

УТВЕРЖДАЮ
Генеральный директор
ООО «Дженерали ППФ Общее страхование»
01 июля 2011 г.
Белоусенко Е.Ю.

**ПРАВИЛА
ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ
(КОМПЛЕКСНЫЕ)**

1. Субъекты страхования
2. Объект страхования
3. Страховые риски
4. Страховой случай
5. Объем обязательств страховщика
6. Страховая сумма. Страховая премия и порядок ее уплаты
7. Порядок заключения договора страхования
8. Права и обязанности сторон
9. Прекращение договора страхования
10. Порядок и виды осуществления страховой выплаты
11. Порядок разрешения споров
12. Заключительные положения

Приложения:

- Приложение 1 – Тарифы по Базовым программам;
Приложение 2 – Программы добровольного медицинского страхования;
Приложение 3 - Исключения из программ добровольного медицинского страхования;
Приложение 4 – Договор добровольного медицинского страхования
Приложение 5 - Список Застрахованных;
Приложение 6 - Заявление на внесение изменений в список Застрахованных.

Настоящие Правила добровольного медицинского страхования (комплексные) (далее - Правила) утверждены ОБЩЕСТВОМ С ОГРАНИЧЕННОЙ ОТВЕТСТВЕННОСТЬЮ «ДЖЕНЕРАЛИ ППФ ОБЩЕЕ СТРАХОВАНИЕ» (далее - Страховщик) в соответствии с действующим российским законодательством и определяют общие условия, на которых Страховщиком заключаются договоры добровольного медицинского страхования¹ (далее - договор страхования или договоры страхования).

1. Субъекты страхования

1.1 Субъектами добровольного медицинского страхования в соответствии с настоящими Правилами являются Страховщик, Страхователь, Застрахованный и Медицинское учреждение.

1.2 Страховщик – ООО «ДЖЕНЕРАЛИ ППФ ОБЩЕЕ СТРАХОВАНИЕ», осуществляющее страховую деятельность в соответствии с выданной федеральным органом исполнительной власти по надзору за страховой деятельностью лицензией.

1.3 Страхователь – российское или иностранное юридическое или дееспособное физическое лицо, в том числе индивидуальный предприниматель, заключившее со Страховщиком договор добровольного медицинского страхования.

1.4 Застрахованный – названное в договоре страхования физическое лицо, наступление в жизни которого предусмотренного договором страхования события (страхового случая) влечет возникновение обязанности Страховщика оплатить оказанные Застрахованному медицинские услуги определенного объема и качества или иных услуг по программам добровольного медицинского страхования.

Застрахованным, если иное не установлено договором страхования или настоящими правилами, может быть любое физическое лицо в любом возрасте.

1.5 Медицинские учреждения – юридические лица любой организационно-правовой формы, а также лица, занимающиеся предпринимательской деятельностью без образования юридического лица, имеющие право на законных основаниях оказывать медицинские услуги, предусмотренные настоящими Правилами.

2. ОБЪЕКТ СТРАХОВАНИЯ

Объектом добровольного медицинского страхования является имущественные интересы, связанные с оказанием Застрахованному медицинских услуг.

3. СТРАХОВЫЕ РИСКИ

Страховым риском по настоящим Правилам является предполагаемое событие, на случай наступления которого проводится страхование, а именно: оказание медицинским учреждением медицинских услуг Застрахованному, повлекшее за собой расходы по оплате таких медицинских услуг.

4. СТРАХОВОЙ СЛУЧАЙ

Страховым случаем по договору страхования является оказание Застрахованному медицинским учреждением из числа указанных в договоре страхования либо иным медицинским учреждением, предварительно согласованным со Страховщиком, в течение срока действия договора страхования различных видов платных медицинских услуг, указанных в программе добровольного медицинского страхования (далее – Программа), в связи с профилактикой заболеваний, острым заболеванием, хроническим заболеванием и его обострением, травмой (в том числе, ожог, отморожение),

¹ Договоры добровольного медицинского страхования являются для целей налогообложения страхователями и застрахованными лицами в части страховых взносов и страховых выплат договорами, предусматривающими возмещение медицинских расходов.

отравлением, беременностью и пр., повлекшее за собой расходы по оплате таких медицинских услуг².

Не является страховым случаем по договору страхования:

- оказание Застрахованному медицинских услуг медицинским учреждением, не указанным в договоре страхования (Программе) и предварительно несогласованным со Страховщиком;
- оказание Застрахованному любым медицинским учреждением медицинских услуг: не указанной в Программе или договоре страхования; сверх объемов медицинских услуг, указанных в Программе или договоре страхования; не оплачиваемой Страховщиком в соответствии с Программой или договором страхования; в связи с наркотическим или токсическим опьянением Застрахованного; в связи с получением травматического повреждения или иного расстройства здоровья, наступившего в результате совершения Застрахованным умышленного преступления; в связи с покушением Застрахованного на самоубийство; в связи с умышленным причинением Застрахованным самому себе телесных повреждений.

5. ОБЪЕМ ОБЯЗАТЕЛЬСТВ СТРАХОВЩИКА

5.1 Страховщик организует и оплачивает либо только оплачивает оказанные Застрахованному медицинскими учреждениями, находящимися как в Российской Федерации, так и на территории иностранных государств, медицинские услуги в объеме, указанном в Программе, являющейся неотъемлемой частью договора страхования.

Медицинские услуги – комплекс мероприятий, включающих медицинские и иные услуги, организационно-технические мероприятия, лекарственное обеспечение, обеспечение изделиями медицинского назначения, направленных на удовлетворение потребностей Застрахованных в поддержании и восстановлении здоровья.

Лекарственное обеспечение предполагает оплату Страховщиком стоимости медикаментозного лечения, т.е. оплату лекарственных средств (и при необходимости их доставку), включенных в Программу и выписанных лечащим врачом амбулаторно-поликлинического медицинского учреждения либо назначенных лечащим врачом стационарного медицинского учреждения.

Обеспечение изделиями медицинского назначения предполагает оплату Страховщиком стоимости протезно-ортопедических изделий, очков, слуховых аппаратов, контактных линз, имплантатов и др. (и при необходимости их доставку), включенных в Программу и выписанных (назначенных) лечащим врачом амбулаторно-поликлинического медицинского учреждения либо выписанных (назначенных) лечащим врачом стационарного медицинского учреждения.

Иные услуги - это услуги, связанные с оказанием или организацией оказания медицинских услуг и включенные в Программу, в том числе: сервисные услуги (палаты улучшенной комфортности, включающие дополнительное питание, связь, телевизор, компьютер, холодильник, кондиционер, душ, туалет и др.); питание и проживание (нахождение) при стационарном, санаторно-курортном лечении, если оно не входит в стоимость медицинской услуги (стоимости койко-дня); оформление медицинским учреждением различной медицинской документации; услуги по организации медицинских услуг в других медицинских учреждениях; информационные услуги, связанные с оказанием или организацией оказания медицинских услуг.

5.2 Договор страхования может быть заключен на условиях нескольких базовых Программ страхования, содержащих разные виды и объемы медицинских услуг: амбулаторно-поликлинической, стационарной, скорой и неотложной медицинской помощи, лекарственной помощи, программы личный врач и медицинская помощь при клещевом энцефалите.

5.3 Программы, предусматривающие оказание амбулаторно-поликлинических медицинских услуг, могут содержать отдельные или все виды медицинских услуг: профилактические, лечебно-диагностические, реабилитационные (в т.ч. санаторно-курортные), протезно-ортопедические и зубопротезные, включающие в себя всевозможные услуги амбулаторно-поликлинического учреждения³, в частности следующие: оказание консультативных, первичных (доврачебных) медико-

² Расходы могут быть фактическими, если Застрахованный самостоятельно оплатил медицинские услуги в соответствии с условиями договора страхования, либо подразумеваемыми, если по условиям договора страхования медицинские услуги должен оплатить Страховщик лицу, (непосредственно либо через посредника) которое оказывало медицинские услуги, по договору в пользу третьего лица - Застрахованного.

³ Под амбулаторно-поликлиническим учреждением понимается любое медицинское учреждение, в котором

санитарных, стоматологических услуг; оказание медицинских услуг как в амбулаторно-поликлиническом учреждении, так и на дому или по иному месту нахождения Застрахованного, в дневных стационарах и стационарах амбулаторно-поликлинического учреждения (подразделения); оказание консультативных медицинских услуг стационарного медицинского учреждения; оказание санаторно-курортных медицинских услуг без круглосуточного размещения; экспертизу временной нетрудоспособности; медикаментозное лечение, в т.ч. оплату и/или доставку Застрахованному выписанных лечащим врачом лекарственных средств; оплату и/или доставку Застрахованному выписанных (назначенных) лечащим врачом изделий медицинского назначения; оказание различных видов медицинских услуг Застрахованному при его обращении в медицинское учреждение к участковому или семейному врачу (врачу общей практики), врачам различных специальностей и среднему медицинскому персоналу; диспансерное наблюдение и профилактические/периодические осмотры Застрахованных лиц.

5.4 Программы, предусматривающие оказание стационарных медицинских услуг (в том числе в условиях дневного стационара), могут содержать отдельные или все виды медицинских услуг: профилактических, лечебно-диагностических, реабилитационных (в т.ч. санаторно-курортных), протезно-ортопедических и зубопротезных, включающие в себя различные услуги стационарного медицинского учреждения⁴, в частности следующие: оказание стационарных медицинских услуг как в экстренном, так и плановом порядке, осуществляемой врачами различных специальностей и средним медицинским персоналом; пребывание Застрахованного в палатах различной комфортности; предоставление медицинским учреждением сервисных услуг, связанных со стационарным лечением; пребывание Застрахованного в отделении патологии беременности; питание, уход медицинского персонала; лекарственные средства и другие необходимые для оказания медицинских услуг средства; экспертизу временной нетрудоспособности; пребывание в стационаре с застрахованным ребенком одного из родителей (близких родственников или опекунов); оказание медицинских услуг при госпитализации с целью проведения лечения и реабилитации, не требующих круглосуточного медицинского наблюдения, а также в стационарах (отделениях, палатах) дневного пребывания медицинских учреждений. Программы, предусматривающие оказание стационарных медицинских услуг, могут предусматривать оплату и/или доставку Застрахованному назначенных лечащим врачом лекарственных средств, оплату и/или доставку Застрахованному выписанных (назначенных) лечащим врачом изделий медицинского назначения - при их отсутствии в стационаре.

5.5 Программы, предусматривающие оказание скорой и неотложной медицинской помощи, могут включать в себя выезд бригады скорой (неотложной) медицинской помощи, проведение комплекса экстренных лечебных манипуляций и необходимой экспресс-диагностики, родовспоможение, а также медицинскую перевозку Застрахованного в амбулаторно-поликлиническое или стационарное медицинское учреждение и, при необходимости, обратно либо по месту жительства.

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

5.7 Страховщик имеет право отказать в страховой выплате, если событие не является страховым случаем, в том числе если оно произошло:

5.7.1 в связи наркотическим или токсическим опьянением;

5.7.2 в связи с получением травматического повреждения или иного расстройства здоровья, наступившего в результате совершения Застрахованным умышленного преступления, находящегося в прямой причинной связи со страховым случаем;

5.7.3 в связи с покушением на самоубийство;

5.7.4 в связи с умышленным причинением себе телесных повреждений.

6. СТРАХОВАЯ СУММА. СТРАХОВАЯ ПРЕМИЯ И ПОРЯДОК ЕЕ УПЛАТЫ

6.1 Страховой суммой (предельным уровнем страхового обеспечения) является денежная сумма, определяемая исходя из объема предусмотренных Программой медицинских услуг (перечня и стоимости медицинских и иных услуг, в том числе стоимости лекарственных средств и изделий

это медицинское учреждение.

⁴ Под стационарным учреждением понимается любое медицинское учреждение, в котором медицинские и иные услуги предоставляются Застрахованному в основном с возможным круглосуточным его помещением в это медицинское учреждение.

медицинского назначения), в пределах которой Страховщик обязуется производить страховые выплаты по договору страхования.

6.2 Страховая сумма (предельный уровень страхового обеспечения) устанавливается по соглашению сторон для каждого Застрахованного и может быть установлена как по всей Программе или по совокупности Программ в целом, так и по отдельным заболеваниям (состояниям), отдельным видам медицинских услуг (медицинским и иным услугам), в т.ч. по обеспечению лекарственными средствами или изделиями медицинского назначения либо их различной совокупности, по каждому страховому случаю или агрегатно в рамках Программы либо договора страхования.

6.3 Страховая сумма по соглашению сторон может устанавливаться как в российских рублях, так и в иностранной валюте. При использовании иностранной валюты при определении страховой суммы страховая выплата, величина которой определяется Страховщиком в иностранной валюте, осуществляется в рублях по курсу Центрального Банка Российской Федерации на день платежа, если иной курс не установлен соглашением сторон. В случаях, предусмотренных действующим законодательством Российской Федерации, страховая выплата может осуществляться в иностранной валюте.

6.4 Страховой премией является плата за страхование, которую Страхователь/Застрахованный обязан уплатить Страховщику в порядке и в сроки, установленные договором страхования.

6.5 Размер страховой премии устанавливается Страховщиком в соответствии с его тарифами.

6.6 В случае изменения стоимости медицинских и иных услуг в период действия договора страхования Страховщик вправе изменить размер страховой премии, если иное не установлено в договоре страхования.

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

6.8 Страховая премия по соглашению сторон может устанавливаться как в российских рублях, так и в иностранной валюте. Страховая премия, установленная в иностранной валюте, уплачивается в рублях по курсу Центрального Банка Российской Федерации на день платежа, если иной курс не установлен соглашением сторон. В случаях, предусмотренных действующим законодательством Российской Федерации, страховая премия может уплачиваться в иностранной валюте.

7. ПОРЯДОК ЗАКЛЮЧЕНИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ

7.1 Для заключения договора страхования Страхователь обращается к Страховщику с заявлением о заключении договора страхования.

В заявлении на страхование должны быть указаны:

7.1.1 фамилия, имя, отчество, дата рождения, полный адрес фактического места жительства Застрахованного, иные данные по требованию Страховщика. Данные о Застрахованных лицах могут быть оформлены в виде списка, прилагаемого к заявлению на страхование;

7.1.2 наименование, адрес места нахождения, телефон, телефакс, банковские реквизиты Страхователя, если Страхователь – юридическое лицо либо индивидуальный предприниматель;

7.1.3 предполагаемый вид медицинских услуг, перечень медицинских и иных услуг (Программа), страховая сумма и наименование медицинских учреждений;

7.1.4 срок, на который заключается договор страхования;

7.1.5 другие данные, которые может запросить Страховщик для решения вопроса о возможности заключения договора страхования.

7.2 На основании полученных данных Страховщик определяет размер подлежащей уплате страховой премии.

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

7.4 Договор страхования заключается в форме единого документа, подписанного обеими сторонами – Договора страхования. Соглашения об изменении и расторжении договора страхования оформляются путем составления единого документа либо обмена документами посредством почтовой, телеграфной, телетайпной, телефонной, телефаксной, электронной и иной связи.

7.5 После заключения договора страхования Страховщик выдает для Застрахованного страховой медицинский полис добровольного страхования граждан (далее по тексту - полис) - именной документ без права передачи, удостоверяющий заключение договора страхования. К полису прилагается Программа, список медицинских учреждений и, при необходимости, другие информационные документы, согласованные сторонами договора (пропуск в медицинское учреждение и пр.).

7.6 При утрате Застрахованным документов, указанных в п.7.5 Правил (далее - страховые документы), он должен в письменной форме обратиться к Страховщику для получения дубликата.

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

8. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

8.1 Страхователь имеет право:

8.1.1 требовать от Страховщика организации оказания медицинских услуг и их оплаты либо только оплаты в соответствии с условиями договора страхования;

8.1.2 в течение срока действия договора страхования с согласия Страховщика увеличить или уменьшить объем обязательств последнего по Программе, выбранной Страхователем, или изменить перечень медицинских учреждений и/или Программ, путем заключения со Страховщиком дополнительного соглашения с соответствующим возможным перерасчетом размера страховой премии, если иное не установлено в договоре страхования;

8.1.3 досрочно прекратить договор страхования;

8.1.4 застраховать с согласия Страховщика дополнительное количество лиц по действующему договору страхования или прекратить действие договора страхования в отношении части Застрахованных лиц с их согласия, если иное не предусмотрено договором страхования.

8.2 Страхователь обязан:

8.2.1 предоставлять Страховщику необходимую достоверную информацию, касающуюся Застрахованного;

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

8.2.3 доплатить по требованию Страховщика страховую премию в случае увеличения стоимости медицинских и иных услуг в период действия договора страхования, если иное не установлено в договоре страхования;

8.2.4 передать Застрахованному необходимые страховые документы, определенные договором страхования, а при их утрате - дубликаты, а также разъяснить Застрахованному условия договора страхования;

8.2.5 немедленно сообщить Страховщику об изменении своих банковских реквизитов, места нахождения, номеров контактных телефонов и телефаксов, а также об изменении фамилии, имени, отчества Застрахованного и его фактического места жительства, если иное не установлено в договоре страхования.

8.3 Застрахованный имеет право:

8.3.1 требовать от Страховщика организации оказания медицинских услуг и их оплаты либо только оплаты в соответствии с условиями договора страхования;

8.3.2 требовать от Страховщика возмещения личных средств, израсходованных на получение медицинских услуг, если иное не предусмотрено условиями договора страхования;

8.3.3 сообщать Страховщику в письменном виде о случаях неоказания, неполного или некачественного оказания медицинских услуг;

8.3.4 при утрате страховых документов получить их дубликат.

8.4 Застрахованный обязан:

8.4.1 соблюдать порядок оказания медицинских услуг, предусмотренный Программой;

8.4.2 соблюдать предписания врача, полученные в ходе оказания медицинских услуг, а также распорядок, установленный медицинским учреждением;

8.4.3 не передавать страховой полис и Программу другим лицам с целью получения ими медицинских услуг, предусмотренных договором страхования;

8.4.4 немедленно сообщить Страхователю об изменении своей фамилии, имени, отчества и фактического места жительства;

8.4.5 при утрате страховых документов незамедлительно сообщить в письменном виде об этом Страховщику для получения дубликата;

8.4.6 заблаговременно отказаться от забронированного им ранее времени посещения врача или вызова врача на дом, выяснив условия такого отказа в медицинском учреждении;

8.4.7 уплачивать страховую премию/страховые взносы, если это предусмотрено договором страхования.

8.5 Страховщик имеет право:

8.5.1 проверять полученную от Страхователя и Застрахованного информацию;

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

8.5.3 в одностороннем порядке прекратить договор страхования в отношении Застрахованного, если он не выполнил обязанностей, предусмотренных п.п.8.4.1, 8.4.2 и 8.4.7 Правил, и такое невыполнение привело или могло привести к дополнительным расходам Страховщика, путем направления соответствующего уведомления Страхователю/Застрахованному.

8.6 Страховщик обязан:

8.6.1 организовать и оплатить либо только оплатить, если это предусмотрено договором страхования, оказание Застрахованному медицинских услуг, предусмотренных Программой;

8.6.2 организовать и оплатить, если это предусмотрено договором страхования, получение Застрахованным лекарственных средств и изделий медицинского назначения, предусмотренных Программой;

8.6.3 контролировать объем, сроки и качество организованных им медицинских услуг⁵;

8.6.4 осуществить страховую выплату путем возмещения Застрахованному, если это предусмотрено договором страхования, суммы, затраченной им на получение медицинских услуг, а также возместить стоимость приобретенных Застрахованным лекарственных средств и изделий медицинского назначения, если такой порядок страховой выплаты предусмотрен договором страхования или Программой.

Страховая выплата осуществляется в сроки, определенные договором страхования, после получения и проверки Страховщиком письменного заявления Застрахованного, оригиналов оплаченных счетов с указанием медицинского учреждения (аптечной или иной организации), подробного перечня оказанных услуг (лекарственных средств, изделий медицинского назначения) и их стоимости, а в отношении лекарственных средств и изделий медицинского назначения также подтверждения их выписки лечащим врачом амбулаторно-поликлинического или стационарного учреждения;

8.6.5 выдать Застрахованному страховые документы, предусмотренные договором страхования, а при их утрате - дубликат;

8.6.6 в случае необоснованного отказа Застрахованному в оказании медицинских услуг медицинским учреждением, в котором такие услуги организуются Страховщиком в соответствии с договором страхования, или неполного или некачественного оказания таких услуг этим медицинским учреждением, уплатить Застрахованному штраф в размере стоимости не оказанных (оказанных неполно или некачественно) медицинских услуг, если иное не установлено в договоре страхования.

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

9. ПРЕКРАЩЕНИЕ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ

9.1 Договор страхования в отношении Застрахованного прекращается:

9.1.1 в случае истечения срока действия договора страхования;

9.1.2 в случае смерти Застрахованного;

9.1.3 по требованию Страховщика - в случае неуплаты страховой премии (страхового взноса) в установленные договором сроки, а также в случаях, предусмотренных п.8.5.3 Правил, если договором страхования не установлено иное;

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

9.1.5 по соглашению сторон;

9.1.6 в случае ликвидации Страховщика в порядке, установленном действующим законодательством Российской Федерации;

9.1.7 в случае ликвидации Страхователя-юридического лица, если Застрахованный не принял на себя исполнение обязанностей Страхователя по уплате страховой премии;

9.1.8 исполнения Страховщиком договорных обязательств в полном объеме;

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

9.2 Если иное не предусмотрено договором страхования, при досрочном прекращении договора страхования в целом или в отношении какого-либо Застрахованного Страховщик возвращает страховую премию в размере, не превышающем часть премии, приходящейся на неистекший оплаченный срок действия договора страхования.

10. ПОРЯДОК И ВИДЫ ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЫ

⁵ Контроль осуществляется только в медицинских учреждениях, находящихся в Российской Федерации.

10.1 Для получения предусмотренной Программой медицинских услуг (медицинских и иных услуг, лекарственных средств или изделий медицинского назначения) Застрахованный обращается в медицинское учреждение (фармацевтическую или иную организацию, торгующую лекарственными средствами и изделиями медицинского назначения) в порядке, определенном Программой/договором страхования. При необходимости и в порядке, предусмотренном Программой /договором страхования, до обращения в медицинское учреждение (фармацевтическую или иную организацию) Застрахованный может обращаться в ассистанскую компанию, сотрудничающую со Страховщиком, или в филиал Страховщика либо к иному лицу, предусмотренному Программой/договором страхования для организации получения медицинских услуг (медицинских и иных услуг, лекарственных средств или изделий медицинского назначения).

В этом случае страховая выплата по договору страхования осуществляется Страховщиком в виде оплаты стоимости медицинских услуг (медицинских и иных услуг, а также лекарственных средств или изделий медицинского назначения) непосредственно (или через поверенного, агента, комиссионера) в медицинское учреждение и в аптечную (или иную)⁶ организацию по их счетам. Санаторно-курортное лечение Застрахованного может быть оплачено Страховщиком также путем оплаты санаторно-курортному учреждению или санаторно-курортному объединению либо санаторно-курортному агентству стоимости санаторно-курортной путевки/курсовки.

Оплата стоимости медицинских услуг (медицинских и иных услуг, лекарственных средств или изделий медицинского назначения) может быть осуществлена на базе договора в письменной форме, заключенного в соответствии с пунктом 2 статьи 434 Гражданского кодекса Российской Федерации.

10.2 Для получения предусмотренных Программой медицинских услуг Застрахованный может с предварительного согласия (устного или письменного) Страховщика обратиться в любое медицинское учреждение или аптечную (или иную) организацию и самостоятельно оплатить предусмотренные Программой стоимость медицинских услуг, а также санаторно-курортного лечения путем приобретения санаторно-курортной путевки непосредственно у санаторно-курортного учреждения или санаторно-курортного объединения либо санаторно-курортного агентства.

В этом случае страховая выплата по договору страхования осуществляется Страховщиком в виде возмещения Застрахованному его личных средств, израсходованных на получение медицинских услуг (медицинских и иных услуг, приобретение лекарственных средств, изделий медицинского назначения или санаторно-курортной путевки) на основании предъявленных документов, подтверждающих произведенные Застрахованным расходы. При этом объем такой выплаты определяется договором страхования (Программой).

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

10.4 По соглашению сторон договором страхования может быть предусмотрена доля собственного участия Застрахованного в осуществляемых страховых выплатах - франшиза. Франшиза может устанавливаться в твердой сумме или в процентах от страховой выплаты. Выбор Страхователем франшизы, ее размер и порядок уплаты Страхователем или Застрахованным либо удержания Страховщиком определяется в договоре страхования.

10.5 Франшиза разделяется по видам на "безусловную" и "условную".

Франшиза "безусловная" предусматривает уменьшение размера страховой выплаты по каждому страховому случаю на размер установленной франшизы.

Франшиза "условная" предусматривает, что Страховщик освобождается от обязанности произвести страховую выплату, не превышающую или равную размеру франшизы, но если размер выплаты превышает установленную франшизу, то при расчете размера страховой выплаты франшиза не учитывается.

10.6 Страховщик вправе осуществлять страховую выплату (оплату стоимости медицинских услуг) на базе следующих методов, которые вправе применять медицинские учреждения:

10.6.1 за отдельные простые, сложные и/или комплексные медицинские услуги, а также сервисные услуги, предоставляемые медицинским учреждением и связанные с предоставлением указанных медицинских услуг (далее - сервисные услуги);

⁶ Иная организация - организация, которая вправе реализовывать лекарственные средства и/или изделия медицинского назначения как в розницу, так и оптом.

10.6.2 за число койко-дней (при стационарном и стационарозамещающем лечении), в стоимость которой могут входить все или отдельные медицинские и иные услуги, а также сервисные услуги, оказываемые Застрахованному;

10.6.3 по законченному случаю оказания медицинских и иных услуг;

10.6.4 по подушевому нормативу за комплексное непрерывное и продолжительное медицинское обслуживание, предоставляемое медицинским учреждением Застрахованному в течение определенного периода времени;

10.6.5 иных методов, предложенных медицинскими учреждениями и иными организациями.

11. ПОРЯДОК РАЗРЕШЕНИЯ СПОРОВ

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

12. ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ

12.1 В случае расхождения условий настоящих Правил с условиями Договора добровольного медицинского страхования, заключенного Сторонами, к правоотношениям Сторон применяются условия Договора.

Приложение 1
к Правилам добровольного медицинского
страхования (комплексным)

ТАРИФЫ
ПО ПРОГРАММАМ ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ
(в % от страховой суммы)

Таблица 1

№ п/п	Базовая Программа страхования	Базовые тарифные ставки (в % от страховой суммы)
1	Амбулаторно-поликлиническая помощь	1.32
2	Стационарная помощь	0.16
3	Скорая и неотложная медицинская помощь	2.92
4	Лекарственная помощь	38.00
5	Стоматологическая помощь	10.00
6	Личный врач	12.20
7	Медицинская помощь при клещевом энцефалите	0.21

Страховщик имеет право применять к настоящим тарифам по программам страхования понижающие от 0,1 до 1 или повышающие от 1 до 10 коэффициенты, исходя из различных обстоятельств, имеющих существенное значение для определения степени страхового риска (пол, возраст, профессия, заболеваемость, обращаемость за медицинскими услугами, региональная специфика, численность застрахованных лиц по договору ДМС, ценовая категория медицинского учреждения (стоимость медицинских услуг), перечень страховых рисков по программе ДМС (оплачиваемые и неоплачиваемые страховщиком заболеваний/состояний и медицинских услуг и другие, имеющие существенное значение для определения степени риска.)

При включении в договор страхования условий возможности получения медицинской помощи за пределами территории Российской Федерации Страховщик применяет поправочные коэффициенты от 0,1 до 15 в зависимости от страны пребывания и медицинского учреждения.