



## **ПРАВИЛА 161/3**

# **ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ**



# ПРАВИЛА № 161/3 ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ



«УТВЕРЖДАЮ»  
Генеральный директор  
САО «ВСК»

О.С. Овсянничий

В редакции Приказа от 29.03.2018 г.  
№ 00-86-03-05/93-0Д

## 1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

1.1. Настоящими Правилами добровольного медицинского страхования (далее – Правила страхования) определяются условия, на основании которых **Страховое акционерное общество «ВСК»** («Страховщик») заключает договоры добровольного медицинского страхования.

1.2. Договором добровольного медицинского страхования (далее «Договор страхования») является соглашение между Страхователем и Страховщиком, в соответствии с которым последний обязуется организовать и финансировать предоставление застрахованным лицам (далее «Застрахованные лица», «Застрахованные») медицинской помощи в определенном объеме или иных услуг по программам добровольного медицинского страхования (далее «Программа страхования»).

Страховщик на основании настоящих Правил заключает договоры индивидуального добровольного медицинского страхования и коллективного добровольного медицинского страхования.

Договор коллективного добровольного медицинского страхования заключается Страховщиком с юридическими лицами, представляющими интересы физических лиц, в отношении работников этого юридического лица и членов их семей, если Договором страхования не предусмотрено иное.

Договор индивидуального добровольного медицинского страхования заключается Страховщиком с физическим лицом, обладающим гражданской дееспособностью, в отношении этого физического лица или в отношении третьих лиц.

1.3. На условиях настоящих Правил, Договоры страхования заключаются в пользу Застрахованных граждан РФ, иностранных граждан, находящихся на территории РФ и лиц без гражданства.

1.4. Добровольное медицинское страхование осуществляется Страховщиком на основе Программ добровольного медицинского страхования, изложенных в Приложении №1 к настоящим Правилам и обеспечивает Застрахованным лицам получение медицинских и иных услуг. Стороны Договора страхования могут

дополнять и изменять программы страхования, заключать договоры добровольного медицинского страхования с применением иных программ, а не только на основании программ, изложенных в Приложении №1 к настоящим Правилам.

1.5. Стороны Договора страхования могут заключать договор добровольного медицинского страхования на иных условиях, отличных от указанных в настоящих Правилах. Положение настоящих Правил, действие которых не отменено и не изменено условиями, содержащимися в Договоре страхования, обязательны для Страхователя, Застрахованного лица и Страховщика.

1.6. При наличии противоречий между положениями Договора добровольного медицинского страхования и настоящих Правил добровольного медицинского страхования преимущественную силу имеют положения, содержащиеся в Договоре.

## 2. СУБЪЕКТЫ СТРАХОВАНИЯ

2.1. **Страховщик** – юридическое лицо, осуществляющее деятельность по страхованию и имеющее лицензию на право заниматься личным страхованием, в том числе медицинским страхованием.

2.2. **Страхователи** – физические лица, обладающие гражданской дееспособностью, и (или) российские или иностранные юридические лица, представляющие интересы физических лиц.

2.3. **Медицинская организация** – 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. К медицинским организациям приравниваются индивидуальные предприниматели, осуществляющие медицинскую деятельность.

2.4. **Застрахованное лицо** – физическое лицо, в пользу которого заключен договор добровольного медицинского страхования, и имущественные интересы которого являются объектом страхования по договору добровольного медицинского страхования, заключенному между Страхователем и Страховщиком. Страхо-

ватель – физическое лицо вправе заключить Договор страхования как в отношении себя, так и в отношении третьих лиц.

2.5. Выгодоприобретатель по Договору страхования не назначается.

2.6. Застрахованное лицо, указанное в Договоре страхования, может быть заменено по заявлению Страхователя другим лицом при условии предоставления Страховщику письменного согласия Застрахованного лица.

2.7. Страховщик не вправе разглашать полученные им в результате своей профессиональной деятельности сведения о Страхователе, Застрахованном лице, состоянии их здоровья и имущественном положении.

### **3. ОБЪЕКТ СТРАХОВАНИЯ**

3.1. Объектом добровольного медицинского страхования являются 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.

### **4. СТРАХОВЫЕ СЛУЧАИ И СТРАХОВЫЕ РИСКИ**

4.1. **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.

4.2. **Страховым случаем** по договорам добровольного медицинского страхования является обращение застрахованного лица в течение действия страхования в медицинскую организацию, сервисную компанию или иную организацию из числа предусмотренных Договором страхования или согласованных со Страховщиком для организации и оказания предусмотренных программой страхования медицинских и иных услуг по поводу ухудшения состояния здоровья в результате произошедших во время действия страхования и на территории действия страхования предусмотренных программой страхования острого заболевания, обострения хронического заболевания, травм и иных внезапных острых состояний, требующих оказания медицинской помощи.

4.3. Не является страховым случаем обращение Застрахованного лица в медицинскую организацию и (или) иную организацию для оказания и (или) организации услуг:

4.3.1. в связи с получением травматического повреждения или иного расстройства здоровья, наступившего

при совершении Застрахованным противоправных деяний;

в связи с намеренным причинением Застрахованным вреда своему здоровью, в том числе при суицидальных попытках, и иными умышленными действиями Застрахованного, направленными на наступление страхового случая за исключением случаев, когда Застрахованный был доведен до такого состояния противоправными действиями третьих лиц, что должно быть подтверждено решениями соответствующих органов;

4.3.2. в связи с оплатой услуг, препаратов, лечения, включая любой период пребывания в стационаре или амбулаторного лечения, которые не были рекомендованы лечащим врачом Застрахованного как необходимые и разумные меры, а также которые были выполнены по желанию Застрахованного лица в отсутствие медицинских показаний;

4.3.3. в случае применения косметических вмешательств или пластической хирургии, если Договором страхования не предусмотрено иное;

4.3.4. по поводу лазерной или контактной коррекции зрения, если Договором страхования не предусмотрено иное;

4.3.5. по поводу алкоголизма, токсикомании или наркомании, заболеваний и состояний, связанных с последствиями приема алкоголя, наркотических и иных опьяняющих веществ;

4.3.6. по поводу инфекционных заболеваний, передающихся преимущественно половым путем, заболевания любой формой ВИЧ-инфекции в любой ее стадии, вирусных гепатитов В и С, если Договором страхования не предусмотрено иное.

4.4. Не является страховым случаем обращение Застрахованного лица в медицинскую и/или иную организацию:

4.4.1. за получением медицинской помощи, медицинских и иных услуг, не предусмотренных Программой страхования;

4.4.2. в медицинскую и/или иную организацию, не предусмотренную Договором страхования.

4.4.3. если обращение Застрахованного лица в медицинскую организацию вызвано заболеваниями и травмами, возникшими в результате стихийных бедствий;

4.4.4. в других случаях, не предусмотренных Программой страхования и Договором страхования.

4.5. Не являются страховым случаем и не оплачиваются Страховщиком расходы, понесенные Страхователем (Застрахованным) в связи с событиями, произошедшими после окончания срока действия Договора страхования. Страховщик оплачивает расходы, связанные со страховым случаем, наступившим в течение срока действия Договора страхования, и понесенные после

истечении срока страхования до момента устранения угрозы жизни Застрахованного, если иное не предусмотрено Договором страхования.

4.6. По соглашению сторон Договора страхования в программы страхования вносятся перечни услуг, не подлежащих оплате в рамках страховой выплаты, и перечни событий, заболеваний, состояний, при которых обращение Застрахованного не признается сторонами Договора страхования страховым случаем.

4.7. Страховщик освобождается от страховой выплаты, если необходимость обращения Застрахованного лица в медицинскую и/или иную организацию вызвана заболеваниями, в том числе травмами, состояниями, возникшими в результате:

- воздействия ядерного взрыва, радиации или радиоактивного заражения;
- военных действий, а также маневров или иных военных мероприятий;
- гражданской войны, народных волнений всякого рода или забастовок.

## **5. ТЕРРИТОРИЯ ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ**

5.1. Договор добровольного медицинского страхования действует на территории Российской Федерации. Договором добровольного медицинского страхования может быть предусмотрено, что страхование действует, и организация медицинской помощи осуществляет на территории других стран.

## **6. СТРАХОВАЯ СУММА**

6.1. Под страховой суммой понимается денежная сумма, которая определена Договором страхования и, исходя из которой, устанавливаются размер страховых взносов и максимальный размер страховой выплаты при наступлении страхового случая.

6.2. Страховая сумма устанавливается Страховщиком по соглашению со Страхователем.

6.3. Страховая сумма, если иное не установлено Договором страхования, определяет максимальную стоимость медицинской помощи и иных предусмотренных Договором страхования (программой страхования) услуг, которые вправе получить Застрахованное лицо в течение срока действия страхования независимо от числа обращений в медицинские организации.

6.4. Если не предусмотрено иное Договором страхования, страховая сумма является уменьшаемой (агрегатной) и рассчитывается как разность страховой суммы на начало срока действия Договора страхования и суммы страхового возмещения, осуществленного страховщиком в период действия Договора страхования по всем произошедшим страховым случаям. Если агрегатная страховая сумма исчерпана полностью, обязательства страховщика по Договору стра-

хования считаются исполненными. При этом Договор страхования прекращается досрочно, а уплаченная страховщику страховая премия не подлежит возврату Страхователю.

6.5. Страховщик вправе устанавливать отдельные лимиты страховых выплат – по отдельным программам, видам медицинских услуг, группам Застрахованных и т.п.

## **7. СТРАХОВАЯ ПРЕМИЯ, СТРАХОВОЙ ТАРИФ, СТРАХОВОЙ ВЗНОС**

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

7.2. При определении размера страховой премии, подлежащей уплате по Договору страхования, Страховщик применяет разработанные им тарифы (Приложение № 2 к настоящим Правилам), определяющие величину страхового взноса, взимаемую с единицы страховой суммы, с учетом условий страхования, выбранной Страхователем Программы страхования, категории медицинских организаций, участвующих в оказании медицинской помощи, срока действия Договора страхования и иных условий, предусмотренных Договором страхования.

7.3. При определении размера страховой премии Страхователю (Застрахованному) может быть предложено заполнить медицинскую анкету, а также указать сведения об обстоятельствах, имеющие существенное значение для определения вероятности наступления страхового случая и размера возможных убытков от его наступления. Сведения, указанные в заявлении на страхование или в медицинских анкетах, подтверждаются подписью Страхователя (Застрахованного). В случае необходимости, для уточнения указанных данных, Страховщик имеет право направить страхуемое лицо на медицинское обследование.

7.4. Страховая премия по Договору страхования может быть уплачена Страхователем одновременно – разовым платежом за весь срок действия Договора страхования, или по соглашению сторон Договора уплачиваться в рассрочку в течение срока действия Договора страхования. Порядок уплаты страховых взносов (ежемесячно, ежеквартально, по полугодиям, пропорционально, не пропорционально) определяется в Договоре страхования.

Если к сроку, установленному в Договоре страхования, страховая премия или первый страховой взнос не были уплачены или были уплачены не полностью, Договор страхования считается не вступившим в силу, если иное не предусмотрено Договором страхования.

7.5. В случае неуплаты очередного страхового взноса в установленные Договором страхования сроки действия Договора страхования прекращается в порядке, предусмотренном настоящими Правилами и действующим законодательством РФ. Договором страхования могут быть предусмотрены иные последствия неуплаты очередного страхового взноса в установленные Договором страхования сроки.

7.6. Страховая премия (страховые взносы) могут оплачиваться в наличной форме в кассу Страховщика или в безналичной форме путем перечисления денежных средств на счет Страховщика.

7.7. Моментом уплаты страховой премии (или страхового взноса), если иное не установлено Договором страхования, считается:

7.7.1. в случае безналичной оплаты – день поступления денежных средств на счет Страховщика;

7.7.2. в случае оплаты наличными средствами – день внесения денежных средств в кассу Страховщика или передачи денежных средств представителю (агенту) Страховщика.

## 8. ПОРЯДОК ЗАКЛЮЧЕНИЯ, ИСПОЛНЕНИЯ, ВНЕСЕНИЯ ИЗМЕНЕНИЙ И ДОПОЛНЕНИЙ В ДОГОВОР СТРАХОВАНИЯ

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

При страховании на срок менее одного года страховая премия уплачивается в следующем проценте от ее годового размера (срок страхования приводится в месяцах) (см. Таблица 1).

При страховании на срок менее одного месяца страховая премия рассчитывается следующим образом (см. Таблица 2).

При страховании на срок более одного года страховая премия по Договору страхования в целом устанавливается как сумма страховых взносов за каждый год. Если срок страхования устанавливается как год/несколько лет и месяц/несколько месяцев, то страховой взнос за оставшуюся часть года вычисляется из предыдущего годового взноса пропорционально

количеству полных месяцев оставшегося страхового периода, если Договором страхования не предусмотрено иное.

8.2. Договор страхования заключается в письменной форме, несоблюдение которой влечет его недействительность. Для заключения Договора страхования Страхователь может обратиться к Страховщику либо с письменным запросом, в котором сообщаются данные, необходимые для заключения Договора страхования, либо иным доступным способом заявить о намерении заключить Договор страхования (устное заявление, направлением сообщения электронной почтой, факсимильной связью и иными способами, позволяющими достоверно установить отправителя).

8.3. Договор страхования содержит положения, согласованные сторонами. Договор страхования может содержать различные программы страхования как из числа программ, являющихся приложением к настоящим Правилам страхования, так и содержать программу, составленную из перечня медицинских и иных услуг по соглашению сторон. Перечень медицинских и иных услуг по Договору страхования в рамках конкретной программы страхования, а также любое сочетание программ страхования может иметь оригинальное название.

При заключении Договора страхования Страховщик и Страхователь могут договориться об объеме страхового покрытия путем определения перечня заболеваний (состояний), обращение по поводу которых является страховым случаем по соответствующему Договору страхования, а также путем определения исчерпывающего перечня лекарственных средств, медицинских изделий, медицинских и иных услуг, включаемых в программу страхования Страхованного лица. Кроме того, Страховщик и Страхователь могут договориться и о названии программы, отражающей вид, объем и порядок предоставляемой Застрахованному медицинской помощи.

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

Таблица 1

Срок страхования (мес.)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
% от годовой премии	20	30	40	50	60	70	80	85	90	95	100

Таблица 2

Срок страхования (дни)	От 1 до 10 дней	От 11 до 20 дней	От 21 до 30 дней
Размер страховой премии (в % от годовой премии за один день страхования)	1,17 %	1,07%	1%

8.4.1. о застрахованном лице;

8.4.2. о характере события, на случай наступления которого осуществляется страхование (страховой риск);

8.4.3. о сроке действия Договора

8.4.4. о размере страховой суммы;

8.4.5. о размерах, сроках и порядке оплаты страховой премии (внесения страховых взносов);

8.4.6. о перечне медицинских и иных услуг, включаемых в Программу страхования;

8.4.7. об условиях и сроках вступления Договора страхования в силу, а также его прекращения.

8.5. При заключении Договора страхования Страхователь обязан передать Страховщику сведения о Застрахованных лицах, необходимые для идентификации Застрахованных лиц (фамилия, имя, отчество (при наличии), дата рождения), а также, по требованию Страховщика, сведения о состоянии здоровья Застрахованных лиц, об их занятости на вредных производствах, вредных для здоровья факторах на производстве.

8.6. Условия, содержащиеся в настоящих Правилах и не включенные в текст Договора страхования (страхового полиса), обязательны для Страхователя, если в Договоре страхования (страховом полисе) прямо указывается на применение настоящих Правил, и сами Правила изложены в одном документе с Договором страхования (в страховом полисе) или на его оборотной стороне либо приложены к нему. В последнем случае вручение Страхователю при заключении Договора страхования настоящих Правил должно быть удостоверено записью в Договоре страхования. При заключении Договора страхования Страхователь и Страховщик могут договориться об изменении или исключении отдельных положений настоящих Правил страхования.

8.7. При заключении Договора добровольного медицинского страхования Страховщик, при необходимости, вправе назначить дополнительный медицинский осмотр страхуемого лица (страхуемых лиц) для оценки фактического состояния его (их) здоровья. Предварительный медицинский осмотр производится за счет средств Страхователя.

8.8. Договор страхования может быть заключен в отношении любого количества Застрахованных, если иное не предусмотрено Договором страхования.

8.9. По соглашению сторон Договор страхования может быть заключен путем подписания двустороннего документа – Договора страхования, или путем передачи Страхователю страхового полиса. Образцы Договора страхования и страхового полиса, которые могут использоваться сторонами Договора страхования, установлены в соответствии с Приложением № 3 к настоящим Правилам.

8.10. В Договоре страхования может быть установлена условная или безусловная франшиза.

При установлении условной франшизы Страховщик освобождается от оплаты расходов, связанных с оказанием Застрахованному медицинских и иных услуг, если их размер не превышает франшизу.

При установлении в Договоре страхования безусловной франшизы размер страховой выплаты определяется как разница между размером понесенных расходов на оказание Застрахованному медицинских и (или) иных услуг, предусмотренных Договором, и суммой франшизы.

Франшиза определяется Сторонами в процентном отношении к страховой сумме, в процентном отношении к страховой выплате или в абсолютной величине.

В Договоре страхования также может быть установлена временная франшиза – период времени с момента вступления Договора страхования в силу, в течение которого страховые выплаты при возникновении страхового случая или отдельно оговоренных заболеваний (состояний, травм, повреждений) не производятся.

**Франшиза** – определенная часть убытков Страхователя, не подлежащая возмещению Страховщиком в соответствии с условиями страхования.

**Условная франшиза** – франшиза, при которой полностью возмещается ущерб, если он превышает сумму условной франшизы.

**Безусловная франшиза** – франшиза, которая вычитается из любой суммы ущерба – оговоренная в условиях страхования абсолютная сумма или процент, подлежащие вычету из суммы страхового возмещения.

8.11. При заключении Договора страхования Страхователь обязан сообщить Страховщику известные Страхователю обстоятельства, имеющие существенное значение для определения вероятности наступления страхового случая и размера возможных убытков от его наступления (страхового риска), если эти обстоятельства не известны и не могут быть известны Страховщику. При этом существенными могут быть признаны обстоятельства, определенно оговоренные Страховщиком в Договоре страхования или в его письменном запросе.

Если после заключения Договора страхования будет установлено, что Страхователь сообщил заведомо ложные сведения об обстоятельствах, имеющих существенное значение для определения вероятности наступления страхового случая и размера возможных убытков от его наступления, Страховщик вправе потребовать признания Договора недействительным и применения соответствующих последствий в соответствии с законодательством Российской Федерации,

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

8.12. При заключении Договора страхования Страхователь и Страховщик могут договориться об изменении или исключении отдельных положений настоящих Правил страхования.

8.13. При утрате Застрахованным лицом страхового полиса (или пластиковой карты, выдаваемой Застрахованным в рамках коллективных Договоров страхования) он должен незамедлительно известить об этом Страховщика. Утраченные документы признаются недействительными и не могут являться основанием для получения медицинской помощи в соответствии с Договором страхования. Взамен утраченных документов Страхователю (Застрахованному лицу) выдаются новые документы.

При повторной утрате страховой пластиковой карты в течение срока действия Договора страхования со Страхователя может быть взыскан штраф в размере стоимости изготовления новой карты.

8.14. Договором страхования может быть предусмотрено вступление его в силу с определенной календарной даты или с момента уплаты страхового взноса (первой части страхового взноса).

8.15. Если условиями Договора страхования не предусмотрено иное, Договор страхования вступает в силу с момента уплаты страховой премии или первого страхового взноса (первой части страхового взноса).

8.16. Если иное не предусмотрено Договором страхования, срок действия Договора страхования составляет один календарный год с момента вступления Договора в силу.

8.17. В случае изменения списка Застрахованных лиц Страхователь представляет Страховщику сведения, предусмотренные настоящими Правилами о каждом Застрахованном лице, включаемом в список Застрахованных лиц, и дополнительно уплачивает соответствующий страховой взнос за период с момента включения указанных лиц в список Застрахованных лиц до окончания срока действия Договора страхования.

8.18. Страховые пластиковые карты лиц, исключаемых из списка Застрахованных лиц, подлежат возврату Страховщику. Страховая карта должна быть возвращена Страховщику в течение 3 (трех) рабочих дней с даты исключения лица из Списка Застрахованных лиц.

8.19. Изменение условий Договора страхования производится по обоюдному согласию Страхователя и Страховщика и оформляется дополнительным соглашением, которое становится неотъемлемой частью Договора страхования.

8.20. Если после заключения Договора страхования принят закон, устанавливающий обязательные для

Сторон правила иные, чем те, которые действовали при заключении Договора страхования, условия заключенного Договора страхования сохраняют силу, кроме случаев, когда в законе установлено, что его действие распространяется на отношения, возникшие из заключенного Договора страхования.

## **9. ПОРЯДОК ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЫ, ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ**

9.1. Объем медицинской помощи, перечень медицинских и иных услуг, подлежащих организации и оплате Страховщиком при наступлении страхового случая определяется Программой страхования, на условиях которой заключен Договор страхования.

9.2. Программы страхования являются приложением к настоящим Правилам страхования (Приложение № 1 к настоящим Правилам). Страховщик вправе разрабатывать дополнительные программы страхования, уточняющие и конкретизирующие объем медицинской помощи и иных услуг в рамках указанных программ страхования.

9.3. Организация оказания медицинских и (или) иных услуг в российских и иностранных медицинских и (или) иных организациях может осуществляться как на основе прямых договоров Страховщика с медицинскими организациями, так и с привлечением и при посредничестве сервисных компаний.

9.4. Предоставление медицинской помощи и иных услуг, обусловленных Договором страхования и соответствующей Программой страхования, осуществляется путем обращения Застрахованного лица в медицинские и (или) иные организации, указанные в Договоре страхования, или предварительно к Страховщику по указанным им телефонам.

9.5. Застрахованное лицо при обращении в медицинскую и (или) иную организацию обязано предъявить Страховой полис или иной дополнительный документ, выданный Страховщиком (страховую пластиковую карту), а также паспорт или иной документ, удостоверяющий личность, если иное не предусмотрено договором страхования.

9.6. Выплата по Договору страхования осуществляется Страховщиком путем организации и (или) оплаты стоимости оказанной Застрахованному лицу медицинской помощи (медицинских услуг) и иных предусмотренных Договором страхования услуг, а также лекарственных средств или медицинских изделий непосредственно (или через поверенного, агента, комиссионера) в медицинскую организацию и в аптечную (или иную) организацию по их счетам. Санаторно-курортное лечение Застрахованного может быть организовано и оплачено Страховщиком также путем возмещения Застрахован-

ному лицу понесенных расходов, либо путем оплаты санаторно-курортной организации стоимости санаторно-курортной путевки.

9.7. Договор страхования может предусматривать возмещение расходов, понесенных Страхователем (Застрахованным) по оплате медицинских и (или) иных услуг, оказанных по согласованию со Страховщиком и в соответствии с условиями Договора и Программы страхования, непосредственно Страхователю (Застрахованному) наличными деньгами или перечислением на его счет. При этом затраты должны быть признаны Страховщиком обоснованными на основании документов, перечисленных в пункте 9.9. настоящих Правил, подтверждающих факт наступления страхового случая, необходимость понесенных затрат и факт оплаты.

9.8. Осуществление перечисления денежных средств со стороны Страховщика за оказанные Застрахованному услуги производится после получения от медицинских организаций документов, подтверждающих наступление страхового случая и оказание предусмотренных программой страхования услуг: счета с указанием диагноза (кода диагноза в соответствии с действующей международной классификацией болезней), сроков лечения, перечня и количества оказанных услуг, их общей стоимости и детализации по ценам для отдельных услуг, оказанных Застрахованному лицу в пределах Программы, предусмотренной Договором страхования.

9.9. Для осуществления выплаты в соответствии с пунктом 9.7. настоящих Правил Страхователь (Застрахованный) обязан предоставить Страховщику заявление с приложением оригиналов оплаченного счета с указанием медицинской организации, оказавшей услуги, перечня оказанных услуг и их стоимости с детализацией по ценам, квитанции или кассового чека, подтверждающих факт оплаты услуг, выписки из медицинского документа, подтверждающего факт получения услуг, заверенного преискуранта медицинской организации, договора на оказание платных медицинских услуг, заключенного между Застрахованным лицом и медицинской организацией, заверенной копии лицензии медицинской организации со всеми приложениями.

9.10. Страховщик проверяет соответствие оказываемых Застрахованному услуг оговоренному в Договоре страхования объему, сроки предоставления услуг и выполнение других положений Договора страхования, а также содействует проведению экспертизы качества оказанных услуг по письменному заявлению Страхователя (Застрахованного).

9.11. Ответственность за объем и качество предоставляемых медицинских услуг, а также за отказ в оказа-

нии медицинской помощи Застрахованному лицу несет медицинская организация в соответствии с законодательством Российской Федерации.

9.12. Страховая выплата при оплате счетов медицинских и иных организаций за оказанные Застрахованным услуги осуществляется в сроки, установленные договорами, заключенными между Страховщиком и этими организациями.

9.13. В случае осуществления страховой выплаты в соответствии с пунктом 9.7. настоящих Правил, Страховщик принимает решение о страховой выплате в течение десяти рабочих дней после получения и проверки документов, предусмотренных пунктом 9.9. настоящих Правил, если иное не указано в Договоре страхования, а страховая выплата осуществляется в течение десяти рабочих дней после принятия решения о страховой выплате.

9.14. Если программой страхования предусмотрена плановая госпитализация, то последняя осуществляется не менее чем за 14 (Четырнадцать) дней до окончания действия страхования. При плановой госпитализации оплата услуг производится Страховщиком до конца срока действия Договора страхования.

9.15. При установлении в Договоре страхования франшизы, часть стоимости оказанных Застрахованному услуг в сумме, равной размеру установленной в Договоре страхования франшизы, оплачивается Страхователем (Застрахованным) при получении (оказании) услуг непосредственно организации, которая оказывает эти услуги, либо Страховщику в срок до 30 (Тридцати) дней после признания произошедшего события страховым случаем и получения от Страховщика уведомления об оплате последним оказанных услуг.

9.16. При страховании с валютным эквивалентом сумма страховых выплат по всем страховым случаям, наступившим в течение действия Договора не может быть больше рублевого эквивалента страховой суммы по Договору, рассчитанной по курсу Центрального Банка РФ, установленному для данной валюты на дату осуществления страховой выплаты (списания), при условии, что курс иностранной валюты на дату осуществления страховой выплаты не превышает максимального курса иностранной валюты.

9.17. Если курс иностранной валюты, установленный Центральным банком РФ на дату осуществления страховой выплаты (списания) превысит максимальный курс иностранной валюты, то страховая выплата рассчитывается по максимальному курсу иностранной валюты, согласованному при заключении Договора.

9.18. Под максимальным курсом иностранной валюты понимается курс иностранной валюты, установленный

Центральным Банком РФ на дату уплаты (списания) страховой премии (первого страхового взноса), увеличенный на согласованный в Договоре сторонами процент за каждый месяц (в том числе неполный), прошедший с момента уплаты страховой премии (первого страхового взноса).

## **10. ПОСЛЕДСТВИЯ УВЕЛИЧЕНИЯ СТЕПЕНИ СТРАХОВОГО РИСКА В ПЕРИОД ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ**

10.1. В период действия Договора страхования Страхователь (Застрахованное лицо) обязан незамедлительно сообщить 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.

10.2. В любом случае значительными признаются обстоятельства:

а) оговоренные в Договоре страхования (страховом полисе), в Правилах страхования или в заявлении о заключении Договора страхования;

10.3. При получении информации об обстоятельствах, влекущих увеличение степени страхового риска, Страховщик вправе потребовать изменения условий Договора страхования или уплаты дополнительного страхового взноса соразмерно увеличению степени риска.

10.4. Если Страхователь (Застрахованное лицо) возражает против изменения условий Договора страхования или доплаты страхового взноса, Страховщик вправе потребовать расторжения Договора.

10.5. При неисполнении Страхователем (Застрахованным лицом) обязанностей по сообщению Страховщику об увеличении страхового риска Страховщик вправе потребовать расторжения Договора и возмещения убытков, причиненных расторжением Договора.

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

## **11. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН**

11.1. Права и обязанности Застрахованного лица по Договору страхования.

11.1.1. Застрахованное лицо имеет право:

а) требовать от Страховщика в законном порядке соблюдения условий Договора страхования;

б) на получение дубликата страхового полиса (страховой пластиковой карточки) в случае его утраты.

11.1.2. Застрахованное лицо обязано:

а) соблюдать требования условий Правил страхования, если в силу закона эти Правила являются обяза-

тельными для Застрахованного, соблюдать Договор страхования и условия Программы страхования, предписания лечащего врача в ходе получения медицинской помощи, распорядок, установленный медицинскими организациями;

б) заботиться о сохранности страховых документов и не передавать их другим лицам с целью получения ими медицинской помощи;

в) сообщать своевременно Страховщику об изменении своей фамилии, имени, отчества (при наличии), контактной информации и места жительства, указанных в Договоре страхования (страховом полисе);

г) предоставлять Страховщику право путем подписания в медицинских и иных организациях соответствующих разрешений и согласий на ознакомление с медицинской документацией из любых медицинских и иных организаций, предоставлять Страховщику право на обработку в течение действия Договора страхования и в течение десяти лет после завершения действия Договора страхования персональных данных, в том числе относящихся к специальной категории – сведений о состоянии здоровья, об обращениях за медицинской помощью и об оказанных медицинских услугах, для решения вопросов, связанных с исполнением Договора страхования и оплатой оказанных Застрахованному медицинских услуг, предоставлять имеющиеся у Застрахованного медицинские документы, подтверждающие наступление страхового случая и оказание услуг, предусмотренных Программой страхования;

д) посещать заранее согласованные со Страховщиком, с медицинскими и (или) иными организациями процедуры, приемы и исследования, не нарушать лечебный режим, вызывать скорую медицинскую помощь только в случае необходимости;

е) предоставлять Страховщику необходимые для заключения Договора страхования достоверные сведения, а также иную необходимую информацию, связанную с исполнением Договора страхования, в том числе сведения, имеющие существенное значение для определения вероятности наступления страхового случая и размера возможных убытков от его наступления (страхового риска), если эти обстоятельства не известны и не должны быть известны Страховщику;

ё) при получении страховой документации (Договора страхования, страхового полиса) удостоверить личной подписью факт получения указанных документов и ознакомления с условиями Договора страхования, Программой страхования;

ж) при утрате страхового полиса незамедлительно извещать об этом Страховщика;

з) в случае неявки без уважительной причины Застрахованного лица на заранее согласованные с медицинской и (или) иной организацией процедуры, приемы

и исследования, для выполнения вмешательств, а также в связи с необоснованным или ложным вызовом скорой медицинской помощи, нарушением лечебного режима, компенсировать Страховщику его расходы, возникшие в связи с этими событиями. Указанные расходы должны быть компенсированы Застрахованным лицом путем внесения соответствующей суммы денежных средств в кассу Страховщика или перечисления на расчетный счет Страховщика в срок не позднее четырнадцати рабочих дней с даты получения Застрахованным лицом соответствующего требования Страховщика;

и) извещать Страховщика о наступлении страхового случая в порядке и сроки, установленные Договором страхования и следовать инструкциям Страховщика для организации оказания услуг, предусмотренных Программой страхования.

к) соблюдать иные права и обязанности, не противоречащие законодательству РФ и установленные Договором страхования.

11.2. Права и обязанности Страхователя по Договору страхования.

11.2.1. Страхователь обязан:

а) представлять Страховщику необходимые для заключения настоящего Договора страхования достоверные сведения, а также иную необходимую информацию, связанную с исполнением настоящего Договора страхования, сведения об обстоятельствах, имеющих существенное значение для определения вероятности наступления страхового случая и размера возможных убытков от его наступления (страхового риска), если эти обстоятельства не известны и не должны быть известны страховщику;

б) уплатить страховую премию (страховые взносы) в размерах и сроки, определенные Договором (полисом) страхования;

в) 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) довести до сведения Застрахованных лиц условия предоставления услуг, предусмотренных Программой страхования, условия Договора страхования, условия Правил страхования, если эти правила обязательны для Застрахованных лиц в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации;

д) получать от Застрахованных лиц и предоставлять по запросу Страховщика в сроки, установленные настоящими Правилами, согласия Застрахованных лиц на обработку персональных данных, в том числе персональных данных специальных категорий, указанных

в настоящих Правилах, согласия на досрочное прекращение Договора страхования в отношении соответствующих Застрахованных.

11.2.2. Страхователь имеет право:

а) требовать от Страховщика в законном порядке соблюдения условий Договора страхования;

б) досрочно отказаться от Договора страхования на условиях, предусмотренных действующим законодательством или положениями Договора страхования.

11.3 Права и обязанности Страховщика.

11.3.1. Страховщик обязан:

а) ознакомить Страхователя с содержанием Правил страхования, если в силу действующего законодательства Российской Федерации Правила страхования обязательны для Страхователя, ознакомить с программами страхования;

б) выдавать Страхователю (Застрахованным) страховые полисы установленной формы, соответствующей требованиям действующего законодательства Российской Федерации;

в) производить страховые выплаты при наступлении страховых случаев в порядке, установленном настоящими Правилами или Договором страхования путем организации и оплаты медицинских и иных услуг, оказываемых в течение действия Договора страхования Застрахованным лицам медицинскими или иными организациями по существующим технологиям в соответствии с условиями Договора страхования в пределах обусловленной в нем страховой суммы;

г) обеспечивать конфиденциальность в отношении со Страхователем (Застрахованными) в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации: информация о диагнозах Застрахованных, фактах их обращений за медицинской помощью и ее объеме может быть передана Страхователю только с письменного разрешения Застрахованного лиц.

11.3.2. Страховщик имеет право:

а) требовать от Страхователя предоставления достоверной информации, необходимой для заключения Договора страхования;

б) досрочно расторгнуть Договор страхования в случаях, предусмотренных законодательством Российской Федерации, настоящими Правилами, Договором страхования;

в) организовать Застрахованному лицу медицинскую помощь в экстренной форме с привлечением муниципальных и бюджетных учреждений здравоохранения;

г) требовать от Страхователя уплаты дополнительного страхового взноса при увеличении степени страхового риска;

д) проверять сообщенную Страхователем и Застрахованным информацию, в том числе путем получения

от Застрахованного или от организаций, оказывавших услуги Застрахованному, документов, подтверждающих наступление страхового случая, в том числе медицинских документов, содержащих информацию об обращении Застрахованного за медицинской помощью, об оказанных медицинских услугах, о применявшихся медицинских изделиях и лекарственных средствах;

е) по согласованию со Страхователем внести изменения в Договор страхования в случае прекращения договора с медицинской и (или) иной организацией, указанной в Договоре страхования;

ё) требовать от Страхователя уплаты дополнительного страхового взноса при увеличении степени страхового риска;

ж) проверять сообщенную Страхователем информацию.

11.4 Права и обязанности сторон Договора страхования по использованию персональных данных:

11.4.1 Страхователь, заключивший Договор страхования со Страховщиком на условиях настоящих Правил страхования, подтверждает свое согласие на обработку Страховщиком перечисленных ниже персональных данных Страхователя для осуществления страхования по Договору страхования, в том числе в целях проверки качества оказания страховых услуг и урегулирования убытков по Договору, администрирования Договора, защиты интересов Застрахованных лиц от мошенничества, а также в целях информирования Страхователя о других продуктах и услугах Страховщика.

11.4.2 Персональные данные Страхователя включают в себя: фамилия, имя, отчество, дата рождения, место рождения, адрес проживания, контактный телефон, паспортные данные (сведения о документе, удостоверяющем личность), сведения о состоянии здоровья, заболеваниях, обращениях в медицинские организации и об оказанных медицинских услугах, другие данные, указанные в заключенном со Страховщиком Договоре страхования (включая неотъемлемые его части), которые могут быть отнесены в соответствии с законодательством РФ к персональным данным.

11.4.3 Страхователь предоставляет Страховщику право осуществлять все действия (операции) с персональными данными включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, передачу партнерам (медицинским и иным организациям, с которыми у Страховщика имеются договорные отношения об оказании медицинских и иных услуг), обезличивание, блокирование, уничтожение, внесение в информационную систему, обработку

с использованием средств автоматизации или без использования таких средств, трансграничную передачу для Договоров, по которым имеет место организация и оказание услуг вне Российской Федерации. Страховщик вправе обрабатывать персональные данные посредством включения их в электронные базы данных Страховщика. Страховщик может осуществлять обработку персональных данных в течение действия Договора добровольного медицинского страхования и в течение 10 (Десять) лет после его прекращения.

11.4.4 Страховщик имеет право во исполнение своих обязательств по Договору страхования передавать персональные данные Страхователя, в том числе персональные данные специальных категорий – сведения о состоянии здоровья, об оказанных медицинских услугах третьим лицам в целях организации и оказания услуг, предусмотренных Договором страхования, при условии, что у Страховщика есть соглашение с указанными третьими лицами, обеспечивающее безопасность персональных данных при их обработке и предотвращение разглашения персональных данных.

11.4.5 Страхователь дает свое согласие на обработку персональных данных Страхователя с момента заключения Договора страхования (если заключение Договора страхования предшествовало подача Страхователем заявления на страхование, то согласие действует с даты, указанной в заявлении на страхование). Согласие Страхователя на обработку персональных данных Страхователя действует в течение десяти лет после завершения действия договора добровольного медицинского страхования (если иное не установлено Договором страхования).

11.4.6 Страхователь вправе отозвать своё согласие посредством составления соответствующего письменного документа, который должен быть направлен в адрес Страховщика заказным письмом с уведомлением о вручении, либо вручен лично под расписку уполномоченному представителю Страховщика. В случае поступления Страховщику от Страхователя письменного заявления об отзыве согласия на обработку персональных данных, согласие считается отозванным с даты поступления указанного заявления Страховщику.

11.4.7 Положения настоящих Правил страхования, регулирующие обработку персональных данных, относятся также и к Застрахованному лицу в случае подписания им согласия на обработку Страховщиком персональных данных, а также в случаях, когда Страхователь и Застрахованное лицо совпадают.

В случаях, когда Страхователь и Застрахованное лицо не совпадают, Страхователь обязуется предоставить подписанные Застрахованными лицами согласия на обработку персональных данных, указанных в настоящих Правилах, в течение пяти рабочих дней после получения соответствующего запроса от Страховщика, а в случае наложения на Страховщика санкций по причине не предоставления соответствующих согласий, возместить Страховщику все убытки, причиненные в результате не предоставления подписанных Застрахованными лицами согласий на обработку персональных данных.

11.4.8 В случае отзыва Застрахованным лицом своего согласия на обработку персональных данных действие Договора страхования в отношении такого лица прекращается, а в случае отзыва такого согласия Страхователем, Договор страхования прекращается полностью. При этом действие Договора страхования (полностью или частично) прекращается досрочно с даты получения Страховщиком соответствующего заявления об отзыве согласия на обработку персональных данных. В этом случае Страховщик обязуется уничтожить такие персональные данные в сроки, установленные действующим законодательством Российской Федерации.

11.4.9 Отзыв Застрахованным лицом или Страхователем согласия на обработку персональных данных, признается Страховщиком в качестве добровольного волеизъявления Застрахованного лица или Страхователя о досрочном отказе от Договора страхования, в связи с чем уплаченная Страховщику страховая премия за лиц, в отношении которых прекращается действие Договора страхования, не подлежит возврату Страхователю или зачету при последующем страховании новых лиц.

## **12. ПРЕКРАЩЕНИЕ ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ**

12.1. Договор страхования прекращается в случаях:

- а) истечения срока его действия;
- б) исполнения Страховщиком обязательств перед Страхователем по Договору страхования в полном объеме;
- в) неуплаты Страхователем страхового взноса в установленные Договором страхования сроки и размеры, при этом Страховщик уведомляет о прекращении Договора Страхователя;
- г) ликвидации Страхователя, являющегося юридическим лицом, или смерти Страхователя, являющегося физическим лицом;
- д) в случае смерти Застрахованного лица;
- е) в других случаях, предусмотренных законодательством РФ.

12.2. Договор страхования может быть прекращен досрочно по требованию Страхователя в соответствии

с нормами гражданского законодательствами с письменным уведомлением другой стороны.

12.3. Договор страхования прекращается в целом или в отношении отдельных лиц, исключенных из списка Застрахованных лиц, 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, при этом Страховщик имеет право на часть страховой премии пропорционально времени, в течение которого действовало страхование.

12.4. При досрочном отказе Страхователя (Застрахованного лица) от Договора страхования уплаченная страховщику страховая премия не подлежит возврату, если Договором не предусмотрено иное, а также кроме случаев, предусмотренных действующим законодательством Российской Федерации.

12.5. Во всех случаях прекращения Договора страхования, Застрахованные лица обязаны вернуть Страховщику страховые полисы (страховые пластиковые карты), действие которых прекращается с момента прекращения Договора страхования.

## **13. ПОРЯДОК РАЗРЕШЕНИЯ СПОРОВ**

13.1. Споры, возникающие в процессе оказания медицинской помощи и иных услуг Застрахованным лицам, в досудебном претензионном порядке разрешает согласительная комиссия, в состав которой входят представители Страхователя, Страховщика, медицинской организации и (или) иной организации и, в случае необходимости, независимые эксперты по требованию и за счет потребовавшей Стороны.

13.2. Соблюдение досудебного претензионного порядка является обязательным для субъектов страхования в случае возникновения споров при исполнении договора добровольного медицинского страхования.

13.3. При не достижении Сторонами соглашения споры разрешаются в порядке, установленном законодательством РФ.





121552, Москва, ул. Островная, 4  
(495) 727-4444

САО «ВСК», лицензия Банка России СЛ №0621 от 11.09.2015