

**ОБЩЕСТВО С ОГРАНИЧЕННОЙ ОТВЕТСТВЕННОСТЬЮ
СТРАХОВАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ “ЧУЛПАН - МЕД”**

**ПРАВИЛА
ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО
СТРАХОВАНИЯ**

Вид страхования (05): *Медицинское страхование*

г. Альметьевск, Республика Татарстан

УТВЕРЖДЕНЫ
Приказом № 70 от « 07 » сентября 2018г.
Директор ООО СМО «Чулпан-Мед»

А.Р. Калимуллин



**ПРАВИЛА
ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО
СТРАХОВАНИЯ**

(в редакции Приказов от 01.02.2008г. №13;
от 01.07.2010г. № 24; от 04.05.2011г. № 39; от 16.11.2015г. № 80, от 24.05.2016г. №53, от 27.12.2017г.
№107)

Раздел 1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

Статья 1. Для целей настоящих Правил используются следующие специальные термины:

- **субъекты** – это стороны, участвующие в добровольном медицинском страховании. В качестве субъектов добровольного медицинского страхования выступают: Страховщик, Страхователь, Застрахованные лица, Медицинские и иные организации (учреждения), с которыми Страховщик вступает в договорные отношения с целью выполнения обязательств по Договору страхования.

- **страховщик** – страховая медицинская организация созданная в соответствии с законодательством Российской Федерации для осуществления деятельности по страхованию и получившая лицензию на осуществление существующего вида страховой деятельности – ООО СМО «Чулпан-Мед»;

- **страхователи** – страхователями признаются юридические лица, дееспособные физические лица, заключившие со страховщиками договоры добровольного медицинского страхования;

- **застрахованное лицо** – названное в договоре страхования физическое лицо, в пользу которого заключен Договор страхования, и имущественные интересы которого являются объектом страхования по договору добровольного медицинского страхования, заключенному между Страхователем и Страховщиком. В случае если Договор страхования заключен Страхователем в свою пользу, на него распространяются права и обязанности Застрахованного лица;

- **медицинская организация (учреждение)** - юридическое лицо независимо от организационно-правовой формы, осуществляющее в качестве основного (уставного) вида деятельности медицинскую деятельность на основании лицензии, выданной в порядке, установленном законодательством Российской Федерации;

- **иная организация** – организация, предоставляющая и (или) организующая предоставление услуг, указанных в Программе, на территории страхования, по указанию Страховщика.

- **заболевание** – состояние, возникающее в связи с воздействием патогенных факторов нарушение деятельности организма, работоспособности, способности адаптироваться к изменяющимся условиям внешней и внутренней среды при одновременном изменении защитно-компенсаторных и защитно-приспособительных реакций и механизмов организма;

- **медицинская услуга** – медицинское вмешательство или комплекс медицинских вмешательств, направленных на профилактику, диагностику и лечение заболеваний, медицинскую реабилитацию и имеющих самостоятельное законченное значение;

- **иная услуга** – услуга, связанная с оказанием или организацией оказания медицинских услуг Застрахованному, оказываемая Страховщиком и (или) сервисной организацией при наступлении страхового случая;

- **диагностические медицинские услуги** – медицинские услуги, направленные на выявление заболевания и формулирование медицинского заключения, выраженного в терминах, предусмотренной принятой классификацией болезней;

- **лечебные медицинские услуги** – медицинские услуги, направленные на лечение заболевания. Например, инъекции, физиопроцедуры, массаж, эндоскопические методы лечения, операции и т.д.;

- **реабилитационные медицинские услуги** – комплекс медицинских услуг, направленных на восстановление или компенсацию нарушенных функций организма;

- **специализированные медицинские услуги** – медицинские услуги, оказываемые в узкоспециализированных медицинских организациях. Например, стоматологические поликлиники, кардиологические центры, нейрохирургические клиники и т.д.;

- **медицинская помощь** – комплекс мероприятий, направленных на поддержание и (или) восстановление здоровья и включающих в себя предоставление медицинских услуг в очном и (или) дистанционном формате;

- **медицинские расходы** – расходы на оказание медицинских услуг. К ним могут относиться: расходы по госпитализации (обычно максимально допустимые дневные расходы) хирургические расходы, разнообразные больничные расходы (лекарства, рентген и т.д.), врачебный уход (обычно исходя из числа вызовов или визитов к врачу).

Статья 2. В соответствии с гражданским законодательством, Федеральным законом “Об основах охраны здоровья граждан в РФ” от 21.11.2011г. №323-ФЗ, Закона РФ от 27.11.1992 N 4015-1 “Об организации страхового дела в Российской Федерации”, нормативными документами Центрального Банка Российской Федерации и остальными подзаконными актами в области страхования, настоящие Правила регулируют отношения, возникающие между Страховщиком и Страхователем и медицинской организацией по поводу добровольного медицинского страхования граждан.

Статья 3. Добровольное медицинское страхование осуществляется на основе Программ добровольного медицинского страхования (Приложение 3 к настоящим Правилам) и обеспечивает гражданам получение дополнительных медицинских и иных услуг сверх установленных программами обязательного медицинского страхования.

На основании настоящих Правил Страховщик может разрабатывать Программы страхования, лицензируемые в установленном порядке, и заключать договоры страхования на основании разработанных программ.

При заключении договора страхования, стороны могут договориться об уменьшении объема оказываемых услуг в рамках программы. Данные изменения указываются в особых условиях, прилагаемых к программе добровольного медицинского страхования.

Добровольное медицинское страхование может быть коллективным и индивидуальным. Под коллективным страхованием понимается страхование работодателем своих работников или членов их семей.

Раздел 2. СУБЪЕКТЫ СТРАХОВАНИЯ

Статья 4. Договор страхования может быть заключен гражданами (Страхователями) как в отношении самих себя (то есть Страхователь и Застрахованный в заключаемом договоре одно и то же лицо), так и в отношении других лиц (Застрахованных), а также юридическими лицами в отношении граждан, являющихся как работниками данного юридического лица, так и не являющихся таковыми.

Застрахованное лицо, названное в договоре медицинского страхования, может быть заменено Страхователем другим лицом лишь с согласия самого Застрахованного лица и Страховщика.

Статья 5. На условиях настоящих Правил заключаются договоры добровольного медицинского страхования в пользу граждан в возрасте не превышающем 80 лет, на момент заключения договора страхования проживающих на территории РФ, если иное не предусмотрено программой страхования. При страховании по программе ОМС + «Сердце под контролем» договор добровольного медицинского страхования заключается в пользу граждан в возрасте не превышающем 90 лет, на момент заключения договора страхования проживающих на территории РФ

Раздел 3. ОБЪЕКТ СТРАХОВАНИЯ.

Статья 6. Объектами медицинского страхования могут быть имущественные интересы, связанные с оплатой организации и оказания медицинской и лекарственной помощи (медицинских услуг) и иных услуг вследствие расстройства здоровья физического лица или состояния физического лица, требующих организации и оказания таких услуг, а также проведения профилактических мероприятий, снижающих степень опасных для жизни или здоровья физического лица угроз и (или) устраняющих их.

Раздел 4. СТРАХОВЫЕ РИСКИ. СТРАХОВЫЕ СЛУЧАИ И ОБЪЕМ СТРАХОВОЙ ОТВЕТСТВЕННОСТИ.

Статья 7. Страховым риском является предполагаемое событие, на случай наступления которого проводится страхование. Событие, рассматриваемое в качестве страхового риска, должно обладать признаками вероятности и случайности его наступления.

Риском при добровольном медицинском страховании является вероятность возникновения затрат связанных с организацией и оказанием Застрахованным медицинских и иных услуг при оказании консультативной, профилактической, диагностической, амбулаторно-поликлинической, стационарной, скорой, восстановительно-реабилитационной, стоматологической, медикаментозной и иной помощи.

Статья 8. Страховым случаем является совершившееся событие, в период действия договора добровольного медицинского страхования, предусмотренное этим договором страхования, с наступлением которого возникает обязанность страховщика произвести страховую выплату.

Страховым случаем является совершившееся в период действия договора добровольного медицинского страхования, событие, предусмотренное настоящими Правилами, с наступлением которого, возникает обязанность Страховщика осуществить страховую выплату.

Страховым случаем является обращение Застрахованного лица в течение срока действия договора страхования в медицинские организации из числа предусмотренных договором добровольного медицинского страхования за получением консультативной, в том числе и дистанционной, профилактической, диагностической, амбулаторно-поликлинической, стационарной, скорой, восстановительно-реабилитационной, стоматологической, медикаментозной и иной помощи, предусмотренной программами добровольного медицинского страхования, указанными в договоре страхования.

Статья 9. В соответствии с договором добровольного медицинского страхования Страховщик принимает на себя обязательство организовать Застрахованным гражданам медицинскую помощь и иную помощь по существующим технологиям в соответствии с условиями договора добровольного медицинского страхования и оплатить медицинские услуги в пределах обусловленной в нем страховой суммы.

Статья 10. На страхование не принимаются:

а) граждане, состоящие на учете в наркологических, психоневрологических, противотуберкулезных, дерматовенерологических диспансерах, центрах по профилактике и борьбе со СПИДом;

б) больные онкологическими заболеваниями, за исключением больных, признанных медико-социальной экспертизой трудоспособными. При этом оплата медицинских услуг по основному онкологическому заболеванию и осложнениям, связанных с ним, не производится.

в) граждане старше 80 лет, за исключением застрахованных по программе ОМС + «Сердце под контролем». По данной программе на страхование не принимаются граждане старше 90 лет.

Статья 11. Страховщик не несет страховой ответственности, если Застрахованное лицо обратилось в медицинскую организацию:

а) по поводу получения травматического повреждения или иного расстройства здоровья, наступившего в связи с совершением Застрахованным противоправных действий, в которых судом или следственными органами установлены признаки умышленного преступления;

б) в связи с умышленным причинением вреда своему здоровью, в том числе с покушением на самоубийство;

в) в связи с расстройством здоровья, произошедшим в состоянии алкогольного, наркотического и иных форм опьянения, либо явившимся следствием любых форм опьянения.

Статья 12. Страховщик не производит выплат в связи с расстройством здоровья, вызванным:

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.

Статья 13. Страховщик не возмещает затраты на медицинскую помощь и медицинские

услуги, полученные по инициативе Застрахованного лица в медицинских организациях, не определенных договором добровольного медицинского страхования.

Раздел 5. СТРАХОВАЯ СУММА.

Статья 14. Страховая сумма - денежная сумма, которая определена в порядке, установленном договором страхования при его заключении, и исходя из которой устанавливаются размер страховой премии (страховых взносов) и размер страховой выплаты при наступлении страхового случая.

Страховой суммой является определенная договором страхования денежная сумма, исходя из которой, устанавливаются размеры страховой премии и страховой выплаты.

Страховые суммы устанавливаются в российских рублях.

Статья 15. Страховая сумма по договору страхования устанавливается по соглашению сторон.

При заключении договора страхования, стороны могут договориться об установлении лимитов ответственности Страховщика по отдельным страховым случаям, по отдельным услугам, по каждому застрахованному лицу. Данные лимиты указываются в особых условиях, прилагаемых к программе добровольного медицинского страхования.

Статья 16. Страхователь вправе в период действия договора добровольного медицинского страхования по согласованию со Страховщиком изменить страховую сумму. Изменения страховой суммы оформляются на условиях настоящих Правил в письменной форме в виде дополнительного соглашения к основному договору добровольного медицинского страхования.

Размер дополнительного взноса в случае увеличения страховой суммы или размер возвращаемой страховой премии в случае уменьшения страховой суммы определяется в соответствии с действующей редакцией Методического руководства по процедуре переоформления и расторжения договоров страхования от 31.12.2015г

Раздел 6. СТРАХОВАЯ ПРЕМИЯ И СТРАХОВЫЕ ВЗНОСЫ.

Статья 17. Под страховой премией понимается плата за страхование, которую Страхователь обязан уплатить Страховщику в порядке и в сроки, установленные договором добровольного медицинского страхования. Страховой взнос – часть страховой премии при ее уплате в рассрочку.

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

Статья 18. Страховая премия по договору страхования рассчитывается Страховщиком исходя из величин страховой суммы и соответствующих величин базового страхового тарифа (Приложение №1), и коэффициентов риска (приложение №2)

Страховой тариф - ставка страховой премии с единицы страховой суммы с учетом объекта страхования и характера страхового риска, а также других условий страхования.

Страховой тариф по конкретному договору страхования определяется по соглашению сторон.

При заключении договора страхования со сроком действия иным чем 1 год, размер страховой премии определяется исходя из размера годовой страховой суммы и с учетом коэффициента продолжительности страхования (Приложение № 2 к настоящим Правилам). В иных случаях применяется метод Pro rata:

$$\text{Страховой тариф} = \frac{\text{Страховой тариф по программе (год)}}{365(366)\text{дн}} * \text{Срок действия в дн.}$$

Статья 19. Страховая премия может быть уплачена наличными деньгами в кассу Страховщика или перечислена на расчетный счет Страховщика путем безналичных расчетов, единовременным платежом либо в рассрочку. Конкретный порядок и сроки уплаты страховой премии/страховых взносов (при оплате в рассрочку) определяются в договоре страхования.

Неуплата Страхователем очередного страхового взноса в установленный договором срок рассматривается Сторонами, как досрочный отказ Страхователя от договора страхования (п.2 ст.958 ГК РФ), если договором не предусмотрено иное и если стороны не договорились об отсрочке уплаты очередного взноса (договоренность об отсрочке страхового взноса оформляется дополнительным соглашением к договору страхования).

Статья 20. Страхователь обязан уплатить Страховщику страховую премию в 5-дневный срок (если иное не предусмотрено договором добровольного медицинского страхования) или первый ее взнос (в случае уплаты взносов в рассрочку) после подписания договора добровольного медицинского страхования.

Раздел 7. ЗАКЛЮЧЕНИЕ ДОГОВОРА ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ.

Статья 21. Договор добровольного медицинского страхования является соглашением между Страхователем и Страховщиком, в соответствии с которым последний обязуется организовывать и финансировать предоставление застрахованным лицам медицинскую помощь определенного объема и качества согласно программам добровольного медицинского страхования., а также проведения профилактических мероприятий, снижающих степень опасных для жизни или здоровья физического лица угроз и (или) устраняющих их.

Статья 22. Договор добровольного медицинского страхования заключается в письменной форме, несоблюдение письменной формы договора влечет его недействительность.

Договор медицинского страхования должен содержать:

- 1) наименования сторон;
- 2) сроки действия договора;
- 3) численность застрахованных;
- 4) размер, сроки и порядок внесения страховой премии/страховых взносов;
- 5) перечень медицинских услуг, соответствующих программам страхования;
- 6) права, обязанности, ответственность сторон и иные не противоречащие законодательству РФ условия.

Статья 23. При заключении договора страхования между Страхователем и Страховщиком должно быть достигнуто соглашение:

- 1) о Застрахованном лице;
- 2) о характере события, на случай наступления которого в жизни Застрахованного лица осуществляется страхование;
- 3) о размере страховой суммы;
- 4) о сроке действия договора

Статья 24. Страховщик обязан ознакомить Страхователя с содержанием Правил добровольного медицинского страхования и вручить ему один экземпляр.

Статья 25. При заключении договора добровольного медицинского страхования Страховщик имеет право произвести предварительное медицинское освидетельствование страхуемого лица (страхуемых лиц) для оценки фактического состояния его (их) здоровья. Предварительное медицинское освидетельствование производится за счет средств Страхователя.

Перечень медицинских организаций, в которые Застрахованное лицо имеет право обратиться за получением медицинской помощи, является неотъемлемой частью договора страхования.

Статья 26. При заключении коллективных договоров на добровольное медицинское страхование принимается любое количество работников юридического лица. Списки оформляются согласно Приложения №10 настоящих Правил.

Статья 27. Основанием для заключения договора добровольного медицинского страхования с юридическими лицами и индивидуальными предпринимателями является письменное заявление (Приложения 4) и анкета клиента, разработанная с Правилами внутреннего контроля ООО СМО «Чулпан-Мед» в целях противодействия легализации (отмыванию) доходов, полученным преступным путем, и финансированию терроризма заполненная в соответствии с действующей формой на момент заключения договора ДМС.

Статья 28. Основанием для заключения договора добровольного медицинского страхования с физическими лицами в их пользу или в пользу третьих лиц является письменное заявление Страхователя (Приложения 5,6).

Статья 29. Договор страхования может быть заключен путем составления одного документа (Приложение 7) либо вручения Страховщиком Страхователю на основании его письменного или устного заявления страхового полиса (Приложение 11), подписанного Страховщиком.

При заключении коллективного договора добровольного страхования, полис добровольного медицинского страхования выдается на каждое застрахованное лицо в течение пяти рабочих дней после вступления договора добровольного медицинского страхования в силу, если иное не предусмотрено договором добровольного медицинского страхования.

Статья 30. При заключении договора добровольного медицинского 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 Страховщику.

Статья 31. Существенными признаются обстоятельства, определенно оговоренные Страховщиком в договоре добровольного медицинского страхования (полисе добровольного медицинского страхования) или в его письменном запросе (письменном заявлении).

Статья 32. Если договор страхования заключен при отсутствии ответов Страхователя на какие-либо вопросы Страховщика, последний не может впоследствии требовать расторжения договора добровольного медицинского страхования, либо признания его недействительным на том основании, что соответствующие обстоятельства не были сообщены Страхователем, если иное не предусмотрено договором.

Статья 33. Если после заключения договора добровольного медицинского 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.

Статья 34. Если иное не предусмотрено договором, договор добровольного медицинского страхования вступает в силу в день уплаты страховой премии или первого ее взноса.

Днем уплаты считается день поступления платежа, определяемый датой выписки по банку, на счет или в кассу Страховщика:

а) при уплате страховой премии путем безналичных расчетов – в день поступления страховой премии или ее первой части на расчетный счет страховщика.

б) при уплате страховой премии наличными деньгами - в день поступления страховой премии или ее первой части в кассу страховщика.

Договором страхования может быть оговорено иное определение дня уплаты.

Статья 35. Факт уплаты страховой премии наличными деньгами должен быть подтвержден квитанционным материалом ООО СМО «Чулпан-Мед».

Оплата премии не считается состоявшейся, если платеж произведен с нарушением законодательства, регулирующего порядок расчетов. Договором страхования может быть предусмотрен иной порядок вступления договора в силу.

Статья 36. Договор страхования заключается сроком на 1 год, если условиями договора не предусмотрено иное. В случае, когда договор страхования заключается на срок не равный году, страховая премия рассчитывается с учетом коэффициента срока страхования (Приложение №2).

Действие договора страхования заканчивается в 24 часа местного времени дня, который указан в договоре как дата его окончания.

Статья 37. Условия, содержащиеся в настоящих Правилах добровольного медицинского

страхования и не включенные в текст договора добровольного медицинского страхования (полиса добровольного медицинского страхования), обязательны для Страхователя, если в договоре (полисе добровольного медицинского страхования) прямо указывается на применение таких Правил.

Статья 38. В договоре добровольного медицинского страхования Страхователем и Страховщиком может быть предусмотрено, что отдельные положения Правил добровольного медицинского страхования не включаются в договор и не действуют в конкретных условиях страхования.

Раздел 8. ПОРЯДОК ВЫПОЛНЕНИЯ ОБЯЗАТЕЛЬСТВ ПО ДОГОВОРУ ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ.

Статья 39. Все права и обязанности сторон по договору страхования начинаются только с момента вступления договора страхования в законную силу.

Статья 40. Предоставление медицинских и иных услуг, обусловленных договором добровольного медицинского страхования, осуществляется путем обращения Застрахованного лица в медицинские и /или иные организации, с которыми Страховщик состоит в договорных отношениях.

При обращении Застрахованного лица в медицинскую организацию предъявляется полис добровольного медицинского страхования, выданный Страховщиком, паспорт, либо другой документ, удостоверяющий личность Застрахованного лица также направление, выданное Страховщиком при его наличии.

Статья 41. Страховщик осуществляет страховую выплату в виде оплаты медицинских и иных услуг, предусмотренных Программой добровольного медицинского страхования, указанной в договоре страхования (страховом полисе).

Оплата стоимости услуг оказанных медицинскими организациями производится исходя из фактических затрат на оказание медицинской помощи и медицинских услуг по ценам, согласованным между Страховщиком и Медицинской организацией путем перечисления Страховщиком денежных средств на счет Медицинской организации. Перечисление производится после получения от Медицинских организаций акта выполненных работ, прошедшего медико-экономическую экспертизу в пределах программы, предусмотренной договором добровольного медицинского страхования. Взаимоотношения с Медицинской организацией определяются соответствующим договором (Приложение 14-16).

Договором может быть предусмотрен и иной порядок расчётов: в порядке предварительной оплаты (аванса) за оказанные услуги, в иных формах безналичных расчётов, предусмотренных действующим законодательством.

Раздел 9. ПОСЛЕДСТВИЯ УВЕЛИЧЕНИЯ СТРАХОВОГО РИСКА В ПЕРИОД ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ.

Статья 42. В период действия договора добровольного медицинского страхования Страхователь (Застрахованное лицо) обязан незамедлительно сообщить Страховщику о ставших ему известными значительных изменениях в обстоятельствах, сообщенных Страховщику при заключении договора добровольного медицинского страхования, если эти изменения могут существенно повлиять на увеличение страхового риска. При этом, значительными признаются изменения, оговоренных в договоре добровольного медицинского страхования (страховом полисе) и в переданных Страхователю Правилах добровольного медицинского страхования и приложенных к нему условий (численность застрахованных, перечень медицинских услуг, цены на медицинские услуги в медицинских организациях).

Статья 43. При получении информации об обстоятельствах, влекущих увеличение страхового риска Страховщик вправе потребовать изменения условий договора добровольного медицинского страхования или уплаты дополнительной страховой премии соразмерно увеличению риска.

Если Страхователь возражает против изменения условий договора добровольного медицинского страхования или доплаты страховой премии. Страховщик вправе потребовать

расторжения договора добровольного медицинского страхования в порядке, предусмотренном гражданским законодательством Российской Федерации.

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

Последствия изменения страхового риска в период действия договора страхования, оговоренные в абзацах 2 и 3 настоящей статьи, могут наступить, только если они прямо предусмотрены в договоре страхования.

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

Статья 44. Страховщик не вправе разглашать полученные им в результате своей профессиональной деятельности сведения о Страхователе, Застрахованном лице, состоянии их здоровья и имущественном положении. За нарушение тайны страхования Страховщик в зависимости от рода нарушенных прав и характера нарушения несет ответственность в порядке, предусмотренном нормами гражданского законодательства Российской Федерации.

Раздел 10. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН ПО ДОГОВОРУ ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ.

Статья 45. Права и обязанности Застрахованных граждан по договору добровольного медицинского страхования.

Застрахованное лицо имеет право:

а) на получение медицинских услуг в соответствии с условиями, указанными в договоре добровольного медицинского страхования, в медицинских организациях, перечень которых определен в договоре добровольного медицинского страхования;

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

в) при условии обязательного согласования со Страховщиком, получить медицинские услуги в соответствии с условиями, указанными в договоре добровольного медицинского страхования, в медицинских организациях, не входящих в перечень, который определен в договоре добровольного медицинского страхования, исключительно в том случае, когда обращение в медицинские организации, указанные в договоре, не представляется физически возможным для Застрахованного. При этом, обязательным условием является наличие у Страховщика возможности заключения договора с медицинской организацией на предоставление медицинской помощи (медицинских услуг) по добровольному медицинскому страхованию граждан.

Застрахованное лицо обязано:

а) соблюдать предписания лечащего врача, полученные при оказании медицинской помощи, соблюдать распорядок, установленный медицинской организацией;

б) в случае проведения Страховщиком экспертной проверки качества оказания медицинской помощи пройти медицинский осмотр;

в) не передавать другим лицам страховой полис и медицинскую карточку (направление) для получения ими медицинской помощи;

г) при утрате страхового полиса и/или медицинской карточки в течение 3-х дней письменно известить об этом Страховщика.

Статья 46. Права и обязанности Страхователя по договору добровольного медицинского страхования.

Страхователь имеет право:

а) требовать от Страховщика в законном порядке соблюдения условий договора добровольного медицинского страхования;

б) расширить список Застрахованных лиц в соответствии с условиями, изложенными в настоящих Правилах;

в) расширить объем страховой ответственности по соглашению со Страховщиком в пределах, предусмотренных настоящими Правилами и утвержденными, программами добровольного медицинского страхования, уплатив дополнительные страховые взносы;

г) в случае увольнения Застрахованного работника Страхователь вправе исключить его из числа Застрахованных или заменить другим в соответствии с условиями, изложенными в настоящих Правилах.

Для включения в число Застрахованных вместо отказавшегося или уволенного другого лица, Страхователь направляет Страховщику письменное извещение о замене ранее Застрахованного. При этом, к извещению прилагается полис ранее застрахованного лица. Извещение должно быть направлено не позднее 30 (тридцати) календарных дней с момента увольнения ранее Застрахованного. В этом случае вновь принятый работник считается Застрахованным с момента приема его на работу на тех же условиях, что и уволенный без уплаты дополнительной страховой премии.

д) досрочно расторгнуть договор добровольного медицинского страхования с оформлением дополнительного соглашения.

Страхователь обязан:

а) предоставить Страховщику полностью достоверную информацию, необходимую для заключения договора добровольного медицинского страхования;

б) при изменении обстоятельств, включенных Страховщиком в форму заявления на страхование, имеющих значение для оценки степени риска, письменно уведомить об этом Страховщика;

в) уплачивать взносы страховой премии в размере и в сроки, установленные в договоре добровольного медицинского страхования;

г) предоставлять Страховщику списки застрахованных с соблюдением требований Федерального закона от 27 июля 2006 года № 152 –ФЗ «О персональных данных»;

д) в случае расширения списка Застрахованных лиц предоставлять Страховщику сведения, предусмотренные договором страхования о дополнительно страхуемых лицах.

е) до даты подписания договора предоставлять Страховщику информацию, необходимую для исполнения требований Федерального закона от 7 августа 2001 г. № 115-ФЗ «О противодействии легализации (отмыванию) доходов, полученных преступным путем, и финансированию терроризма», включая информацию о своих выгодоприобретателях, учредителях (участниках) и бенефициарных владельцах;

ж) в срок не позднее 5 (пяти) календарных дней с даты вступления в силу изменений, уведомлять Страховщика, в том числе, но не исключительно, об изменениях в учредительных документах, изменениях адреса местонахождения и/или фактического адреса местонахождения Страхователя (его постоянно действующего органа управления, иного органа или лица, имеющих право действовать от имени Страхователя без доверенности), почтового адреса, номеров телефона, адреса электронной почты; о лицах, имеющих право подписи, о продлении/ прекращении их полномочий; об изменении любых идентификационных сведений, включая информацию о представителях, выгодоприобретателях, бенефициарных владельцах и т.п., а также иных изменениях, которые могут повлиять на выполнение Сторонами обязательств по настоящему Договору, с одновременным предоставлением документов (их копий), подтверждающих соответствующие изменения.

Статья 47. Права и обязанности Страховщика по договору добровольного медицинского страхования. Страховщик обязан:

а) своевременно вручить страховые полисы Страхователю (Застрахованным лицам) и ознакомить Страхователя с настоящими правилами;

б) оплачивать Застрахованному лицу медицинскую помощь и медицинские услуги, предусмотренные условиями договора добровольного медицинского страхования;

в) организовывать эффективный контроль качества медицинской помощи Застрахованным лицам;

г) письменно известить об изменении перечня Медицинских организаций, с которыми Страховщик состоит в договорных отношениях;

д) соблюдать конфиденциальность в отношениях со страхователем, Застрахованным и медицинскими организациями.

Страховщик имеет право:

а) требовать от Страхователя предоставления достоверной информации, необходимой для заключения договора добровольного медицинского страхования, а так же проверять все сведения, сообщенные Страхователем при заключении договора страхования, в т.ч. данные о

Застрахованном, а так же выполнение Страхователем условий договора страхования.

б) провести предварительный медицинский осмотр застрахованного до заключения договора страхования;

в) провести медицинскую экспертизу страхового случая, включающую экспертизу медицинской документации и медицинский осмотр Застрахованного;

г) предъявить требования к Страхователю на сумму оплаченной Страховщиком медицинской помощи, если она не подлежала оплате в соответствии с настоящими Правилами;

д) досрочно расторгнуть договор добровольного медицинского страхования в соответствии с законодательством, в том числе при неуплате Страхователем страховых взносов в установленные договором сроки;

е) изменить по согласованию со Страхователем страховую сумму по договору добровольного медицинского страхования при изменении цен на предоставляемые медицинские услуги и медицинскую помощь.

Статья 47.1 Страховщик обязан запросить Анкету клиента, разработанную согласно Правилам внутреннего контроля ООО СМО «Чулпан-Мед» в целях противодействия легализации (отмыванию) доходов, полученных преступным путем, и финансированию терроризма в случаях, предусмотренных Федеральным законом от 7 августа 2001 г. N 115-ФЗ "О противодействии легализации (отмыванию) доходов, полученных преступным путем, и финансированию терроризма".

Статья 48. В случае расширения списка Застрахованных лиц при коллективной форме страхования Страхователь представляет Страховщику сведения, предусмотренные настоящими Правилами, о дополнительно страхуемых лицах. Если это привело к увеличению страховой премии по договору, Страхователь уплачивает за них дополнительную страховую премию за период с момента включения в список Застрахованных лиц до момента окончания страхового периода. При этом дополнительная страховая премия уплачивается пропорционально оставшемуся дням действия договора страхования. Если расширение списка Застрахованных не привело к увеличению страховой премии, дополнительная страховая премия не уплачивается.

В случае замены Застрахованных лиц другими лицами при коллективной форме проведения страхования без увеличения числа Застрахованных Страхователь предоставляет Страховщику сведения об исключаемых из списка Застрахованных и включаемых в него.

Страховые полисы лиц, исключаемых из списка Застрахованных, возвращаются Страховщику, вновь Застрахованным лицам выдается полис добровольного медицинского страхования.

Статья 49. Периодичность подтверждения численности оговаривается и прописывается в договоре страхования. Возможны два варианта подтверждения численности застрахованных:

- приложение списков Застрахованных, соответствующих численности Застрахованных по состоянию на дату подписания дополнительного соглашения. Списки в обязательном порядке должны быть подписаны руководителем юридического лица и скреплены печатью Страхователя.

- направление Страхователем Страховщику письменного извещения. При заключении дополнительного соглашения в части изменения численности, необходимо делать ссылку на данное письменное извещение, с указанием его номера и даты. В обязательном порядке письменное извещение прикладывается к дополнительному соглашению.

Раздел 11. ПРЕКРАЩЕНИЕ ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ.

Статья 50. Договор добровольного медицинского страхования прекращается в случаях:

а) истечения срока его действия;

б) исполнения Страховщиком обязательств перед Страхователем по договору в полном объеме;

в) неуплаты Страхователем страховых взносов в установленные договором сроки;

г) ликвидации Страхователя, являющегося юридическим лицом, или смерти Страхователя, являющегося физическим лицом, кроме случаев, предусмотренных Законом РФ "Об организации страхового дела в РФ";

д) смерти Застрахованного (при индивидуальном договоре страхования с физическим лицом) – в день смерти, определенный соответствующим свидетельством;

е) нарушения Застрахованным лицом предписаний лечащего врача;

- ж) соглашения сторон – с даты, определенной соглашением;
- з) в других случаях, предусмотренных законодательными актами Российской Федерации.

Статья 51. Договор добровольного медицинского страхования может быть прекращен досрочно по требованию Страхователя или Страховщика, если это предусмотрено условиями договора добровольного медицинского страхования, а также по соглашению сторон.

Статья 51.1 Договор добровольного медицинского страхования может быть прекращен досрочно по инициативе Страхователя - физического лица в течение 14 (четырнадцати) рабочих дней со дня его заключения независимо от момента уплаты страховой премии, при отсутствии в данном периоде событий, имеющих признаки страхового случая.

Договор считается прекратившим свое действие с даты получения Страховщиком письменного заявления Страхователя – физического лица об отказе от договора добровольного страхования, но не позднее срока, определенного настоящим пунктом.

Статья 52. Согласно гражданскому законодательству Страхователь вправе отказаться от договора добровольного медицинского страхования в любое время, если к моменту отказа возможность наступления страхового случая не отпала по обстоятельствам иным, чем страховой случай.

Статья 53. Стороны о своем намерении досрочно прекратить договор добровольного медицинского страхования уведомляют друг друга не менее чем за 5 дней, до предполагаемой даты прекращения договора добровольного медицинского страхования, если договором не предусмотрено иное.

Договор добровольного медицинского страхования считается прекращенным до срока, на который он был заключен, при наличии письменного соглашения сторон о досрочном прекращении действия договора с оформлением дополнительного соглашения.

Условия настоящего пункта не распространяются на случаи указанные в ст. 51.1

Статья 54. В случае если Страхователь – физическое лицо отказался от договора добровольного страхования в срок, установленный статьей 51.1 Правил, и до даты возникновения обязательств Страховщика по заключенному договору страхования (далее – дата начала действия страхования), уплаченная страховая премия подлежит возврату Страховщиком Страхователю – физическому лицу в полном объеме.

Статья 55. В случае если Страхователь – физическое лицо отказался от договора добровольного страхования в срок, установленный статьей 51.1 Правил, но после даты начала действия договора страхования, Страховщик при возврате уплаченной страховой премии Страхователю - физическому лицу вправе удержать ее часть пропорционально сроку действия договора страхования, прошедшему с даты начала действия страхования до даты прекращения действия договора добровольного страхования.

Статья 56. Возврат Страхователю - физическому лицу страховой премии в случаях, предусмотренных статьями 54,55 Правил, производится по выбору Страхователя – физического лица наличными деньгами или в безналичном порядке в срок, не превышающий 10 рабочих дней со дня получения заявления Страхователя – физического лица об отказе от договора добровольного страхования.

Раздел 12. НЕДЕЙСТВИТЕЛЬНОСТЬ ДОГОВОРА ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ.

Статья 57. Договор добровольного медицинского страхования может быть признан недействительным с момента его заключения по основаниям, предусмотренным Гражданским кодексом Российской Федерации, а также, если он ставит Страхователя в худшее положение по сравнению с тем, которое предусмотрено законодательством Российской Федерации, или договор заключен после наступления страхового случая.

Статья 58. При недействительности договора добровольного медицинского страхования каждая из сторон обязана возвратить другой все полученное по нему, если иные последствия недействительности договора добровольного медицинского страхования не предусмотрены законом. Признание договора добровольного медицинского страхования недействительным осуществляется в соответствии с нормами гражданского законодательства Российской Федерации.

Раздел 13. ИСКОВАЯ ДАВНОСТЬ ПО ДОГОВОРУ ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ.

Статья 59. Иск по требованиям, вытекающим из договора добровольного медицинского страхования, может быть предъявлен Страховщику в сроки, предусмотренные гражданским законодательством Российской Федерации.

Раздел 14. ПРЕТЕНЗИИ И СПОРЫ ПО ДОГОВОРУ ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ.

Статья 60. Качество оказания медицинской помощи и соответствие ее условиям, предусмотренным в договоре добровольного медицинского страхования, контролируется врачами-экспертами Страховщика.

Статья 61. Спорные вопросы, возникающие в процессе оказания медицинской помощи застрахованным, решает согласительная комиссия, в состав которой входят представители Страхователя, Страховщика и независимые эксперты.

Статья 62. В других случаях споры, связанные со страхованием, разрешаются арбитражным или третейским судами в соответствии с их компетенцией.

Раздел 15. АНТИКОРРУПЦИОННАЯ ОГОВОРКА

Статья 63. При исполнении своих обязательств по Договору страхования, Стороны, их аффилированные лица, работники или посредники не выплачивают, не предлагают выплатить и не разрешают выплату каких-либо денежных средств или ценностей, прямо или косвенно, любым лицам, для оказания влияния на действия или решения этих лиц с целью получить какие-либо неправомерные преимущества или иные неправомерные цели. При исполнении своих обязательств по Договору страхования, Стороны, их аффилированные лица, работники или посредники не осуществляют действия, квалифицируемые применимым для целей Договора страхования законодательством, как дача/получение взятки, коммерческий подкуп, а также действия, нарушающие требования применимого законодательства и международных актов о противодействии легализации (отмыванию) доходов, полученных преступным путем.

Статья 64. В случае возникновения у Стороны договора подозрений, что произошло или может произойти нарушение каких-либо положений предыдущего пункта, соответствующая Сторона обязуется уведомить другую Сторону в письменной форме. В письменном уведомлении Сторона обязана сослаться на факты или предоставить материалы, достоверно подтверждающие или дающие основание предполагать, что произошло или может произойти нарушение каких-либо положений настоящего пункта контрагентом, его аффилированными лицами, работниками или посредниками выражающееся в действиях, квалифицируемых применимым законодательством, как дача или получение взятки, коммерческий подкуп, а также действиях, нарушающих требования применимого законодательства и международных актов о противодействии легализации доходов, полученных преступным путем. После письменного уведомления, соответствующая Сторона Договора страхования имеет право приостановить исполнение обязательств по Договору страхования до получения подтверждения, что нарушения не произошло или не произойдет. Это подтверждение должно быть направлено в течение десяти рабочих дней с момента направления письменного уведомления.

Статья 65. В случае нарушения одной Стороной обязательств воздерживаться от запрещенных в данном разделе действий и/или неполучения другой Стороной в установленный Договором страхования срок подтверждения, что нарушения не произошло или не произойдет, другая Сторона имеет право расторгнуть Договор страхования в одностороннем порядке полностью или в части, направив письменное уведомление о расторжении. Сторона, по чьей инициативе был расторгнут Договор страхования в соответствии с положениями настоящего пункта, вправе требовать возмещения реального ущерба, возникшего в результате такого расторжения.