учреждения, оказывающие медицинскую помощь, а также лица, осуществляющие медицинскую деятельность как индивидуально, так и коллективно.

Конкретный перечень медицинских учреждений, в которые Застрахованный вправе обратиться за получением медицинской помощи, приводится в Договоре страхования.

1.7. Страховщик не вправе разглашать полученные им в результате своей профессиональной деятельности сведения о Страхователе (Застрахованном). За нарушение тайны страхования Страховщик несет ответственность в порядке, предусмотренном гражданским законодательством Российской Федерации.

2. ОБЪЕКТ СТРАХОВАНИЯ

2.1. Объектом страхования является имущественный интерес Застрахованного, связанный с расходами по оказанию медицинской помощи, включенными в программу страхования при обращении Застрахованного в медицинские учреждения.

3. СТРАХОВЫЕ СЛУЧАИ И ОБЪЕМ СТРАХОВОЙ ОТВЕТСТВЕННОСТИ

3.1. 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,

обострении хронического заболевания, инфекции, травме, отравлении, при родах и других состояниях за получением консультативной, лечебной, профилактической, восстановительной, медикаментозной и иной помощи, предусмотренной Договором страхования и оказание данными медицинскими учреждениями медицинской и иной помощи.

Страховым случаем также признается обращение Застрахованного за получением медицинской помощи в течение срока действия Договора страхования в соответствии с программой страхования в другие медицинские учреждения, помимо предусмотренных Договором страхования, если это обращение согласовано и/или организовано Страховщиком.

3.2. Договор страхования может быть заключен на условиях оказания медицинской помощи и связанных с ней услуг, предоставляемых Застрахованным в рамках основных и дополнительных программ добровольного медицинского страхования, приведенных в Приложении 1 к настоящим Правилам, а именно:

3.2.1. Программа № 1 «Амбулаторно-поликлиническая помощь»;

3.2.2. Программа № 2 «Стационарная помощь»;

3.2.3. Программа № 3 «Стоматологическая помощь»;

3.2.4. Программа № 4 «Скорая и неотложная медицинская помощь»;

3.2.5. Программа № 5 «Реабилитационно – восстановительное лечение»;

3.2.6. Программа № 6 «Комплексная медицинская помощь» - виды медицинской помощи, поименованные в пунктах 3.2.1 – 3.2.5. настоящих Правил, объединенные в комплексную программу в любом их объеме, предусмотренном соответствующими программами;

3.2.7. Программа № 7 «Клещевой энцефалит - 1»;

3.2.8. Программа № 8 «Клещевой энцефалит - 2».

3.2.9. Программа № 9 «Дородовое наблюдение беременных женщин»;

3.2.10. Программа № 10 «Акушерская помощь»;

3.2.11. Программа № 11 «Медикаментозное лечение»;

3.2.12. Программа № 12 «Диагностика лечения»;

3.2.13. Программа № 13 «Сестринский уход»;

3.2.14. Программа № 14 «Клещевой энцефалит – 3».

3.3. Программы, поименованные в пунктах 3.2.9. – 3.2.14. могут быть включены в Договор страхования только как дополнительные к Программам, поименованным в пунктах 3.2.1 – 3.2.6, настоящих Правил, в любом их объеме, предусмотренном соответствующей программой.

3.4. По индивидуальному соглашению между Страхователем и Страховщиком перечень медицинских услуг по Программе может ограничиваться или расширяться.

3.5. Договор страхования может быть заключен как на условиях одной Программы, так и комбинироваться из нескольких различных Программ.

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

3.6.1. травматическим повреждением или иным расстройством здоровья, полученным вследствие алкогольного, наркотического или токсического опьянения;

3.6.2. травматическим повреждением или иным расстройством здоровья, наступившим в результате совершения Застрахованным действий, в которых судом или следственными органами установлены признаки умышленного преступления;

3.6.3. умышленным причинением себе телесных повреждений, суицидальными попытками, за исключением тех случаев, когда Застрахованный был доведен до такого состояния противоправными действиями третьих лиц;

3.6.4. оплатой услуг, препаратов, лечения, включая любой период пребывания в стационаре или амбулаторного лечения, которые не были назначены врачом или выполненными по просьбе Застрахованного;

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

- 3.6.6 лечением алкоголизма, токсикомании или наркомании;
- 3.6.7. лечением венерических заболеваний и заболевания любой формой СПИДа в любой его стадии;
- 3.6.8. лечением онкологических заболеваний 3 и 4 стадии.
- 3.7. Страховщик не оплачивает и не несет ответственность за качество медицинских услуг, полученных Застрахованным по собственной инициативе в медицинских учреждениях, не предусмотренных Договором страхования, кроме случаев, когда такое обращение было согласовано и/или организовано Страховщиком.
- 3.8. Страховщик не производит выплат в связи с заболеваниями и травмами, вызванными:
- 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. СТРАХОВАЯ СУММА

4.1. Страховой суммой является денежная сумма, которая определена Договором страхования и исходя из которой устанавливаются размер страховой премии (страхового взноса) и размер страховой выплаты при наступлении страхового случая.

Страховая сумма определяется по соглашению между Страхователем и Страховщиком, исходя из перечня и стоимости медицинских услуг, предусмотренных Договором страхования, и указывается в Договоре страхования.

4.2. Страховые суммы устанавливаются в российских рублях. По соглашению сторон в договоре страхования могут быть указаны страховые суммы в иностранной валюте, эквивалентом которых являются соответствующие суммы в рублях (в дальнейшем – страхование с валютным эквивалентом).

4.3. При заключении Договора страхования в пределах общей страховой суммы могут устанавливаться отдельные страховые суммы по программам, видам медицинских услуг, на одного Застрахованного или по группам Застрахованных и т.п.

4.4. В период действия Договора страхования Страхователь по соглашению со Страховщиком может изменить страховую сумму и/или расширить перечень предоставляемых медицинских услуг путем оформления письменного дополнительного соглашения к Договору страхования.

4.5. Стоимость медицинских услуг, возмещаемых Страховщиком по Договору страхования, не может превышать страховую сумму.

5. СТРАХОВОЙ ТАРИФ, СТРАХОВАЯ ПРЕМИЯ

5.1. Страховой премией (страховыми взносами) является плата за страхование, которую Страхователь обязан уплатить Страховщику в порядке и в сроки, установленные Договором страхования.

5.2. Страховая премия устанавливается в зависимости от выбранной Страхователем программы добровольного медицинского страхования, страховой суммы, соответствующих величин базового страхового тарифа и поправочных коэффициентов, учитывающих конкретные условия страхования, группы здоровья Застрахованного, срока страхования и иных условий, предусмотренных Договором страхования.

5.3. Страховая премия по Договору страхования может быть уплачена Страхователем единовременно или в рассрочку наличными деньгами либо безналичным платежом.

5.4. Если страховую премию уплачивает другое лицо по доверенности, выданной ему Страхователем, то никаких прав по Договору страхования в связи с этим оно не приобретает.

5.5. Если Договором не установлено иное, датой уплаты страховой премии (страхового взноса) считается:

- дата поступления денежных средств в кассу Страховщика или представителю Страховщика при уплате наличными деньгами;

- дата поступления суммы денежных средств на расчетный счет Страховщика при безналичных расчётах.

5.6. По Договорам, заключенным на срок менее одного года, страховая премия (страховой взнос) уплачивается в следующих размерах от суммы годовой премии (страхового взноса): за 1 месяц -20%; за 2 месяца -30%; за 3 месяца -40%; за 4 месяца -50%; за 5 месяцев - 60%; за 6 месяцев-70%; за 7 месяцев -75%; за 8 месяцев -80%; за 9 месяцев -85%; за 10 месяцев -90%; за 11 месяцев - 95%, если иное не предусмотрено Договором страхования.

При этом неполный месяц принимается за полный.

5.7. Страховая премия (страховой взнос) устанавливается в той же валюте, в которой установлена страховая сумма. При установлении в договоре страхования страховой суммы и страховой премии в иностранной валюте страховая премия (страховой взнос) уплачивается в рублях по официальному курсу Центрального банка Российской Федерации, установленному на дату платежа, если иное не предусмотрено Договором.

6. ДОГОВОР СТРАХОВАНИЯ

6.1. Договор страхования является соглашением между Страхователем и Страховщиком, в соответствии с которым Страховщик обязуется организовывать и финансировать предоставление Застрахованному медицинской помощи определенного объема, в пределах страховой суммы, а Страхователь обязуется уплатить страховую премию в установленном Договором страхования порядке.

6.2. При заключении Договора страхования Страховщик имеет право в каждом конкретном случае направить за счет средств Страхователя на медицинское освидетельствование физические лица, подлежащие страхованию, или провести медицинское анкетирование.

Однако Договоры страхования могут заключаться и без предварительного медицинского освидетельствования и медицинского анкетирования физических лиц, подлежащих страхованию.

6.3. По результатам предварительного медицинского освидетельствования или медицинского анкетирования Застрахованному устанавливается соответствующая группа здоровья:

- **группа здоровья I** – здоровые лица, не предъявляющие никаких жалоб, имеющие в анамнезе детские болезни, простудные заболевания, аппендицит, грыжу, без хронических заболеваний или нарушений функций отдельных органов и систем, без вредных привычек или при их умеренной выраженности, не работающие на производстве с особо вредными условиями труда;

- **группа здоровья II** - практически здоровые лица с повышенным риском заболевания;

- **группа здоровья III** - лица, имеющие хронические заболевания с тенденцией к обострению чаще двух раз в году, злоупотребляющие алкоголем, курением, систематически употребляющие транквилизаторы, снотворные, страдающие выраженными неврозами, психопатиями, перенесшие полостные операции. Дети от рождения до 5 лет и лица старше 60 лет.

При определении группы здоровья учитываются следующие факторы риска: производственные, бытовые, генетические, образ жизни (курение, употребление алкоголя, малоподвижный образ жизни и т.д.). В зависимости от указанных факторов риска (а также от иных факторов риска), Страховщик вправе формировать и иные группы (подгруппы) риска.

6.4. В случае отказа лица, подлежащего страхованию, от прохождения медицинского освидетельствования или медицинского анкетирования Договор страхования может быть заключен только на условиях, предусмотренных для группы здоровья III.

6.5. В случае, когда Страховщиком не проводилось медицинское освидетельствование или медицинское анкетирование лица, подлежащего страхованию, Договор страхования заключается на условиях, предусмотренных для группы здоровья I.

7. ПОРЯДОК ЗАКЛЮЧЕНИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ

7.1. Договор может быть заключен в пользу самого Страхователя или другого лица, названного в Договоре. Если такое лицо в Договоре не названо, то Застрахованным считается сам Страхователь.

Договор страхования может быть заключен на основании устного или письменного заявления Страхователя по установленной Страховщиком форме. Страхователь сообщает Страховщику следующие сведения, если иное не предусмотрено Договором страхования:

7.1.1. Если Страхователем выступает физическое лицо:

- фамилия, имя, отчество, Страхователя;
- домашний адрес и телефон Страхователя;
- фамилия, имя, отчество лица, подлежащего страхованию (если Договор страхования заключается в пользу третьего лица);
- полную дату рождения лица, подлежащего страхованию;
- домашний адрес и телефон лица, подлежащего страхованию;
- срок страхования;
- предполагаемый перечень видов медицинской помощи и услуг (Программа медицинского страхования);
- предполагаемый перечень медицинских учреждений (при необходимости).

7.1.2. Если Страхователем выступает юридическое лицо:

- полное наименование Страхователя;
- юридический адрес, адрес места нахождения, банковские реквизиты Страхователя;
- телефон, факс, электронная почта и иные средства связи, по которым можно связаться со Страхователем;
- число лиц, подлежащих страхованию;
- срок страхования;
- предполагаемый перечень видов медицинской помощи и услуг (Программа медицинского страхования);
- предполагаемый перечень медицинских учреждений (при необходимости).

7.1.3. Если договором страхования не предусмотрено иное, Страхователь в срок не более пяти рабочих дней со дня подачи заявления должен предоставить Страховщику список лиц, подлежащих страхованию, с обязательным указанием следующих сведений отдельно о каждом включенном в него лице:

- фамилии, имени, отчества;
- полной даты рождения;
- домашнего адреса и телефона;
- Программы медицинского страхования (если по Договору страхования предусмотрено несколько программ медицинского страхования).

После заключения Договора страхования этот список, подписанный Страхователем, становится его неотъемлемой частью.

7.2. Страховщик имеет право проверить достоверность указанных Страхователем в заявлении и/или медицинской анкете сведений. В случае установления того, что Страхователь сообщил заведомо ложные сведения, Страховщик имеет право отказать Страхователю в заключении Договора страхования.

Если после заключения Договора страхования будет установлено, что Страхователь сообщил заведомо ложные сведения, Страховщик вправе потребовать признания Договора недействительным и применения последствий в соответствии с законодательством Российской Федерации.

7.3. Если по требованию Страховщика Застрахованный должен пройти предварительное медицинское освидетельствование, решение о заключении Договора страхования принимается после прохождения Застрахованным такого освидетельствования.

В случае невозможности заключения Договора страхования Страховщик обязан поставить об этом в известность Страхователя, письменно мотивировав отказ в отношении всех или ряда лиц, подлежащих страхованию.

7.4. Договор страхования может быть заключен путем составления одного документа (договора), подписанного сторонами, либо вручения Страховщиком Страхователю на основании его письменного или устного заявления полиса, подписанного Страховщиком.

При коллективной форме страхования, если иное не предусмотрено Договором страхования, каждому Застрахованному выдается также именная страховая карточка, удостоверяющая право Застрахованного на получение медицинских услуг.

7.5. Застрахованному запрещается передавать именную страховую карточку другим лицам с целью получения ими медицинских услуг по Договору страхования.

Если будет установлено, что Застрахованный передал другому лицу страховую карточку с целью получения им медицинских услуг по Договору страхования, Страховщик имеет право досрочно в одностороннем порядке расторгнуть Договор страхования в отношении такого Застрахованного. Возврат страховых взносов в этом случае не производится, если иное не предусмотрено Договором страхования.

В случае, если будет установлено, что в отношении такого Застрахованного производились страховые выплаты, то Страхователь обязан возместить суммы произведенных страховых выплат.

7.6. В случае утраты страхового полиса или страховой карточки Страховщик выдает Страхователю (Застрахованному) на основании его письменного заявления дубликат. После выдачи дубликата утерянные страховые документы считаются недействительными и никаких выплат по ним не производится.

7.7. В случае, если внутренним распорядком медицинского учреждения предусмотрен пропуск (для санаторно-курортного учреждения – путевка, курсовка) для прохода (въезда) на его территорию, Страховщик организывает получение Застрахованным этих документов.

7.8. Договор страхования заключается сроком на один год, если Договором не предусмотрено иное.

7.9. Договор страхования вступает в силу с 00 часов 00 минут (местного времени) дня уплаты страховой премии (первого страхового взноса), если иное не предусмотрено Договором страхования.

Договор страхования оканчивается в 24 часа 00 минут дня, указанного в Договоре страхования как день окончания, если иное не предусмотрено Договором страхования.

8. ПРЕКРАЩЕНИЕ ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ

8.1. Действие Договора страхования прекращается в случаях:

8.1.1. истечения срока, на который был заключен договор;

8.1.2. исполнения Страховщиком обязательств перед Страхователем по Договору страхования в полном объеме;

8.1.3. ликвидации Страхователя - юридического лица в установленном законом порядке (смерти Застрахованного – физического лица);

8.1.4. ликвидации Страховщика в порядке, установленном действующим законодательством РФ;

8.1.5. в других случаях, предусмотренных действующим законодательством РФ.

8.2. Договор страхования может быть прекращен досрочно по требованию Страхователя или Страховщика, либо по соглашению сторон в случаях, предусмотренных Договором или законодательством Российской Федерации.

О намерении досрочного прекращения Договора страхования стороны обязаны уведомить друг друга в письменной форме, не менее чем за 30 дней до предполагаемой даты прекращения Договора страхования, если Договором страхования не предусмотрено иное.

8.3. При досрочном прекращении Договора страхования Страхователю возвращается часть страховой премии, пропорционально не истекшему времени действия договора, за вычетом понесенных Страховщиком расходов на ведение дела и сумм произведенных (подлежащих выплате) страховых выплат, если иное не предусмотрено договором страхования.

Возврат страховых взносов Страхователю при досрочном прекращении Договора страхования производится по истечении 60 дней со дня подачи заявления на досрочное прекращение договора страхования, если иное не предусмотрено договором страхования.

8.4. 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 частности смерть Застрахованного лица.

В этом случае Страховщик имеет право на часть страховой премии, пропорционально времени, в течение которого действовал Договор страхования, если Договором страхования не предусмотрено иное.

9. ИЗМЕНЕНИЕ СТЕПЕНИ РИСКА

9.1. В период действия, Договора страхования Страхователь (Застрахованный) обязан незамедлительно сообщить Страховщику о ставших ему известными значительных изменениях в обстоятельствах, сообщенных Страховщику при заключении Договора, если эти изменения могут существенно повлиять на увеличение страхового риска.

При этом к значительным изменениям существенных обстоятельств в частности относится, изменение сведений оговоренных в Договоре страхования (страховом полисе), в заявлении – анкете и иные обстоятельства прямо указанные в письменном запросе Страховщика, а также сведения, влияющие на отнесение Застрахованного к иной группе здоровья.

9.2. При получении информации об обстоятельствах, влекущих увеличение страхового риска Страховщик вправе потребовать изменения условий Договора страхования и 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.

9.3. При неисполнении Страхователем (Застрахованным) обязанности предусмотренной в п. 9.1. настоящих Правил Страховщик вправе потребовать расторжения Договора и возмещения убытков в порядке, предусмотренном гражданским законодательством РФ.

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

10. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

10.1. Страхователь вправе:

10.1.1. требовать предоставления Застрахованному в медицинских учреждениях, предусмотренных Договором страхования, медицинских и иных услуг в соответствии с условиями Договора страхования;

10.1.2. изменить, в период действия Договора страхования, по согласованию со Страховщиком размер страховой суммы, программу страхования или иные условия Договора страхования, путем заключения дополнительного соглашения к Договору страхования и уплачивая, в случае необходимости, дополнительные страховые взносы. Дополнительное соглашение вступают в силу со дня уплаты страховой премии (страхового взноса), если иное не предусмотрено Дополнительным соглашением;

10.1.3. расторгнуть досрочно Договор страхования;

10.1.4. изменить список Застрахованных в соответствии с условиями, изложенными в п.10.8 настоящих Правил;

10.1.5. заменить Застрахованного другим лицом в соответствии с условиями, изложенными в п. 10.9. настоящих Правил.

10.2. Застрахованный вправе:

10.2.1. получить медицинские услуги в соответствии с условиями, указанными в Договоре страхования и в медицинских учреждениях, перечень которых определен в Договоре страхования;

10.2.2. получить дубликат страхового полиса в случае его утраты;

10.2.3. получать разъяснения о Правилах страхования и условиях Договора страхования, порядке предоставления услуг в медицинских учреждениях;

10.2.4. сообщать Страховщику о случаях непредоставления услуг, неполного или некачественного предоставления услуг.

10.3. Страховщик вправе:

10.3.1. проверить сообщенную Страхователем (Застрахованным) информацию, а также выполнение Страхователем (Застрахованным) требований и условий Договора страхования;

10.3.2. расторгнуть досрочно Договор страхования, в случаях предусмотренных настоящими Правилами и действующим законодательством Российской Федерации, а также в отношении конкретного Застрахованного, при несоблюдении им своих обязанностей по Договору страхования, с письменным уведомлением Страхователя о причинах расторжения Договора страхования.

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

10.4. Страхователь обязан:

10.4.1. предоставлять Страховщику необходимые для заключения Договора страхования полные и достоверные сведения, а также иную информацию, связанную с исполнением Договора страхования;

10.4.2. уплатить страховую премию (страховые взносы) в размере и в сроки, установленные в Договоре страхования;

10.4.3. ознакомить Застрахованных с их правами и обязанностями по Договору страхования, с условиями получения медицинских услуг, программами добровольного медицинского страхования, Правилами страхования.

10.5. Застрахованный обязан:

10.5.1. соблюдать требования Правил страхования, условий Договора страхования, предписания лечащего врача, полученные в ходе предоставления медицинской помощи, соблюдать распорядок, установленный медицинским учреждением;

10.5.2. не передавать страховой полис (страховую карточку) другим лицам с целью получения ими медицинских услуг.

10.6. Страховщик обязан:

10.6.1. ознакомить Страхователя с Правилами страхования и выдать ему экземпляр;

10.6.2. произвести страховые выплаты при наступлении страхового случая в порядке, установленном в разделе 11 настоящих Правил;

10.6.3. обеспечить конфиденциальность в отношениях со Страхователем и Застрахованным;

10.6.4. обеспечить предоставление Застрахованному лицу медицинских услуг и иных услуг, в соответствие с Договором страхования.

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

10.8. В случае расширения списка Застрахованных Страхователь представляет Страховщику сведения о дополнительно принимаемых на страхование лицах и уплачивает за

них дополнительную страховую премию. При этом страховая премия за неполный месяц уплачивается как за полный, если иное не предусмотрено договором страхования.

В случае уменьшения списка Застрахованных Страхователь представляет Страховщику заявление по установленной форме и письменное согласие Застрахованного о прекращении договора страхования. В этом случае Страховщик производит возврат части полученной страховой премии, приходящейся на Застрахованного, пропорционально не истекшему сроку страхования за вычетом расходов на ведение дела и выплаченных (подлежащих выплате) сумм страхового обеспечения, если Договором не предусмотрено иное.

10.9. В случае замены Застрахованного другим лицом без увеличения числа Застрахованных Страхователь представляет Страховщику сведения об исключаемых из списка Застрахованных и включаемых в него лицах. Замена Страхователем Застрахованного производится только с согласия самого Застрахованного и Страховщика.

11. УСЛОВИЯ И ПОРЯДОК СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЫ

11.1. Размер страховой выплаты определяется стоимостью медицинской помощи и услуг, оказанных Застрахованному при наступлении страхового случая.

Страховая выплата осуществляется в соответствии с условиями Договора на предоставление медицинских услуг и на основании счета медицинского учреждения за оказание консультативной, диагностической, лечебной, реабилитационной, профилактической, медикаментозной и иной медицинской помощи и услуг путем уплаты денежных средств на расчетный счет медицинского учреждения.

Договор на предоставление медицинских услуг – это соглашение между медицинским учреждением и Страховщиком, по которому медицинское учреждение обязуется предоставлять Застрахованным помощь определенного объема и качества в конкретные сроки в рамках программ добровольного медицинского страхования. Договором на предоставление медицинских услуг должны быть установлены стоимость работ и порядок расчетов.

11.2. Оплата за оказание медицинской помощи и услуг производится по тарифам и ценам (прейскурантам), согласованным между Страховщиком и медицинским учреждением, в порядке, установленном Договором на предоставление медицинских услуг.

11.3. Для получения медицинских услуг Застрахованный обращается в медицинские учреждения, предусмотренные Договором страхования, или к Страховщику.

11.4. При обращении в медицинское учреждение Застрахованный предъявляет паспорт или иной документ, удостоверяющий его личность, а также полис (страховую карточку) и/или пропуск установленного для этого медицинского учреждения образца. При обращении Застрахованного в санаторно-курортное учреждение предъявляется путевка (курсовка).

11.5. Предусмотренные Договором страхования выплаты производятся Страховщиком независимо от сумм, причитающихся Застрахованному по государственному социальному страхованию, социальному обеспечению, сумм, выплачиваемых в порядке возмещения вреда по другим Договорам страхования.

11.6. Размер страховых выплат за период действия Договора страхования не может превышать страховой суммы.

11.7. Страховщик не оплачивает медицинские услуги, если:

- Застрахованным получены медицинские услуги, не предусмотренные Договором страхования;
- Застрахованным получены медицинские услуги в медицинских учреждениях, не предусмотренных Договором страхования.

11.8. Решение об отказе в страховой выплате принимается Страховщиком и сообщается Страхователю (Застрахованному) в письменной форме с мотивированным обоснованием причин отказа.

При несогласии Страхователя (Застрахованного) с решением об отказе, действия Страховщика могут быть оспорены в порядке, предусмотренном действующим законодательством.

11.9. Не оплачивается Страховщиком без предварительной договоренности стоимость трансплантантов, эндопротезов, протезов, имплантантов, а также расходы на приобретение медицинского оборудования, изделий медицинского назначения и предметов по уходу за больными при любых заболеваниях.

11.10. При страховании в валютном эквиваленте выплата страхового обеспечения производится в рублях по официальному курсу Центрального банка Российской Федерации на момент наступления страхового случая, независимо от даты подачи заявления на выплату, если иное не предусмотрено договором страхования.

12. ПОРЯДОК РАССМОТРЕНИЯ СПОРОВ

12.1. Все споры по Договору страхования между Страховщиком и Страхователем разрешаются путем переговоров, а при недостижении согласия в порядке, установленном законодательством Российской Федерации.