Общество с ограниченной ответственностью Страховая компания «Цюрих» (ООО СК «Цюрих»)

«У Т В Е Р Ж Д Е Н О»

Приказом № 415 от 20 октября 2009 г.

Генеральный директор

Н.И. Клековкин

ПРАВИЛА ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

1. Общие положения
2. Субъекты страхования
3. Объекты страхования
4. Страховые случаи
5. Порядок определения страховой суммы, страховой премии (страховых взносов)
6. Порядок заключения, исполнения и прекращения Договора страхования
7. Права и обязанности сторон
8. Порядок определения страховой выплаты
9. Случаи отказа в страховой выплате
10. Форс-мажор
11. Прочие условия.

г. Москва

1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ.

1.1. В соответствии с гражданским законодательством, нормативными документами органа, осуществляющего государственный надзор за страховой деятельностью, настоящие Правила Добровольного медицинского страхования (далее Правила) регулируют отношения, возникающие между Обществом с ограниченной ответственностью «Страховая компания «Цюрих» (ООО «СК «Цюрих») (далее именуемое Страховщик), Страхователем, Застрахованными и Медицинскими учреждениями по поводу осуществления добровольного медицинского страхования.

1.2. Основные термины и понятия, используемые в настоящих Правилах:

Страховой риск - предполагаемое событие, обладающее признаками случайности и вероятности, на случай наступления, которого заключается Договор страхования.

Страховой случай - совершившееся событие (реализованный страховой риск) в течение действия Договора страхования, предусмотренное Договором страхования, с наступлением которого возникает обязанность Страховщика произвести страховую выплату.

Страховая сумма - определенная Договором страхования денежная сумма, исходя из которой, устанавливается размер страховой премии (страхового взноса) в соответствии с выбранной программой медицинского страхования. Страховая сумма является пределом ответственности Страховщика по всем страховым выплатам.

Лимит ответственности Страховщика – сумма, ограничивающая ответственность Страховщика по Договору страхования, может устанавливаться по отдельному разделу программы страхования; по конкретному виду медицинской помощи; на одно застрахованного.

Программа добровольного медицинского страхования – перечень видов медицинской помощи, который может быть оплачен Страховщиком, с указанием общей страховой суммы (лимитов ответственности) и (или) отдельных страховых сумм по каждому виду помощи. В программе добровольного медицинского страхования указывается также перечень медицинских учреждений, где застрахованный может получить медицинские услуги.

Медицинские услуги – это услуги по диагностике, профилактике и лечению Застрахованных специалистами, имеющими медицинское образование и соответствующую квалификацию, в медицинских учреждениях (в экстренных случаях, за пределами медицинских учреждений), имеющих право осуществлять соответствующую медицинскую деятельность.

В данных правилах медицинская услуга является единицей учета медицинской помощи, имеющей стоимостное выражение.

Страховая премия (страховой взнос) - плата за страхование, которую Страхователь обязан внести Страховщику в порядке и в сроки, определенные Договором страхования.

Страховой тариф - ставка страховой премии (страхового взноса) в процентах от страховой суммы.

Страховая выплата - денежная сумма, которую Страховщик в соответствии с Договором страхования обязан выплатить при наступлении страхового случая. Все страховые выплаты по конкретному Договору медицинского страхования в совокупности не могут превышать страховую сумму, установленную в Договоре.

Франшиза – определенная Договором страхования сумма выплаты, не подлежащая возмещению со стороны Страховщика. Различаются безусловная и условная франшизы. Франшиза устанавливается в процентах от страховой суммы или в твердой денежной сумме

Безусловная франшиза – страховая выплата производится в пределах страховой суммы за вычетом франшизы.

Условная франшиза - франшиза, при которой страховая выплата производится в пределах страховой суммы, если он превышает сумму условной франшизы. Если расходы, по одному страховому случаю не превышают сумму условной франшизы, то страховая выплата не производится.

2. СУБЪЕКТЫ СТРАХОВАНИЯ

2.1. Субъекты страхования.

2.1.1. **Страховщик** – страховая организация (в настоящих Правилах), осуществляющая страховую деятельность в соответствии с лицензией, выданной органом государственного страхового надзора Российской Федерации.

2.1.2. **Страхователь** – дееспособное физическое или юридическое лицо любой организационно-правовой формы, заключившее со Страховщиком Договор страхования.

2.1.3. **Застрахованное лицо (Застрахованный)** – физическое лицо, в отношении которого заключён Договор страхования.

В случае если Договор страхования заключен Страхователем в свою пользу, на него распространяются права и обязанности Застрахованного, предусмотренные настоящими Правилами

2.1.4. **Медицинское учреждение (Учреждение здравоохранения)**. Под медицинскими учреждениями применительно к настоящим Правилам понимаются учреждения здравоохранения всех форм собственности, имеющие соответствующие лицензии на осуществление основной, обязательной, вспомогательной, научно-исследовательской и иных видов медицинской деятельности, и с которыми Страховщик состоит в Договорных отношениях. К медицинским учреждениям относятся:

− лечебно-профилактические: больничные учреждения, диспансеры, амбулаторно-поликлинические учреждения, учреждения скорой медицинской помощи, учреждения охраны материнства и детства, санаторно-курортные учреждения, клиники и другие;

− аптечные учреждения: аптеки, аптеки медицинских учреждений, аптечные пункты, аптечные магазины, аптечные киоски и другие;

− иные учреждения, а также лица, осуществляющие медицинскую деятельность как индивидуально, так и коллективно.

Страховщик гарантирует за соответствующую плату (страховую премию) оплату медицинских услуг, предусмотренных настоящими Правилами и соответствующими Программами, являющимися неотъемлемой частью Правил, предоставляемых медицинскими учреждениями в РФ и за рубежом. При этом организация оказания медицинских услуг в зарубежных медицинских учреждениях может осуществляться как на основе прямых Договоров Страховщика с медицинскими учреждениями, так и через российские медицинские учреждения либо при посредничестве сервисных медицинских компаний, однако во всех перечисленных случаях оплата таких услуг будет считаться обоснованной при надлежащем оформлении документов и наличии у медицинского учреждения, оказавшего медицинские услуги, соответствующих регистрационных сертификатов, лицензии (аккредитации, разрешения и т.п.), которые необходимы ему по законодательству местонахождения учреждения для осуществления им деятельности, и не противоречит действующему законодательству РФ с точки зрения признания его медицинским учреждением.

Медицинское учреждение, с которым Страховщик заключил соответствующий Договор на оказание Застрахованным медицинских услуг, в случае отсутствия у него по прейскуранту и (или) роду деятельности (специализации) соответствующих услуг, может организовать оказание таких медицинских услуг в других медицинских учреждениях. При этом письменное согласие Страховщика на этот счет является обязательным, если иное не предусмотрено Договором между Страховщиком и медицинским учреждением.

Конкретный перечень медицинских учреждений, в которые Застрахованный вправе обратиться за получением медицинской помощи, указывается в Договоре страхования (в Полисе).

2.2. На страхование принимаются лица, возраст которых на момент заключения Договора не превышает 65 лет, если условиями Договора не предусматривается иное.

2.3. На страхование не принимаются граждане, состоящие на учете в наркологических, психоневрологических, противотуберкулезных, кожно-венерологических диспансерах, инфицированные ВИЧ, а также больные онкологическими заболеваниями, системными болезнями соединительной ткани, с хронической почечной недостаточностью, больные хроническими заболеваниями в стадии декомпенсации, а также инвалиды как работающие, так и неработающие I-III групп, если это не предусматривается условиями Договора или Программами страхования.

2.3.1. Заключенные в отношении лиц, указанных в п.2.3. настоящих Правил, Договоры страхования без указания Страхователем на наличие у Застрахованных перечисленных выше заболеваний признаются недействительными с момента заключения. При сообщении Страхователем ложных сведений Страховщик отказывает в выплате.

2.3.2. При диагностировании заболеваний, перечисленных в п.2.3. настоящих Правил, в период действия Договора страхования Застрахованный направляется в специализированное лечебное учреждение для продолжения лечения. В этом случае Договор в отношении указанного Застрахованного подлежит досрочному расторжению, если условиями Договора страхования не предусмотрено иное.

2.4. Инвалиды всех групп, как работающие, так и неработающие, могут быть застрахованы по IV-V группе здоровья по их желанию или с согласия Страхователя по предоставлению документов об инвалидности.

2.5. Страховщик не вправе разглашать полученные им в результате своей профессиональной деятельности сведения о Страхователе, Застрахованном лице, состоянии их здоровья, имущественном положении. За нарушение тайны страхования Страховщик, в зависимости от рода нарушенных прав и

характера нарушения, несет ответственность в порядке, предусмотренном нормами гражданского законодательства Российской Федерации.

3. ОБЪЕКТЫ СТРАХОВАНИЯ

3.1. Объектом добровольного медицинского страхования являются не противоречащие законодательству РФ имущественные интересы Застрахованного, связанные с затратами, возникшими в результате наступления страхового случая.

4. СТРАХОВЫЕ СЛУЧАИ

4.1. Страховым случаем является совершившееся в течение действия Договора страхования событие, предусмотренное Договором страхования, с наступлением которого возникает обязанность Страховщика произвести страховую выплату.

4.2. В соответствии с настоящими Правилами страховым случаем является:

− обращение Застрахованного в течение срока действия Договора страхования в медицинское учреждение, определенное Договором страхования при остром заболевании, обострении хронического заболевания, травме, отравлении и других случаях за получением медицинской (консультативной, лечебной, диагностической, лекарственной, реабилитационно-восстановительной, в том числе иммунопрофилактической и др.), и иной (в том числе медико-социальной) помощи в соответствии с Программой страхования;

− обращение Застрахованного за получением медицинской помощи в течение срока действия Договора страхования в соответствии с Программой страхования в другие медицинские учреждения помимо медицинских учреждений, предусмотренных Договором страхования, если это обращение согласовано и/или организовано Страховщиком;

4.3. Страховым случаем не признаётся, если Застрахованный обратился за медицинской помощью в случае:

- нарушения состояния здоровья в результате заболевания (состояния) имевшегося у Застрахованного до вступления в силу Договора страхования и не указанного им в заявлении или "Анкете Застрахованного" (п.6.7. настоящих Правил);

- возникновения, обострения или последствии заболеваний, указанных в п.2.3. настоящих Правил, если диагноз был установлен до момента заключения Договора о страховании, и не указанных Застрахованным в Заявлении или "Анкете Застрахованного";

- приобретенного иммунодефицита неясного генеза;

- острые и хронические лучевые нарушения;

- необходимости пересадки органов.

Страхование лиц, указанных в п.2.3 настоящих Правил, отдельных позиций настоящего пункта, может осуществляться по желанию граждан или с согласия Страхователя по условиям Договора или Программ страхования с применением повышающего коэффициента и получением медицинской помощи в специализированных медицинских учреждениях.

4.4. Страховым случаем не является обращение Застрахованного за получением медицинской помощи:

- не предусмотренной Программой страхования;
- в медицинских учреждениях, не предусмотренных Договором страхования и не согласованным со Страховщиком;
- по желанию Застрахованного и без медицинских показаний;
- в связи со следующими обстоятельствами:
  - − травмами и заболеваниями в результате лучевого облучения;
  - − травмами и заболеваниями, лечение которых оплачено другими организациями или предоставлено бесплатно.
  - − получении травматического повреждения в состоянии алкогольного, наркотического или токсического опьянения;
  - − получении травматического повреждения или иного расстройства здоровья, наступившего в результате совершения Застрахованным умышленного преступления, находящегося в прямой причинной связи со страховым случаем и подтвержденного решением суда или следствия;
  - − в результате попытки самоубийства, за исключением тех случаев, когда Застрахованный был доведен до такого состояния противоправными действиями третьих лиц;
  - − умышленном причинении себе телесных повреждений (членовредительство).

4.5. Если в период действия Договора страхования у Застрахованного впервые выявлено заболевание, обращение за медицинской помощью по поводу которого не является страховым событием, Страховщик производит оплату такой медицинской помощи до момента установления окончательного диагноза. В дальнейшем услуги по данному заболеванию не оплачиваются.

5. ПОРЯДОК ОПРЕДЕЛЕНИЯ СТРАХОВОЙ СУММЫ, СТРАХОВОЙ ПРЕМИИ (СТРАХОВЫХ ВЗНОСОВ)

5.1. Страховая сумма по Договору страхования определяется исходя из Программы страхования, выбранной Страхователем, возраста Застрахованного лица, срока действия Договора страхования и иных факторов. Страховая сумма не может быть ниже минимальной страховой суммы, установленной Страховщиком для каждой из Программ страхования.

5.2. Страховая сумма по Договору страхования может устанавливаться как на всех Застрахованных, так и на каждого Застрахованного отдельно.

5.3. Страхователь вправе в период действия Договора страхования по согласованию со Страховщиком изменить страховую сумму и/или изменить перечень предоставляемых Программой страхования услуг (в пределах спектра услуг, предусмотренных Программами, являющимися неотъемлемой частью настоящих Правил) путем оформления дополнительного соглашения с указанием условий внесения соответствующих изменений.

5.4. Страховщик вправе устанавливать отдельные лимиты ответственности.

5.5. Договором страхования может быть предусмотрена франшиза – условная или безусловная. Договор страхования может также устанавливать период времени, в течение которого оплата полученных медицинских услуг находится на собственном удержании Страхователя (Застрахованного лица), т.е. расходы по оплате полученных медицинских услуг в данный период времени производятся Страхователем самостоятельно.

5.6. Страховая премия (страховые взносы) устанавливаются на основе страхового тарифа, рассчитанного Страховщиком, в зависимости от размера страховой суммы, срока страхования, перечня медицинских услуг, Программы страхования, выбранных Страхователем, действующих цен на медицинские услуги в медицинских учреждениях, а также по результатам андеррайтинга, с учетом других существенных обстоятельств, влияющих на степень риска (группа здоровья, данные «Анкеты Застрахованного», возраст и т.д.) и указывается в Договоре страхования.

5.7. При существенном изменении условий оказания медицинской помощи в медицинских учреждениях или изменения ее стоимости, а также при подаче Страхователем заявления об изменении перечня медицинских услуг или размера страховой суммы для конкретных Застрахованных, размер страховой премии (страхового взноса) и страховой ответственности в рамках медицинской программы может быть изменен по соглашению сторон.

5.8. Если иное не предусмотрено Договором страхования, при сроке страхования менее одного года страховая премия исчисляется в процентах от стаховой премии, рассчитанной за год:

1 месяц – 20%	7 месяцев - 75%;
2 месяца – 35%;	8 месяцев - 80%;
3 месяца - 50%;	9 месяцев - 85%;
4 месяца - 60%;	10 месяцев - 90%;
5 месяцев – 65%;	11 месяцев - 95%.
6 месяцев – 70%;	

При этом неполный месяц считается как полный.

5.9. Страховая премия может быть разделена на страховые взносы – внесение страховой премии в рассрочку.

Срок уплаты страховых взносов определяется Договором страхования. При просрочке уплаты очередного взноса Страховщик имеет право прекратить действие Договора без возврата Страхователю какой-либо части страховой премии.

5.10. Страховые взносы перечисляются Страхователем на расчетный счет Страховщика или уплачиваются наличными деньгами в кассу Страховщика (или представителю Страховщика).

5.11. Страховщик имеет право применять к базовым тарифным ставкам коэффициенты как повышающие, так и понижающие, исходя из возраста Застрахованного, его профессиональных обязанностей, сообщенных им сведений о заболеваниях, особенностей образа жизни, данных его медицинских документов, сроков страхования, а также других обстоятельств, имеющих существенное значение для определения степени страхового риска.

5.12. В соответствии со ст. 317 Гражданского кодекса Российской Федерации Договором страхования может быть предусмотрено, что страховая сумма и страховая премия установлены в рублях в сумме, эквивалентной определенной сумме в иностранной валюте, или в условных денежных единицах.

В этом случае подлежащая уплате в рублях сумма определяется по официальному курсу ЦБ РФ соответствующей валюты или условных денежных единиц на день платежа, если иной курс или иная дата его определения не установлены законом или Договором страхования.

6. ПОРЯДОК ЗАКЛЮЧЕНИЯ, ИСПОЛНЕНИЯ И ПРЕКРАЩЕНИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ

6.1. Договор страхования является соглашением между Страхователем и Страховщиком, в силу которого Страхователь обязуется уплатить страховую премию (взнос) в установленные сроки, а Страховщик обязуется при наступлении страхового случая произвести оплату медицинских услуг, оказанных Застрахованному, в пользу которого заключен Договор страхования, медицинским учреждениям, где Застрахованноый получил медицинскую помощь.

6.2. Договоры страхования могут быть заключены с юридическими и/или физическими лицами в отношении одного лица или группы лиц.

6.3. Застрахованными по Договору страхования с юридическими лицами являются физические лица, включённые Страхователем в Список застрахованных.

6.4. Застрахованными по Договору с физическими лицами могут являться как сам Страхователь, так и другие физические лица.

6.5. Для заключения Договора страхования Страхователь обращается к Страховщику с письменным или устным заявлением установленной формы, заявляет о своем намерении заключить Договор страхования с указанием предполагаемого срока страхования, количества лиц, подлежащих страхованию, объёма программы страхования.

6.6. Для заключения Договора страхования Страхователь обязан предоставить Страховщику:

6.6.1. Если Страхователем выступает юридическое лицо: наименование, адрес местонахождения и банковские реквизиты Страхователя;

6.6.2. Если Страхователем выступает физическое лицо: данные о Страхователе (фамилия, имя, отчество, паспортные данные, адрес регистрации и др.).

6.6.3. Информацию о лицах, подлежащих страхованию:

- фамилия, имя, отчество лиц, в пользу которых заключается Договор;
- возраст (полных лет);
- пол;
- домашний адрес и телефон;
- иные сведения, позволяющие судить о степени риска ("Анкета Застрахованного", паспортные данные и т.д.).

6.7. Договоры страхования могут заключаться как без предварительного медицинского освидетельствования, так и с предварительным медицинским освидетельствованием принимаемых на страхование лиц. При этом освидетельствование проводится за счет средств Страхователя.

На основании результатов освидетельствования определяются группы здоровья (риска), по которым могут быть дифференцированы размеры подлежащих уплате страховых взносов:

- группа здоровья I – здоровые лица, не предъявляющие никаких жалоб, имеющие в анамнезе детские болезни, простудные заболевания; без хронических заболеваний или нарушений функций отдельных органов и систем;
- группа здоровья II – практически здоровые лица, имеющие в анамнезе острое или хроническое заболевание, но не имеющие обострений в течение нескольких лет;
- группа здоровья III – больные, нуждающиеся в лечении, лица с компенсированным течением заболевания, редкими обострениями, непродолжительными потерями трудоспособности;
- группа здоровья IV – больные, нуждающиеся в лечении, лица с субкомпенсированным течением заболевания, частыми и продолжительными потерями трудоспособности;
- группа здоровья V – больные, нуждающиеся в лечении, лица с декомпенсированным течением заболевания, устойчивыми патологическими изменениями, ведущими к стойкой утрате трудоспособности.

Для определения групп здоровья (риска) Страховщик вправе потребовать от Страхователя предоставления Анкеты Застрахованного (далее Анкета), (Приложение №4 и Приложение №5 настоящих Правил) в отношении принимаемых на страхование лиц. Анкета заполняется Застрахованным, который несет полную ответственность за достоверность предоставленных в Анкете сведений.

В случае сомнений Страховщика в достоверности представленных сведений в Анкете, он вправе потребовать от Страхователя предоставить все необходимые документы, подтверждающие данные, указанные в Анкете Застрахованного, в 7-дневный срок со дня запроса Страховщика.

6.8. Договор страхования может быть заключен на условиях оказания медицинской помощи и связанных с ней услуг, предоставляемых Застрахованным в рамках Программ добровольного медицинского страхования, перечисленных в Приложении № 9 к настоящим Правилам.

6.8.1. При заключении Договора страхования на условиях Программ страхования Страховщик гарантирует Застрахованному предоставление и оплату медицинских услуг медицинскими учреждениями, состоящими со Страховщиком в Договорных отношениях и определенными в Договоре страхования, в соответствии с конкретным перечнем услуг и Программой страхования.

6.8.2. Договор страхования может содержать и другие условия, определяемые по соглашению Сторон и должны отвечать общим условиям действительности сделки, предусмотренным гражданским законодательством Российской Федерации.

6.8.3. Страхователь имеет право определить набор программ добровольного медицинского страхования в любой комбинации или выбрать определенный перечень услуг из любой программы.

6.8.4. Перечень медицинских услуг по Договору страхования может ограничиваться или расширяться (в рамках Правил страхования и Приложений к ним и/или, не противореча действующему законодательству) по соглашению между Страхователем и Страховщиком.

6.8.5. Перечень медицинских услуг в рамках конкретной программы страхования, а также любое сочетание Программ может быть указано в Договоре страхования с оригинальным названием.

6.9. Договор страхования с физическим лицом может быть заключён путём подписания Полиса (Приложение №10 настоящих Правил).

6.10. Договор страхования, если в нем не предусмотрено иное, вступает в силу с 00 часов даты, указанной в Договоре как дата начала действия Договора, но не ранее 00 часов дня, следующего за днем уплаты страховой премии (первого страхового взноса).

Под днем уплаты страховой премии (взноса) понимается день поступления средств плательщика на расчетный счет Страховщика (при безналичной оплате) или день получения Страховщиком или его представителем суммы страховой премии (взноса) (при наличной оплате).

6.11. Застрахованным выдается страховой медицинский Полис (Приложение №6 или Приложение №10 настоящих Правил). Кроме полиса Застрахованным могут выдаваться именные регистрационные карточки, пластиковые карты или иные носители информации, определяющие право на получение медицинской помощи в медицинских учреждениях, (если эти носители внедрены в работу страховой компании и базовых медицинских учреждений).

6.12. Для получения медицинских услуг Застрахованный обращается в медицинские учреждения (базовые медицинские учреждения Страховщика), предусмотренные Договором страхования, или к Страховщику по контактным телефонам, указанным в страховом полисе.

Медицинские услуги оказываются на основании предъявленного Застрахованным страхового полиса/карточки и документа удостоверяющего его личность.

6.13. Страховой медицинский полис - документ, удостоверяющий заключение в отношении Застрахованного Договора по добровольному медицинскому страхованию.

6.14. В страховом медицинском полисе указывается:

- реквизиты Страхователя
- фамилия, имя, отчество, пол, возраст Застрахованного;
- место работы Застрахованного;
- адрес проживания Застрахованного;
- контактные телефоны (рабочий, домашний) Застрахованного;
- программа страхования с перечнем страховых случаев;
- перечень медицинских учреждений, в которых гарантируется предоставление услуг Застрахованному;
- срок действия полиса;
- справочные телефоны Страховщика;
- страховая сумма / лимит ответственности Страховщика.

6.15. Страховщик выдает страховые полисы, в сроки, указанные в Договоре страхования.

6.16. Застрахованному запрещается передавать полис (и иные носители информации) другим лицам с целью получения ими медицинских услуг по Договору страхования.

В случае установления такого факта Страховщик имеет право досрочно прекратить действие Договора страхования в отношении такого Застрахованного и применить штрафные санкции, если это предусматривается Договором страхования.

Страховые взносы (страховая премия) в этом случае могут быть возвращены за неистекший период страхования за вычетом понесенных Страховщиком расходов, если это предусмотрено Договором страхования.

6.17. При утрате Страхователем (Застрахованным) страховых документов, он незамедлительно должен известить об этом Страховщика письменным заявлением (переданным Страховщику по почте, факсом, нарочным), на основании которого ему выдаются дубликаты.

6.18. При повторной утрате страховых документов в период действия Договора - дубликаты выдаются за плату в размере фактической стоимости их изготовления.

6.19. Договор страхования прекращает действие и Застрахованный теряет право на получение медицинских услуг по Договору в случае:

6.19.1. Исполнения Страховщиком обязательств перед Страхователем по Договору страхования в полном объеме.

6.19.2. Истечения срока действия Договора страхования.

6.19.3. В силу признания Договора страхования недействительным.

6.20. Договор страхования может быть прекращен досрочно.

6.20.1. По соглашению Сторон.

6.20.2. По инициативе Страхователя - в случае нарушения Страховщиком условий Договора страхования.

6.20.3. По инициативе Страховщика - в случае неуплаты Страхователем страховых взносов в установленные Договором страхования сроки, а также в случае невыполнения Застрахованным обязанностей, предусмотренных п.7.6. настоящих Правил (кроме п.7.6.4. настоящих Правил).

6.20.4. В случае неуплаты Страхователем очередного страхового взноса, в установленные Договором сроки, Страховщик вправе прекратить действие Договора страхования через 10 (десять) дней после дня следующего за днем, установленным Договором как день уплаты очередного страхового взноса.

6.20.5. Ликвидации Страхователя - юридического лица.

6.21. Договор считается досрочно прекращённым по п.п. 6.20.1, 6.20.2, 6.20.5 с даты, указанной в уведомлении о прекращении Договора страхования. При этом расторгающая сторона письменно уведомляет противоположную сторону не менее чем за 30 дней до предполагаемой даты расторжения Договора.

6.21.1. При досрочном прекращении Договора страхования по инициативе Страхователя Страхователю может быть возвращена внесенная им страховая премия за неистекший срок действия Договора за вычетом понесенных Страховщиком расходов, включая расходы на ведение дела в размере, предусмотренном структурой тарифной ставки и произведенных затрат по урегулированию убытков, если иное не предусмотрено Договором страхования.

6.21.2. При досрочном прекращении Договора страхования по инициативе Страховщика в связи с невыполнением Страхователем условий Договора страхования и /или Правил страхования страховая премия возврату не подлежит, если иное не предусмотрено Договором страхования.

6.21.3. Размер части страховой премии, подлежащей возврату Страхователю при расторжении Договора страхования по указанным в п.6.21.1. причинам, рассчитывается исходя из фактически внесенной страховой премии, отраженной в платежных документах.

6.22. При страховании в эквиваленте иностранной валюты, или в условных денежных единицах, в случае досрочного расторжения (прекращения) Договора / прекращении Договора в отношении указанного Застрахованного и возврата части страховой премии за неистекший срок действия Договора, расчет производится в рублях по официальному курсу Центрального банка РФ, установленному для данной валюты, или в условных денежных единицах, на дату расторжения (прекращения) Договора, но не более курса валюты страхования, установленного ЦБ РФ на дату заключения Договора.

6.23. Во всех случаях прекращения Договора страхования Страхователь обязан вернуть Страховщику страховые полисы, действие которых прекращено.

6.24. Действие Договора страхования в отношении указанного в нем Застрахованного прекращается в случаях:

6.24.1. Исключения лица из списка Застрахованных Страхователем.

6.24.2. Смерти Застрахованного.

6.24.3. Невыполнения Застрахованным обязанностей, предусмотренных п.7.6. настоящих Правил (кроме п. 7.6.4 настоящих Правил).

7. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

7.1. Страхователь имеет право:

7.1.1. Требовать предоставления Застрахованному медицинских услуг и их оплаты в соответствии с условиями Договора и Программой страхования в медицинских учреждениях, определенных Договором; в случае непредставления таких медицинских услуг Страхователь (Застрахованный) должен немедленно поставить в известность Страховщика о данном нарушении.

При отсутствии у Страхователя (Застрахованного) возможности сообщить об этом Страховщику, информировать Страховщика может любое лицо, уполномоченное Страхователем или Застрахованный.

7.1.2. В течение срока действия Договора страхования изменить перечень медицинских услуг или размер страховой суммы (лимит ответственности Страховщика). При расширении перечня медицинских услуг или увеличении размера страховой суммы (лимита ответственности Страховщика) Страхователь обязан уплатить дополнительную страховую премию (страховой взнос).

7.1.3. В течение срока действия Договора страхования вносить изменения в Списки Застрахованных в соответствии с нормами гражданского законодательства и условиями, оговоренными в Договоре страхования.

7.1.4. Досрочно расторгнуть Договор страхования, обратившись с письменным заявлением к Страховщику не менее чем за 30 дней до предполагаемой даты расторжения. Возврат страховых взносов Страхователю производится в соответствии с п. 6.21.1. настоящих Правил.

7.2. Застрахованный имеет право:

7.2.1. Требовать предоставления и оплаты медицинских услуг, предусмотренных Программами добровольного медицинского страхования (Приложения к настоящим Правилам страхования).

7.2.2. Сообщать Страховщику о случаях непредоставления медицинских услуг или их некачественного и неполного предоставления.

7.3. Страховщик имеет право:

7.3.1. Требовать от Страхователя предоставления достоверных сведений, необходимых для заключения настоящего Договора.

7.3.2. Проверять предоставленную Страхователем (Застрахованным) информацию, а также выполнение Страхователем (Застрахованным) условий Договора страхования;

7.3.3. Досрочно расторгнуть Договор страхования при невыполнении Страхователем (Застрахованным) условий Договора с письменным уведомлением Страхователя о причинах расторжения.

7.3.4. В рамках своих обязательств по Договору страхования знакомиться с медицинской документацией Застрахованных в медицинских учреждениях.

7.3.5. Письменно уведомить Страхователя об исчерпании лимита ответственности Страховщика (страховой суммы) для принятия Страхователем решения либо об увеличении лимита ответственности (страховой суммы), либо о прекращении действия Договора страхования в связи с выполнением Страховщиком своих обязательств по Договору.

7.3.6. Требовать от Страхователя (Застрахованного) оплатить медицинскому учреждению (Страховщику) стоимость оказанных (оплаченных) медицинских услуг в связи с повреждением здоровья Застрахованного лица в результате случая, впоследствии признанного не страховым.

7.3.7. После получения информации об увеличении страхового риска Страховщик вправе потребовать изменения условий Договора страхования или уплаты дополнительной страховой премии соразмерно увеличению риска.

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

7.3.8. В случае если Страхователь не сообщит Страховщику о значительных изменениях в обстоятельствах, сообщенных при заключении Договора последний вправе потребовать расторжения Договора и возмещения убытков, причиненных расторжением Договора согласно Гражданскому Кодексу Российской Федерации.

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

7.3.9. Отказать в оплате медицинских услуг в соответствии с п.п. 9.1. – 9.3. настоящих Правил, а также, в случае установления недостоверности данных в заявлении ("Анкеты Застрахованного"), влияющих на степень риска.

Если эти факты будут обнаружены после вступления Договора страхования в силу, Страховщик имеет право досрочно прекратить действие Договора страхования с письменным уведомлением Страхователя о причинах его расторжения. Страховая премия в этом случае возврату не подлежит, если иное не предусмотрено Договором страхования;

7.3.10. Предъявить регрессный иск к медицинскому учреждению в случае возникновения осложнений или необратимых последствий у Застрахованного по их вине для возмещения компенсации, выплаченной Страховщиком Застрахованному, в размере стоимости оказанных услуг и комплексных мероприятий, связанных с устранением таких осложнений.

7.4. Страховщик обязан:

7.4.1. Ознакомить Страхователя с Правилами и Программой медицинского страхования.

7.4.2. Выдать Страхователю (Застрахованному) оформленный Договор страхования (полис) установленной формы.

7.4.3. Обеспечить предоставление Застрахованным медицинских услуг, определенных Договором страхования; в случае необходимости - предоставить Застрахованному право получения медицинских услуг в другом медицинском учреждении (по соглашению с Застрахованным).

7.4.4. Осуществлять контроль за медицинским обслуживанием Застрахованных.

7.4.5. При наступлении страхового события произвести страховую выплату в порядке, установленном в Договоре страхования.

7.4.6. Обеспечить конфиденциальность в отношениях со Страхователем (Застрахованным) за исключением случаев, не противоречащих законодательству РФ.

7.5. Страхователь обязан:

7.5.1. Предоставить полную и достоверную информацию, необходимую для заключения Договора страхования.

7.5.2. Своевременно и в полном объеме уплачивать обусловленные Договором страхования страховые взносы.

7.5.3. Обеспечить сохранность страховых документов.

7.5.4. Ознакомить всех Застрахованных со сроками и условиями страхования.

7.5.5. Предоставить Страховщику письменное согласие каждого Застрахованного (последний столбец в списке Застрахованных - Приложение №2 к Договору страхования) на право экспертам Страховщика производить проверку медицинской документации в медицинских учреждениях с целью контроля объемов и качества медицинской помощи в рамках настоящего Договора, их соответствия Программе страхования.

7.5.6. Внести сумму стоимости оказанных медицинских услуг в связи с обращением Застрахованного за медицинскими услугами в результате случая, впоследствии признанного не страховым, в течение одного месяца с даты предъявления такого требования Страховщиком (медицинским учреждением) в кассу (на счет) медицинского учреждения (Страховщика).

7.5.7. В период действия Договора страхования Страхователь 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 (изменение обстоятельств признается существенным, когда они изменились настолько, что, если бы стороны могли это разумно предвидеть, Договор вообще не был бы ими заключен или был бы заключен на значительно отличающихся условиях).

7.5.8. В случае замены Застрахованных лиц (расторжения Договора страхования по требованию Страхователя в отношении указанных Застрахованных лиц) другими лицами, без увеличения количества Застрахованных (при соответствии Программы), предоставлять Страховщику сведения об исключаемых из списка Застрахованных и включаемых в него.

Согласовывать с Застрахованным лицом прекращение Договора добровольного медицинского страхования в отношении этого лица.

7.5.9. В случае расширения списка Застрахованных лиц представить Страховщику сведения, предусмотренные Правилами страхования, о дополнительно принятых лицах, и уплачивать за них страховой взнос за период с момента включения их в список Застрахованных лиц до окончания срока действия Договора страхования.

Страховые полисы и страховые карточки на лиц, исключаемых из списка Застрахованных, возвращать Страховщику.

7.5.10. После получения от Страховщика уведомления об исчерпании лимита ответственности Страховщика (страховой суммы) в течение трех дней письменно уведомить Страховщика о намерениях

либо увеличить лимит ответственности (страховую сумму), либо прекратить действие Договора страхования в связи с выполнением Страховщиком своих обязательств по Договору.

7.6. Застрахованный обязан:

7.6.1. Соблюдать Правила и условия страхования.

7.6.2. Строго выполнять предписания лечащего врача, полученные в ходе предоставления медицинских услуг.

7.6.3. Соблюдать распорядок работы лечебных учреждений.

7.6.4. Заботиться о сохранности страховых документов (и иных носителей информации).

7.6.5. Не передавать их третьим лицам с целью получения ими медицинских услуг.

8. ПОРЯДОК ОПРЕДЕЛЕНИЯ РАЗМЕРА СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЫ.

8.1. Страховой выплатой по настоящим Правилам является плата за медицинские услуги по страховым случаям, перечисляемая в медицинское учреждение, в котором была оказана медицинская помощь Застрахованному, а также компенсация Застрахованному его документально подтвержденных затрат по оплате медицинских и иных услуг, включенных в программу медицинского страхования, если это предусмотрено Договором страхования и согласовано со Страховщиком.

8.2. В соответствии с программой добровольного медицинского страхования, предусмотренной Договором страхования, размер страховой выплаты определяется стоимостью оказанных Застрахованному медицинских услуг в пределах страховой суммы по Договору страхования (лимита страховой ответственности Страховщика).

8.3. Страховая выплата осуществляется:

8.3.1. В соответствии с условиями Договора на предоставление медицинских услуг и на основании счета медицинского учреждения путем безналичного перечисления денежных средств на расчетный счет медицинского учреждения. Страховщик оплачивает медицинские услуги в соответствии с согласованным сторонами прейскурантом, если Договором между Страховщиком и учреждением на предоставление медицинской помощи не предусматривается иное.

8.3.2. Посредством компенсации Застрахованному его документально подтвержденных затрат по оплате медицинских и/или иных услуг, включенных в Программу медицинского страхования, если это предусмотрено Договором страхования и согласовано со Страховщиком. Основанием для выплат в этом случае является заявление Застрахованного (Страхователя) с приложением подлинного документа об оплате медицинских и/или иных услуг, оказанным медицинским учреждением.

8.4. Выплаты по Договорам добровольного медицинского страхования производятся Страховщиком независимо от сумм причитающихся Застрахованному по государственному социальному страхованию, социальному обеспечению, сумм, выплачиваемых в порядке возмещения вреда по другим Договорам страхования.

8.5. Страховщик оплачивает все разумно понесенные расходы Застрахованного лица в медицинском учреждении в соответствии со страховым случаем в рамках медицинской программы только в пределах страховой суммы (лимитов ответственности) по Договору страхования.

8.6. При страховании с применением валютного эквивалента страховая выплата осуществляется в рублях по курсу ЦБ РФ, установленному для валюты, в которой выражена страховая сумма (валюта страхования), на дату страховой выплаты, но не более максимального курса для выплат, под которым понимает я курс валюты страхования, установленный ЦБ РФ на дату заключения Договора, увеличенный на 1% за каждый месяц (в т.ч. неполный), прошедший с даты заключения. При этом если Договором страхования не предусмотрено иное, сумма всех выплат по Договору страхования в рублях не может превышать страховую сумму, умноженную на курс валюты страхования, установленный ЦБ РФ на дату заключения Договора.

9. СЛУЧАИ ОТКАЗА В СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЕ

9.1. Страховщик имеет право отказать в страховой выплате, если Страхователь (Застрахованный):

- сообщил заведомо ложные (недостоверные) сведения в заявлении ("Анкете Застрахованного"), имеющих существенное значение для определения вероятности наступления страхового случая и размера возможных убытков от его наступления (страхового риска);

- в других случаях, предусмотренных Договором страхования и действующим законодательством Российской Федерации.

9.2. Страховщик не производит выплат при наступлении случаев, признанных нестраховыми (пп.4.3., 4.4 настоящих Правил), а также в связи с заболеваниями и травмами, вызванными обстоятельствами чрезвычайного характера, если иное не оговорено в Договоре страхования.

9.3. В случае если медицинское учреждение оказало медицинские услуги, впоследствии признанные нестраховыми, или Страховщик оплатил стоимость медицинских услуг, оказанных Застрахованному лицу, впоследствии признанных нестраховыми, Страховщик вправе потребовать от Страхователя (Застрахованного) оплатить медицинскому учреждению (Страховщику) стоимость оказанных (оплаченных) услуг.

Страхователь (Застрахованный) должен внести указанную сумму в течение одного месяца с даты предъявления такого требования в кассу (на счет) медицинского учреждения (Страховщика).

10. ФОРС-МАЖОР

10.1. Стороны освобождаются от ответственности за частичное или полное неисполнение, а также ненадлежащее исполнение обязательств по Договору, если это неисполнение или ненадлежащее исполнение обязательств явилось следствием обстоятельств чрезвычайного характера, возникших после его заключения, которые стороны не могли ни предвидеть, ни предотвратить.

10.2. К обстоятельствам чрезвычайного характера относятся: наводнение, пожар, землетрясение, взрыв, шторм, оседание почвы, эпидемия и иные явления природы, а также война и военные действия, забастовка в отрасли или регионе.

10.3. Возможное неисполнение обязательств по Договору должно находиться в непосредственной причинной связи с указанными в настоящем подпункте обстоятельствами.

10.4. Сторона, для которой создалась невозможность исполнения обязательств, обязана в разумные сроки с момента наступления вышеуказанных обстоятельств в письменной форме уведомить другую сторону о наступлении и предполагаемом сроке их действия.

10.5. Не уведомление или несвоевременное уведомление лишает неуведомившую сторону права ссылаться на любое вышеуказанное обстоятельство как на основание, освобождающее от ответственности за неисполнение или ненадлежащее исполнение обязательств.

11. ПРОЧИЕ УСЛОВИЯ

11.1. Иск по требованиям, вытекающим из Договора страхования, может быть предъявлен Страховщику в сроки, предусмотренные гражданским законодательством Российской Федерации.

11.2. При невозможеости урегулирования спорных вопросов в досудебном порядке они разрешаются в суде.

11.3. Договор страхования может быть признан недействительным с момента его заключения по основаниям, предусмотренным действующим законодательством Российской Федерации, а также, если он ставит Страхователя в худшее положение по сравнению с тем, которое предусмотрено законодательством Российской Федерации или Договор заключен после наступления страхового случая.

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 нормами гражданского законодательства Российской Федерации.

Настоящие Правила страхования утверждены Генеральным Директором Общества 20 октября 2009 г. В связи с переименованием Общества настоящие Правила страхования вступают в силу с даты, следующей за днем внесения сведений о переименовании Общества в единый государственный реестр юридических лиц в соответствии с требованиями действующего законодательства РФ.

Общество с ограниченной ответственностью
Страховая компания «Цюрих»
(ООО СК «Цюрих»)

Россия, 121087, Москва, Багратионовский проезд, д. 7, корп. 11,
телефон/факс: (495) 967 1781, 8 800 700 77 07 www.zurich.ru, e-mail: info@zurich.ru
ОГРН 1027739205240, ИНН 7710280644, КПП 775001001, ОКПО 11407443

ZURICH®

«УТВЕРЖДЕНО»
Приказом ООО СК «Цюрих» № 769 от «13» сентября 2011 г.

Генеральный директор

Н.И. Клековкин

Данной памяткой ООО СК Цюрих информирует Вас, а также иных лиц, указанных в Договоре, о порядке обработки персональных данных. Основные условия приведены ниже.

ПАМЯТКА ОБ ОБРАБОТКЕ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ ЛИЦ, УКАЗАННЫХ В ДОГОВОРЕ СТРАХОВАНИЯ

Настоящая памятка предназначена для уведомления лиц, указанных в договоре страхования, об обработке их персональных данных Страховщиком – ООО СК «Цюрих».

Страховщик - ООО СК «Цюрих», а также представитель, участвующий при заключении/ исполнении договора страхования, обрабатывают персональные данные лиц, указанных в договоре страхования, полученные от них самих, их представителей, в том числе от Страхователя, в целях заключения, исполнения, а также в целях реализации своих прав по договору страхования, заключенного со Страхователем.

Сбор и дальнейшая обработка Ваших персональных данных, указанных при подаче заявления для заключения договора страхования, а также при заключении договора страхования, осуществляется в соответствии с законодательством Российской Федерации о страховании.

До момента заключения договора страхования Страхователь подтверждает, что проинформировал лиц, указанных в договоре, о необходимости сбора персональных данных на момент подачи заявления и/или заключения договора страхования и последующей обработки Ваших персональных данных (в том числе сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение, обновление, изменение, извлечение, использование, распространение, предоставление, доступ, передачу (в том числе трансграничную, а также коллекторам/ коллекторским агентствам в случае неисполнения/ несвоевременного исполнения обязательств по оплате премии (взносов) по договору страхования), предоставленных при заключении договора, путем смешанной (автоматизированной и неавтоматизированной) обработки.

Ваши права как субъекта персональных данных определены в статье 14 Федерального закона № 152-ФЗ от 27.07.2006 г. «О персональных данных».