

**ОБЩЕСТВО С ОГРАНИЧЕННОЙ ОТВЕТСТВЕННОСТЬЮ  
СТРАХОВАЯ КОМПАНИЯ «ПАРИТЕТ – СК»**

---

**УТВЕРЖДАЮ**  
Генеральный директор ООО СК «Паритет-СК»

**Приказ № 07 от 16 мая 2016 года**

Предыдущие редакции утверждены:  
03 апреля 2000 года (Редакция №1)

**П Р А В И Л А**  
добровольного медицинского страхования

**(Редакция №2)**

**г. Москва**

## 1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

1.1. В соответствии с законодательством Российской Федерации, Гражданским кодексом РФ, Законом “Об организации страхового дела в Российской Федерации”, нормативными документами федерального органа исполнительной власти по надзору за страховой деятельностью настоящие Правила регулируют отношения, возникающие между Страховщиком и Страхователем по поводу добровольного медицинского страхования граждан.

1.2. **Страховщик** – Общество с ограниченной ответственностью Страховая компания «ПАРИТЕТ – СК», осуществляет страховую деятельность в соответствии с выданной федеральным органом исполнительной власти по надзору за страховой деятельностью Лицензией.

1.3. Субъектами добровольного медицинского страхования выступают:

а) **Страхователи** – юридические лица любых организационно-правовых форм, предусмотренных гражданским законодательством Российской Федерации, и дееспособные физические лица, заключившие со Страховщиком договор добровольного медицинского страхования.

Страхователи - юридические лица заключают со Страховщиком договоры о страховании третьих лиц в пользу последних (Застрахованные).

Страхователи - физические лица заключают со Страховщиком договоры страхования в свою пользу или о страховании третьих лиц в пользу последних (Застрахованные);

б) учреждения здравоохранения, включая аптеки, являющиеся их структурными подразделениями \*.

Договоры страхования заключаются в пользу граждан в возрасте от 1 года до 70 лет, проживающих на территории Российской Федерации.

1.4. Страхование проводится в индивидуальной и коллективной форме.

1.5. На страхование не принимаются:

- граждане, состоящие на учете в наркологических, психоневрологических, противотуберкулезных, кожно-венерологических диспансерах, центрах по профилактике и борьбе со СПИДом;

- инвалиды;

- больные онкологическими заболеваниями и системными заболеваниями крови;

- граждане старше 70 лет.

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

За нарушение тайны страхования Страховщик в зависимости от рода нарушенных прав и характера нарушения несет ответственность в порядке, предусмотренном гражданским законодательством Российской Федерации.

---

\* Приказ Минздрава РФ № 142 от 29.04.98 г. «О перечне видов медицинской деятельности, подлежащих лицензированию».

Приказ Минздрава РФ № 395 от 03.11.99 «Об утверждении номенклатуры учреждений здравоохранения».

## **2. ОБЪЕКТ СТРАХОВАНИЯ**

2.1. Объектом добровольного медицинского страхования является страховой риск, связанный с затратами на оказание медицинской, в том числе лекарственной, помощи при наступлении страхового случая.

## **3. СТРАХОВЫЕ СЛУЧАИ И ОБЪЕМ СТРАХОВОЙ ОТВЕТСТВЕННОСТИ**

3.1. Страховым случаем признается обращение Застрахованного, документально подтвержденное учреждением здравоохранения, за получением консультативно-диагностической, лечебной, профилактической, лекарственной или иной медицинской помощи, указанной в страховой медицинской программе, при остром заболевании, возникшем у Застрахованного по не зависящим от него причинам, а также обострению хронического заболевания, травмы, отравления, ожога, полученного Застрахованным в результате несчастного случая, требующих оказания медицинских услуг в течение срока действия договора страхования.

3.2. Перечень медицинских услуг и объем страховой ответственности (страховая сумма) по договору страхования определяются программой медицинского страхования и списком учреждений здравоохранения, в которых Застрахованный вправе получить медицинскую (лекарственную) помощь.

Программа страхования и перечень учреждений здравоохранения, в которые Застрахованный вправе обратиться за медицинскими и иными услугами, является неотъемлемой частью договора страхования.

3.3. Страховщик гарантирует предоставление квалифицированной, своевременной и адекватной медицинской помощи в учреждениях здравоохранения, указанных в полисе, и покрытие расходов учреждений здравоохранения на ее оказание в соответствии со страховой медицинской программой, избранной Страхователем и указанной в договоре страхования.

3.4. Договор страхования может быть заключен на следующих условиях:

3.4.1. на условиях гарантированного предоставления медицинских услуг при амбулаторном лечении (“Амбулаторная помощь”).

Страховщик гарантирует Застрахованным предоставление медицинских услуг в соответствии со страховой медицинской программой при амбулаторном лечении в учреждениях здравоохранения, определенных договором страхования;

3.4.2. на условиях гарантированного предоставления медицинских услуг при стационарном лечении (“Стационарная помощь”).

Застрахованным гарантируется получение медицинской помощи при обращении в стационарные учреждения здравоохранения, определенные договором страхования, в объеме медицинской программы;

3.4.3. на условиях гарантированного предоставления медицинских услуг при амбулаторном и стационарном лечении (“Комплексная медицинская помощь”).

3.5. При коллективной форме проведения страхования договор может предусматривать:

а) организацию обеспечения и оплату лекарственных средств при амбулаторно-поликлиническом лечении в сумме не более 60 % от объема ответственности Страховщика по программе “Амбулаторная помощь” (“Лекарственная помощь”).

Обеспечение лекарственными средствами осуществляется по рецепту врача при наступлении страхового случая, предусмотренного договором страхования;

б) организацию и оплату санаторно-курортного восстановительного лечения после перенесенного заболевания, являющегося страховым случаем (“Санаторно-курортное лечение”);

в) организацию предоставления и оплату стоматологической помощи в амбулаторных условиях (“Стоматология”).

3.6. Страховщик не несет страховой ответственности, если Застрахованный обратился в учреждение здравоохранения:

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

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

в) в связи с получением травматического повреждения в состоянии алкогольного, наркотического или токсического опьянения.

3.7. Страховщик не производит выплат в связи с заболеваниями и травмами, вызванными:

а) воздействием ядерного взрыва, радиации или радиоактивного заражения;

б) военными действиями, а также маневрами или иными военными мероприятиями;

в) гражданской войной, народными волнениями всякого рода или забастовками.

3.8. Решение об отказе в выплате страхового обеспечения принимается страховщиком на основании экспертного заключения и сообщается Страхователю.

3.9. При наступлении страхового случая Застрахованный обращается в учреждение здравоохранения, указанное в страховом полисе.

3.10. Если по каким-либо причинам указанное учреждение здравоохранения не может оказать необходимые медицинские услуги, входящие в страховую медицинскую программу, Застрахованный имеет право на обращение в другое учреждение здравоохранения и на выплату страхового обеспечения в сумме, указанной в счете или квитанции, но не свыше суммы стоимости данной услуги в учреждении здравоохранения приравненной категории.

Выплата производится по заявлению Застрахованного на основании представленного документа учреждения здравоохранения с указанием наименования услуги и ее стоимости, документа, подтверждающего, что прикрепленное учреждение не могло оказать эту услугу и заключения врача-эксперта Страховщика.

3.11. Отказ Страховщика в выплате страхового обеспечения может быть оспорен в порядке, предусмотренном законодательством и договором страхования.

## **4. СТРАХОВАЯ СУММА**

4.1. Страховая сумма по договору страхования определяется Страховщиком и Страхователем по их усмотрению исходя из определенных договором условий страхования, возраста и состояния здоровья Застрахованного, формы проведения страхования, срока действия договора страхования, стоимости сервисных услуг, включаемых в стоимость медицинских услуг, но не может быть менее установленной Страховщиком для конкретной программы страхования и категории учреждения здравоохранения, определенных договором страхования.

4.2. Страхователь вправе в период действия договора страхования по согласованию со Страховщиком расширить перечень медицинских услуг (лекарственной помощи), а также поменять медицинское (аптечное) учреждение в пределах, предусмотренных настоящими Правилами и утвержденными программами добровольного медицинского страхования.

Указанные изменения оформляются в письменном виде путем подписания соглашения к договору страхования с соответствующим перерасчетом страховой премии.

4.3. При заключении договора страхования по основным и дополнительной программе одновременно Страховщик несет ответственность в пределах страховой суммы по каждой из программ.

## **5. СТРАХОВАЯ ПРЕМИЯ**

5.1. Под страховой премией понимается плата за страхование, которую Страхователь обязан уплатить Страховщику в порядке и в сроки, установленные договором страхования.

5.2. При определении размера страховой премии Страховщик применяет разработанные им и согласованные с федеральным органом исполнительной власти по надзору за страховой деятельностью РФ тарифы (Приложение 1 к настоящим Правилам), определяющие премию, взимаемую с единицы страховой суммы, с учетом условий страхования (пп. 3.4 – 3.5 настоящих Правил), выбранной Страхователем программы медицинского страхования, категории учреждения здравоохранения, срока страхования и иных условий, предусмотренных договором страхования.

Размер уплачиваемой страховой премии при заключении договора страхования исчисляется путем умножения тарифа на страховую сумму (в рублях) и деления на 100.

При заключении договора страхования на основных и дополнительных условиях размер страховой премии определяется путем суммирования премий по основным и дополнительным условиям.

При заключении договора страхования на неполный год размер страховой премии исчисляется пропорционально сроку действия договора.

5.3. Страховая премия может быть уплачена наличными деньгами представителю Страховщика или перечислена на расчетный счет Страховщика путем безналичных расчетов.

Форма проведения расчетов определяется в договоре страхования.

Уплата страховой премии производится единовременно за весь срок страхования, если договором страхования не предусмотрено иное.

5.4. Страхователь обязан уплатить Страховщику страховую премию в 10-дневный срок (если иное не предусмотрено договором страхования), после подписания договора страхования. Днем уплаты страховой премии при безналичных расчетах считается день поступления денежных средств на расчетный счет Страховщика.

5.5. Если договором страхования предусмотрено внесение страховой премии в рассрочку, договором могут быть определены последствия неуплаты в установленные сроки очередных страховых взносов.

## **6. ПОРЯДОК ЗАКЛЮЧЕНИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ**

6.1. Договор страхования заключается сроком на 1 год, если иное не предусмотрено договором страхования.

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

- а) о Застрахованном лице (Застрахованных лицах);
- б) о характере события, на случай наступления которого в жизни Застрахованного лица осуществляется страхование (страхового случая);
- в) о программе страхования и перечне медицинских (аптечных) учреждений, оказывающих медицинскую (лекарственную) помощь Застрахованным;
- г) о размере страховой суммы;
- д) о сроке действия договора.

6.3. Страховщик обязан ознакомить Страхователя с содержанием Правил страхования и вручить ему один экземпляр вместе с документом, подтверждающим факт заключения договора страхования.

6.4. При заключении договора добровольного медицинского страхования Страховщик имеет право произвести медицинский осмотр страхуемого лица (страхуемых лиц) для оценки фактического состояния его (их) здоровья или потребовать выписку из истории болезни.

Предварительное медицинское освидетельствование производится за счет средств Страхователя.

В зависимости от результатов предварительного медицинского освидетельствования Застрахованному устанавливается соответствующая группа здоровья и категория полиса:

*группа здоровья I* - практически здоровые лица без отягощенной наследственности, имеющие в анамнезе детские болезни, простудные заболевания, аппендицит, грыжу; без вредных привычек или при их умеренной выраженности, не работающие на производстве с особо вредными условиями труда;

*группа здоровья II* - практически здоровые лица с повышенным риском заболевания, отягощенной наследственностью по диабету, сердечно-сосудистыми, почечно-желчнокаменными болезнями, психическими заболеваниями. В анамнезе - черепно-мозговые травмы, осложненные детские болезни, злоупотребление алкоголем, курение, работавшие или работающие на производстве с особо вредными условиями труда. Женщины детородного возраста;

*группа здоровья III* - лица трудоспособного возраста, имеющие хронические заболевания с тенденцией к обострению чаще двух раз в году, злоупотребляющие алкоголем, систематически употребляющие транквилизаторы, снотворные, страдающие выраженными неврозами, психопатиями, гипертонической болезнью I и II степени, ИБС без выраженной стенокардии, перенесшие полостные операции. Дети от 1 года до 5 лет и лица старше 60 лет.

#### 6.5. Заключение договора страхования с юридическими лицами.

6.5.1. При заключении коллективных договоров на страхование принимается любое количество работников юридического лица.

6.5.2. Основанием для заключения договора является письменное заявление Страхователя (Приложение 2 к Правилам), в котором должны быть указаны:

- полное наименование и юридический адрес Страхователя, его банковские реквизиты;
- список страхуемых граждан с указанием имени, отчества, фамилии, пола, месяца и года рождения, домашнего адреса и телефона, отношения к Страхователю (работающий, член семьи, другие лица);
- желаемые условия страхования;
- срок страхования;
- другие данные, имеющие значение для установления страховой суммы и страхового тарифа.

6.5.3. Страховщик в течение 10 рабочих дней принимает решение о возможности заключения договора страхования и делает соответствующие отметки на заявлении Страхователя.

Отношения между Страховщиком и Страхователем оформляются путем составления договора коллективного страхования, подписанного сторонами, и выдачи Страхователю страховых полисов на каждого Застрахованного (Приложения 3, 4 к настоящим Правилам).

Договор страхования оформляется в соответствии с требованиями действующего гражданского законодательства РФ. К договору прилагается список Застрахованных, являющийся неотъемлемой его частью.

В страховом полисе указывается:

- наименование Страхователя, серия и номер коллективного договора страхования, на основании которого выдан полис;
- фамилия, имя, отчество Застрахованного, его пол, год и месяц рождения;
- условия страхования;
- перечень видов медицинской помощи и медицинских услуг, предоставляемых Застрахованному по данному полису (программа страхования);
- перечень медицинских (аптечных) учреждений, в которые Застрахованный имеет право обратиться за получением медицинской (лекарственной) помощи и медицинских услуг по данному полису;
- срок действия договора страхования;
- страховая сумма;
- тарифная ставка;
- размер страховой премии;
- другие сведения в соответствии с действующим законодательством.

#### 6.6. Заключение договора страхования с физическими лицами.

6.6.1. Основанием для заключения договора страхования с физическим лицом является письменное заявление Страхователя (Приложение 2 к настоящим Правилам) с указанием:

- фамилии, имени и отчества Страхователя, его домашнего адреса и телефона;
- фамилии, имени и отчества Застрахованного, его пола, месяца и года рождения, домашнего адреса, телефона;
- желаемые условия страхования;
- срок действия договора страхования и другие желаемые условия заключения договора страхования, не противоречащие настоящим Правилам и действующему законодательству.

6.6.2. Страховщик принимает решение о возможности заключения договора страхования в течение 5 дней со дня подачи заявления от Страхователя и прохождения предварительного медицинского освидетельствования.

6.6.3. Договор страхования заключается в письменной форме и удостоверяется выдачей страхового медицинского полиса.

Страховой полис выдается в течение 5 рабочих дней после вступления договора в силу.

6.7. 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 должны быть известны Страховщику. При этом существенными могут быть признаны обстоятельства, определенно оговоренные Страховщиком в договоре страхования (страховом полисе) или в его письменном запросе.

При заключении договора страхования до получения ответов Страхователя на поставленные Страховщиком вопросы, последний не может впоследствии требовать расторжения договора либо признания его недействительным на том основании, что соответствующие обстоятельства не были сообщены Страхователем.

6.8. 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 последствий в соответствии с законодательством Российской Федерации, за исключением случая, когда обстоятельства, о которых умолчал Страхователь, уже отпали.

6.9. Договор страхования вступает в силу с даты, указанной в договоре страхования, но не ранее уплаты страховой премии:

- *путем безналичного расчета* - с 24 часов дня поступления первого взноса страховой премии на расчетный счет Страховщика;
- *наличными деньгами* - с 24 часов того дня, когда была произведена оплата.

6.10. Условия, содержащиеся в настоящих Правилах страхования и не включенные в текст договора страхования (страхового полиса), обязательны для Страхователя, если в договоре (страховом полисе) прямо указывается на применение таких Правил и сами Правила изложены в одном документе с договором (страховым полисом) или на его оборотной стороне либо приложены к нему.



6.11. В соответствии с гражданским законодательством Российской Федерации при заключении договора страхования Страхователь и Страховщик могут договориться об изменении или исключении отдельных положений Правил страхования.

## **7. ПОРЯДОК ВЫПОЛНЕНИЯ ОБЯЗАТЕЛЬСТВ ПО ДОГОВОРУ**

7.1. Право Застрахованного на получение и оплату медицинской, в том числе лекарственной, помощи, предусмотренной договором страхования, наступает с даты, указанной в договоре страхования, при условии выполнения обязательств Страхователя по уплате страховых взносов.

7.2. Предоставление медицинской (лекарственной) помощи, обусловленной договором страхования, осуществляется путем обращения Застрахованного в учреждения здравоохранения, с которыми Страховщик состоит в договорных отношениях.

При обращении Застрахованного в учреждение здравоохранения предъявляется страховой полис, выданный Страховщиком, паспорт либо другой документ, удостоверяющий личность Застрахованного.

При обращении Застрахованного (его представителя) в аптечное учреждение предъявляется рецепт, установленной формы, выписанный врачом учреждения здравоохранения, с которым Страховщик состоит в договорных отношениях.

В случае необходимости Застрахованный обращается по телефону, указанному в страховом полисе.

7.3. Оплата стоимости услуг, оказанных медицинскими (аптечными) учреждениями производится исходя из фактических затрат на оказание медицинской (лекарственной) помощи и медицинских услуг по ценам, согласованным между Страховщиком и медицинским (аптечным) учреждением, путем перечисления Страховщиком денежных средств на счет медицинского (аптечного) учреждения.

Перечисление производится после получения от медицинских учреждений счета с указанием диагноза, сроков лечения, перечня оказанных услуг, их стоимости и общей суммы расходов, понесенных по всем услугам, оказанным Застрахованному в пределах программы, предусмотренной договором страхования.

Перечисление денежных средств на счет аптечного учреждения осуществляется Страховщиком после получения от аптечного учреждения реестра на оплату лекарственных средств с приложением копий рецептов. В реестре указываются номер полиса, фамилия, имя, отчество Застрахованного, фамилия врача, выписавшего рецепт.

Взаимоотношения Страховщика с медицинским (аптечным) учреждением определяются соответствующим договором (Приложение 5 к настоящим Правилам).

## **8. ПОРЯДОК ПРЕКРАЩЕНИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ**

8.1. Договор страхования прекращается в случаях:

- а) истечения срока его действия;
- б) исполнения Страховщиком обязательств перед Страхователем по договору в полном объеме;
- в) ликвидации Страхователя, являющегося юридическим лицом, или смерти Страхователя, являющегося физическим лицом;
- г) в случае смерти Застрахованного;
- д) нарушения Застрахованным предписаний лечащего врача;

е) в других случаях, предусмотренных законодательными актами Российской Федерации.

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

8.3. Согласно гражданскому законодательству Российской Федерации Страхователь вправе отказаться от договора страхования в любое время, если к моменту отказа возможность наступления страхового случая не отпала по обстоятельствам, не отнесенным настоящими Правилами к страховым событиям.

**При досрочном отказе Страхователя от договора страхования уплаченная Страховщику страховая премия не подлежит возврату, если договором страхования либо правилами страхования не предусмотрено иное.**

8.4. Если договор страхования прекращается досрочно в связи со смертью Застрахованного Страховщик возвращает Страхователю, если он не является Застрахованным, а в других случаях наследникам по закону, часть страховой премии, пропорционально не истекшему сроку действия договора страхования.

8.5. Страховщик о своем намерении досрочно прекратить договор страхования уведомляет Страхователя не менее чем за 30 дней до предполагаемой даты прекращения договора страхования, если договором не предусмотрено иное.

В случае прекращения договора страхования по требованию Страховщика он возвращает Страхователю внесенные им страховые взносы полностью, а если требование Страховщика обусловлено невыполнением Страхователем Правил страхования, то он возвращает Страхователю страховые взносы за не истекший срок договора за вычетом понесенных расходов.

**8.6. Страхователь – физическое лицо имеет право расторгнуть договор добровольного страхования в течение десяти рабочих дней со дня его заключения независимо от момента уплаты страховой премии, при отсутствии в данном периоде событий, имеющих признаки страхового случая.**

**В случае если страхователь отказался от договора добровольного страхования в течение десяти рабочих дней со дня его заключения, и до даты возникновения обязательств страховщика по заключенному договору страхования (далее - дата начала действия страхования), уплаченная страховая премия подлежит возврату страховщиком страхователю в полном объеме.**

**В случае если страхователь отказался от договора страхования в течение десяти рабочих дней со дня его заключения, но после даты начала действия страхования, страховщик при возврате уплаченной страховой премии страхователю вправе удержать ее часть пропорционально сроку действия договора страхования, прошедшему с даты начала действия страхования до даты прекращения действия договора добровольного страхования.**

**Договор добровольного страхования считается прекратившим свое действие с даты получения страховщиком письменного заявления страхователя об отказе от договора добровольного страхования.**

**Возврат страхователю страховой премии происходит по выбору страхователя наличными деньгами или в безналичном порядке в срок, не**

**превышающий 10 рабочих дней со дня получения письменного заявления страхователя об отказе от договора страхования.**

## **9. НЕДЕЙСТВИТЕЛЬНОСТЬ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ**

9.1. Договор страхования может быть признан недействительным с момента его заключения по основаниям, предусмотренным Гражданским кодексом Российской Федерации.

При недействительности договора страхования каждая из сторон обязана возвратить другой все полученное по нему, если иные последствия недействительности договора не предусмотрены законом.

Признание договора страхования недействительным осуществляется в соответствии с гражданским законодательством Российской Федерации.

## **10. ИЗМЕНЕНИЕ СТЕПЕНИ РИСКА**

10.1. В период действия договора страхования Страхователь (Застрахованный) обязан незамедлительно сообщить Страховщику о ставших ему известными значительных изменениях в обстоятельствах, сообщенных Страховщику при заключении договора, если эти изменения могут существенно повлиять на увеличение страхового риска. При этом значительными признаются изменения, оговоренные в договоре страхования (страховом полисе) и в переданных Страхователю Правилах страхования, в том числе отнесение Застрахованного к иной категории по состоянию здоровья и выявления обстоятельств, определенных п. 1.5 настоящих Правил.

10.2. При получении информации об обстоятельствах, влекущих увеличение страхового риска Страховщик вправе потребовать изменения условий договора страхования и уплаты дополнительной страховой премии соразмерно увеличению риска.

Если Страхователь (Застрахованный) возражает против изменения условий договора страхования или доплаты страховой премии, Страховщик вправе потребовать расторжения договора в порядке, предусмотренном гражданским законодательством Российской Федерации.

При неисполнении Страхователем (Застрахованным) обязанностей по сообщению Страховщику об увеличении страхового риска последний вправе потребовать расторжения договора и возмещения убытков в порядке, предусмотренном гражданским законодательством РФ.

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 по договору страхования.**

#### ***11.1.1. Застрахованный имеет право:***

а) на получение медицинских услуг и лекарственной помощи в соответствии с условиями, указанными в договоре страхования, в медицинских (аптечных) учреждениях, перечень которых определен в договоре страхования;

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

#### ***11.1.2. Застрахованный обязан:***

- а) соблюдать предписания лечащего врача;
- б) соблюдать порядок пользования страховым полисом.

## 11.2. Права и обязанности Страхователя по договору страхования.

### *11.2.1. Страхователь обязан:*

- а) предоставить Страховщику полностью достоверную информацию, необходимую для заключения договора страхования;
- б) уплачивать взносы страховой премии в размерах и сроки, определенные договором (полисом) страхования.

### *11.2.2. Страхователь имеет право:*

- а) требовать от Страховщика в законном порядке соблюдения условий договора страхования;
- б) при коллективном страховании изменить список Застрахованных лиц в соответствии с условиями, изложенными в п.11.4 настоящих Правил;
- в) по соглашению со Страховщиком расширить перечень медицинских услуг (лекарственной помощи) в пределах, предусмотренных настоящими Правилами и утвержденными программами добровольного медицинского страхования, путем подписания соглашения к договору страхования, с соответствующим перерасчетом страховой премии;
- г) в случае увольнения Застрахованного работника, Страхователь - юридическое лицо вправе заменить его другим в соответствии с условиями, изложенными в п. 11.5 настоящих Правил;
- д) досрочно расторгнуть договор страхования.

## 11.3. Права и обязанности Страховщика.

### *11.3.1. Страховщик обязан:*

- а) своевременно вручить страховые полисы Страхователю на каждого Застрахованного;
- б) организовать предоставление Застрахованному медицинской (лекарственной) помощи и медицинских услуг, предусмотренных условиями договора страхования;
- в) обеспечить контроль за своевременным и полным обслуживанием Застрахованных.

### *11.3.2. Страховщик имеет право:*

- а) требовать от Страхователя предоставления достоверной информации, необходимой для заключения договора страхования;
- б) досрочно расторгнуть договор страхования при несоблюдении Застрахованным или Страхователем своих обязанностей по договору страхования;
- в) изменить по согласованию со Страхователем страховую сумму по договору страхования при изменении цен на предоставляемые медицинские услуги путем составления соглашения к договору страхования на условиях настоящих Правил и уплаты дополнительного страхового взноса.

11.4. В случае изменения списка Застрахованных при коллективной форме страхования Страхователь представляет Страховщику сведения, предусмотренные настоящими Правилами, о дополнительно страхуемых лицах и уплачивает за них страховую премию за период с заключения договора страхования в отношении указанных лиц до окончания срока страхования. При этом страховая премия за неполный месяц уплачивается как за полный.

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

После возврата Страховщику страховых полисов лиц, исключаемых из списка Застрахованных, вновь Застрахованным выдаются страховые полисы на условиях первоначально заключенного договора страхования.

При этом производится перерасчет размера страховой премии с учетом возраста Застрахованных за не истекший срок страхования.

## **12. ИСКОВАЯ ДАВНОСТЬ**

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

## **13. ПОРЯДОК РАЗРЕШЕНИЯ СПОРОВ**

13.1. Качество оказания медицинской (лекарственной) помощи, соответствие ее условиям, предусмотренным в договоре страхования, контролируется врачами-экспертами Страховщика.

13.2. Спорные вопросы, возникающие в процессе оказания медицинской (лекарственной) помощи Застрахованным, решает согласительная комиссия, в состав которой входят представители Страхователя, Страховщика и независимые эксперты.

При несогласии с решением согласительной комиссии Страхователь (Застрахованный) вправе потребовать независимой экспертизы с оплатой за свой счет.

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

## **14. ПОРЯДОК ВНЕСЕНИЯ ИЗМЕНЕНИЙ И ДОПОЛНЕНИЙ В ПРАВИЛА СТРАХОВАНИЯ**

14.1. Изменения и дополнения в настоящие Правила страхования с целью расширения объема обязательств Страховщика по договору страхования, включая перечень объектов страхования и страховых рисков, в обязательном порядке предварительно согласовываются с федеральным органом исполнительной власти по надзору за страховой деятельностью.

Иные изменения в настоящие Правила страхования, не противоречащие законодательству, вносятся Страховщиком самостоятельно с уведомлением в установленный срок о внесенных изменениях федерального органа исполнительной власти по надзору за страховой деятельностью.