

Утверждены приказом
Генерального директора
№ 229 от «19» декабря 2017 г.
(действуют с 01.01.2018 г.)

ПРАВИЛА
добровольного медицинского страхования

Редакция 5.17

г. Санкт-Петербург
2017

Содержание:

I. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

Статья 1. Правила страхования и договор страхования	3
Статья 2. Застрахованные лица	3
Статья 3. Страховой риск и страховой случай	3
Статья 4. Программы добровольного медицинского страхования	4
Статья 5. Страховая сумма, страховая премия и страховые взносы	4
Статья 6. Заключение, вступление в силу и срок действия договора страхования	5
Статья 7. Изменение договора страхования	5
Статья 8. Прекращение договора страхования	5
Статья 9. Организация оказания медицинских услуг и медицинские учреждения	6
Статья 10. Страховая выплата	6
Статья 11. Разрешение споров	7

II. ПРИЛОЖЕНИЯ

Приложение 1. Страховые тарифы ДМС	8
---	---

I. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

Статья 1. Правила страхования и договор страхования

1.1. На условиях настоящих Правил Либерти Страхование (АО), именуемое в дальнейшем «Страховщик», заключает с юридическими и физическими лицами, именуемыми в дальнейшем «Страхователи», договоры добровольного медицинского страхования (далее по тексту – «договоры страхования» или «Договоры») физических лиц («Застрахованных лиц» или «Застрахованных») в пользу последних.

1.2. Договор страхования является соглашением между Страхователем и Страховщиком, в силу которого Страховщик обязуется за обусловленную Договором страхования плату (страховую премию) при наступлении предусмотренного в Договоре события (страхового случая) произвести оплату оказанных Застрахованному медицинских услуг, в пределах оговоренной Договором суммы (страховой суммы). Оплата услуг производится медицинскому учреждению, оказавшему соответствующие услуги.

1.3. Объектом страхования являются имущественные интересы, связанные с затратами Застрахованных на получение медицинской помощи при возникновении страхового случая, в порядке и на условиях настоящих Правил, Договора страхования и Программы добровольного медицинского страхования (Приложение № 1),

Статья 2. Застрахованные лица

2.1. Застрахованным является названное в договоре страхования физическое лицо, на случай наступления в жизни которого определенного договором страхования события (страхового случая), заключается договор страхования.

2.2. Договор страхования может быть заключен в отношении одного Застрахованного (далее по тексту – «индивидуальный договор страхования») или в отношении нескольких Застрахованных (далее по тексту – «коллективный договор страхования»).

2.3. Застрахованными являются лица, удовлетворяющие следующим требованиям:

а) как на момент заключения договора страхования, так и в момент наступления события с признаками страхового случая, состоящие в трудовых отношениях со Страхователем;

б) на момент заключения договора страхования не являющиеся инвалидами 1, 2 групп, не страдающие: наркоманией, психическими расстройствами, СПИДом (в том числе ВИЧ-инфицирование), злокачественными новообразованиями, системными заболеваниями соединительной ткани, полиорганной недостаточностью (если иное особо не указано в договоре).

Если в период действия страхового обязательства будет установлено, что лицо, числящееся в качестве Застрахованного, не удовлетворяет вышеприведенным критериям, то считается, что договор страхования в отношении такого лица не был заключен. Страховая премия, уплаченная по данному лицу, подлежит возврату Страхователю.

Лица, не состоящие со Страхователем в трудовых отношениях и не имеющих действующий трудовой договор на момент заключения настоящего Договора, могут быть застрахованы только при условии полного и достоверного раскрытия информации о состоянии своего здоровья (в том числе путем ответов на вопросы медицинской анкеты Страховщика), притом на индивидуальных условиях.

Если в течение срока действия страхования Страховщику станет известно, что Застрахованный на момент заключения договора относился к какой-либо из указанных категорий лиц, Страховщик вправе потребовать признания договора недействительным и применения последствий, предусмотренных пунктом 2 статьи 179 ГК РФ.

2.4. При заключении договора страхования Страховщик вправе провести обследование страхуемого лица для оценки фактического состояния его здоровья.

Статья 3. Страховой риск и страховой случай

3.1. Страховым риском является возможное обращение Застрахованного лица за медицинской помощью, предусмотренной договором страхования.

3.2. Страховым случаем является обращение Застрахованного в медицинское учреждение из числа, предусмотренных Договором страхования, в целях получения медицинских услуг в объеме, предусмотренном Договором страхования и Программой добровольного медицинского страхования при условии, что:

3.2.1. обращение Застрахованного и оказанная ему в связи с данным обращением медицинская помощь произошли в течение срока действия страхового обязательства в отношении данного Застрахованного;

3.2.2. Застрахованный обратился за медицинской помощью в медицинское учреждение, указанное в договоре страхования, и в установленном Договором порядке;

3.2.3. медицинская помощь, за которой обратился Застрахованный, входит в Программу добровольного медицинского страхования, предусмотренную Договором для данного Застрахованного;

3.2.4. заболевание и расстройство здоровья, в связи с которым обратился Застрахованный, не указано как исключение в Договоре страхования, Программе добровольного медицинского страхования и Правилах страхования.

3.3. Не являются страховым случаем и не влекут за собой обязанности Страховщика произвести страховую выплату события, не соответствующие определению (условиям) в п.3.2. Правил, а также события, произошедшие в результате:

3.3.1. заболевания и расстройства здоровья, о которых Застрахованный знал, но не сообщил в Заявлении на страхование (анкете) и/или при проведении предстрахового медицинского осмотра;

- 3.3.2. травм, полученных Застрахованным в состоянии алкогольного, токсического или наркотического опьянения (включая травмы при ДТП, произошедшем при управлении Застрахованным транспортным средством в указанном состоянии);
- 3.3.3. заболеваний и расстройств здоровья, возникших или обострившихся в результате нарушения Застрахованным предписаний лечащего врача и/или отказа Застрахованного от рекомендованной медицинской помощи;
- 3.3.4. заболеваний и расстройств здоровья, возникших или обострившихся до начала действия страхования, равно, как и их последствия (осложнения);
- 3.3.5. самоубийства и покушения на самоубийство, а также членовредительства.

Статья 4. Программы добровольного медицинского страхования

4.1. Виды и объемы медицинской помощи, которую Застрахованный может получить по Договору страхования, определены в Программах добровольного медицинского страхования (далее - Программы ДМС или Программы), являющихся Приложением № 1 к настоящим Правилам, а именно:

- Амбулаторно-поликлиническая программа в следующем объеме:
 - консультативные медицинские услуги;
 - диагностические медицинские услуги;
 - лечебные медицинские услуги.
- Стационарная программа по экстренным медицинским показаниям в следующем объеме:
 - консультативные медицинские услуги;
 - диагностические медицинские услуги;
 - лечебные медицинские услуги.
- Стационарная программа по плановым медицинским показаниям в следующем объеме:
 - консультативные медицинские услуги;
 - диагностические медицинские услуги;
 - лечебные медицинские услуги.
- Программа скорой медицинской помощи в следующем объеме:
 - консультативные медицинские услуги;
 - диагностические медицинские услуги;
 - лечебные медицинские услуги;
 - медико-транспортные услуги.
- Стоматологическая программа в следующем объеме:
 - консультативные медицинские услуги;
 - диагностические медицинские услуги;
 - лечебные медицинские услуги.
- Программа ведения (патронажа) беременности и родовспоможение в следующем объеме:
 - консультативные медицинские услуги;
 - диагностические медицинские услуги;
 - лечебные медицинские услуги.
 - медицинская транспортировка.
- Программа реабилитационно-восстановительного и санаторно-курортного лечения:
 - консультативные медицинские услуги;
 - диагностические медицинские услуги;
 - лечебные медицинские услуги.
- Программа амбулаторной и стационарной помощи при гемоконтактных инфекциях:
 - консультативные медицинские услуги;
 - диагностические медицинские услуги;
 - лечебные медицинские услуги.

4.2. Застрахованный может быть застрахован по любому набору Программ, предусмотренных настоящими Правилами.

Совокупность Программ, по которым застрахован конкретный Застрахованный, называется «Комплекс программ». Комплекс программ по каждому Застрахованному указывается в Договоре страхования.

4.3. При заключении договора страхования стороны могут договориться об изменении отдельных видов медицинских услуг из числа, предусмотренных в Программе, и/или изменении их объема (количества), а также перечня лечебно-профилактических учреждений, предоставляющих медицинские услуги в рамках соответствующих Программ.

Статья 5. Страховая сумма, страховая премия и страховые взносы

5.1. Страховая сумма устанавливается по соглашению между Страхователем и Страховщиком исходя из перечня программ и стоимости медицинских услуг, предусмотренных договором страхования, и указывается в Договоре страхования.

5.2. Страховой премией является плата за страхование, которую Страхователь обязан уплатить Страховщику в соответствии с Договором страхования. Размер и порядок уплаты страховой премии определяется в Договоре

страхования. Договором страхования может быть предусмотрена уплата страховой премии единовременно, путём внесения единовременного платежа, или по частям, путём уплаты страховых взносов.

5.3. Уплата премии (взносов) осуществляется Страхователем или по его поручению любым лицом путем безналичного перечисления средств на расчетный счет Страховщика; наличными деньгами представителю Страховщика или в кассу Страховщика, либо иным согласованным в Договоре способом. Страховые взносы могут уплачиваться вперед за один или несколько периодов оплаты.

5.4. В случае неуплаты очередного страхового взноса в установленный срок, действие страхования приостанавливается до 00 часов дня, следующего за днем уплаты просроченного страхового взноса. Срок окончания Договора при этом не изменяется. Медицинские услуги, оказанные Застрахованным, в период, когда действие страхования было приостановлено, страховой выплатой не покрываются.

5.5. Договором страхования может быть предусмотрено условие о собственном участии Застрахованного лица в частичной компенсации стоимости предоставленных медицинских услуг – франшиза (условная, безусловная или временная).

Статья 6. Заключение, вступление в силу и срок действия договора страхования

6.1. Договор страхования заключается на основании устного или письменного Заявления Страхователя. Для заключения Договора Страхователь обязан передать Страховщику список лиц, подлежащих страхованию, содержащий их паспортные данные, информацию о фактическом месте проживания и контактные телефоны, а также информацию, указанную в п. 2.4. настоящих Правил, в той мере, в какой она относится к страхуемым лицам. При заключении Договора на основании письменного Заявления Страхователь обязан точно и полно указать в нём сведения в соответствии с поставленными Страховщиком вопросами, имеющими существенное значение для определения степени страхового риска и вероятности наступления страхового случая. Существенными, в любом случае, считаются сведения, указанные в п. 2.4. настоящих Правил.

По требованию Страхователь обязан передать Страховщику заверенные копии документов, подтверждающих указанные в Заявлении и/или ответах на запросы сведения.

6.2. Договор страхования заключается в письменной форме.

6.3. Договор страхования вступает в силу после уплаты в установленные сроки первого страхового взноса (единовременной страховой премии):

6.3.1. при уплате наличными деньгами - с 00 часов дня, следующего за днем получения денег представителем Страховщика или внесения денег в кассу Страховщика;

6.3.2. при безналичном платеже – с 00 часов дня, следующего за днем поступления денег на расчетный счет Страховщика;

6.3.3. в сроки, указанные в Договоре.

6.4. Срок страхования (срок действия Договора) указывается в Договоре. Срок страхования по каждому Застрахованному совпадает со сроком действия Договора, если отдельно в Договоре не предусмотрены иное.

6.5. После вступления Договора страхования в силу Страховщик передает Страхователю в согласованные Сторонами сроки полисы на всех Застрахованных. Условия передачи полисов предусматриваются условиями Договора. При этом Страхователь обязан обеспечить передачу полисов Застрахованным, а также их информирование об условиях Договора страхования.

Полис для целей настоящих Правил является информационным документом, содержащим сведения о Застрахованном, номере и сроке действия страхования и Программе ДМС, предусмотренной для данного Застрахованного. Дополнительно с полисом Застрахованному может выдаваться Памятка Застрахованного, разъясняющая порядок получения и объемы медицинской помощи по Программе ДМС.

Статья 7. Изменение договора страхования

7.1. Договор страхования может быть изменен по соглашению сторон в течение срока действия договора.

7.2. Изменение условий Договора страхования оформляется путем составления Дополнительного соглашения к договору страхования, подписанного обеими Сторонами.

7.3. При изменении положений Договора страхования, которые учитывались при определении величины страховой премии по Договору, Страховщик производит перерасчет премии. В случае увеличения страховой премии в результате перерасчета, Страхователь обязан уплатить дополнительную страховую премию в установленные Дополнительным соглашением сроки.

Статья 8. Прекращение договора страхования

8.1. Договор страхования прекращает свое действие в случае:

8.1.1. истечения срока действия Договора;

8.1.2. выполнения Страховщиком своих обязательств по Договору страхования в полном объеме;

8.1.3. смерти Страхователя - физического лица, заключившего договор страхования в отношении третьих лиц, или ликвидации Страхователя;

8.1.4. смерти Застрахованного; - в части данного Застрахованного;

8.1.5. по соглашению Сторон;

8.1.6. в иных случаях, предусмотренных действующим законодательством Российской Федерации. В случае прекращения Договора страхования по причинам, указанным в подпунктах 8.1.1. – 8.1.4. Правил,

возврат уплаченной страховой премии (взносов) Страховщик не производит, если иное не предусмотрено Договором.

8.2. В случае прекращения Договора по соглашению сторон (подпункт 8.1.5. настоящей статьи) размер и порядок возврата части уплаченных страховых взносов за неистекший срок страхования определяется в указанном соглашении.

8.3. В случае отказа Страхователя от договора страхования (полиса) в течение четырнадцати календарных дней со дня его заключения (независимо от момента уплаты страховой премии) при отсутствии в данном периоде событий, имеющих признаки страхового случая, Страховщик в срок, не превышающий 10 рабочих дней со дня получения письменного заявления Страхователя, возвращает Страхователю (по его выбору наличными деньгами или в безналичном порядке) уплаченную страховую премию в следующем размере:

- если Страхователь отказался от договора страхования (полиса) в срок до даты начала действия страхования уплаченная страховая премия подлежит возврату Страховщиком Страхователю в полном объеме;

- если Страхователь отказался от договора страхования (полиса) в срок после даты начала действия страхования Страховщик при возврате уплаченной страховой премии Страхователю вправе удержать ее часть пропорционально сроку действия договора страхования (полиса), прошедшему с даты начала действия страхования до даты прекращения действия договора страхования (полиса).

В случаях прекращения действия договора (полиса), указанных в настоящем пункте Правил, договор страхования (полис) считается прекратившим свое действие с даты получения Страховщиком письменного заявления Страхователя об отказе от договора страхования (полиса), если иная дата не установлена соглашением сторон, но не позднее четырнадцати календарных дней со дня заключения договора страхования (полиса).

Указанные выше порядок расторжения договора страхования (полиса) действует в отношении страхователей – физических лиц.

Статья 9. Организация оказания медицинских услуг и медицинские учреждения

9.2. Медицинские услуги, предусмотренные Программами ДМС, оказываются Застрахованным медицинскими учреждениями и службами по организации экстренной медицинской помощи (далее - медицинские учреждения), имеющими установленные законодательством РФ лицензии, разрешения и сертификаты на право оказания платных медицинских услуг соответствующего профиля и вида.

Перечень медицинских учреждений, где Застрахованный может получать медицинскую помощь в рамках Договора страхования, указывается в Программе, являющейся Приложением к Договору.

9.3. Для определения условий, порядка взаимодействия и оплаты организации медицинской помощи Страховщик может заключать с Медицинскими учреждениями договоры на оказание медицинских услуг Застрахованным, соответствующие требованиям законодательства РФ.

9.4. Обращение Застрахованного за медицинской помощью осуществляется через Страховщика (его диспетчерскую службу) и/или через Ассистанскую компанию, уполномоченную Страховщиком на организацию медицинских услуг Застрахованным лицам. Самостоятельное обращение Застрахованного за медицинской помощью непосредственно в медицинское учреждение может осуществляться только в предусмотренных Договором случаях. Обращение Застрахованного за медицинской помощью в нарушение условий настоящего пункта не является страховым случаем и, таким образом, не влечет страховую выплату.

9.5. Порядок получения Застрахованным медицинских услуг в медицинском учреждении определяется внутренним регламентирующими документами (распорядком, стандартами) медицинского учреждения, договором на оказание медицинских услуг, заключенным между медицинским учреждением и Страховщиком, и законодательством РФ, регулирующим медицинскую деятельность.

9.6. Страховщик не несет ответственности за качество предоставленной Застрахованному медицинской помощи. С соответствующими претензиями Страхователю, Застрахованному надлежит обращаться непосредственно к лечебному учреждению, оказавшему некачественную услугу.

Статья 10. Страховая выплата

10.1. Страховая выплата производится Страховщиком только по страховым случаям, оговоренным в Программе добровольного медицинского страхования

10.2. Размер страховой выплаты соответствует стоимости медицинских услуг, оказанных Застрахованному в соответствии с Договором страхования. При этом общая сумма страховых выплат определенного вида не может превышать установленной в Договоре соответствующей страховой суммы (лимита возмещения). Лимит возмещения - установленная в Договоре максимальная величина расходов на медицинские услуги определенного вида, подлежащих возмещению по Договору страхования.

10.3. Страховая выплата производится медицинскому учреждению, оказавшему Застрахованному медицинские услуги.

Страховая выплата медицинскому учреждению осуществляется на основании выставленных им счетов с указанием данных Застрахованного лица, даты, вида и стоимости оказанных услуг. Порядок экспертизы и оплаты счетов определяется в соответствующем договоре, заключенном Страховщиком с данным медицинским учреждением.

В случае получения медицинских услуг в медицинском учреждении, не входящем в программу страхования, страховая выплата может быть реализована как возмещение расходов Застрахованного за полученные медицинские услуги при предоставлении Застрахованным медицинских документов с лечебно-диагностическими назначениями и платёжных документов, подтверждающих факт расхода.

10.4. Страховая выплата производится в рублях Российской Федерации.

10.5. В случае превышения суммы оплаченных Страховщиком счетов за оказанные Застрахованным медицинские услуги над страховой суммой и/или лимитом возмещения, Страхователь обязан возместить Страховщику выплаченные сверх страховой суммы (лимита возмещения) средства.

Страхователь также обязан возместить в полном объеме произведенные Страховщиком расходы на оплату следующих медицинских услуг:

10.5.1. оказанных Застрахованному услуг, которые в результате проведенных впоследствии анализов (экспертиз, расследований и т.д.) не могут быть признаны страховым случаем;

10.5.2. услуг, которые были оказаны Застрахованному, когда Договор страхования не действовал, или когда обслуживание было приостановлено в соответствии с пунктом 5.4. настоящих Правил.

Указанные в данном пункте расходы Страхователь обязан возместить в течение 20 (Двадцати) банковских дней с момента получения претензии Страховщика.

Статья 11. Разрешение споров

Споры, возникающие по Договору страхования, заключенному в соответствии с настоящими Правилами, и связанные с ним, разрешаются путем переговоров, а при недостижении согласия - в судебном порядке в пределах срока исковой давности, предусмотренного действующим законодательством Российской Федерации.

II. ПРИЛОЖЕНИЯ

Приложение 1
к Правилам добровольного медицинского страхования редакция 5.17

Страховые тарифы по добровольному медицинскому страхованию

1. Страховая премия по Договору ДМС рассчитывается как сумма страховых премий по страхованию каждого застрахованного в рамках данного Договора.
2. Страховая премия по Застрахованному рассчитывается как сумма страховых премий по всем программам, входящим в комплексную программу для данного Застрахованного.
Если по программе, входящей в комплексную программу, установлена отдельная страховая сумма, страховая премия по такой программе рассчитывается как произведение этой страховой суммы на страховой тариф по указанной программе.
Если одновременно по нескольким программам, входящим в комплексную программу, установлена единая страховая сумма, страховая премия по таким программам рассчитывается как произведение единой страховой суммы на сумму страховых тарифов по указанным программам.
3. Страховой тариф по программе получается путем умножения базового страхового тарифа на поправочные коэффициенты.
4. Базовый страховой тариф по программе определяется по Таблице 1 в зависимости от вида и категории программы, а также величины страховой суммы.

Табл. 1. Базовые тарифные (%) ставки по программам ДМС для различных категорий и интервалов страховых сумм.

Код программы ДМС	Наименование программы	Страховая сумма	Тариф		
1	Скорой медицинской помощи	от 100 000 до 500 000 руб.	0,1163		
		от 500 000 до 1 500 000 руб.	0,0377		
		от 1 500 000 до 5 000 000 руб.	0,0141		
		от 5 000 000 до 10 000 000 руб.	0,0079		
2	Амбулаторно-поликлиническая	от 100 000 до 500 000 руб.	2,6221		
		от 500 000 до 1 500 000 руб.	0,8298		
		от 1 500 000 до 5 000 000 руб.	0,2987		
		от 5 000 000 до 10 000 000 руб.	0,1494		
3	Стационарная программа по экстренным медицинским показаниям	от 100 000 до 500 000 руб.	0,3110		
		от 500 000 до 1 500 000 руб.	0,0977		
		от 1 500 000 до 5 000 000 руб.	0,0341		
		от 5 000 000 до 10 000 000 руб.	0,0178		
		4	Стационарная программа по плановым медицинским показаниям	от 100 000 до 500 000 руб.	0,2651
				от 500 000 до 1 500 000 руб.	0,0833
от 1 500 000 до 5 000 000 руб.	0,0290				
от 5 000 000 до 10 000 000 руб.	0,0152				
5	Стоматологическая	от 100 000 до 500 000 руб.	1,0261		
		от 500 000 до 1 500 000 руб.	0,3238		
		от 1 500 000 до 5 000 000 руб.	0,1131		
		от 5 000 000 до 10 000 000 руб.	0,0585		
6	Ведение (патронаж) беременности и родовспоможение	от 100 000 до 500 000 руб.	5,9202		
		от 500 000 до 1 500 000 руб.	1,6445		
		от 1 500 000 до 5 000 000 руб.	0,4933		
		от 5 000 000 до 10 000 000 руб.	0,2467		
7	Реабилитационно-восстановительного и санаторно-курортного лечения	от 100 000 до 500 000 руб.	3,1672		
		от 500 000 до 1 500 000 руб.	0,7918		
		от 1 500 000 до 5 000 000 руб.	0,2639		
		от 5 000 000 до 10 000 000 руб.	0,1320		
8	Амбулаторная и стационарная помощь при гемоконтактных инфекциях	от 100 000 до 500 000 руб.	0,1300		
		от 500 000 до 1 500 000 руб.	0,0217		
		от 1 500 000 до 5 000 000 руб.	0,0065		

		от 5 000 000 до 10 000 000 руб.	0,0022
--	--	---------------------------------	--------

5. К базовым страховым тарифам могут применяться поправочные коэффициенты, учитывающие:

- количество Застрахованных в рамках одного договора;
- пол и возраст Застрахованных, в том числе детей и лиц пожилого возраста;
- характер трудовой деятельности Застрахованных;
- количество программ, одновременно включенных в комплекс программ ДМС;
- включение в программу /исключение из программы отдельных заболеваний, медицинских услуг, медицинских учреждений;
- экономические результаты по ранее действовавшим договорам страхования, заключенным в отношении данного коллектива Застрахованных;
- оценка степени страхового риска для данного застрахованного (коллектива Застрахованных);
- размер участия Застрахованного лица в компенсации стоимости предоставленных медицинских услуг (франшизу).