

УТВЕРЖДЕНЫ:  
Приказом Президента  
АО «Страховая компания  
АСКОМЕД»  
от 02.02.2015 № 1036-1/15

Президент

\_\_\_\_\_ Ю.Д.Цветков

# **ПРАВИЛА**

## **добровольного**

## **медицинского страхования**

**(редакция от 2015 года)**

АКЦИОНЕРНОЕ ОБЩЕСТВО  
«СТРАХОВАЯ КОМПАНИЯ  
«АСКОМЕД»

443010, САМАРА

МОЛОДОГВАРДЕЙСКАЯ, 146

ТЕЛЕФОН (846) – 332-55-19

ФАКС (846) – 332-55-19

## 1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

1.1. В соответствии с гражданским законодательством, нормативными документами органа осуществляющего государственный надзор за страховой деятельностью Российской Федерации настоящие Правила регулируют отношения, возникающие между Страховщиком, Страхователем, и Лечебно-профилактическими учреждениями по поводу осуществления добровольного медицинского страхования.

1.2. Субъектами добровольного медицинского страхования выступают:

а) **Страховщик** - АО «Страховая компания «АСКОМЕД», осуществляющая страховую деятельность в соответствии с выданной лицензией.

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

в) **медицинские учреждения** – организации (лечебно-профилактические и стационарные учреждения, научно-исследовательские и медицинские институты, реабилитационно-восстановительные и санаторно-курортные учреждения и другие юридические лица независимо от организационно-правовой формы, осуществляющее в качестве основного (уставного) вида деятельности медицинскую деятельность, аптечные учреждения) и физические лица, осуществляющие медицинскую деятельность на территории Российской Федерации и за ее пределами, имеющие лицензию или иное разрешение установленного образца на право осуществления медицинской деятельности.

г) **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 «Лекарственное обеспечение». К аптечным учреждениям относятся аптеки, аптеки учреждений здравоохранения, аптечные пункты, аптечные магазины, аптечные киоски.

1.3 Применяемые в настоящих Правилах наименования и понятия в ряде случаев специально поясняются соответствующими определениями. Если значение какого-либо наименования или понятия не оговорено Правилами и не может быть определено, исходя из законодательства и нормативных актов, то такое наименование или понятие используется в своем обычном лексическом значении.

**Медицинские услуги (медицинская помощь)** – мероприятия или комплекс мероприятий, направленных на профилактику заболеваний, их диагностику и лечение, имеющих самостоятельное законченное значение и определенную стоимость.

**Лекарственная помощь** – услуги медицинских (в т.ч. аптечных) учреждений по обеспечению Застрахованных лекарственными препаратами.

**Персональные данные** – информация, относящаяся к определенному или определяемому на основании такой информации физическому лицу (субъекту персональных данных). Персональными данными в рамках заключенного 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.

**Неиспользованная страховая премия** – часть оплаченной Страхователем страховой премии, приходящейся на неистекший период страхования.

**Программа добровольного медицинского страхования** (Программа) – перечень медицинских и иных услуг (медицинской помощи), составленный Страховщиком, а также порядок их оказания. Программа может включать в себя оказание медицинской помощи по поводу следующих случаев: острое заболевание, хроническое заболевание и его обострение, травма (в том числе, ожог, отморожение и т.д.), отравление.

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

1.4. Договоры страхования заключаются в пользу граждан в возрасте от 1 года.

1.5. Страхование проводится в индивидуальной и коллективной форме.

1.6. Договор страхования предусматривает организацию и оплату предоставления Застрахованному медицинской и/или лекарственной помощи определенного объема и качества по программам добровольного медицинского страхования в медицинских учреждениях, имеющих лицензию установленного образца, с которыми Страховщик имеет соответствующие договоры.

Страхование осуществляется согласно программам добровольного медицинского страхования (Приложение б).

1.7. На страхование не принимаются:

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

- инвалиды 1 группы;

- больные онкологическими заболеваниями и системными заболеваниями крови.

1.8. 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.

## **2. ОБЪЕКТ СТРАХОВАНИЯ**

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

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

3.1. Страховым случаем является совершившееся событие, предусмотренное договором страхования, с наступлением которого возникает обязанность Страховщика осуществить страховую выплату.

Событие, рассматриваемое в качестве страхового случая, должно обладать признаками вероятности и случайности его наступления.

3.2. Страховым случаем признается обращение Застрахованного в медицинское учреждение из числа предусмотренных договором страхования, а по письменному разрешению (согласованию) Страховщика – и в иное медицинское учреждение, в течение срока действия договора страхования, при остром заболевании, обострении хронического заболевания, травме, отравлении, других заболеваниях и несчастных случаях за получением медицинской (в том числе лекарственной) помощи, предусмотренной договором страхования.

3.3. Перечень медицинских и иных услуг, в том числе лекарственной помощи, и объем страховой ответственности (страховая сумма) по договору страхования определяются программой медицинского страхования, списком медицинских учреждений, определенных договором страхования, в которых Застрахованный вправе получить медицинскую (в том числе лекарственную) помощь.

3.4. Страховщик принимает на себя обязательство организовать и оплатить предоставление Застрахованным медицинской (в том числе лекарственной) помощи, определенных договором страхования, в соответствии с условиями договора страхования.

При заключении договора страхования по программе «Лекарственное обеспечение», в дополнение к программам «Амбулаторно-поликлиническая помощь» или «Комплексная медицинская помощь», Страховщик принимает обязательство организовать предоставление и оплатить лекарственные средства, назначенные врачом при амбулаторном лечении в медицинских учреждениях, указанных в договоре страхования.

3.5. Страховыми случаями не являются обращения Застрахованного:

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;

г) в связи со СПИДом, независимо от сроков выявления;

д) в связи с особо опасными инфекциями: чумой, холерой, сибирской язвой;

е) в связи с психическими болезнями, независимо от сроков выявления;

ж) в связи с оперативными вмешательствами, связанными с пересадкой органов и тканей;

з) за медицинскими и иными услугами (в том числе за лекарственной помощью), не предусмотренными договором страхования;

и) в медицинские учреждения, не определенные договором страхования, без предварительного письменного согласования со Страховщиком.

к) за получением услуг, связанных с преодолением последствий травм и/или оперативных вмешательств, произошедших вне непрерывного периода добровольного медицинского страхования в АО СК «АСКОМЕД»

3.6. Страховщик освобождается от страховой выплаты, когда страховой случай наступил вследствие:

а) воздействия ядерного взрыва, радиации или радиоактивного заражения;

б) военных действий, а также маневров или иных военных мероприятий;

в) гражданской войны, народных волнений всякого рода или забастовок.

## 4. СТРАХОВАЯ СУММА

4.1. Страховой суммой является сумма, в пределах которой Страховщик обязуется оплатить оказание медицинских и иных услуг (в том числе лекарственной помощи) Застрахованным.

Страховая сумма определяется соглашением Страхователя со Страховщиком по их усмотрению, исходя из определенных договором условий страхования, возраста и состояния здоровья Застрахованного, формы проведения страхования (коллективной или индивидуальной), срока действия договора страхования, перечня и стоимости сервисных услуг, включаемых в стоимость медицинских услуг, но не может быть менее установленной Страховщиком для конкретной программы страхования и категории медицинских учреждений, определенных договором страхования.

4.2. В период действия договора страхования Страхователь по согласованию со Страховщиком вправе увеличить страховую сумму при изменении цен на медицинские и иные услуги (в том числе лекарственные средства и изделия медицинского назначения) в связи с изменением степени риска, при расширении перечня медицинских и иных услуг (в том числе лекарственной помощи), определенного договором, а также поменять медицинское учреждение, в пределах, предусмотренных настоящими Правилами и 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 нескольким программам одновременно Страховщик несет ответственность по оплате медицинских и иных услуг (в том числе лекарственной помощи) 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 тарифы (Приложение 1 к настоящим Правилам), определяющие премию, взимаемую с единицы страховой суммы, с учетом выбранной Страхователем программы добровольного медицинского страхования, перечня медицинских и иных услуг (в том числе лекарственной помощи), размера страховой суммы, категории медицинских учреждений, определенных по договору, срока страхования, состояния здоровья Страхователя (Застрахованного) и иных условий, предусмотренных договором страхования.

При заключении договора страхования по нескольким программам одновременно размер страховой премии определяется путем суммирования премий по этим программам.

При заключении договора страхования на неполный год размер страховой премии исчисляется пропорционально сроку действия договора: при сроке действия договора страхования до 2 месяцев - 30%; 3 месяца - 40%, 4 месяца - 50%, 5 месяцев - 60%, 6 месяцев - 70%, 7 месяцев - 75%, 8 месяцев - 80%, 9 месяцев - 85%, 10 месяцев - 90%, 11 месяцев - 95% от суммы годовой страховой премии.

При заключении договора страхования на срок более года Страховщик применяет коэффициент рассчитанный по следующей формуле:

Коэффициент срока = срок действия договора в месяцах (неполный месяц считается за полный) / 12

В зависимости от категории медицинского учреждения, рода занятия застрахованных, региона страхования и прочих условий размеры тарифных ставок по программам страхования

могут изменяться в соответствии с поправочными коэффициентами (Приложение 1 к настоящим правилам).

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

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

5.4. Если договором страхования предусмотрен порядок уплаты страховой премии в рассрочку, то при неуплате очередного страхового взноса в установленные сроки, договор страхования может быть изменен или расторгнут по инициативе Страховщика в порядке, предусмотренном гражданским законодательством РФ.

5.5. Расчет страховой премии в связи с увеличением страховой суммы, производится в следующем порядке:

а) страховая премия, исчисленная исходя из увеличенной страховой суммы, делится на 12 месяцев и умножается на количество месяцев, оставшихся до конца действия основного договора страхования (неполный месяц считается за полный);

б) страховая премия по договору страхования делится на 12 месяцев и умножается на количество месяцев (неполный месяц считается за полный), оставшихся до конца срока действия договора страхования.

Результатом является величина страховой премии по основному договору на оставшийся период срока его действия;

в) величина страховой премии, подлежащая уплате Страхователем в связи с увеличением страховой суммы определяется путем вычитания из суммы, определенной в соответствии с подпунктом «а» настоящего пункта, суммы, определенной в соответствии с пунктом «б» настоящего пункта.

## **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 осуществляется страхование (страхового случая);
- в) о перечне медицинских услуг, соответствующих программе страхования, и перечне медицинских учреждений, оказывающих медицинскую (лекарственную) помощь Застрахованным;
- г) о размере, сроках и порядке внесения страховых взносов;
- д) о размере страховой суммы;
- е) о сроке действия договора;
- ж) о размере, сроках и порядке внесения страховых взносов;
- з) о правах и обязанностях сторон.

6.3. При заключении договора добровольного медицинского страхования Страховщик имеет право произвести медицинский осмотр страхуемого лица (страхуемых лиц) для оценки фактического состояния его (их) здоровья, потребовать амбулаторную карту (ее копию),

медицинскую карту (ее копию) из медицинской организации, к которой прикреплен застрахованный, справку о состоянии здоровья или заполнения анкеты застрахованного (Приложение 2а).

Если сторонами не согласовано иное, предварительное медицинское освидетельствование производится за счет средств Страхователя.

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

– **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, сердечнососудистыми, почечно-желчнокаменной 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 год, злоупотребляющие алкоголем, систематически употребляющие транквилизаторы, снотворные, страдающие выраженными неврозами, психопатиями, гипертонической болезнью I и II степени, ИБС без выраженной стенокардии, перенесшие полостные операции, инвалиды 2 и 3 группы. Дети от 1 года до 5 лет и лица старше 60 лет.

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

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

6.4.2. Основанием для заключения договора является заявление Страхователя, сделанное в устной и/или письменной форме (Приложение 2 к настоящим Правилам).

6.4.3. Страховщик в течение 10 рабочих дней принимает решение о возможности заключения договора страхования.

Отношения между Страховщиком и Страхователем оформляются путем составления договора страхования (Приложение 4 к настоящим Правилам), подписанного сторонами, и выдачи Страхователю страховых полисов (Приложение 3/2 к настоящим Правилам).

Договор страхования оформляется в соответствии с требованиями действующего гражданского законодательства РФ.

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

6.5.1. Основанием для заключения договора страхования с физическим лицом является заявление Страхователя, сделанное в устной и/или письменной форме.

6.5.2. Страховщик принимает решение о возможности заключения договора страхования в течение 5 рабочих дней со дня обращения и/или подачи заявления от Страхователя.

6.5.3. Отношения между Страховщиком и Страхователем оформляются путем составления договора страхования (Приложение 4 к настоящим Правилам), подписанного сторонами, и/или выдачи Страхователю страхового полиса (Приложение 3/1 к настоящим Правилам)

6.6. 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.

6.7. 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.

6.8. Договор страхования, при условии подписания двумя сторонами, если в нем не предусмотрено иное, вступает в силу:

- в день поступления страховой премии (первого ее взноса) на расчетный счет Страховщика путем безналичного расчета;
- в день уплаты страховой премии (первого ее взноса) наличным платежом Страховщику.

6.9. 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. Предоставление медицинской (лекарственной) помощи, обусловленной договором страхования, осуществляется при обращении Застрахованного в медицинские учреждения, предусмотренные договором страхования, если между сторонами не согласовано иное.

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

При обращении Застрахованного (его представителя) за получением лекарственной помощи предъявляется рецепт установленной формы, выписанный врачом медицинского учреждения.

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

Решение о выдаче направления в соответствующее медицинское учреждение принимается Страховщиком в течение 5 (пяти) рабочих дней после соответствующего обращения Страхователя (Застрахованного), если договором страхования не предусмотрен иной срок.

7.2. Оплата стоимости услуг, оказанных медицинскими учреждениями, производится, исходя из фактического объема медицинской (лекарственной) помощи по ценам, согласованным между Страховщиком и медицинским учреждением, путем перечисления Страховщиком денежных средств на счет медицинского учреждения. Перечисление производится после получения от медицинского учреждения счета (реестра счетов), заполненного по форме и в порядке, согласованном сторонами, а также (по требованию Страховщика) первичных учетных документов по всем услугам, оказанным Застрахованному в пределах программы, предусмотренной договором страхования.

Перечисление денежных средств за лекарственную помощь осуществляется Страховщиком после получения от медицинского учреждения реестра, заполненного по форме и в порядке, согласованном сторонами.

Взаимоотношения Страховщика с медицинским 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) в случае смерти Застрахованного (в отношении конкретного Застрахованного);
- г) в других случаях, предусмотренных законодательными актами Российской Федерации.

8.2. Договор страхования может быть прекращен до наступления срока, на который он был заключен, если после его вступления в силу возможность наступления страхового случая отпала, и существование страхового риска прекратилось по обстоятельствам, иным, чем страховой случай.

При досрочном прекращении договора страхования по обстоятельствам, иным, чем страховой случай, Страховщик имеет право на часть страховой премии, пропорционально времени, в течение которого действовало страхование.

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

В этом случае уплаченная Страховщику страховая премия не подлежит возврату, если договором не предусмотрено иное.

8.4. О намерении досрочного прекращения договора Страхователь обязан уведомить Страховщика не менее чем за тридцать дней до предполагаемой даты прекращения договора страхования, если при заключении договора стороны не предусмотрели иной срок.

8.5. По инициативе Страховщика изменение и расторжение договора осуществляется в порядке, предусмотренном Гражданским кодексом Российской Федерации.

## **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. 1.6 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 и иных услуг (лекарственной помощи) в соответствии с условиями, указанными в договоре страхования;

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

11.1.2. *Застрахованный обязан:*

а) соблюдать предписания лечащего врача, назначенные в ходе оказания медицинской (лекарственной) помощи, соблюдать распорядок, установленный медицинским учреждением;

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;

в) принимать меры по устранению неблагоприятных факторов воздействия на здоровье Застрахованного.

11.2.2. *Страхователь имеет право:*

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

б) при коллективном страховании вносить изменения список Застрахованных лиц по согласованию со Страховщиком;

в) по соглашению со Страховщиком расширить перечень медицинских и иных 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) досрочно расторгнуть договор страхования в порядке, предусмотренном Правилами страхования и гражданским законодательством РФ.

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, предусмотренной условиями договора страхования;

в) обеспечить контроль за своевременным и полным обслуживанием Застрахованных.

#### **11.3.2. Страховщик имеет право:**

а) требовать от Страхователя (Застрахованного) предоставления достоверной информации, необходимой для заключения договора страхования; проверять сообщенную Страхователем (Застрахованным) информацию, а также выполнение Страхователем (Застрахованным) требований и условий договора;

б) досрочно расторгнуть договор страхования в порядке, предусмотренном гражданским законодательством РФ;

в) изменить по согласованию со Страхователем страховую сумму по договору страхования при изменении цен на предоставляемые медицинские и иные услуги (лекарственную помощь) путем составления соглашения к договору страхования на условиях настоящих Правил и уплаты дополнительного страхового взноса.

11.4. Изменение списка Застрахованных (увеличение их количества) при коллективной форме страхования осуществляется по согласованию сторон. При этом все изменения (дополнения) в договоре страхования оформляются путем заключения сторонами дополнительного соглашения, Страхователь представляет Страховщику сведения, предусмотренные настоящими Правилами о дополнительно страхуемых лицах, и уплачивает за них страховую премию за период с момента заключения договора страхования в отношении указанных лиц до окончания срока страхования, страховая премия за неполный месяц уплачивается как за полный.

## **12. ПОРЯДОК ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ СТРАХОВЫХ ВЫПЛАТ**

12.1. Страховые выплаты производятся Страховщиком в соответствии с заключенными договорами на предоставление лечебно-профилактической (лекарственной) помощи (оказание медицинских услуг) с медицинскими учреждениями и лицами, осуществляющими медицинскую деятельность, медицинскими работниками, работающими у Страховщика по договору подряда. Порядок расчетов за оказанные медицинские и иные услуги (лекарственную помощь) определяется в договоре между Страховщиком и медицинским учреждением.

12.2. Страхователь (Застрахованный) с письменного разрешения Страховщика вправе самостоятельно оплатить медицинские и иные услуги (в том числе лекарственные средства и изделия медицинского назначения) в медицинском учреждении, не указанном в договоре страхования, если договором не предусмотрено иное. В этом случае страховая выплата производится непосредственно Страхователю (Застрахованному) по фактически уплаченной сумме, но не выше максимальной стоимости, установленной на эти медицинские услуги (лекарственные средства и изделия медицинского назначения) в медицинском учреждении, указанном в договоре страхования.

Страховая выплата в этом случае осуществляется в течение 10 рабочих дней после обращения Страхователя (Застрахованного) с письменным заявлением с приложением документов, подтверждающих понесенные расходы по страховому случаю.

## **13. ОТКАЗ В СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЕ**

13.1. Основанием для отказа произвести страховую выплату является:

а) совершение умышленных действий Застрахованным, направленных на наступление страхового случая;

б) совершение умышленного преступления Застрахованным, находящегося в прямой причинной связи со страховым случаем;

в) в случае предоставления Застрахованным (медицинским учреждением) Страховщику документов, не соответствующих действительности. В частности, счетов за не оказанные медицинские и иные услуги (лекарственную помощь), дачи заведомо ложной информации или умышленного сокрытия информации при заключении договора страхования и первичном осмотре, и в других случаях умышленного обмана Страховщика;

г) сообщение Застрахованным неправильных (заведомо ложных либо неполных) сведений об обстоятельствах, имеющих существенное значение для суждения о степени риска;

д) другие случаи, предусмотренные законодательными актами Российской Федерации.

#### **14. ИСКОВАЯ ДАВНОСТЬ**

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

#### **15. ПОРЯДОК РАЗРЕШЕНИЯ СПОРОВ**

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

15.2. 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.

#### **16. ПЕРСОНАЛЬНЫЕ ДАННЫЕ**

16.1. Заключая договор страхования на основании настоящих Правил, Страхователь несет ответственность за предоставление согласия Застрахованных лиц на обработку их персональных данных.

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

16.3. 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.

ПРИЛОЖЕНИЕ 1  
к Правилам добровольного  
медицинского страхования,  
утвержденным приказом  
президента АО СК «АСКОМЕД»  
от 02.02.2015 № 1036-1/15

**ТАРИФЫ**  
**по добровольному медицинскому страхованию**

**1. Базовые тарифы при коллективной форме проведения страхования.**

**1.1 Стандартные программы ДМС**

(в процентах)

№	Программа страхования	Тариф				
		Число застрахованных по договору менее 50	Число застрахованных по договору до 100	Число застрахованных по договору до 500	Число застрахованных по договору до 1000	Число застрахованных свыше 1000
1.	Амбулаторная помощь	2,03	1,95	1,71	1,48	1,41
2.	Стационарная помощь	0,22	0,21	0,19	0,16	0,12
3.	Комплексная медицинская помощь	0,64	0,61	0,55	0,49	0,41
4.	Амбулаторная помощь (включая лекарственную помощь)	1,97	1,87	1,65	1,42	1,37
5.	Комплексная медицинская помощь (включая лекарственную помощь)	0,81	0,76	0,69	0,6	0,54
6.	Амбулаторная помощь (включая реабилитационно-восстановительное лечение)	0,56	0,54	0,48	0,43	0,37
7.	Стационарная помощь (включая реабилитационно-восстановительное лечение)	0,2	0,19	0,17	0,14	0,1
8.	Комплексная медицинская помощь (включая реабилитационно-восстановительное лечение)	0,35	0,34	0,31	0,28	0,21
9.	Скорая помощь и вызов врача на дом	8,90				
10.	Стоматологическая помощь	0,78				

**1.2 Программы ДМС Эконом и Плюс**

(в процентах)

№	Программа страхования	Тариф					
		Число застрахованных по договору менее 20	Число застрахованных по договору до 50	Число застрахованных по договору до 100	Число застрахованных по договору до 500	Число застрахованных по договору до 1000	Число застрахованных по договору свыше 1000
1.	Амбулаторная помощь Эконом	11,60	9,64	8,76	8,00	6,03	4,34
2.	Стационарная помощь Эконом	2,62	2,23	2,11	1,80	1,46	1,23
3.	Комплексная помощь Эконом	6,38	5,35	4,94	4,45	3,39	2,57
4.	Амбулаторно-поликлиническое обслуживание ПЛЮС, включая стоматологическую помощь	24,10	21,56	20,65	18,06	15,35	14,38
5.	Стационарная помощь ПЛЮС	4,15	3,73	3,39	2,96	2,41	1,95

6.	Комплексная Помощь ПЛЮС (без РВЛ)	12,32	11,17	10,52	9,28	7,76	7,11
7.	Комплексная помощь ПЛЮС	11,76	10,44	9,60	8,50	6,84	6,28

**Страховая организация вправе использовать повышающие и понижающие коэффициенты к базовой тарифной ставке в зависимости от следующих факторов:**

1) Типа лечебных учреждений, предусмотренных договором страхования:

	Лечебные учреждения 1 категории	Лечебные учреждения 2 категории	Лечебные учреждения 3 категории
Поправочный коэффициент	1,7	1,5	0,8

2) Рода занятий застрахованного:

	Сотрудники офиса, аппарата управления	Сотрудники, занятые во вредном производстве	Сотрудники, связанные с разъездным характером труда.
Поправочный коэффициент	1	3	1,5

3) Должности застрахованного:

Комплексная медицинская помощь

	Руководящие сотрудники высшего звена	Руководящие сотрудники среднего звена	Инженерно-технические работники	Рабочие и служащие
Поправочный коэффициент (К)	0,65	0,81	0,97	1,22

Стоматологические услуги

	Руководящие сотрудники высшего звена	Руководящие сотрудники среднего звена	Инженерно-технические работники	Рабочие и служащие
Поправочный коэффициент (К)	0,9	1	1	1

4) Региона страхования:

	Самара и область, Киров и область, Ульяновск и область, Саратов и область, респ.Чувашия	Только Самарская область, только Ульяновская область, только Кировская область, Северные районы	Иные территории России
Поправочный коэффициент	1	0,7	1,5

5) Объема оплаты СК затрат на лечение (по стоматологии):

	Выплата в размере 50% от затрат на лечение
Поправочный коэффициент	0,95

6) Графика платежей по договору:

	При уплате взносов 1 раз в полгода	При уплате взносов 1 раз в квартал
Поправочный коэффициент	1,3	1,52

**2. Тарифы при индивидуальной форме проведения страхования.**

(в процентах)

№	Программа страхования	Тарифы по группам здоровья Застрахованных		
		I группа	II группа	III группа
1.	Амбулаторная помощь	3,04	3,19	3,56
2.	Стационарная помощь	0,69	1,43	3,31
3.	Комплексная медицинская помощь	2,34	3,74	6,71
4.	Амбулаторная помощь Эконом	13,21	17,74	22,66
5.	Стационарная помощь Эконом	3,56	6,26	10,16
6.	Комплексная помощь Эконом	16,20	23,36	32,09
7.	Стационарная помощь ПЛЮС	6,91	12,98	29,35
8.	Амбулаторная помощь, включая Стоматологию	24,21		

**Президент****Ю.Д.Цветков**