



## ДОГОВОР добровольного медицинского страхования

№ 315/17

г. Москва

Дата оформления 15.03.2017

Настоящий Договор заключен на основании Федерального закона № 223-ФЗ «О закупках товаров, работ, услуг отдельными видами юридических лиц» и п/п 40 п.13.1.2, Положение о закупке товаров, работ, услуг Федерального государственного бюджетного учреждения науки Физического института им. П.Н. Лебедева Российской академии наук (ФИАН) от 28 декабря 2016г., для выполнения Государственного контракта № 024-7522/16/126 от 23.09.2016г.

Страховое публичное акционерное общество «РЕСО-Гарантия», в дальнейшем «Страховщик», в лице Заместителя Генерального директора - Начальника Управления медицинского страхования Суворовой Ольги Валерьевны, действующей на основании Доверенности № РГ-Д-3447/15 от 03.06.2015 г., с одной стороны, и

Федеральное государственное бюджетное учреждение науки Физический институт им.П.Н. Лебедева Российской академии наук (ФИАН), в лице Заместителя директора ФИАН Лихачевой Л.Н., действующей на основании Доверенности № 37 от 08.02.2017г., в дальнейшем «Страхователь», с другой стороны, вместе именуемые «Стороны», заключили настоящий Договор о нижеследующем.

### 1. Предмет Договора

- 1.1. Страховщик принимает на себя обязательства по организации и оплате медицинской помощи Застрахованным лицам в соответствии со Страховыми программами.
- 1.2. Настоящий Договор заключен на основании Правил медицинского страхования граждан СПАО «РЕСО-Гарантия» (Приложение № 1), являющихся неотъемлемой частью настоящего Договора.
- 1.3. Страховым случаем по настоящему Договору признается обращение Застрахованного лица в течение срока действия Договора страхования в медицинское учреждение из числа предусмотренных Договором страхования при остром заболевании, обострении хронического заболевания, травме и других несчастных случаях за получением помощи, требующей оказания медицинских услуг в пределах их перечня, предусмотренного Страховой программой.
- 1.4. Страхование осуществляется в соответствии со Страховыми программами (Приложение № 2 к Договору 315/17), и в соответствии с «Условиями предоставления медицинских услуг в рамках добровольного медицинского Страхования» (Приложение № 3), являющимися его неотъемлемой частью.
- 1.5. Каждый Застрахованный может быть застрахован по одной или более Страховых программ, при этом риск «Амбулаторная помощь» является базовым риском для каждого Застрахованного. Любые другие риски не могут быть включены в Страховые программы для Застрахованного, если ни одна из его Страховых программ не содержит риска «Амбулаторная помощь».
  - 1.5.1. Лица, в отношении которых прекращен Договор, не могут быть вновь застрахованы до истечения срока его действия. Исключение составляют сотрудники Страхователя, которые были уволены и вновь приняты на работу в период действия настоящего Договора. При этом Страховщик имеет право затребовать у Страхователя документальное подтверждение увольнения и приема этих сотрудников. Повторное страхование рассматривается как дополнительное страхование и осуществляется на основе положений ст.3 настоящего Договора.
- 1.6. Общая численность Застрахованных лиц на момент заключения Договора составляет 1 человек. Списки Застрахованных лиц (Приложение № 4 к настоящему Договору) с указанием фамилии,

имени, отчества, даты рождения, домашнего адреса и телефона, выбранных Страховых программ передаются Страхователем Страховщику при заключении Договора. Списки составляются в двух экземплярах, один из которых передается Страховщику, а один остается у Страхователя.

## 2. Срок действия Договора

- 2.1. Настоящий Договор действует: с 01.04.2017, 00 ч. 00 мин по 31.03.2018, 24 ч. 00 мин.
- 2.2. По истечении срока действия настоящий Договор автоматически не пролонгируется. За один месяц до окончания срока действия настоящего Договора Стороны ведут переговоры о заключении Договора на новый период.
- 2.3. Действие настоящего Договора прекращается и Застрахованные лица теряют право на получение медицинской помощи в случаях:
  - истечения срока действия Договора;
  - исполнения Страховщиком обязательств перед Страхователем в полном объеме;
  - соглашения Сторон о расторжении настоящего Договора;
  - неуплаты Страхователем очередных страховых взносов в установленные Договором сроки;
  - ликвидации Страхователя, как юридического лица или смерти Страхователя, если Страхователь – физическое лицо;
  - в других случаях, предусмотренных действующим законодательством РФ.

## 3. Порядок изменения условий настоящего Договора

- 3.1. Дополнительное страхование лиц и/или изменение программ страхования Застрахованных лиц осуществляется с 1 и 15 числа каждого месяца. Заявление от Страхователя предоставляется Страховщику в письменном виде (Приложение №5) не менее чем за 10 рабочих дней до предполагаемой даты соответствующего изменения списочного состава. В случае предоставления Страхователем Страховщику соответствующего заявления в срок менее, чем за 10 рабочих дней, Страховщик производит изменение списочного состава на следующую дату.
- 3.2. При дополнительном страховании Страхователь уплачивает дополнительную страховую премию в размере, оговоренном пп. 4.9, 4.10 настоящего Договора.
- 3.3. Количество замен Застрахованных в течение срока действия Договора не может превышать 10% от численности, указанной в п.1.6 настоящего Договора. Под «заменой» понимается одновременное (с одной даты) снятие и прикрепление одинакового количества Застрахованных в рамках одной Страховой программы. При этом расчет страховой премии производится в соответствии с п.4.12 настоящего Договора.
- 3.4. Изменение Страховых программ допускается не более одного раза за весь период действия Договора и производится сразу для всех лиц, застрахованных по данной Страховой программе. При этом расчет страховой премии производится в соответствии с п.4.13 настоящего Договора.
  - 3.4.1. В том числе расширение Страховых программ рисками «Стационар экстренный» и «Стационар плановый и экстренный» или замена риска «Стационар экстренный» на риск «Стационар плановый и экстренный» может производиться только одновременно для всех Застрахованных по Договору.
- 3.5. Перевод Застрахованного с одной Страховой программы на другую допускается не более одного раза за весь период действия Договора. При этом расчет страховой премии производится в соответствии с п.4.13 настоящего Договора.
- 3.6. Не допускается:
  - 3.6.1. Перевод Застрахованного со Страховой программы, не содержащей рисков «Стационар плановый и экстренный» или «Стационар экстренный», на Страховую программу, включающую эти риски.
  - 3.6.2. Перевод Застрахованного со Страховой программы, содержащей риск «Стационар экстренный», на Страховую программу, содержащую риск «Стационар плановый и экстренный».
- 3.7. Снятие со страхования Застрахованных лиц производится не ранее, чем через три рабочих дня с даты поступления Страховщику соответствующего заявления от Страхователя (Приложение №5). Расчет неиспользованной страховой премии производится в соответствии с п.4.11 настоящего Договора.
- 3.8. Прием писем на замену и дополнительное прикрепление Застрахованных прекращается за 1 месяц до окончания срока действия настоящего Договора.

- 3.9. Все изменения и дополнения в настоящий Договор должны быть внесены соглашением Сторон в письменной форме.
- 3.10. Все уведомления, поручения и сообщения, направляемые в соответствии с настоящим Договором или в связи с ним, должны быть составлены в письменной форме и будут считаться поданными надлежащим образом, если они посланы заказным письмом, по телетайпу, телексом, телефаксом, по электронной почте или доставлены нарочным под расписку по нижеуказанным юридическим адресам Сторон.
- 3.11. Стороны обязуются в течение трех дней уведомлять друг друга об изменении своего юридического адреса, почтовых и банковских реквизитов.

#### 4. Страховая сумма. Страховая премия. Порядок расчетов

- 4.1. Размер годовой страховой премии за одно Застрахованное лицо и количество Застрахованных:

Страховая программа №	Размер страховой премии на одного Застрахованного	Количество Застрахованных
1 (с коэффициентом 2)	80000	1

- 4.2. Общая страховая премия по настоящему Договору составляет: 80000.00 (Восемьдесят тысяч .00). Валюта Договора: российские рубли - RUR. Периодичность оплаты страховой премии: Единоновременно

до 01.04.2017	====80000.00 (Восемьдесят тысяч .00)	RUR
---------------	--------------------------------------	-----

Периодичность оплаты страховой премии по рискам и Страховым программам: Единоновременно.

- 4.3. При неуплате страховой премии в течение 15 дней после указанного срока настоящий Договор считается не вступившим в силу.
- 4.4. При неуплате Страхователем страховой премии в установленные п. 4.2 сроки Страховщик вправе в любой момент и в одностороннем порядке приостановить исполнение своих обязательств по Договору до момента уплаты Страхователем в полном объеме части страховой премии, уплата которой была просрочена, либо требовать досрочного прекращения действия настоящего Договора, о чем извещает Страхователя путем направления соответствующего письменного уведомления.
- 4.5. При досрочном прекращении действия Договора Страхователь обязан полностью уплатить страховую премию за весь период времени, в течение которого продолжал действовать Договор.
- 4.6. В случае досрочного прекращения действия Договора страхования в части одного или нескольких Застрахованных лиц по инициативе Страхователя неиспользованная страховая премия за этих лиц возврату не подлежит, но может быть зачтена Сторонами при последующем страховании новых лиц в рамках настоящего Договора.
- 4.7. Страховые суммы представляют собой лимит выплат по рискам для каждого Застрахованного за весь срок страхования и составляют:

Риск	Страховая сумма на одного Застрахованного
АМБУЛАТОРНАЯ ПОМОЩЬ	2000000
ПОМОЩЬ НА ДОМУ	500000

- 4.8. Страховщик гарантирует полное покрытие расходов в рамках Страховой программы (Приложение № 2 к Договору 315/17), Условий предоставления медицинских услуг (Приложение № 3) и страховой суммы, определенной п.4.7 настоящего Договора.
- 4.9. Все расчеты по настоящему договору ведутся исходя из годовой страховой премии. Дополнительное страхование лиц производится по ценам, действующим на момент заключения договора, указанным в п. 4.1 настоящего договора.
- 4.10. При дополнительном страховании лиц страховая премия по рискам и Страховым программам рассчитывается в соответствии с п. 7.8 Правил и уплачивается в соответствии с п. 4.2. Договора.
- 4.11. При снятии со страхования застрахованных лиц расчет неиспользованной страховой премии (суммы страховой премии, приходящейся на неистекший период страхования): по рискам и Страховым программам производится за неистекший оплаченный период действия настоящего договора за минусом 20% (расходы на ведение дел Страховщика).
- 4.12. При одновременном включении в Списки и исключении из Списков одинакового количества Застрахованных лиц в рамках одной Страховой программы (в соответствии с пунктом 3.3 настоящего Договора) расчет неиспользованной страховой премии и дополнительной страховой премии производится в следующем порядке:
- не производится.

- 4.13. При изменении Страховых программ Застрахованных расчет и оплата страховой премии производятся в следующем порядке:
- неиспользованная страховая премия и дополнительная страховая премия рассчитываются пропорционально неистекшему оплаченному сроку действия настоящего Договора.
- 4.14. При уменьшении численности Застрахованных на 25% и более по отношению к численности Застрахованных, указанной в п. 1.6 настоящего Договора, Страховщик оставляет за собой право увеличить размер страховой премии на одного Застрахованного в одностороннем порядке с учетом следующих параметров:

Коэффициент повышения годовой премии при уменьшении численности Застрахованных по настоящему Договору в течение срока действия настоящего Договора			
Количество месяцев, которые действовал настоящий Договор к моменту уменьшения численности настоящего Договора	Процент уменьшения численности Застрахованных по отношению к начальной численности настоящего Договора		
	25%-50%	51%-75%	свыше 75%
1-3 месяца	1.28	1.62	1.83
4-6 месяцев	1.26	1.52	1.63
7-9 месяцев	1.14	1.24	1.26
10-12 месяцев	1.05	1.08	1.11

## 5. Обязанности Сторон

- 5.1. *Страхователь* обязан:
- 5.1.1. Уплатить Страховщику страховую премию в порядке и в сроки, установленные настоящим Договором.
- 5.2. *Страховщик* обязан:
- 5.2.1. Организовать и оплатить медицинскую помощь, оказываемую Застрахованным лицам.
- 5.2.2. Контролировать соответствие оказанной Застрахованным лицам медицинской помощи условиям настоящего Договора.
- 5.2.3. Предоставить Застрахованным лицам через Страхователя индивидуальные пластиковые карточки (сертификаты) и /или электронные сертификаты, а также, при необходимости – пропуски в медицинские учреждения в течение 10 дней с момента предоставления полного пакета документов по Договору и поступления страховой премии на расчетный счет Страховщика.
- 5.3. В случае невозможности оказания медицинским учреждением помощи, предусмотренной Страховой программой, Страховщик организует медицинскую помощь в другом медицинском учреждении соответствующего профиля и ценовой категории, определенном по усмотрению Страховщика.

## 6. Ответственность Сторон

- 6.1. Стороны несут ответственность, предусмотренную действующим законодательством РФ за неисполнение или ненадлежащее исполнение условий настоящего Договора.
- 6.2. Сторона, допустившая разглашение информации, указанной в п. 8.1 настоящего Договора обязана возместить другой Стороне причиненные убытки.
- 6.3. Стороны освобождаются от ответственности за частичное или полное неисполнение обязательств по настоящему Договору, если такое неисполнение явилось следствием обстоятельств непреодолимой силы.
- 6.4. Страховщик не несет ответственность по оплате медицинской помощи, оказанной Застрахованному лицу в медицинских учреждениях, не предусмотренных Страховой программой без предварительного письменного согласования со Страховщиком.
- 6.5. Страховщик не несет ответственность за оказание медицинской помощи в случаях:
- нарушения Застрахованным лицом установленного в медицинском учреждении порядка;
  - явки Застрахованного лица по вопросу оказания медицинской помощи во время, когда не осуществляется прием соответствующим специалистом или кабинетом (лабораторией);
  - явки Застрахованного лица на прием в состоянии алкогольного, наркотического либо токсического опьянения.

- 6.6. Подписывая настоящий Договор, Страхователь подтверждает, что им получены от Застрахованных лиц письменные согласия на обработку Страховщиком их персональных данных (Приложение №6) в соответствии с требованиями действующего законодательства Российской Федерации.
- 6.7. В случае изменения списка Застрахованных лиц (принятии на страхование новых лиц) Страхователь обязан получить письменные согласия от новых Застрахованных лиц на обработку Страховщиком их персональных данных (Приложение №6).
- 6.8. Все претензии, которые могут возникнуть у Застрахованных лиц, касающиеся обработки их персональных данных Страховщиком, Страхователь обязуется урегулировать своими силами и за свой счет. Страховщик обязуется при обработке персональных данных, предоставленных ему Страхователем, соблюдать требования действующего законодательства Российской Федерации.
- 6.9. В случае, если Страховщику стало достоверно известно, что Застрахованный отказался предоставить согласие на обработку Страховщиком своих персональных данных, такой отказ признается Сторонами в качестве волеизъявления Страхователя и Застрахованного лица об отказе от Договора страхования в отношении данного Застрахованного лица, в связи с чем в отношении данного лица страхование прекращается и он подлежит исключению из перечня Застрахованных лиц по настоящему Договору. Страховщик обязуется уничтожить персональные данные Застрахованного в сроки, установленные действующим законодательством Российской Федерации.
- 6.10. Страховщик имеет право отказать вновь принимаемым на страхование лицам в возможности обслуживаться в медицинском учреждении, которое прекратило или ограничило оказание медицинской помощи для вновь принимаемых на медицинское обслуживание лиц.

## 7. Порядок урегулирования споров

- 7.1. Каждая из Сторон назначает своего представителя, ответственного за своевременную корректировку прикрепленного контингента (исключение уволившихся, прикрепление вновь принятых работников), рассмотрение спорных вопросов, оформление необходимой документации.
- 7.2. С целью рассмотрения спорных вопросов каждая из Сторон выделяет по два человека, образующих комиссию, заключение которой обязательно для Сторон.
- 7.3. По всем вопросам, не урегулированным положениями настоящего Договора, Стороны руководствуются соответствующими положениями Правил.
- 7.4. При расхождении положений Правил с положениями настоящего Договора применяются соответствующие положения настоящего Договора.
- 7.5. При противоречии положений Условий положениям Правил применяются соответствующие положения Условий.
- 7.6. При противоречии положений Условий положениям Страховой программы применяются соответствующие положения Страховой программы.

## 8. Конфиденциальность

- 8.1. Представляемая Сторонами друг другу техническая, финансовая, коммерческая и иная информация, связанная с предметом настоящего Договора, сведения о Страхователе, Застрахованных лицах, в том числе их персональные данные, данные об имущественном положении, будут считаться конфиденциальной информацией.
- 8.2. Стороны примут все необходимые и достаточные меры, чтобы предотвратить разглашение полученной информации третьим лицам.

## 9. Прочие положения

- 9.1. Все споры по настоящему Договору разрешаются путем переговоров, а в случае недостижения соглашения – в установленном законом порядке.
- 9.2. Настоящий Договор составлен в двух экземплярах, каждый из которых имеет равную юридическую силу, по одному для каждой из Сторон.
- 9.3. Настоящий Договор составлен со следующими Приложениями, каждое из которых является его неотъемлемой частью:
  - Приложение №1 – Правила медицинского страхования граждан;
  - Приложение №2 – Страховые программы;
  - Приложение №3 - Условия предоставления медицинских услуг в рамках Добровольного медицинского страхования;
  - Приложение №4 – Список Застрахованных лиц;

- Приложение №5 – Форма сопроводительного письма;
- Приложение №6 – Согласие на обработку персональных данных Застрахованного лица.

## 10. Юридические адреса, реквизиты и подписи Сторон

### Страховщик:

СПАО «РЕСО-ГАРАНТИЯ»

Адрес: 125047, Москва г, ул Гашека, д 12, стр 1 (Фактический адрес).

Реквизиты: ИНН 7710045520, Гос.рег.№ 1027700042413.

Р/с № 40701810401400000014 в АО "АЛЬФА-БАНК",

БИК 044525593 корр.счет № 30101810200000000593.

Телефон: (495) 730-30-00, факс: 251-01-68.

Представитель Страховщика/агент: ВАНЕЦОВА ГАЛИНА МИХАЙЛОВНА [71099]

Контактное лицо: ВАНЕЦОВА ГАЛИНА МИХАЙЛОВНА [71099]; Тел: /495/ 7211539.

Агентство: РЕСО-06 [93]; Тел: (495) 7211539.

Администратор Договора: ПЕТРОВА ЕВГЕНИЯ ВЛАДИМИРОВНА

### Страхователь:

Федеральное государственное бюджетное учреждение науки Физический институт им.П.Н.Лебедева Российской академии наук (ФИАН)

Адрес: 119991, ГСП-1 г. МОСКВА, ПР-КТ ЛЕНИНСКИЙ, Д 53

Телефон: (495) 3332301

Реквизиты: ИНН 7736037394, КПП 773601001

УФК по г. Москве л/с №41736010730(ФИАН)

Р/сч.№ 40501810445251000179 ГУ Банка России по ЦФО

БИК 044525000

Ответственный за учет прикрепленного контингента: Зам. директора ФИАН Лихачева Лариса Николаевна

Представитель Страховщика/агент не имеет никаких сведений, противоречащих указанным в настоящем Договоре.

Все сведения, указанные в настоящем Договоре мной или с моих слов, являются достоверными и соответствуют действительности. Упомянутые выше «Правила добровольного медицинского страхования» и приложения получил. С Правилами согласен.

Страховщик : \_\_\_\_\_ М.П.



Страхователь : \_\_\_\_\_ М.П.



	Подпись	Фамилия И. О.
Бухгалтерия	<i>Ку</i>	Николаева О.В.
Юр. служба	<i>СШ</i>	С.В. Кофасев
ПФО	<i>А.В. Сед.</i>	Четвертухина Л.А.
Руководитель темы	<i>Сар</i>	Каргашев Н.Р.

Контрактная  
служба

Степанов К.А.



## 1. ОПРЕДЕЛЕНИЯ

1.1. Договор страхования (Полис): письменное соглашение между Страхователем и Страховщиком, в силу которого Страховщик обязуется за обусловленную договором плату организовать и финансировать предоставление застрахованным лицам медицинской помощи определенного объема или иных услуг по страховым программам, а Страхователь обязуется уплатить страховую премию (страховые взносы) в установленные договором страхования сроки и в соответствующем размере.

1.2. Медицинские услуги (медицинская помощь): мероприятия или комплекс мероприятий, направленных на профилактику заболеваний, их диагностику и лечение, имеющих самостоятельное законченное значение и определенную стоимость. Медицинская помощь может быть лечебной, диагностической, консультативной, реабилитационно-восстановительной, оздоровительной, профилактической, в том числе иммунопрофилактической, фармацевтической и др.

1.3. Франшиза - определенная условиями договора страхования часть расходов, связанных с оказанием Застрахованному медицинским и иным услуг, не подлежащая возмещению Страховщиком.

1.4. Персональные данные - информация, относящаяся к определенному или определяемому на основании такой информации физическому лицу (субъекту персональных данных). Персональными данными в рамках заключаемого договора добровольного медицинского страхования признаются, в том числе: фамилия, имя, отчество, дата (год, месяц, день) рождения, паспортные данные, адрес проживания, адрес регистрации (прописки), контактные телефоны, данные о состоянии здоровья, о заболеваниях, а также о случаях обращения Застрахованного лица за медицинской помощью.

1.5. Неиспользованная страховая премия - это часть оплаченной Страхователем страховой премии, приходящейся на неистекший период страхования.

1.6. Страховая программа - виды обслуживания, медицинской помощи, страховые риски и возможные расходы, на которые распространяется страховой полис.

1.7. Эвакуация или репатриация - перемещение застрахованного в другую больницу, располагающую необходимым медицинским оборудованием, либо в той стране, где он обратился за медицинской помощью, либо в иной близлежащей стране (эвакуация), либо в стране его основного проживания или в стране его гражданства (репатриация). Услуга включает в себя все необходимое лечение на период перемещения застрахованного.

1.8. Транспортировка - перемещение застрахованного, необходимое ему по медицинским показаниям любым видом транспорта от места нахождения Застрахованного до лечебного учреждения.

1.9. Лечение - комплекс медицинских вмешательств, выполняемых по назначению медицинского работника, целью которых является устранение или облегчение проявления заболевания или заболевания либо состояния пациента, восстановление или улучшение его здоровья, трудоспособности и качества жизни.

1.10. Врач - специалист с оконченным высшим медицинским образованием, подтвержденным соответствующими документами об образовании, не являющийся родственником Застрахованного.

1.11. Предшествовавшие состояния - любое нарушение здоровья (расстройство, заболевание), травма, увечье, врожденная или приобретенная патология, хроническое или острое заболевание, психическое или нервное расстройство, которое у Застрахованного уже было диагностировано или о котором Застрахованный должен был знать или догадываться по имеющимся проявлениям или признакам, существующим на момент заключения договора страхования. Такие состояния также включают в себя любые осложнения или последствия, связанные с указанными состояниями.

1.12. Срок страхования - период времени, в течение которого на Застрахованного распространяется действие страховой защиты.

## 2. ОБЪЕКТ СТРАХОВАНИЯ

Объектом страхования является имущественный интерес Застрахованного, связанный с оплатой организации и оказания медицинской и лекарственной помощи (медицинских услуг) и иных услуг вследствие расстройства здоровья застрахованного или состояния застрахованного, требующих организации и оказания таких услуг, а также проведения профилактических мероприятий, снижающих степень опасных для жизни или здоровья застрахованного угроз и (или) устраняющих их.

## 3. СТРАХОВЫЕ РИСКИ

Страховым риском признается предполагаемое событие, обладающее признаками случайности и вероятности, с наступлением которого (наступлением страхового случая) у Страховщика возникает обязанность произвести страховую выплату.

События, являющиеся в соответствии с настоящими Правилами страховыми случаями, до момента их наступления являются страховыми рисками.

## 4. СУБЪЕКТЫ СТРАХОВАНИЯ

4.1. Субъектами добровольного медицинского страхования выступают Страховщик, Страхователь и Застрахованные лица.

4.1.1. Страховщик: СПАО «РЕСО-Гарантия», юридическое лицо, созданное в соответствии с законодательством РФ и имеющее лицензию на осуществление страховой деятельности.

4.1.2. Страхователь: юридическое или дееспособное физическое лицо, заключившее со Страховщиком договор страхования.

4.1.3. Застрахованное лицо: физическое лицо, в отношении которого заключен договор страхования и имущественные интересы которого являются объектом страхования. Застрахованными лицами могут быть граждане РФ или иностранные граждане, постоянно или временно проживающие/пребывающие на территории РФ. На страхование не принимаются граждане, госпитализированные на дату заключения договора (если договором страхования не предусмотрено иное).

4.2. Субъектами добровольного медицинского страхования могут выступать медицинские, аптечные, сервисные (ассистан-

ские) и иные организации, с которыми у Страховщика имеются договорные отношения с целью выполнения обязательств по Договору страхования.

4.2.1. Медицинские учреждения: организации любой формы собственности (лечебно-профилактические и стационарные учреждения, научно-исследовательские и медицинские институты, реабилитационно-восстановительные и санаторно-курортные учреждения и др.) и физические лица, осуществляющие медицинскую деятельность на территории Российской Федерации и (или) за ее пределами, имеющие лицензии на право осуществления медицинской деятельности в соответствии с законодательством страны, где они располагаются (если применимо), привлекаемые для оказания медицинских услуг Застрахованным.

4.2.2. Аптечные учреждения: организации, осуществляющие розничную торговлю лекарственными средствами, изготовление и отпуск лекарственных средств в соответствии с требованиями действующего законодательства РФ, имеющие лицензию на право осуществления фармацевтической деятельности, оказывающие услуги Застрахованным по программе 11 «Лекарственное обеспечение». К аптечным учреждениям относятся аптеки, аптеки учреждений здравоохранения, аптечные пункты, аптечные магазины, аптечные киоски. (ст. 4 Закона о лекарственных средствах).

4.2.3. Сервисные (ассистанские) учреждения - специализированная организация, которая по поручению Страховщика обеспечивает организацию услуг, предусмотренных Договором страхования, и имеет соответствующие договорные отношения с медицинскими учреждениями.

## 5. СТРАХОВОЙ СЛУЧАЙ

5.1. Страховым случаем является

обращение Застрахованного лица в течение срока действия договора страхования в медицинское или аптечное учреждение из числа предусмотренных договором страхования или согласованных со Страховщиком при остром заболевании, обострении хронического заболевания, травме и других несчастных случаях за получением медицинской (лечебной, диагностической, консультативной, реабилитационно-восстановительной, оздоровительной, диспансерной, профилактической, в том числе иммуно-профилактической, фармацевтической и др.) и иной (в том числе медико-социальной, медико-транспортной, транспортной, сервисной и др.) помощи, требующей оказания медицинских услуг в пределах их перечня, предусмотренного договором страхования и в соответствии со страховой программой, на условиях которой заключен договор страхования.

5.2. Страховым случаем не является и Страховщик не возмещает стоимость медицинских услуг, оказанных Застрахованному лицу:

5.2.1. в медицинских учреждениях, не предусмотренных в договоре страхования, и выбор которых не был согласован со Страховщиком.

5.2.2. в связи с патологическими состояниями и травмами, возникшими или полученными:

5.2.2.1. в состоянии или вследствие алкогольного, наркотического, токсического и иного опьянения Застрахованного лица;

5.2.2.2. при управлении Застрахованным лицом транспортным средством под воздействием лекарственных препаратов, ухудшающих реакцию и внимание, в болезненном или утомленном состоянии;

5.2.2.3. вследствие передачи Застрахованным лицом управления транспортным средством лицу, находящемуся в состоянии опьянения (алкогольного, наркотического, токсического или иного) или под воздействием лекарственных препаратов, ухудшающих реакцию и внимание, в болезненном или утомленном состоянии;

5.2.3. в связи с получением травматического повреждения или иного расстройства здоровья, наступившего в результате или при совершении Застрахованным противоправных действий;

5.2.4. в связи с умышленным причинением Застрахованным себе телесных повреждений, суицидальными попытками;

5.2.5. не назначенных врачом или выполняемых по желанию Застрахованного;

5.2.6. обращение Застрахованного лица в медицинское учреждение за получением услуг, связанных с преодолением последствий травм, оперативных вмешательств, заболеваний и иных состояний (беременность, роды и т.д.), произошедших за пределами непрерывного периода добровольного медицинского страхования в СПАО «РЕСО-Гарантия»

5.3. Не является страховым случаем и не подлежит возмещению стоимостью медицинских услуг, оказанных Застрахованному лицу в связи с:

5.3.1. военными действиями, маневрами или иными военными мероприятиями, актами терроризма;

5.3.2. гражданской войной, народными волнениями всякого рода или забастовками;

5.3.3. воздействием ядерного взрыва, радиации или радиоактивного заражения.

5.3.4. стихийными бедствиями.

5.4. не является страховым случаем событие, произошедшее после увеличения страховой суммы, если о таком увеличении Страхователь (Застрахованный) не сообщил Страховщику в порядке и форме, установленной настоящими Правилами и/или условиями действующего договора страхования.

## 6. СТРАХОВАЯ СУММА, СТРАХОВАЯ ПРЕМИЯ, ФРАНШИЗА

6.1. Страховой суммой является предельный уровень страхового обеспечения по договору медицинского страхования, определяемый исходя из перечня и стоимости медицинских услуг, предусмотренных договором страхования.

6.2. Размер страховой суммы устанавливается Страховщиком по соглашению со Страхователем в договоре страхования.

6.3. Страховой премией является плата за страхование, которую Страхователь обязан уплатить Страховщику в порядке и в сроки, установленные договором страхования. Часть страховой премии является страховым взносом.

6.4. Страховщик при определении размера страховой премии применяет разработанные страховые тарифы.

6.5. При определении размера страховой премии и оценки степени страхового риска Страхователю (лицу, принимаемому на страхование) может быть предложено заполнить Медицинскую анкету (Приложение №6 к настоящим Правилам). Сведения, указанные в заявлении на страхование или в Медицинских анкетах, подтверждаются подписью Страхователя (лица, принимаемого на страхование). В случае необходимости, для уточнения указанных данных, Страховщик имеет право запросить от каждого лица, принимаемого на страхование:

6.5.1. Предоставления выписок из историй болезни и/или заключений лечащих врачей о заболеваниях и состояниях, существующих на момент обращения к Страховщику;

6.5.2. Предоставления Удостоверения об инвалидности, при его наличии;

6.5.3. Предоставления справок из диспансеров о постановке/снятии с учета;

6.5.4. Проведения за счет Страхователя (Застрахованного) предварительного медицинского обследования для оценки фактического состояния здоровья.

В случае отказа Страхователя (лица, принимаемого на страхование) от заполнения Медицинской анкеты, прохождения медицинского обследования или от предоставления вышеперечисленных документов, Страховщик имеет право отказать Страхователю в заключении Договора страхования.

6.6. Страховой тариф представляет собой ставку страховой премии с единицы страховой суммы или объекта страхования. Страховщик в каждом конкретном случае при заключении договора страхования, в зависимости от степени страхового риска и с учетом особенностей страхования конкретного лица (лиц) применяет к базовым страховым тарифам (тарифным ставкам) повышающие или понижающие коэффициенты.

6.7. По соглашению Сторон, страховая премия в договоре страхования может быть указана в иностранной валюте, эквивалентом которой являются соответствующие суммы в рублях. В этом случае страховая премия уплачивается в рублях по установленному договором страхования курсу данной валюты (но не ниже курса Центрального Банка РФ на день уплаты (перечисления)).

6.8. При заключении договора страхования с применением нескольких страховых программ страховая премия определяется по каждой из включенных в договор страхования страховых программ. Размер страховой премии по договору страхования, включающему несколько страховых программ, определяется путем суммирования премий по этим программам.

6.9. Страховая премия по договорам страхования уплачивается одновременно либо в рассрочку в соответствии с условиями договора страхования и в оговоренные договором сроки.

6.10. Страховая премия уплачивается:

6.10.1. в безналичной форме путем перечисления на расчетный счет Страховщика;

6.10.2. в наличной форме в кассу Страховщика.

6.11. Моментом уплаты страховой премии считается:

6.11.1. при безналичной оплате - день поступления денежных средств на расчетный счет Страховщика;

6.11.2. при оплате наличными средствами - день уплаты страховой премии в кассу Страховщика или их передачи представителю (агенту) Страховщика.

6.12. В случае неплаты Страхователем в установленный договором страхования срок страховой премии (при уплате страховой премии одновременно) или первого взноса (при уплате страховой премии в рассрочку) договор страхования считается не вступившим в силу, т.е. у Страховщика не возникает обязательств по такому договору страхования.

6.13. В случае несвоевременной и (или) неполной оплаты очередного (рассроченного) взноса Страховщик направляет Страхователю письменное уведомление (составленное в произвольной форме) с требованием погасить задолженность к установленной в письменном уведомлении дате либо направляет Страхователю письменное уведомление о расторжении Договора страхования в связи с неисполнением/неадекватным исполнением обязанности по оплате страховой премии, уплачиваемой в рассрочку.

6.14. В Договоре страхования может быть установлена условная, безусловная или временная франшиза.

6.14.1. При условной франшизе Страховщик освобождается от оплаты расходов, связанных с оказанием Застрахованному медицинским и иных услуг, если их размер не превышает франшизу.

6.14.2. При безусловной франшизе обязательства Страховщика определяются размером расходов за минусом франшизы.

6.14.3. Франшиза определяется обеими Сторонами в процентном отношении к страховой сумме или в абсолютной величине.

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

6.15. Если договором страхования предусмотрена франшиза, но не указаны условия ее применения (условная или безусловная), то считается, что франшиза является безусловной.

## 7. ЗАКЛЮЧЕНИЕ, СРОК ДЕЙСТВИЯ И ПРЕКРАЩЕНИЕ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ

7.1. Основанием для заключения договора страхования является письменное заявление Страхователя, форма которого устанавливается Страховщиком и в котором сообщаются данные, необходимые для заключения Договора страхования, в том числе список застрахованных лиц. Также для заключения договора страхования Страховщику (по его запросу) должны быть предоставлены письменные согласия на обработку персональных данных от каждого Застрахованного лица.

В случае необходимости (по усмотрению Страховщика) помимо документов, предусмотренных в настоящем пункте Правил, Страховщик вправе потребовать от Страхователя предоставле-

ния документов и сведений, указанных в п.6.5 Правил.

7.2. Договор страхования заключается в письменной форме путем составления одного документа, подписанного обеими сторонами, либо вручения Страховщиком Страхователю страхового полиса, подписанного Страховщиком.

7.2.1. Если Страхователем выступает юридическое лицо, в Договоре страхования указываются:

- наименование и юридический адрес Страхователя, банковские реквизиты;
- наименование и юридический адрес Страховщика, банковские реквизиты;
- Ф.И.О. ответственного лица со стороны Страхователя и ответственного лица со стороны Страховщика, подписывающих договор страхования, их полномочия;
- Страховая(ые) программа(ы) с перечнем медицинских учреждений, в которые Застрахованные имеют право обратиться за получением медицинских услуг;
- Численность застрахованных лиц по страховым программам, общая численность застрахованных по договору страхования;
- Список застрахованных по установленной Страховщиком форме с указанием фамилии, имени, отчества, пола, даты рождения, адреса проживания, контактных телефонов, номера страховых программ по договору и других персональных данных по запросу Страховщика;
- условия страхования;
- срок действия договора страхования;
- размер страховой премии, подлежащей уплате, порядок и форма его уплаты
- страховая сумма
- иные не противоречащие Законодательству РФ условия.

7.2.2. Если Страхователем выступает физическое лицо, в Договоре страхования указываются:

- Ф.И.О. Страхователя;
- домашний адрес и телефон Страхователя;
- паспортные данные Страхователя;
- наименование и юридический адрес Страховщика, банковские реквизиты;
- Ф.И.О. ответственного лица со стороны Страховщика, подписывающего договор страхования, его полномочия;
- Страховая(ые) программа(ы) страхования с перечнем медицинских учреждений, в которые Застрахованные имеют право обратиться за получением медицинских услуг;
- Список застрахованных по установленной Страховщиком форме с обязательным с указанием фамилии, имени, отчества, пола, даты рождения, адреса проживания, контактных телефонов, номера страховых программ по договору;
- условия страхования;
- срок действия договора страхования;
- размер страховой премии, подлежащей уплате, порядок и форма его уплаты;
- страховая сумма
- иные не противоречащие Законодательству РФ условия.

7.3. Страховая программа формируется по выбору Страхователя, согласованному со Страховщиком. Договор страхования может содержать различные страховые программы как из числа страховых программ, являющихся приложением к Правилам страхования, так и содержащей программу, составленную из перечня медицинских и иных услуг.

7.3.1. Перечень медицинских и иных услуг по Договору страхования в рамках конкретной страховой программы, а также любое сочетание страховых программ может иметь оригинальное название.

7.3.2. Страховая программа, являющаяся приложением к договору страхования может иметь текстовое изложение, отличное от текстового изложения программ, являющихся приложением к Правилам страхования.

7.4. Одновременно с Договором страхования Страхователю (Застрахованным) может вручаться сертификат (индивидуальная пластиковая карточка), являющийся именным документом, удостоверяющим право Застрахованного лица на получение медицинских услуг по договору страхования.

7.4.1. Сертификат (индивидуальная пластиковая карточка) содержит уникальный номер, ФИО застрахованного, срок страхования. В ряде случаев сертификат (индивидуальная пластиковая карточка) может использоваться как пропуск в медицинское учреждение.

7.4.2. Сертификат (индивидуальная пластиковая карточка) выдается Страхователю в течение семи рабочих дней после вступления договора страхования в силу.

7.4.3. В случае утраты сертификата (индивидуальной пластиковой карточки) в период действия договора страхования Страхователю (Застрахованному лицу) на основании его письменного заявления выдается дубликат, после чего утраченный сертификат (индивидуальная пластиковая карточка) считается аннулированным.

7.4.4. При утрате дубликата сертификата (индивидуальной пластиковой карточки) в период действия договора для получения второго и последующих дубликатов Страхователь уплачивает Страховщику денежную сумму в размере стоимости изготовления.

7.4.5. Страхователю (Застрахованному) запрещается передавать сертификат (индивидуальную пластиковую карточку) другому лицу с целью получения им услуг по Договору страхования. Страховщик не возмещает расходы на оказание услуг лицам, не указанным в Договоре страхования как Застрахованный.

7.5. Договор страхования вступает в силу в сроки, установленные в договоре страхования, но не ранее даты уплаты страховой премии или первого ее взноса, если иное не указано в Договоре страхования. Днем уплаты страховой премии считается дата поступления денежных средств на расчетный счет или в кассу Страховщика.

7.6. Предоставление медицинских услуг, предусмотренных договором страхования, осуществляется при обращении Застрахованного лица в медицинские учреждения, предусмотренные в договоре страхования или в медицинскую диспетчерскую службу Страховщика. При обращении Застрахованного лица в медицинское учреждение предъявляется страховой полис либо сертифи-

кат (индивидуальная пластиковая карточка), паспорт или иной документ, удостоверяющий личность Застрахованного лица.

7.7. Договор страхования заключается сроком на один год, если условиями договора не предусмотрено иное.

7.8. При заключении договора сроком менее одного года, а также при дополнительном страховании лиц на срок менее одного года в рамках действующего договора, размер страховой премии составляет:

Срок страхования, мес.	Процент от годовой страховой премии по страховой программе
до 1 месяца	- 30 %
от 1 до 2 месяцев	- 40 %
от 2 до 3 месяцев	- 50 %
от 3 до 4 месяцев	- 60 %
от 4 до 5 месяцев	- 65 %
от 5 до 6 месяцев	- 70 %
от 6 до 7 месяцев	- 75 %
от 7 до 8 месяцев	- 80 %
от 8 до 9 месяцев	- 85 %
от 9 до 10 месяцев	- 90 %
от 10 до 11 месяцев	- 95 %

7.9. Договор страхования прекращается, и Застрахованное лицо утрачивает право на получение медицинских услуг в случае:

- 7.9.1. истечения срока действия;
- 7.9.2. исполнения Страховщиком обязательств по договору в полном объеме;
- 7.9.3. неуплаты Страхователем очередного страхового взноса в установленные договором страхования сроки и в определенном размере (с учетом положений п.6.13 Правил);
- 7.9.4. смерти Страхователя - физического лица или Застрахованного лица;
- 7.9.5. ликвидации Страховщика в установленном законодательством Российской Федерации порядке;
- 7.9.6. признания судом договора страхования недействительным;
- 7.9.7. в других случаях, предусмотренных действующим законодательством Российской Федерации и настоящими правилами.

7.10. Страхователь вправе отказаться от договора страхования в любое время. При досрочном отказе Страхователя от договора страхования уплаченная Страховщику страховая премия не подлежит возврату.

7.11. В случае досрочного прекращения действия Договора страхования в части одного или нескольких застрахованных лиц по инициативе Страхователя, неиспользованная страховая премия за этих лиц возврату не подлежит, но может быть зачтена Страховщиком при последующем страховании новых лиц в рамках этого же действующего Договора страхования и/или учтена им при уплате последующих страховых взносов по тому же Договору.

7.12. О намерении досрочно расторгнуть договор страхования стороны обязаны уведомить друг друга не менее чем за 30 дней до предполагаемой даты прекращения договора страхования, если договором страхования не предусмотрено иное.

7.13. В случае прекращения договора страхования Страхователь (Застрахованное лицо) обязан в течение 3-х рабочих дней вернуть Страховщику страховую полис и/или сертификат (индивидуальную пластиковую карточку).

7.14. В случае прекращения договора страхования по требованию Страховщика, последний возвращает Страхователю неиспользованную страховую премию за неистекший срок договора за вычетом понесенных расходов. Возврат неиспользованной страховой премии производится только в отношении оплаченной части суммы страховой премии, предусмотренной Договором, исходя из следующих параметров:

$$НСП = \sum_{n=1}^n B_{3x} \times (1 - K_{рас}) \times D_{к}; \text{ где}$$

- НСП - Неиспользованная страховая премия
- n - количество оплаченных страховых взносов
- D<sub>к</sub> - Число дней до окончания оплаченного периода
- B<sub>3x</sub> - Сумма фактически оплаченных страховых взносов
- K<sub>рас</sub> - Коэффициент расходов на ведение дела
- D<sub>опл</sub> - Число дней оплаченного периода

7.15. Если после заключения договора страхования будет установлено, что Страхователь сообщил Страховщику недостоверные (заведомо ложные) сведения о состоянии здоровья застрахованных им лиц, или иные сведения, имеющие существенное значение для определения вероятности наступления страхового случая, Страховщик вправе потребовать признания недействительным договора страхования в отношении этих лиц.

7.16. Если в течение срока действия договора страхования у Застрахованных лиц выявляются заболевания, указанные в Договоре как не являющиеся страховым случаем, то Страховщик имеет право прекратить организацию и оплату медицинской и иной помощи, направленной на преодоление (лечение) данных заболеваний, их последствий и осложнений.

7.17. В случае отказа Страхователя, являющегося физическим лицом, от Договора страхования в течение 5 рабочих дней со дня его заключения (независимо от момента уплаты страховой премии) при условии отсутствия событий, имеющих признаки страхового случая, произошедших в данном периоде, возврату подлежит:

- уплаченная страховая премия в полном объеме, если Страхователь отказался от Договора до даты возникновения обязательств Страховщика по Договору (далее - до даты начала действия страхования).
- часть уплаченной страховой премии за неистекший срок действия Договора страхования, пропорционально сроку действия Договора, если Страхователь отказался от Договора после даты начала действия страхования. В этом случае 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.

Для целей реализации настоящего пункта Договор страхования считается прекратившим свое действие с даты получения Страховщиком письменного заявления Страхователя об отказе от Договора страхования или иной даты, установленной по соглашению сторон, но не позднее пяти рабочих дней со дня заключения Договора.

Для целей реализации настоящего пункта возврат страховой премии (части страховой премии) осуществляется 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.

В случае противоречия положений настоящего пункта Правил иным положениям настоящих Правил, положения настоящего пункта имеют преимущественную силу.

## 8. ПОСЛЕДСТВИЯ ИЗМЕНЕНИЯ СТЕПЕНИ РИСКА

8.1. В период действия договора страхования Страхователь (Застрахованное лицо) обязан незамедлительно в письменной форме 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. Значительными изменениями признаются изменения в обстоятельствах, оговоренных в письменном заявлении и/или определенно оговоренные Страховщиком в Договоре страхования.

8.2. Страховщик, уведомленный об обстоятельствах, влекущих увеличение страхового риска, вправе потребовать изменения условий договора страхования или уплаты дополнительной страховой премии соразмерно увеличению риска.

8.3. Если Страхователь возражает против изменения условий договора страхования или уплаты дополнительной страховой премии в соответствии с п.8.2 настоящих правил, то, в соответствии с Гражданским Кодексом Российской Федерации, Страховщик вправе потребовать расторжения договора и возмещения убытков, причиненных расторжением договора.

## 9. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

9.1. Страхователь (Застрахованное лицо) имеет право:

- 9.1.1. выбирать страховые программы в любом их сочетании и наполнении медицинскими и иными услугами, медицинскими и иными учреждениями, оказывающими услуги по Договору страхования, из числа предложенных Страховщиком и по согласованию с ним;
- 9.1.2. осуществлять контроль за выполнением условий договора страхования;
- 9.1.3. изменить численность Застрахованных лиц по договору страхования путем подписания дополнительного соглашения к Договору страхования с предоставлением Страховщику необходимых сведений;
- 9.1.4. расширить перечень медицинских услуг по дополнительному соглашению со Страховщиком, и уплатить дополнительную страховую премию;
- 9.1.5. досрочно прекратить договор страхования в отношении конкретного Застрахованного лица после предварительного письменного уведомления Страховщика;
- 9.1.6. получать медицинские услуги в соответствии с условиями договора страхования;
- 9.1.7. получить дубликат сертификата (индивидуальной пластиковой карточки) в случае его утраты;
- 9.1.8. отказаться на основании письменного заявления Страховщику от Договора страхования в любое время, если к моменту отказа возможность наступления страхового случая отпала по обстоятельствам иным, чем страховой случай.
- 9.1.9. в случае неудовлетворенности качеством оказанных медицинских или сервисных услуг, направить в адрес Страховщика письменную жалобу по электронной почте, факсу или на бумажном носителе;
- 9.1.10. получить доступ к своим персональным данным, обрабатываемым Страховщиком, с правом совершения действий в отношении этих персональных данных, предусмотренных действующим законодательством Российской Федерации.

В соответствии с настоящим пунктом Правил право на получение доступа к персональным данным Застрахованного лица, обрабатываемым Страховщиком, с правом совершения действий в отношении этих персональных данных, предусмотренных действующим законодательством Российской Федерации, имеет Застрахованное лицо или его законный представитель.

9.2. Страхователь (Застрахованное лицо) обязан:

- 9.2.1. своевременно уплачивать страховую премию (страховые взносы) в размерах и порядке, предусмотренных договором страхования;
- 9.2.2. при заключении договора страхования предоставить Страховщику запрошенные им достоверные документы и сведения, влияющие на степень страхового риска.
- 9.2.2.1. При предварительном анкетировании: достоверные ответы на вопросы анкеты о лицах, принимаемых на страхование, в том числе о показателях здоровья этих лиц;
- 9.2.2.2. При отсутствии анкетирования сообщить о следующих фактах состояния здоровья лиц, принимаемых на страхование (при условии, что Страхователь располагает данной информацией):
  - Наличии I-ой или II-ой группы инвалидности;
  - Наличии онкологических заболеваний, особо опасных инфекций, ВИЧ-инфекции, туберкулеза, сахарного диабета
  - Наркозависимости, алкоголизма
- 9.2.3. в период действия договора незамедлительно в письменной форме 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;
- 9.2.4. довести до сведения Застрахованных лиц условия предоставления медицинской помощи;
- 9.2.5. соблюдать предписания лечащего врача;
- 9.2.6. обеспечить сохранность страхового полиса и/или сертификата (индивидуальной пластиковой карточки), и не передавать их другим лицам для получения медицинских услуг;
- 9.2.7. соблюдать порядок, установленный в медицинском учреждении;
- 9.2.8. соблюдать морально-этические нормы поведения при общении с врачами и иным персоналом медицинских учреждений и сотрудниками Страховщика;



9.2.9. возместить Страховщику понесенные им затраты за предоставленные услуги, указанные в п.9.4.7 в течение 5-ти банковских дней с даты получения соответствующего счета от Страховщика.

9.2.10. получить от Застрахованных лиц, а в случае, если Страхователем заключается договор в отношении себя, предоставить самостоятельно письменное(ые) согласие(я) на обработку Страховщиком его (их- Застрахованных лиц) персональных данных, в соответствии с требованиями действующего законодательства Российской Федерации.

9.2.11. по запросу Страховщика незамедлительно (в течение 1 (одного) рабочего дня с момента получения соответствующего запроса Страховщика) предоставить ему указанные в п.9.2.10 письменные согласия Застрахованных лиц

9.3. Страховщик обязан:

9.3.1. ознакомить Страхователя с настоящими правилами;

9.3.2. выдать страховой полис и/или сертификат (индивидуальную пластиковую карточку) Страхователю;

9.3.3. организовать предоставление Застрахованным лицам медицинских услуг в соответствии со страховой программой;

9.3.4. В случае невозможности оказания медицинским учреждением помощи, предусмотренной Страховой программой, организовать медицинскую помощь в другом медицинском учреждении соответствующего профиля и ценовой категории, определенном по своему усмотрению. При этом, объем медицинской помощи по Страховым программам ограничивается рамками возможностей медицинских учреждений, сотрудничающих со Страховщиком в соответствующем Субъекте Российской Федерации.

9.3.5. не разглашать персональные данные Страхователя (Застрахованного лица);

9.3.6. контролировать объем и сроки услуг, предоставленных Застрахованному в соответствии с условиями Договора страхования;

9.3.7. произвести в установленном порядке оплату услуг, оказанных в соответствии с условиями заключенного Договора страхования при наступлении страхового случая;

9.3.8. соблюдать тайну страхования;

9.3.9. при поступлении жалобы от Страхователя (Застрахованного лица), направленной в адрес Страховщика в соответствии с п.9.1.9 настоящих Правил страхования предпринимать все необходимые меры по изучению и урегулированию ситуации, и в течение 15 рабочих дней с момента получения жалобы направить ему письменный ответ.

9.4. Страховщик имеет право:

9.4.1. требовать от Страхователя предоставления достоверной информации, необходимой для заключения договора страхования;

9.4.2. досрочно расторгнуть договор страхования в случае нарушения Страхователем (Застрахованным лицом) условий договора или п.9.2 настоящих Правил, если это предусмотрено действующим законодательством;

9.4.3. выяснять причины и обстоятельства страхового случая, включая направление запросов в соответствующие учреждения о факте и причинах страхового случая;

9.4.4. организовывать экстренную медицинскую помощь Застрахованным по жизненным показаниям с привлечением муниципальной медицины (скорая медицинская помощь «03»; госпитализация в ближайший муниципальный стационар и пр.) с дальнейшей организацией перевода по желанию Страхователя (Застрахованного) и при отсутствии медицинских противопоказаний в одно из медицинских учреждений, предусмотренных Договором страхования;

9.4.5. по согласованию со Страхователем изменять страховую программу в случае прекращения взаимоотношений с медицинским учреждением, предусмотренным Договором страхования;

9.4.6. в случае отсутствия возможности предоставления медицинских и иных услуг Застрахованному в медицинских и иных учреждениях, определенных Договором страхования, организовать предоставление необходимых и соответствующих по объему услуг Застрахованному на базе иных учреждений соответствующего профиля, определенных по усмотрению Страховщика;

9.4.7. предъявлять Страхователю счет на возмещение затрат, возникших и понесенных Страховщиком при исполнении обязательств по договору, при условии, что:

9.4.7.1. эти затраты явились следствием несоблюдения Страхователем (Застрахованным) условий договора (ложный вызов скорой медицинской помощи; ложный вызов врача на дом; неявка Застрахованного лица на прием к врачу или диагностическое исследование; утеря страховых полисов или сертификатов (индивидуальных пластиковых карточек) и т.д.)

9.4.7.2. предоставленные услуги, выходя за рамки страхового покрытия, имели характер жизненных медицинских показаний, и оказание таких услуг в экстренном порядке могло повлечь существенное ухудшение состояния здоровья Застрахованного (оплата расходных материалов и/или дорогостоящих лекарственных средств при стационарной помощи; оказание экстренной помощи по нестраховому заболеванию или в ситуациях, указанных в пп. 5.2, 5.3 настоящих Правил)

9.4.8. самостоятельно принимать решение о предоставлении

9.4.9. рассматривать действия Застрахованного лица как действия самого Страхователя.

9.5. В случае увеличения численности Застрахованных лиц Страхователь представляет Страховщику дополнительный список застрахованных установленной формы и уплачивает дополнительную страховую премию за неистекший период страхования в соответствии с условиями договора страхования.

## 10. ПОРЯДОК ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЫ

10.1. Право Застрахованного лица на получение медицинских услуг, предусмотренных договором страхования, наступает с момента вступления договора в силу.

10.2. Для получения медицинских услуг Застрахованное лицо обращается в медицинские учреждения, предусмотренные договором страхования или непосредственно к Страховщику по телефону, указанному в страховом полисе и/или сертификате (индивидуальной пластиковой карточке), для получения информации о порядке предоставления медицинской помощи.

10.3. В случае выявления у Застрахованного заболевания и состояний, не предусмотренных договором страхования и/или при которых лечение не может быть осуществлено в медицинских учреждениях, сотрудничающих со Страховщиком, Страховщик оказывает содействие в направлении Застрахованного в специализированное медицинское учреждение. При этом Страховщик не компенсирует расходы по оплате медицинских услуг, оказанных Застрахованному в этих медицинских учреждениях.

10.4. Оплата стоимости медицинских услуг, оказанных Застрахованному лицу медицинскими учреждениями, производится исходя из фактических затрат на оказание медицинских услуг по ценам, согласованным между Страховщиком и медицинским учреждением, после выставления медицинским учреждением Страховщику счета по оказанным услугам.

10.5. Страховщик оплачивает счет, выставленный медицинским учреждением в течение 15-ти дней с даты его получения, если договором страхования или договором с медицинским учреждением не установлено иное.

10.6. Во всех случаях Страховщик оплачивает услуги медицинских учреждений только в пределах страховой суммы.

10.6.1. При необходимости оказания Застрахованному лицу медицинских услуг сверх страховой суммы эти услуги могут быть оказаны Застрахованному только после увеличения страховой суммы по договору с соответствующим увеличением страховой премии. Размер дополнительной страховой премии определяется Страховщиком и отражается в соответствующем дополнительном соглашении к договору страхования

10.6.2. При отказе Страхователя в оплате дополнительной страховой премии решение вопроса о возможности получения Застрахованным лицом медицинских услуг в медицинских учреждениях, определенных в договоре страхования, за счет личных средств решается Застрахованным лицом индивидуально.

10.7. Не является страховым случаем и Страховщик не оплачивает расходы на медицинские и иные услуги, оказанные Застрахованному лицу если:

- Страхователь сообщил Страховщику недостоверные или неполные сведения, имеющие значение для оценки страхового риска;

- Застрахованным лицом не выполнялись предписания лечащего врача или нарушался определенный лечащим врачом больничный режим;

- медицинские услуги оказаны Застрахованному лицу в медицинских учреждениях, не предусмотренных договором страхования и не согласованных со Страховщиком;

- медицинские услуги, не предусмотрены договором страхования;

- данные услуги были оказаны по желанию Застрахованного, а также вопреки рекомендациям врача или иного специалиста в рамках их компетенции;

- данные расходы возникли по окончании срока действия Договора страхования, за исключением расходов, связанных с экстренной госпитализацией Застрахованного, начавшейся в течение срока действия Договора страхования;

- данные расходы связаны с повторным выполнением исследований для плановой госпитализации, не состоявшейся по инициативе Застрахованного;

- это расходы по плановой госпитализации застрахованного, начиная с 1-го дня после даты окончания действия Договора страхования.

10.8. Решение об отказе в страховой выплате принимается Страховщиком и сообщается Страхователю в письменной или устной форме в течение 15 дней с даты получения документов на выплату с мотивированным обоснованием причин отказа.

10.9. В отдельных случаях Страховщик может рассмотреть вопрос о возмещении расходов, понесенных Страхователем (Застрахованным) по оплате медицинских и/или иных услуг, оказанных по согласованию со Страховщиком и в соответствии с условиями Договора страхования, непосредственно Страхователю (Застрахованному) наличными деньгами или перечислением на его счет.

10.9.1. Затраты должны быть признаны Страховщиком обоснованными если они соответствуют положениям конкретного дого-

вора страхования, а так же подтверждаются документами, перечисленными в пункте 10.10 настоящих Правил, являющиеся необходимыми и оплачены Страхователем (Застрахованным) в полном объеме.

10.9.2. Заявление Застрахованного принимается в срок не позднее 90 календарных дней после получения им медицинских услуг.

10.9.3. Возмещение производится в течение 15-ти рабочих дней после получения от Застрахованного всей необходимой документации.

10.10. Для осуществления выплаты в соответствии с п.10.9. настоящих Правил, Застрахованный должен предоставить Страховщику следующие оригинальные документы:

- Заявление в адрес Страховщика;

- Договор с медицинским или иным учреждением на предоставление платных медицинских услуг или документ его заменяющий;

- оплаченный счет с указанием медицинского или иного учреждения, перечня оказанных услуг и их стоимости;

- квитанция и кассовый чек;

- выписка из истории болезни или другой документ, подтверждающий получение застрахованным оплаченной им услуги, и заверенный подписью и печатью медицинского или иного учреждения;

10.11. Страховщик производит страховые выплаты за следующие виды услуг:

10.11.1. за простые, сложные и комплексные медицинские услуги,

10.11.2. за сервисные услуги, связанные с организацией медицинской помощи, транспортировкой, эвакуацией или репатриацией, а так же с предоставлением самих медицинских услуг;

10.11.3. за лекарственные средства и расходные материалы, приобретаемые в аптеках по назначению врача, а также полученные в лечебном учреждении, стоимость которых является отдельной медицинской услугой

10.11.4. за койко-день при стационарном, стационарозамещающем, реабилитационно-восстановительном лечении, в стоимость которого могут входить все или отдельные медицинские и иные услуги;

10.11.5. за услуги по комплексному диспансерному/профилактическому наблюдению Застрахованных в течение всего срока действия договора страхования с целью своевременного выявления и профилактики различных заболеваний, в том числе профессиональных заболеваний;

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

## 11. ПЕРСОНАЛЬНЫЕ ДАННЫЕ

11.1. Заключая договор страхования на основании настоящих Правил, Страхователь должен предоставить согласия Застрахованных лиц на обработку их персональных данных

11.2. В случае отзыва согласия на обработку своих персональных данных:

11.2.1. Застрахованным лицом - действие договора страхования в отношении такого лица прекращается;

11.2.2. Страхователем - физическим лицом, договор страхования прекращается полностью.

11.3. действие договора страхования (полностью или частично) прекращается досрочно с даты получения Страховщиком соответствующего заявления об отзыве согласия на обработку персональных данных. В этом случае Страховщик обязуется уничтожить такие персональные данные в сроки, установленные действующим законодательством Российской Федерации.

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

## 12. ПРОЧИЕ УСЛОВИЯ

12.1. Все иные, не оговоренные настоящими правилами условия, регулируются действующим законодательством Российской Федерации.

12.2. Положения конкретных договоров страхования имеют преимущественную силу над положениями настоящих правил.

12.3. Внесение изменений и дополнений в условия договора страхования возможно по соглашению сторон и оформляется в письменной форме.

## 13. ПОРЯДОК РАЗРЕШЕНИЯ СПОРОВ

13.1. Все споры по договору страхования между Страховщиком и Страхователем разрешаются путем переговоров, а при недостижении согласия - в судебном порядке.





## Страховая программа № 1 к Договору добровольного медицинского страхования

Все медицинские услуги предоставляются в соответствии с «Условиями предоставления медицинских услуг в рамках добровольного медицинского страхования»

Перечень видов обслуживания:  
**АМБУЛАТОРНАЯ ПОМОЩЬ**  
**ПОМОЩЬ НА ДОМУ**

### АМБУЛАТОРНАЯ ПОМОЩЬ

Уровень предоставляемых услуг: Стандарт (амбулатория).

Обслуживание производится на базе:

Запись через регистратуру клиники:

Медицинский центр "Здоровье Люкс" (г Москва, ул Молчановка Б., д 32стр1, ст м Арбатская)

Он Клиник (г Москва, б-р Цветной, д 30к2, ст м Цветной бульвар)

Он Клиник Люкс (г Москва, ул Воронцовская, д 8стр5, ст м Таганская)

Он Клиник на Зубовском (г Москва, б-р Зубовский, д 35стр1, ст м Парк культуры)

Он Клиник Элит (г Москва, ул Трехгорный Вал, д 12стр2, ст м Улица 1905 года)

Предоставляемые услуги:

- первичный, повторный, консультативный приемы врачей-специалистов: аллерголога; гастроэнтеролога; гинеколога; дерматолога; кардиолога; трихолога (1 прием); маммолога; невролога; онколога (до установления диагноза); отоларинголога; офтальмолога; психиатра (1 прием); пульмонолога; терапевта; уролога; физиотерапевта; хирурга; эндокринолога; фониатора (1 прием); и других специалистов базового лечебного учреждения;

- медицинская документация: оформление рецептов на приобретение лекарственных препаратов, за исключением льготных категорий; выдача листков нетрудоспособности и медицинских справок по медицинским показаниям;

- лабораторная диагностика: аллергологические исследования; биохимические исследования; онкомаркеры; ПЦР-диагностика; бактериологические исследования; гистологические исследования; гормональные исследования; иммунологические исследования; микробиологические исследования; общеклинические исследования; серологические исследования; цитологические исследования;

- инструментальные методы исследования: ультразвуковая диагностика; функциональная диагностика; эндоскопическая диагностика; компьютерная томография; магнитно-резонансная томография; рентгенологическая диагностика;

- профилактические мероприятия: вакцинация против гриппа в рамках сезонной вакцинации (1 раз (в год));

- проведение лечебных манипуляций и процедур; мануальная терапия; физиотерапия, ЛФК в группе, лечебный массаж; иглорефлексотерапия;

- лечебно-оздоровительные процедуры и мероприятия: грязелечение (1 курс (1 курс - 10 сеансов)); аутогемотерапия (1 курс (1 курс - 10 сеансов)); жемчужные ванны (1 курс (1 курс - 10 сеансов));

- услуги, оказываемые по согласованию со Страховщиком в лечебном учреждении, рекомендованном Страховщиком: определение иммунного статуса; услуги круглосуточного травматологического пункта;

Не оказываются:

- профилактический массаж;

### ПОМОЩЬ НА ДОМУ

Помощь на базе поликлиники оказывается в пределах МКАД в режиме работы лечебного учреждения.

В случае необоснованного вызова (ложный вызов, отсутствие Застрахованного на месте вызова, вызов к незастрахованному лицу, вызов к Застрахованному в состоянии алкогольного или наркотического опьянения, отказ от осмотра в момент прибытия врача), Застрахованный обязан возместить расходы, понесенные Страховщиком.

Обслуживание производится на базе:

Медицинский центр "Здоровье Люкс" (г Москва, ул Молчановка Б., д 32стр1, ст м Арбатская)

Он Клиник (г Москва, б-р Цветной, д 30к2, ст м Цветной бульвар)

Он Клиник Люкс (г Москва, ул Воронцовская, д 8стр5, ст м Таганская)

Он Клиник на Зубовском (г Москва, б-р Зубовский, д 35стр1, ст м Парк культуры)

Он Клиник Элит (г Москва, ул Трехгорный Вал, д 12стр2, ст м Улица 1905 года)

Предоставляемые услуги:

- первичный, повторный осмотр врачом- терапевтом на дому Застрахованных, которые по состоянию здоровья не могут посетить поликлинику, нуждаются в постельном режиме, наблюдении врача;

**Круглосуточная диспетчерская служба СПАО "РЕСО-Гарантия": /495/ 956-11-66.**

Программа включает оказание экстренной медицинской помощи в других городах России по вышеперечисленным видам обслуживания. Экстренными признаются случаи острого ухудшения состояния здоровья застрахованного.

Телефон диспетчерской: /495/ 956-11-66, 8-800-234-18-02. E-mail: [doctor@reso.ru](mailto:doctor@reso.ru)

Страховщик \_\_\_\_\_



Страхователь \_\_\_\_\_



## У С Л О В И Я предоставления медицинских услуг в рамках добровольного медицинского страхования



Настоящие Условия предоставления медицинских услуг составлены в соответствии и на основании Правил медицинского страхования граждан СПАО «РЕСО-Гарантия» (Приложение № 1 к Договору), дополняют Правила и Страховую программу (Приложение № 2 к Договору) и являются неотъемлемой частью Договора.

При противоречии положений Условий положениям Правил применяются соответствующие положения Условий.

При противоречии положений Условий положениям Страховой программы применяются соответствующие положения Страховой программы.

**Страховым случаем является** обращение Застрахованного лица в течение срока действия Договора страхования в медицинское учреждение из числа предусмотренных Договором страхования при остром заболевании, обострении хронического заболевания, травме и других несчастных случаях<sup>1</sup> за получением помощи, требующей оказания медицинских услуг в пределах их перечня, предусмотренного Страховой программой.

### 1. Страховым случаем не являются, если иное не указано в Страховой программе:

- 1.1. онкологические заболевания, злокачественные заболевания крови и лимфы, любые опухоли нервной системы, их осложнения и последствия;
- 1.2. особо опасные инфекции (натуральная оспа, чума, сибирская язва, холера, сыпной тиф; вирусные геморрагические лихорадки);
- 1.3. ВИЧ-инфекция; венерические заболевания;
- 1.4. психические расстройства и их последствия; наркомания, алкоголизм;
- 1.5. туберкулез, псориаз;
- 1.6. хронические гепатиты, цирроз печени; почечная/печеночная недостаточность, требующая проведения гемодиализа;
- 1.7. заболевания, требующие трансплантации, имплантации, протезирования (за исключением случаев, когда необходимость в протезировании возникла в результате несчастного случая, произошедшего в течение срока действия Договора, что подтверждается соответствующими документами<sup>2</sup>), пластической хирургии; ортопедические операции и их осложнения, если в Договоре не предусмотрено иное;
- 1.8. осложнения сахарного диабета;
- 1.9. врожденные, наследственные, генетические заболевания и пороки (аномалии) развития;
- 1.10. системные заболевания соединительной ткани, ревматические заболевания и их последствия (в том числе воспалительные полиартриты);
- 1.11. демиелинизирующие и дегенеративные заболевания нервной системы.

<sup>1</sup> Несчастными случаями считаются события, фактически происшедшие извне, возникшие внезапно, непредвиденно, помимо воли Застрахованного.

### 2. СПАО «РЕСО-Гарантия» не возмещает стоимость следующих медицинских услуг, оказанных Застрахованному лицу, если иное не указано в Страховой программе:

- 2.1. любые назначения без медицинских показаний либо предписанные врачами ЛПУ, не включенных в Страховую программу;
- 2.2. медицинский уход на дому, выполнение медицинских услуг на дому при отсутствии медицинских показаний;
- 2.3. методы традиционной диагностики: иридодиагностика, аурикулодиагностика, акупунктурная диагностика, пульсодиагностика и т.д.; лечение методами традиционной медицины: энергоинформатика, цуботерапия, электроакупунктура, гирудотерапия, экспериментальные/авторские методики лечения и диагностики, медицинские технологии, не имеющие разрешения в соответствии с Законодательством РФ; фитотерапия, гомеопатия; диагностика по методу Фолля; ПЭТ и т.д.;
- 2.4. услуги, оказываемые в профилактических (в том числе в стоматологии), косметических (в том числе в стоматологии), оздоровительных целях (в том числе лечение остеохондроза вне обострения), профилактический массаж, специфическая иммунотерапия; тренажеры, водные процедуры, мониторинговая очистка кишечника, сауна, солярий, бальнеолечение и прочее;
- 2.5. экстракорпоральные методы лечения: лазеротерапия, УФО крови, аутогемотерапия, плазмаферез, гемо-, лимфосорбция; гипер-, гипо- и нормобарическая оксигенация; озонотерапия, манипуляции, выполняемые специалистами, с использованием аппаратных комплексов для лиц старше 18 лет; роботоассистированные операции; криотерапия, прессотерапия и лимфодренаж, альфа-капсула, ударно-волновая терапия;
- 2.6. услуги психотерапевта, гипноз;
- 2.7. коррекция веса, речи; коррекция зрения с помощью методов лазерной хирургии;
- 2.8. контрацепция; искусственное оплодотворение; исследование и коррекция репродуктивной функции, в том числе лечение бесплодия и импотенции;
- 2.9. ведение беременности (после ее установления); патология беременности, за исключением госпитализации в ургентной ситуации по витальным показаниям (при наличии риска «Госпитализация» в Страховой программе) сроком до 3 суток при сроке беременности не более 12 недель, осложнения/патологические последствия беременности при отсутствии риска «Роды» в программе; аборт (за исключением вынужденного прерывания беременности, явившегося следствием несчастного случая). Если беременность наступила в период действия Договора страхования, Договор сохраняет свою силу только в отношении заболеваний, не связанных с беременностью, родами и их осложнениями;
- 2.10. диагностика, лечение, процедуры, пластические операции, проводимые с эстетической/косметической целью или с целью улучшения психологического состояния Застрахованного, в том числе по поводу заболеваний кожи

(папилломы, бородавки, моллюски, невусы и пр.); лечение осложнений, вызванных проведенными косметическими процедурами/операциями.

В стоматологии: все виды протезирования и подготовка к нему (за исключением тех случаев, когда необходимость в протезировании возникла в результате несчастного случая, произошедшего в период действия договора страхования, что будет подтверждено документально<sup>2</sup>);

- 2.11. хирургическое лечение заболеваний пародонта (за исключением купирования острых состояний); ортодонтия; депоферез; имплантация зубов;
  - 2.12. госпитализация в палаты повышенной комфортности, надбавки за степени и должности врачей, услуги дневного стационара, стационара одного дня, подготовка к госпитализации и стационарозамещающие манипуляции/технологии (в случае отсутствия у Застрахованного в Страховой программе риска «Стационар плановый и экстренный»); госпитализация для получения пеленочного ухода либо реабилитационного лечения;
  - 2.13. обследование с целью выдачи справок на вождение автомобиля, на право ношения оружия, для трудоустройства, для посещения спортивно-оздоровительных мероприятий; для поступления в учебные заведения; для оформления выезда за рубеж; для приобретения банковских и иных страховых продуктов, для военкоматов;
  - 2.14. покрытие расходов на дорогостоящие лекарственные препараты<sup>3</sup> и расходный материал (кроме применяемых при реанимационных мероприятиях), очки, контактные линзы, слуховые аппараты, импланты, протезы, дополнительные медицинские устройства и приспособления, в т.ч. требующиеся в ходе оперативного вмешательства, а также других корректирующих устройств и приспособлений, включая расходы на подгонку размеров;
  - 2.15. лечение последствий наркотической и алкогольной интоксикаций;
  - 2.16. услуги, связанные с подготовкой и проведением манипуляций, лечением заболеваний, перечисленных в п.п. 1, 2 и/или не предусмотренных Страховой программой;
  - 2.17. медицинские услуги, необходимость в которых возникла вследствие несоблюдения Застрахованным лицом предписаний и рекомендаций лечащего врача;
  - 2.18. медицинские услуги, оказанные не в соответствии с Порядками оказания медицинской помощи и Стандартами медицинской помощи, закрепленными Федеральным законом от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».
3. Если срок действия Договора закончился, а лечение по острому текущему заболеванию Застрахованного не завершено, Страховщик берет на себя расходы на оплату медицинских услуг: при амбулаторном лечении – консультации лечащего врача по основному заболеванию до окончания острого периода; при госпитализации – до купирования ургентного состояния, но не более 14 дней.

<sup>2</sup> Для подтверждения произошедшего несчастного случая должны быть представлены следующие документы: оригинал страхового полиса; документы, подтверждающие факт произошедшего несчастного случая (справка медицинского учреждения, подтверждающая факт травмы); иные документы по требованию Страховщика, подтверждающие факт и причину наступления несчастного случая; документ, удостоверяющий личность. Если для принятия решения Страховщику потребуются дополнительная информация, он имеет право требовать от Застрахованного лица прохождения медицинской экспертизы. Медицинская экспертиза проводится в указанном Страховщиком лечебном учреждении.

<sup>3</sup> Дорогостоящие лекарственные препараты – стоимость одного препарата на один курс лечения превышает пятнадцать тысяч рублей

Плановая госпитализация осуществляется не менее чем за 14 дней до окончания действия Договора страхования.

4. Заболевания, перечисленные в п.1, а также наличие инвалидности по любым заболеваниям являются значительными факторами, существенно влияющими на величину страхового риска. Если установлено, что Договор страхования заключен в отношении лиц, имеющих данные заболевания и/или инвалидность, а также при первичном выявлении названных заболеваний или установлении Застрахованному инвалидности в течение срока действия Договора страхования СПАО «РЕСО-Гарантия» оплачивает медицинские услуги, оказанные Застрахованному до момента установления диагноза/группы инвалидности. В дальнейшем СПАО «РЕСО-Гарантия» имеет право потребовать изменения условий Договора страхования или уплаты дополнительной страховой премии соразмерно увеличению степени риска. При несогласии Страхователя Страховщик имеет право прекратить действие Договора в отношении такого Застрахованного с уведомлением об этом Страхователя и Застрахованного.
5. К расчетной страховой премии по Страховым программам применяются поправочные коэффициенты в зависимости от возраста, наличия хронических заболеваний и гражданства застрахованных:
  - возрастные коэффициенты: 1,6 – для лиц старше 60 лет; 2,0 – для лиц старше 70 лет; лица старше 80 лет на страхование не принимаются;
  - при наличии/выявлении хронических заболеваний – повышающие коэффициенты от 1,1 до 5;
  - иностранные граждане – повышающий коэффициент от 1,5 до 2,5 (устанавливается в зависимости от выбранного ЛПУ);
  - иные коэффициенты, предусмотренные действующими Правилами медицинского страхования граждан;
  - при наличии нескольких факторов риска страховой тариф последовательно умножается на все повышающие коэффициенты.

Страховщик \_\_\_\_\_

Страхователь \_\_\_\_\_



**С нами НАДЕЖНЕЕ!**

**СПИСОК ЗАСТРАХОВАННЫХ ЛИЦ**

№№	Номер программы	ФИО	Дата рождения	Место жительства	Телефон	Должность
1	1 с коэф. 2	де ГРААУВ Маттеус Вильгельмус Мария	10.03.1942	Москва, Донская улица, дом 1, гостиница "Академическая"	8(985)641-11-97	

Страховщик :



М.П.

Страхователь :



*Сыраев*

М.П.





*Начальнику Управления медицинского страхования  
СПАО «РЕСО-Гарантия»  
Суворовой О.В.*

**УОПРОВОДИТЕЛЬНОЕ ПИСЬМО №**  **от**  | к договору № 315/17 от 15.03.2017 г.  
**(ИЗМЕНЕНИЕ СПИСОЧНОГО СОСТАВА ЗАСТРАХОВАННЫХ ПО ДОГОВОРУ ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ)**

просит Вас внести изменения в списки застрахованных с  , согласно прилагаемому списку.  
для плату дополнительного прикрепления гарантируем в соответствии с дополнительным соглашением

№ /п	ФИО	Дата рождения	Номер программы		Должность	Адрес фактического проживания	Телефон	Адрес электронной почты	Гражданство	Примечания
			открепление	прикрепление						
1										
2										
3										
4										
5										
6										
7										

М.П. \_\_\_\_\_ (Должность, ФИО ответственного сотрудника) \_\_\_\_\_ (подпись)



**Согласие на обработку Страховщиком персональных данных Застрахованного лица  
в целях исполнения Договора добровольного медицинского страхования**

Я, \_\_\_\_\_, паспорт серии \_\_\_\_\_, номер \_\_\_\_\_, выданный \_\_\_\_\_ «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ года, зарегистрированный (ая) по адресу: \_\_\_\_\_ в соответствии с

Федеральным законом от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных» даю согласие Страховому публичному акционерному обществу «РЕСО-Гарантия» (СПАО «РЕСО-Гарантия, именуемое в дальнейшем Страховщик) (в том числе работникам (лицам, выполняющим работы на основании заключенного с ними СПАО «РЕСО-Гарантия» трудового договора) и представителям (лицам, выполняющим работы или оказывающим услуги СПАО «РЕСО-Гарантия» на основании заключенного с ними СПАО «РЕСО-Гарантия» гражданско-правового договора и имеющим доступ к персональным данным, обрабатываемым в СПАО «РЕСО-Гарантия») СПАО «РЕСО-Гарантия»), местонахождение: Российская Федерация, 125047, г. Москва, ул. Гашека, дом 12, строение 1 на обработку моих персональных данных в целях заключения Договора добровольного медицинского страхования, осуществления добровольного медицинского страхования (реализации договора Добровольного медицинского страхования), в т.ч. в целях проверки объема и сроков оказания медицинских услуг и урегулирования убытков по Договору, администрирования Договора, сбора статистической информации и ее анализа, а также в целях исполнения требований действующего законодательства Российской Федерации. Страховщик может осуществлять обработку моих персональных данных в течение действия Договора страхования, а так же в течение 25 (двадцати пяти) лет после прекращения его действия.

Мои персональные данные, в том числе специальные персональные данные, как данные Застрахованного лица включают: фамилию, имя, отчество, год, месяц, дату рождения, паспортные данные или данные другого документа, удостоверяющего личность, адрес проживания/прописки/регистрации, телефоны, данные о состоянии здоровья, заболеваниях и о случаях обращения в медицинские учреждения.

Предоставляю Страховщику право осуществлять все действия с моими персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, обезличивание, блокирование, уничтожение. Страховщик вправе обрабатывать мои персональные данные посредством включения их в списки и внесения в электронные базы данных Страховщика, а также осуществлять трансграничную передачу персональных данных для достижения вышеуказанных целей.

Страховщик имеет право во исполнение своих обязательств по Договору, а также в целях его заключения передавать мои персональные данные, в том числе специальные персональные данные, Страхователю, в медицинские, аптечные и другие учреждения, с которыми у Страховщика имеются договорные отношения, направленные на оказание мне медицинской (фармакологической и иной) помощи в рамках страховой программы, и получать от этих учреждений данные обо мне. При этом я согласен с тем, что работники данных учреждений освобождаются от обязательств конфиденциальности перед Страховщиком в отношении моих персональных данных. Передача моих персональных данных иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия.

Настоящее согласие дано в момент подписания Договора и действует бессрочно.

Я знаю, что имею право в любой момент отозвать своё согласие посредством направления Страховщику соответствующего письменного уведомления, которое должно быть направлено в его адрес заказным письмом с уведомлением о вручении либо вручено лично под расписку представителю Страховщика. Я знаю и согласен с тем, что Страховщик вправе рассматривать указанное уведомление как мое волеизъявление о расторжении Договора в отношении меня, в связи с чем я буду снят со страхования по Договору не позднее 3 дней с момента получения указанного уведомления.

Дата

\_\_\_\_/\_\_\_\_/201\_\_ г.

Подпись застрахованного лица

\_\_\_\_\_



Страховщик



Страхователь

