

**ОБЩЕСТВО С ОГРАНИЧЕННОЙ ОТВЕТСТВЕННОСТЬЮ
«МЕЖДУНАРОДНАЯ СТРАХОВАЯ ГРУППА»**

«УТВЕРЖДЕНО»

Приказом Генерального директора
ООО «МСГ» от 06 мая 2019 г. № 16
Генеральный директор ООО «МСГ»



**ПРАВИЛА
ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ
ЮРИДИЧЕСКИХ ЛИЦ**

1. Общие положения
2. Объект страхования
3. Страховые случаи. Исключения из страхового покрытия
4. Страховая сумма
5. Страховая премия
6. Срок страхования
7. Договор страхования
8. Порядок заключения договора страхования
9. Порядок прекращения договора страхования
10. Изменение степени риска
11. Права и обязанности сторон
12. Страховая выплата
13. Заключительные положения

г. Москва

1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

1.1. На основании настоящих Правил и действующего законодательства Российской Федерации Общество с ограниченной ответственностью «Международная Страховая Группа» (далее - Страховщик) заключает со Страхователями договоры добровольного медицинского страхования юридических лиц.

1.2. В объем страховой ответственности по договору добровольного медицинского страхования включаются обязательства по возмещению расходов на медицинские услуги Застрахованным, медикаменты и организацию медицинского обслуживания в рамках Программы добровольного медицинского страхования, являющейся неотъемлемой частью договора.

1.3. Субъектами добровольного медицинского страхования выступают:

1.3.1. Страховщик - ООО «Международная Страховая Группа», осуществляет страховую деятельность в соответствии с выданной федеральным органом исполнительной власти по надзору за страховой деятельностью лицензией;

1.3.2. Страхователи - юридические лица любых организационно-правовых форм, заключившие со Страховщиком договоры о страховании третьих лиц (Застрахованных) в пользу последних;

1.3.3. Исполнители Программ организации медицинского обслуживания, являющихся неотъемлемой частью договора:

- медицинские учреждения всех профилей, специализаций и организационно-правовых форм, имеющие соответствующие лицензии;
- лица, осуществляющие частную медицинскую практику в соответствии с законодательством РФ;
- сервисные медицинские и ассистанские учреждения, осуществляющие организацию медицинского обслуживания Застрахованных.

2. ОБЪЕКТ СТРАХОВАНИЯ

Объектом страхования являются имущественные интересы лиц, в отношении которых заключен договор страхования, связанные с расходами на медицинское обслуживание при наступлении страховых случаев.

3. СТРАХОВЫЕ РИСКИ И СТРАХОВЫЕ СЛУЧАИ. ИСКЛЮЧЕНИЯ ИЗ СТРАХОВОГО ПОКРЫТИЯ

3.1. Страховым риском является риск возникновения необходимости обращения Застрахованного в медицинское учреждение или к иному Исполнителю Программ организации медицинского обслуживания при острых заболеваниях, обострении хронических болезней, травмах, отравлениях и иных заболеваниях за медицинскими и связанными с ними услугами, предусмотренными Программой добровольного медицинского страхования: консультациями, диагностикой, реабилитационно-восстановительным лечением, лекарственной, оздоровительной, профилактической и иной помощью.

Страховым случаем является обращение Застрахованного в медицинское учреждение или к иному Исполнителю Программ организации медицинского обслуживания при острых заболеваниях, обострении хронических болезней, травмах, отравлениях и иных заболеваниях за медицинскими и связанными с ними услугами, предусмотренными Программой добровольного медицинского страхования: консультациями, диагностикой, реабилитационно-восстановительным лечением, лекарственной, оздоровительной, профилактической и иной помощью.

3.2. Обращение Застрахованного за медицинской помощью признается страховым случаем, если оно имело место:

3.2.1. в течение срока действия договора страхования;

3.2.2. в медицинских учреждениях и у иных Исполнителей, предусмотренных Программами организации медицинского обслуживания, или согласованных со Страховщиком.

3.3. Страховщик не признает страховыми случаями и не оплачивает медицинские услуги, если они:

3.3.1. не предусмотрены договором страхования;

3.3.2. оказаны без назначения врача и/или наличия медицинских показаний.

3.4. Не признаются страховыми случаями и не покрываются настоящим страхованием обращения за медицинской помощью вследствие:

3.4.1. получения травматического повреждения в состоянии алкогольного, наркотического или токсического опьянения;

3.4.2. получения травматического повреждения или иного расстройства здоровья, наступившего в результате совершения Застрахованным лицом умышленного преступления, находящегося в прямой причинной связи со страховым случаем;

3.4.3. получения травм при покушении на самоубийство за исключением тех случаев, когда Застрахованное лицо было доведено до такого состояния противоправными действиями третьих лиц;

3.4.4. умышленного причинения себе телесных повреждений (членовредительство);

3.4.5. лечения онкологических заболеваний, туберкулеза, болезни, вызванной ВИЧ, венерических заболеваний, инфекций, передающихся преимущественно половым путем, психических расстройств и других заболеваний, представляющих социальную опасность (кроме первичной диагностики);

3.4.6. оказания наркологической помощи;

3.4.7. выявления беременности, аборты и их осложнения; введения внутриматочных и назначение гормональных контрацептивов;

3.4.8. выявления заболеваний, связанных с радиоактивным облучением и его последствиями;

3.4.9. лечения больных туберкулезом, эндокринными и онкологическими заболеваниями, перенесших инфаркт миокарда, острое нарушение мозгового кровообращения, страдающих хронической почечной недостаточностью.

3.5. В договоре могут быть предусмотрены и иные варианты квалификации страховых случаев, определяемые Программой добровольного медицинского страхования.

4. СТРАХОВАЯ СУММА

4.1. Страховой суммой (лимитом страховой ответственности) является предельный уровень страхового обеспечения, определяемого договором страхования, исходя из перечня и стоимости медицинских услуг.

4.2. Страховые суммы могут определяться Страховщиком отдельно при заключении договора страхования на условиях амбулаторного или стационарного лечения в соответствии с производимыми Страховщиком расчетами тарифных ставок. При заключении договора страхования на условиях полной страховой ответственности устанавливается единый лимит страховой ответственности.

4.3. При заключении договора страхования Страховщик вправе установить индивидуальные (персональные) страховые суммы на каждого Застрахованного по договору и указать в договоре размер индивидуальных страховых сумм для каждой из Программ организации медицинского обслуживания.

4.4. Страховщик оплачивает расходы на медицинское обслуживание Застрахованных при наступлении страховых случаев в рамках Программы добровольного медицинского страхования только в пределах страховой суммы по договору.

5. СТРАХОВАЯ ПРЕМИЯ

5.1. Страховой премией (страховым взносом) является плата за страхование, которую Страхователь обязан внести Страховщику в соответствии с договором страхования.

5.2. Размер страховой премии рассчитывается на основании базовых тарифных ставок, установленных для соответствующих программ добровольного медицинского страхования (Приложение № 1), страховой суммы, срока страхования, и может корректироваться с учетом коэффициентов, устанавливаемых Страховщиком в зависимости от риска страхования.

5.3. Страховщик имеет право применять к базовым тарифным ставкам повышающие (от 1,1 до 10,0) или понижающие (от 0,1 до 0,9) коэффициенты, исходя условий страхования (объема и комбинации медицинских и иных услуг по Программе добровольного медицинского страхования, уровня договорных цен на услуги в лечебных учреждениях, включенных в Программу организации медицинского обслуживания и др.), и с учетом конкретной степени риска наступления страхового случая (возраста Застрахованного лица, особенностей образа жизни, данных медицинских документов, эпидемиологической обстановки на территории страхования, численности Застрахованных, а также других обстоятельств, влияющих на степень риска). Применение Страховщиком коэффициентов должно быть оговорено в договоре страхования.

5.4. Страховая премия может быть уплачена единовременно или в рассрочку наличными деньгами через кассу Страховщика или перечислением на расчетный счет Страховщика путем безналичной оплаты в течение 5 банковских дней со дня подписания договора страхования. При заключении договора стороны вправе оговорить иной порядок уплаты страховых взносов, не противоречащий действующему законодательству РФ.

5.5. При существенном изменении условий оказания медицинской помощи в медицинских учреждениях (применение нового медицинского оборудования, использование новых методов диагностики, лечения и т.п.), связанным с увеличением стоимости оказания медицинских услуг, а также при подаче Страхователем заявления о расширении перечня медицинских услуг или расширении перечня медицинских учреждений, что приведет к повышению лимита ответственности, размер страховой премии может быть изменен по соглашению сторон.

5.6. Расчет страховых сумм и страховых премий оформляется Протоколом расчета страховой суммы и страховой премии, который является неотъемлемой частью договора страхования.

6. СРОК СТРАХОВАНИЯ

6.1. Договор страхования может заключаться на любой срок. Срок действия договора страхования устанавливается по соглашению сторон.

6.2. При страховании на срок менее одного года страховая премия уплачивается в следующем проценте от годового размера (срок страхования приводится в месяцах):

Срок действия договора в месяцах	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Процент от годового размера страховой премии	20	30	40	50	60	70	75	80	85	90	95

6.3. При страховании на срок более одного года:

6.3.1. в случае страхования на несколько лет общая страховая премия по договору страхования в целом устанавливается как сумма страховых взносов за каждый год;

6.3.2. в случае страхования на год (несколько лет) и несколько месяцев страховая премия за указанные месяцы определяется как часть страхового взноса за год пропорционально полным месяцам последнего страхового периода.

7. ДОГОВОР СТРАХОВАНИЯ

7.1. Договор страхования является соглашением между Страхователем и Страховщиком, в силу которого Страховщик обязуется при наступлении страховых случаев произвести оплату медицинских услуг, оказанных Страхователю (Застрахованным), а Страхователь обязуется уплатить страховую премию в установленные сроки.

7.2. Договор страхования составляется в двух экземплярах, имеющих одинаковую силу, по одному для каждой из сторон (Приложение № 2).

7.3. Договор страхования может быть заключен на условиях:

7.3.1. «предоставления медицинских услуг при амбулаторном лечении», предусматривающего предоставление медицинских услуг в соответствии с их перечнем по договору страхования при амбулаторном лечении в медицинских учреждениях, определенных договором страхования;

7.3.2. «предоставления медицинских услуг при стационарном лечении», предусматривающего получение медицинских услуг в соответствии с их перечнем по договору страхования при обращении в стационарные медицинские учреждения, определенные договором страхования;

7.3.3. «полной страховой ответственности», предусматривающего предоставление медицинских услуг стационарными и амбулаторными медицинскими учреждениями, определенными в договоре страхования, в соответствии с конкретным перечнем услуг по договору страхования;

7.3.4. «предоставления медицинских услуг при альтернативном стоматологическом лечении», предусматривающего предоставление медицинских услуг в соответствии с их перечнем по договору страхования в медицинских учреждениях, определенных договором страхования.

7.4. Договоры страхования заключаются, как правило, без предварительного медицинского освидетельствования граждан, подлежащих страхованию.

Страховщик оставляет за собой право в каждом конкретном случае перед заключением договора страхования потребовать проведения предварительного медицинского освидетельствования лица, подлежащего страхованию, или медицинского анкетирования путем заполнения анкеты установленного образца (Приложения №№ 7.1, 7.2) для оценки фактического состояния его здоровья.

В случае отказа лица, подлежащего страхованию, от прохождения медицинского освидетельствования или медицинского анкетирования, Страховщик имеет право отказать в страховании этого лица или применить повышающие коэффициенты страхового тарифа в соответствии с п. 5.3 настоящих Правил.

7.5. На страхование, если иное прямо не оговорено в договоре страхования, не принимаются лица, состоящие на учете в наркологических, психоневрологических, туберкулезных, кожно-венерологических диспансерах (по поводу венерических заболеваний), центрах по профилактике СПИД и ВИЧ-инфекции. Если в течение срока действия договора страхования у Застрахованных выявляются указанные заболевания, то договор считается прекращенным в отношении данных лиц с момента установления окончательного диагноза, если иные последствия указанных событий не предусмотрены непосредственно договором страхования.

7.6. В договоре страхования может предусматриваться возмещение расходов на лекарственные средства при амбулаторно-поликлиническом или стационарном лечении. Оплата лекарственных средств осуществляется при наступлении страхового случая, предусмотренного договором страхования.

7.7. Изменение договора страхования возможно по соглашению сторон, если иное не предусмотрено договором, при существенном изменении обстоятельств, из которых стороны исходили при заключении договора. Изменение обстоятельств признается существенным, когда они изменились настолько, что, если бы стороны могли это разумно предвидеть, договор вообще не был бы ими заключен или был бы заключен на значительно отличающихся условиях. Соглашение об изменении или о расторжении договора совершается в той же форме, что и договор, если из закона, иных правовых актов, договора или обычаев делового оборота не вытекает иное.

В случае изменения договора обязательства считаются измененными с момента заключения соглашения сторон об изменении или о расторжении договора, если иное не вытекает из соглашения или характера изменения договора.

8. ПОРЯДОК ЗАКЛЮЧЕНИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ

8.1. Для заключения договора страхования Страхователь обращается к Страховщику с письменным (Приложение № 8) или устным заявлением и сообщает следующие сведения:

- наименование Страхователя;
- юридический адрес и банковские реквизиты Страхователя;
- основной вид деятельности;
- условия страхования (виды и объемы медицинской помощи, перечень лечебных учреждений);
- срок страхования;
- списки лиц по вариантам условий страхования, содержащие фамилии, имена, отчества, дату рождения, адреса, телефоны, информация о хронических заболеваниях (при наличии таковых);
- иная информация, позволяющая судить о степени риска;

8.2. Договор страхования вступает в силу после перечисления первого (единовременного) взноса страховой премии на расчетный счет Страховщика при безналичной оплате или уплате через кассу Страховщика при оплате наличными деньгами, если условиями договора не предусмотрено иное. Действие договора начинается в 00 часов суток, следующих за днем поступления взноса страховой премии к Страховщику, если условиями договора не предусмотрено иное.

8.3. Если у Страхователя возникает необходимость застраховать дополнительное число лиц, то он вправе заключить дополнительное соглашение к договору или заключить новый договор.

8.4. К договору страхования прилагается:

8.4.1. Программа добровольного медицинского страхования (Приложение № 3);

8.4.2. Программы организации медицинского обслуживания (Приложение № 4);

8.4.3. Список Застрахованных (Приложение № 5) с указанием:

- номера полиса Застрахованного;
- фамилии, имени, отчества;
- даты рождения;
- полного домашнего адреса, телефона;
- даты начала и даты окончания срока страхования;
- варианта Программы организации медицинского обслуживания;
- группы риска, к которой отнесен Застрахованный.

Список Застрахованных лиц составляется в 2-х экземплярах, по одному для каждой из сторон договора;

8.4.4. Протокол расчета страховой суммы и страховой премии (Приложение № 6);

8.4.5. Правила страхования;

8.4.6. персональные пластиковые карты или другие носители информации, определяющие право на получение медицинской помощи в лечебных учреждениях и у иных Исполнителей Программ организации медицинского обслуживания.

8.5. Заключение договора может быть удостоверено выдачей Страхователю страхового полиса (Приложение № 9), содержащего те же сведения, которые указываются в договоре страхования. Страховой полис выдается по требованию Страхователя в течение 5-ти дней со дня вступления договора в силу или со дня его требования.

8.6. Пластиковые карты и иные документы, предусмотренные договором страхования, Страховщик передает Страхователю в течение 5-ти дней с момента его подписания, при условии получения всей информации, необходимой для оформления данных документов.

8.7. При утрате Застрахованным лицом пластиковой карты он должен незамедлительно известить об этом Страховщика. Утраченные документы и носители информации признаются недействительными и не могут являться основанием для получения медицинских услуг в соответствии с договором страхования, взамен утраченных Страхователю выдаются новые. При повторной утрате страховых документов в течение действия договора страхования со Страхователя дополнительно может быть взыскан платеж в размере фактической стоимости их изготовления и стоимость медицинских услуг, оказанных третьим лицам, воспользовавшимся этими документами.

9. ПОРЯДОК ПРЕКРАЩЕНИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ

9.1. Договор страхования прекращает действие:

9.1.1. при истечении срока действия договора;

9.1.2. по соглашению сторон;

9.1.3. при неуплате Страхователем страховых взносов в установленные договором страхования сроки, если иное не предусмотрено в договоре страхования;

9.1.4. по требованию (инициативе) Страховщика – в случае грубого нарушения Страхователем (Застрахованным) обязанностей по договору страхования;

9.1.5. при ликвидации Страховщика в порядке, установленном действующим законодательством;

9.1.6. при исполнении Страховщиком обязательств по договору страхования в полном объеме в пределах страховой суммы;

9.1.7. в отношении отдельных Застрахованных в случае:

- передачи Застрахованным пластиковой карты другим лицам с целью получения ими медицинских услуг по договору страхования;

- смерти Застрахованного в период действия договора страхования;

- если в период действия договора страхования будет обнаружено заболевание Застрахованного, на которое в соответствии с настоящими Правилами или условиями договора страхования не распространяется страховая защита;

- исполнения Страховщиком своих обязательств в пределах индивидуальных страховых сумм, если таковые предусмотрены договором.

9.2. Страхователь вправе отказаться от договора страхования в любое время, если к моменту отказа возможность наступления страхового случая не отпала по обстоятельствам иным, чем страховой случай.

9.3. При досрочном отказе Страхователя от договора страхования уплаченная Страховщику страховая премия не подлежит возврату, если причиной отказа не стали виновные действия Страховщика.

При заключении договора страхования стороны вправе оговорить возможность и порядок возврата части страховой премии.

10. ИЗМЕНЕНИЕ СТЕПЕНИ РИСКА

10.1. В период действия договора страхования Страхователь обязан незамедлительно сообщать Страховщику о ставших ему известными значительных изменениях в обстоятельствах, сообщенных Страховщику при заключении договора, если эти изменения могут существенно повлиять на увеличение страхового риска.

10.2. Страховщик, уведомленный об обстоятельствах, влекущих увеличение страхового риска, вправе потребовать изменения условий договора страхования или уплаты дополнительной страховой премии соразмерно увеличению риска. Если Страхователь возражает против изменения условий

договора страхования или доплаты страховой премии, Страховщик вправе потребовать расторжения договора.

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

11. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

11.1. Страховщик обязан:

11.1.1. выдать Страхователю документы, предусмотренные договором страхования, в установленный срок;

11.1.2. не разглашать сведения о Страхователе, если это не вступит в противоречие с законодательными актами РФ;

11.1.3. для реализации Программ организации медицинского обслуживания заключать двусторонние договоры с медицинскими учреждениями и иными Исполнителями, содержащие:

- перечень медицинских услуг с указанием их стоимости;

- описание документации, регламентирующей взаимоотношения Страховщика с Исполнителем Программ организации медицинского обслуживания и Исполнителя с Застрахованными лицами;

- сроки договора, предоставления документов и производства оплаты;

- санкции за неисполнение или некачественное выполнение обязательств;

11.1.4. проинформировать Страхователя о факте просрочки уплаты страхового взноса или факте его уплаты не в полном объеме, а также о последствиях таких нарушений.

11.2. Страховщик имеет право:

11.2.1. установить лимит ответственности на оплату медицинских услуг по договору в целом, либо отдельно по каждому Застрахованному, в зависимости от Программ организации медицинского обслуживания (установить коллективную страховую сумму по договору и/или индивидуальные (персональные) страховые суммы);

11.2.2. проверять достоверность указанных в заявлении на страхование и медицинских анкетах данных. В случае установления недостоверности сообщенных Страхователем данных Страховщик отказывает Страхователю в заключении договора страхования. Если недостоверность данных, влияющих на степень риска, обнаруживается после вступления договора страхования в силу, Страховщик имеет право досрочно прекратить действие договора страхования, с письменным уведомлением Страхователя о причинах расторжения. Страховая премия в этом случае возвращается за неистекший срок действия договора за вычетом понесенных Страховщиком расходов;

11.2.3. при возникновении осложнений у Застрахованных и необратимых последствий от них по вине Исполнителей Программ организации медицинского обслуживания, предъявить регрессный иск к данным Исполнителям на возмещение суммы компенсации, выплаченной Страховщиком в отношении Застрахованного лица, в размере стоимости оказанных услуг и оплаты стоимости комплексных мероприятий, связанных с устранением таких осложнений;

11.2.4. приостановить исполнение своих обязательств по договору страхования в случае невыполнения Страхователем условий договора страхования.

11.3. Страхователь обязан:

11.3.1. своевременно уплачивать страховую премию;

11.3.2. при заключении договора страхования сообщать Страховщику обо всех известных ему обстоятельствах, имеющих значение для оценки страхового риска.

11.4. Страхователь имеет право:

11.4.1. требовать предоставления Застрахованным медицинских услуг, определенных в договоре страхования, в соответствии с Программой добровольного медицинского страхования и Программами организации медицинского обслуживания. В случае отказа в оказании медицинских услуг Страхователь должен немедленно поставить в известность об этом Страховщика. Информировать Страховщика может любое уполномоченное Страхователем лицо;

11.4.2. в течение срока действия договора страхования расширить перечень медицинских услуг, добавив услуги, которые не входили в страховое покрытие по первоначальному договору, или повысить размер страховой суммы (лимита страховой ответственности), заключив дополнительное соглашение к договору страхования и уплатив при этом дополнительную страховую премию;

11.4.3. запросить информацию о размере вознаграждения, выплачиваемого страховому агенту или страховому брокеру.

11.5. Застрахованные имеют право:

11.5.1. требовать предоставления медицинских услуг в соответствии с условиями договора страхования;

11.5.2. сообщать Страховщику о случаях отказа или неполного и некачественного предоставления медицинских услуг.

11.6. Застрахованные лица обязаны:

11.6.1. соблюдать предписания лечащего врача, полученные в ходе предоставления медицинской помощи, соблюдать распорядок, установленный медицинскими учреждениями;

11.6.2. заботиться о сохранности страховых документов (пластиковые карты, пропуска и иные носители информации, оговоренные договором страхования) и не передавать их третьим лицам с целью получения ими медицинских услуг по договору страхования.

12. СТРАХОВАЯ ВЫПЛАТА

12.1. Страховой выплатой по настоящим Правилам является плата за оказание или организацию медицинских услуг по страховым случаям, производимая в адрес Исполнителя Программ организации медицинского обслуживания, оказавшего (организовавшего) медицинскую помощь Страхователю (Застрахованному).

12.2. Страховые выплаты производятся на условиях и в сроки, предусмотренные договорами Страховщика с Исполнителями Программ организации медицинского обслуживания. Счета Исполнителей должны содержать перечень оказанных услуг, их стоимость и общую сумму расходов за определенный период по всем услугам, оказанным Застрахованным. Страховщик анализирует полученные счета, сверяет соответствие внесенных в него услуг перечню страховых услуг, за которые он несет ответственность в рамках Программы добровольного медицинского страхования, и проверяет правильность расчетов.

12.3. В рамках Программы добровольного медицинского страхования Страховщик оплачивает разумно понесенные расходы по видам медицинской помощи на:

- прописанные лечащим врачом лекарства и медикаменты;
- лабораторные анализы;
- функциональную диагностику;
- электрокардиограммы;
- физиотерапию;
- анестезию, кислород и т.п.;
- рентгенографию;
- перевязочный материал, простые шины и гипсовые повязки (за исключением специальных креплений, приспособлений и устройств);
- использование операционной, больничной палаты и больничного оборудования;
- иные расходы в рамках Программы добровольного медицинского страхования.

12.4. Из страхового покрытия исключаются расходы:

12.4.1. на медицинское обслуживание, полученное Застрахованными в медицинских учреждениях, не предусмотренных договором страхования (Программами организации медицинского обслуживания);

12.4.2. на медицинские и иные услуги, которые не предусмотрены договором страхования (Программой добровольного медицинского страхования) или не назначенные лечащим врачом, либо не являющиеся необходимыми с медицинской точки зрения для диагностирования и лечения заболевания.

12.5. Страховщик имеет право отказать в страховой выплате на сумму стоимости услуг, оказанных Застрахованному в связи с его обращением в медицинское учреждение при:

12.5.1. травматическом повреждении в состоянии алкогольного, наркотического или токсического опьянения;

12.5.2. травматическом повреждении или ином расстройстве здоровья, наступившим в результате совершения Застрахованным лицом умышленного преступления, находящегося в прямой причинной связи со страховым случаем;

12.5.3. покушении на самоубийство за исключением тех случаев, когда Застрахованное лицо было доведено до такого состояния противоправными действиями третьих лиц;

12.5.4. умышленном причинении себе телесных повреждений (членовредительство).

12.6. Если Страховщик оплатил стоимость медицинских услуг, оказанных в связи с повреждением здоровья Застрахованного лица в результате случая, впоследствии признанного не страховым, то он вправе потребовать от Страхователя (Застрахованного) оплатить стоимость этих услуг. Страхователь

(Застрахованный) должен внести указанную сумму в течение одного месяца с даты подписания искового требования в кассу или на расчетный счет Страховщика.

13. ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ

13.1. Непреодолимая сила:

13.1.1. при возникновении обстоятельств непреодолимой силы, т.е. обстоятельств, не зависящих и не могущих зависеть от волеизъявления сторон, возникших после заключения договора страхования, препятствующих выполнению обязательств сторон по договору и делающих выполнение этих обязательств невозможным, выполнение договора страхования приостанавливается в соответствии с действующим Законодательством;

13.1.2. обязанность доказательства возникновения таких обстоятельств лежит на стороне договора страхования, выполнению обязательств которой препятствует возникновение таких обстоятельств.

13.2. Исковая давность:

13.2.1. право на предъявление к Страховщику претензий по договору страхования сохраняется в течение срока исковой давности, предусмотренного гражданским законодательством РФ, начиная со дня наступления события, признанного страховым случаем.

13.3. Порядок разрешения споров:

13.3.1. все споры по договору страхования между Страхователем и Страховщиком рассматриваются в претензионном порядке, а при недостижении согласия по претензиям - в судебном (арбитражном) порядке. Претензия рассматривается Страховщиком в срок, не превышающий 30 (тридцать) календарных дней с момента получения претензии. Страховщик в ответ на претензию предоставляет письменный ответ.

13.4. Конфиденциальность:

13.4.1. стороны берут на себя взаимные обязательства по соблюдению режима конфиденциальности информации, полученной при исполнении условий договора страхования. Передача информации третьим лицам или иное разглашение информации, признанной по договору страхования конфиденциальной, может осуществляться только с письменного согласия другой стороны.

13.4.2. конфиденциальной по настоящим Правилам признается информация, содержащая:

- персональные данные Застрахованных. Обработка персональных данных Застрахованных лиц, содержащихся в документах, передаваемых Страховщику в целях заключения и исполнения договора страхования, осуществляется в соответствии с Федеральным законом от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных»;

- сведения о заболеваниях Застрахованных;

- сведения об условиях договора страхования.

13.5. Документы, подлежащие направлению в соответствии с настоящими Правилами в письменном виде, направляются по юридическому адресу Страховщика. Документы, подлежащие направлению в адрес Страхователя, Застрахованного лица, Выгодоприобретателя направляются по адресу, указанному в договоре страхования (полисе) или письменном обращении соответствующего лица.

Базовые тарифные ставки
по добровольному медицинскому страхованию юридических лиц
(в % к страховой сумме на одного Застрахованного)

№ п/п	Предоставление медицинских услуг на условиях	Тарифные ставки, в %
1	«Предоставление медицинских услуг при амбулаторном лечении» в соответствии с п. 7.3.1 Правил страхования	16,17
2	«Предоставление медицинских услуг при стационарном лечении» в соответствии с п. 7.3.2 Правил страхования	3,73
3	«Полная страховая ответственность» в соответствии с п. 7.3.3 Правил страхования	19,52
4	«Альтернативная стоматологическая помощь» в соответствии с п. 7.3.4 Правил страхования	36,52

В зависимости от условий страхования (объема и комбинации медицинских и иных услуг по Программе добровольного медицинского страхования, уровня договорных цен на услуги в лечебных учреждениях, включенных в Программу организации медицинского обслуживания и др.), и с учетом конкретной степени риска наступления страхового случая (возраста Застрахованного лица, состояния здоровья (группы здоровья), рода деятельности Застрахованного лица, особенностей образа жизни, данных медицинских документов, эпидемиологической обстановки на территории страхования, численности Застрахованных, а также других обстоятельств, влияющих на степень риска) Страховщик имеет право применять к базовым тарифам повышающие (от 1,1 до 10,0) или понижающие (от 0,1 до 0,9) коэффициенты.

При определении итоговой величины тарифной ставки по конкретному договору страхования, результирующий поправочный коэффициент не может превышать 10,0 или быть меньше 0,1