

**ОБЩЕСТВО С ОГРАНИЧЕННОЙ ОТВЕТСТВЕННОСТЬЮ  
СТРАХОВОЕ ОБЩЕСТВО «ГЕОПОЛИС»**

---

---

**УТВЕРЖДЕНО**

**ООО СО «ГЕОПОЛИС»**

**Приказом Генерального директора  
ООО СО «Геополис» В.И. Чхаидзе  
№ 39 от 25.12.2017 года**

**Лицензия Центрального Банка  
Российской Федерации  
СЛ № 2397 от 18.10.2017 г.**

**ПРАВИЛА  
ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ**

На основании настоящих Правил Общество с ограниченной ответственностью Страхование общество «Геополис» (далее - Страховщик) заключает договоры страхования, по условиям которых гарантирует возмещение в объеме страховой медицинской программы расходов на медицинские услуги и медикаменты в Медицинских учреждениях.

## **1. СУБЪЕКТЫ И ОБЪЕКТ СТРАХОВАНИЯ**

1.1. Субъектами добровольного медицинского страхования являются: Страхователь (Застрахованный), Страховщик и Медицинское учреждение (Исполнитель).

1.2. Страхователями являются юридические лица - предприятия, организации и т.п. любой организационно-правовой формы собственности, зарегистрированные и действующие в соответствии с законодательством Российской Федерации, а также дееспособные физические лица, заключившие со Страховщиком договоры страхования.

1.3. При коллективном страховании Страхователи - юридические лица заключают договора страхования в пользу своих работников (а также членов их семей), при индивидуальном страховании Страхователи - физические лица вправе заключать со Страховщиком договоры о страховании как в свою пользу, так и о страховании третьих лиц (далее - Застрахованные лица).

Страховщик вправе отказать в заключении договора страхования в отношении Застрахованных лиц, возраст которых на момент заключения договора превышает 60 лет.

1.4. Исполнителями в системе добровольного медицинского страхования являются имеющие лицензии лечебно-профилактические учреждения, научно-исследовательские и медицинские институты, санаторно - реабилитационные и другие учреждения, оказывающие медицинскую помощь, сервисные компании, организующие предоставление медицинских услуг, организации предоставляющие медикаменты, лекарственные препараты, медицинские материалы и приспособления необходимые для лечения Застрахованных, а также лица, осуществляющие медицинскую деятельность как индивидуально, так и коллективно. Страховщик состоит в договорных или иных отношениях с Исполнителями.

1.5. Объектом страхования являются имущественные интересы Страхователя (Застрахованного лица), связанные с оказанием им медицинских услуг.

## 2. СТРАХОВЫЕ РИСКИ, СТРАХОВЫЕ СЛУЧАИ

2.1. Страхование по настоящим Правилам производится на случай наступления следующих событий (страховых рисков):

- обращение Страхователя (Застрахованного) к Исполнителю за медицинской помощью, предусмотренной договором страхования, вследствие острого заболевания или обострения хронического заболевания;
- обращение Страхователя (Застрахованного) к Исполнителю за медицинской помощью, предусмотренной договором страхования, вследствие травмы, отравления и т.п.

2.2. Страховыми случаями являются свершившиеся события, предусмотренные договором страхования, с наступлением которых возникает обязанность Страховщика произвести страховую выплату.

2.3. Страховщик имеет право отказать в страховой выплате, если Застрахованный обратился в медицинское учреждение в связи:

- с получением травматического повреждения в состоянии алкогольного, наркотического, токсического и иного опьянения;
- в результате военных действий и их последствий;
- гражданских волнений, забастовок;
- ядерного взрыва и его последствий;
- с нарушением Застрахованным предписанного ему медицинским работником режима или лечения;
- с получением травматического повреждения или иного расстройства здоровья, наступившего в результате совершения Застрахованным лицом умышленного преступления, находящегося в прямой причинной связи со страховым случаем;
- с покушением на самоубийство, за исключением тех случаев, когда Застрахованный был доведен до такого состояния противоправными действиями третьих лиц;
- с умышленным причинением себе телесных повреждений, суицидальными попытками.

В этих случаях Страхователь (Застрахованный) на основании решения Страховщика основанного на заключении Исполнителя, самостоятельно оплачивает оказанные медицинские услуги.

При несогласии Страхователя (Застрахованного) с решением экспертной комиссии отказ Страховщика в оплате лечения может быть оспорен в порядке, предусмотренном законодательством Российской Федерации и договором страхования.

2.4. Страховщик имеет право не оплачивать медицинские услуги если:

- Застрахованным получены медицинские услуги, которые не предусмотрены медицинскими программами, указанными в договоре страхования;

- Застрахованным получены медицинские услуги в медицинских учреждениях, не предусмотренных договором страхования, либо несогласованные со Страховщиком (согласованием является гарантийное письмо Страховщика к Исполнителю).

В этих случаях решение об отказе в оплате медицинских расходов принимается экспертной комиссией Страховщика на основании заключения Медицинского учреждения.

При несогласии Застрахованного лица с решением экспертной комиссии отказ Страховщика в оплате лечения может быть оспорен в порядке, предусмотренном законодательством Российской Федерации и договором страхования.

### **3. СТРАХОВАЯ СУММА**

3.1. Страховой суммой является денежная сумма, определенная договором страхования, исходя из которой устанавливается размер страховой премии (страховых взносов) и размер страховой выплаты при наступлении страхового случая.

Страховая сумма (лимит страховой ответственности) является предельным уровнем страхового обеспечения, определенного договором страхования, исходя из перечня и стоимости медицинских услуг.

3.2. Страховые суммы определяются Страховщиком для медицинских программ по амбулаторному, стационарному, восстановительному лечению с учетом средней стоимости медицинских услуг, входящих в эти программы, и среднего количества обращений за предоставлением этих услуг в Медицинские учреждения.

При заключении договора страхования страховая сумма (лимит страховой ответственности) устанавливается в целом по выбранной медицинской программе (п. 6.3. Правил), а так же при необходимости отдельно по конкретным медицинским услугам, входящим в медицинскую программу.

3.3. Страховой тариф по договору страхования определяется страховщиком на основе действующих тарифных ставок, рассчитываемых и устанавливаемых страховщиком для каждой медицинской программы на годовой базе.

3.4. Страховщик оплачивает все произведенные разумно понесенные расходы Застрахованного лица в Медицинском учреждении связанные со страховым случаем в рамках медицинской программы только в пределах страховой суммы установленной в договоре.

## 4. СТРАХОВАЯ ПРЕМИЯ

4.1. Страховой премией является плата за настоящее страхование, которую Страхователь обязан внести Страховщику в соответствии с договором страхования.

4.2. Размер страховой премии рассчитывается Страховщиком на основании тарифной ставки, установленной для соответствующей Медицинской программы, лимита страховой ответственности, срока страхования и может корректироваться с учетом коэффициентов, устанавливаемых Страховщиком в зависимости от степени риска.

4.3. Страховая премия уплачивается Страхователем в порядке, указанном в договоре страхования:

- наличными деньгами через кассу Страховщика при подписании договора страхования;
- перечислением на расчетный счет Страховщика путем безналичной оплаты.

4.4. При существенном изменении условий оказания медицинской помощи в Медицинских учреждениях (применение нового медицинского оборудования, использование новых методов диагностики и лечения и т.п.), связанном с увеличением стоимости оказания медицинских услуг, а также при подаче Страхователем заявления о расширении перечня медицинских услуг, что привело к повышению лимита ответственности, размер страховой премии может быть изменен по соглашению сторон.

В этом случае Страхователь обязан уплатить дополнительную страховую премию в соответствии с дополнительным соглашением к договору страхования.

4.5. Страховщик имеет право увеличить стоимость медицинского полиса, умножив страховой тариф на экспертно определяемый коэффициент риска.

а) при индивидуальном страховании для лиц, нуждающихся в посторонней помощи, инвалидов и лиц предпенсионного и пенсионного возраста;

б) при коллективном страховании:

- при наличии на предприятии (организации) работающих лиц предпенсионного возраста в количестве более, чем 50 процентов;
- при особо вредных условиях работы на производстве;
- при наличии на предприятии работающих лиц с хроническими заболеваниями в количестве более, чем 50 процентов.

## 5. СРОК СТРАХОВАНИЯ

5.1. Договор страхования заключается сроком на один год, если иное не предусмотрено договором страхования, либо в месяцах на любой срок, при этом неполный месяц принимается за полный.

5.2. При страховании на срок менее 1 года стоимость страхового полиса уменьшается с учетом коэффициента краткосрочности:

Срок страхования	Процент от годовой премии
1 месяц	20
2 месяца	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

## 6. ДОГОВОР СТРАХОВАНИЯ

6.1. Договор страхования является соглашением между Страхователем и Страховщиком, в силу которого Страховщик обязуется при страховом случае произвести оплату медицинских услуг, оказанных Страхователю (Застрахованному лицу), о страховании которого заключен договор, с Исполнителем, где Застрахованное лицо получило медицинскую помощь, либо наличными, через кассу Страховщика на основании документов возместить расходы Страхователя (Застрахованного) на медицинские услуги, если они были оказаны в соответствии с договором страхования, а Страхователь обязуется уплатить страховую премию в установленные сроки.

6.2. Договор страхования составляется в двух экземплярах, имеющих одинаковую силу, по одному для каждой из сторон.

6.3. Договор страхования может быть заключен на основании одного из следующих условий:

а) «предоставления медицинских услуг при амбулаторном лечении», предусматривающего предоставление медицинских услуг в соответствии с их перечнем при амбулаторном лечении в Медицинских учреждениях, определенных договором страхования (Медицинская программа № 1);

б) «предоставления медицинских услуг при стационарном лечении», предусматривающего получение медицинских услуг в соответствии с их перечнем по договору страхования при обращении в стационарные, санаторные - реабилитационные Медицинские учреждения, определенные договором страхования (Медицинская программа № 2);

в) «полной страховой ответственности», предусматривающей предоставление медицинских услуг стационарными и амбулаторными Медицинскими учреждениями, определенными в договоре страхования, в соответствии с конкретным перечнем услуг (Медицинская программа № 3).

6.4. Для заключения договора страхования Страхователь представляет Страховщику письменное заявление о своем желании заключить договор страхования. В случае необходимости, для уточнения указанных данных, Страховщик имеет право запросить от каждого лица, принимаемого на страхование:

- документ, удостоверяющий личность;
- предоставления выписок из истории болезни и/или заключений лечащих врачей о заболеваниях и состояниях, существующих на момент обращения к Страховщику;
- предоставления Удостоверения об инвалидности, при его наличии;
- предоставления справок из диспансеров о постановке/снятии с учета;
- проведения за счет Страхователя (Застрахованного) предварительного медицинского обследования для оценки фактического состояния здоровья.

Также для заключения договора страхования Страховщику (по его запросу) должны быть предоставлены письменные согласия на обработку персональных данных от каждого Застрахованного лица. В заявлении указываются:

а) при индивидуальном страховании:

- фамилия, имя, отчество Страхователя;
- фамилия, имя, отчество Застрахованного лица;
- год рождения или возраст Застрахованного лица в полных годах на момент подачи заявления о страховании;
- пол Застрахованного лица;
- домашний адрес и телефон Страхователя;
- паспортные данные Страхователя;
- условия страхования (наименование медицинской программы);
- срок страхования;
- иные не противоречащие Законодательству РФ сведения, позволяющие судить о степени риска;

б) при коллективном страховании:

- наименование Страхователя;
- юридический адрес и банковские реквизиты Страхователя;
- характер производства;
- условия страхования (наименование медицинской программы);

- срок страхования;
- количество Застрахованных лиц;
- список застрахованных по установленной Страховщиком форме с указанием фамилии, имени, отчества, пола, даты рождения, адреса проживания, контактных телефонов, номера страховых программ по договору и других персональных данных по запросу Страховщика;
- иные не противоречащие Законодательству РФ реквизиты, позволяющие судить о степени риска.

6.5. Перечисленные данные о Страхователе и отметка об ознакомлении Страхователя с Правилами должны быть подтверждены подписью Страхователя или - при коллективном страховании - его представителя.

6.6. При коллективном страховании к заявлению должен быть приложен список Застрахованных лиц с указанием:

- фамилий, имен, отчеств;
- домашних адресов и телефонов;
- пола;
- даты рождения.

6.7. Договоры страхования могут заключаться как без предварительного медицинского освидетельствования, так и с предварительным медицинским освидетельствованием Застрахованных лиц, на основании результатов которого определяется их принадлежность к группам риска госпитализации, по которым могут быть дифференцированы размеры подлежащей уплате страховой премии.

6.8. Договор страхования вступает в силу после перечисления первого (единовременного) взноса страховой премии на расчетный счет Страховщика при безналичной оплате или уплате через кассу Страховщика при оплате наличными деньгами, если условиями договора не предусмотрено иное.

6.9. Действие договора страхования начинается в 00 часов дня указанного в договоре страхования и заканчивается в 00 часов дня указанного в договоре страхования.

6.10. При коллективном страховании численность работников, принимаемых на страхование, определяется самим предприятием (организацией). Если в договоре страхования не оговорено иное, уволенные работники выбывают из страхования в день их увольнения, а вновь принятые включаются в страхование в день их приема на работу. При этом сохраняется численность Застрахованных лиц на момент заключения договора и общий лимит ответственности по договору коллективного страхования. Однако если в отношении выбывших из страхования работников производились страховые выплаты, то договор в отношении них расторгается, а в отношении вновь принятых Застрахованных лиц заключается дополнительный договор



страхования.

6.11. Если у Страхователя возникает необходимость застраховать дополнительное количество работников (членов их семей), то он вправе заключить дополнительный договор.

6.12. При коллективном страховании к договору прилагается:

- а) список Застрахованных лиц с указанием фамилии, имени, отчества каждого, возраста, полного домашнего адреса и телефона;
- б) либо именные регистрационные карточки, пластиковые карты или иные носители информации, определяющие право на получение медицинской помощи в Медицинском учреждении;
- в) либо именные полисы Застрахованных лиц в соответствии со списком Страхователя.

Список Застрахованных лиц составляется в двух экземплярах. Один экземпляр списка передается Страховщику, второй остается у Страхователя.

6.13. При индивидуальном страховании Страхователь получает:

- а) договор страхования в котором указаны все существенные условия страхования и страховой полис.
- б) при необходимости именную регистрационную карточку, пластиковую карту или иной носитель информации, определяющий право на получение медицинской помощи в Медицинском учреждении, в которой фиксируются полученные во время договора страхования медицинские услуги.

6.14. Страховщик выдает Застрахованным лицам страховые полисы, а также при необходимости регистрационные карточки, пластиковые карты в течение 10 дней после начала действия договора.

6.15. При утрате Застрахованным лицом страхового полиса, регистрационной карточки или пластиковой карты он должен незамедлительно известить об этом Страховщика. Утраченные документы и носители информации признаются недействительными и не могут являться основанием для получения медицинских услуг в соответствии с договором страхования, взамен Страхователю выдаются новые.

При повторной утрате страховых документов в течение действия договора страхования со Страхователя может дополнительно взыскиваться платеж в размере фактической стоимости их изготовления и стоимость медицинских услуг, произведенных третьим лицам, воспользовавшимся этими документами.

6.16. Договор страхования прекращается в случаях:

- истечения срока действия;
- исполнения Страховщиком обязательств по договору в полном

объеме (в размере страховой суммы);

- неуплаты Страхователем страховой премии в установленные договором сроки;
- ликвидации Страхователя, являющегося юридическим лицом, или смерти Страхователя, являющегося физическим лицом, кроме случаев замены Страхователя в договоре страхования;
- смерти Застрахованного лица;
- ликвидации Страховщика в установленном законодательством Российской Федерации порядке;
- признания судом договора страхования недействительным;
- по требованию Страхователя или Страховщика, если это предусмотрено условиями договора;
- по соглашению сторон;
- в других случаях, предусмотренных действующим законодательством Российской Федерации и настоящими правилами.

6.17. Страхователь вправе отказаться от договора страхования в любое время. В случае отказа страхователя от договора страхования, 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 производит возврат страхователю уплаченной страховой премии в полном объеме.

6.18. В случае если страхователь отказался от договора страхования в срок установленный пунктом 6.17, но после даты начала действия страхования, Страховщик при возврате уплаченной страховой премии страхователю удерживает ее часть пропорционально сроку действия договора страхования, прошедшему с даты начала действия страхования до даты прекращения действия договора страхования.

6.19. Договор страхования может быть прекращен досрочно по требованию Страхователя или Страховщика, если это предусмотрено условиями договора, или по взаимному соглашению сторон, либо в соответствии с действующим законодательством.

6.20. О намерении досрочного прекращения договора страхования стороны обязаны уведомить друг друга не менее, чем за 15 дней до предполагаемой даты прекращения договора страхования, если договором не предусмотрено иное.

6.21. В случае досрочного прекращения договора страхования по требованию страхователя Страховщик возвращает ему страховые взносы за неистекший срок договора за вычетом понесенных расходов; если требование страхователя обусловлено нарушением страховщиком правил страхования, то последний возвращает страхователю внесенные им страховые взносы

полностью.

При досрочном прекращении договора страхования по требованию Страховщика он возвращает Страхователю внесенные им страховые взносы полностью; если требование страховщика обусловлено невыполнением страхователем правил страхования, то он возвращает страхователю страховые взносы за неистекший срок договора за вычетом понесенных расходов.

6.22. Страховщик по выбору Страхователя производит возврат уплаченной страховой премии путем безналичного перечисления ее на расчетный счет страхователя, либо наличными денежными средствами в кассе Страховщика.

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

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

## **7. СТРАХОВАЯ ВЫПЛАТА**

7.1. Страховой выплатой по настоящим Правилам является денежная сумма, выплачиваемая при наступлении страхового случая страхователю, застрахованному лицу либо исполнителю, оказавшему медицинские услуги.

7.2. Размер страховой выплаты определяет Страховщик на основе экспертизы документов, подтверждающих вид и стоимость медицинских услуг (счета, счета-фактуры, перечни услуг за период, акты и т.п.) оформленных Исполнителем. Страховщик производит страховую выплату, либо мотивированно отказывает в выплате, в течении 15 дней с даты получения вышеуказанных документов.

7.3. Из страхового покрытия исключаются расходы на медицинское обслуживание, полученное Застрахованным лицом, не предусмотренные договором страхования (медицинской программой) и не согласованные со страховщиком.

7.4. Во всех случаях Страховщик оплачивает услуги Исполнителя только в пределах страховой суммы.

## 8. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

8.1. Страховщик обязан:

- а) выдать страховой полис с приложением настоящих Правил в установленный срок;
- б) не разглашать сведения о Страхователе, если это не вступит в противоречие с законодательными актами РФ;
- в) для реализации медицинской программы заключать двусторонние договоры с Исполнителями, в которые должны быть включены следующие условия:
  - перечень медицинских услуг с указанием стоимости;
  - наименование площадей (кабинетов, палат и т.д.), необходимых для получения медицинской помощи;
  - описание документации, регламентирующей взаимоотношения Страховщика с медицинским учреждением и медицинского учреждения с Застрахованными лицами;
  - сроки договора;
  - сроки предоставления Исполнителем счетов-фактур по оказанным медицинским услугам Страховщику;
  - сроки оплаты Страховщиком счетов-фактур;
  - порядок разрешения споров;
- г) при возникновении осложнений у Застрахованного лица и необратимых последствий от них по вине Исполнителя, нести ответственность с выплатой компенсации Страхователю в размере стоимости оказанных услуг;
- д) соблюдать тайну страхования.

8.2. Страховщик имеет право:

- установить лимит ответственности на оплату медицинских услуг по договору в зависимости от Медицинской программы;
- проверить достоверность указанных в заявлении на страхование данных, а в случае установления недостоверности сообщенных Страхователем данных Страховщик имеет право отказать Страхователю в заключении договора страхования. Если же недостоверность данных, влияющих на степень риска, будет обнаружена после вступления договора страхования в силу, Страховщик имеет право досрочно прекратить действие договора страхования, с письменным уведомлением Страхователя о причинах расторжения договора. Страховая премия в этом случае возвращается за неистекший срок действия договора за вычетом понесенных Страховщиком расходов;
- при возникновении осложнений у Застрахованного лица и необратимых последствий от них по вине Исполнителя предъявить регрессный иск к Исполнителю на возмещение суммы компенсации, выплаченной Страховщиком в отношении Застрахованного лица в размере стоимости оказанных услуг и оплатой стоимости комплексных мероприятий, связанных с устранением таких осложнений.

### 8.3. Страхователь обязан:

- своевременно уплачивать страховую премию в размере и порядке, предусмотренных договором страхования;
- при заключении договора страхования сообщать Страховщику обо всех известных ему обстоятельствах, имеющих значение для оценки страхового риска;
- во всех случаях прекращения договора страхования в отношении Застрахованных лиц предоставлять Страховщику письменное уведомление об этом;
- в случае если Застрахованному лицу были оказаны медицинские услуги не предусмотренные договором страхования, оплатить расходы на их оказание непосредственно по месту их получения (медучреждение), либо, в случае если страховщик оплатил эти услуги исполнителю, возместить их страховщику в течение одного календарного месяца с даты получения указанных услуг;
- получить от Застрахованных лиц (для юридического лица), а в случае, если Страхователем заключается договор в отношении себя, предоставить самостоятельно письменное(ые) согласие(я) на обработку Страховщиком его (их – Застрахованных лиц) персональных данных, в соответствии с требованиями действующего законодательства Российской Федерации;
- по запросу Страховщика незамедлительно (в течение 1 (одного) рабочего дня с момента получения соответствующего запроса Страховщика) предоставить ему согласие на обработку персональных данных.

### 8.4. Страхователь имеет право:

- требовать предоставления Застрахованным лицам в Медицинских учреждениях и иных организациях именуемых Исполнителями медицинских и сервисных услуг, определенных в договоре страхования, в соответствии с условиями страхования и медицинской программой; в случае же не предоставления таких медицинских услуг Страхователь должен немедленно поставить в известность об этом Страховщика. При отсутствии у Страхователя возможности сообщить об этом Страховщику информировать Страховщика может любое уполномоченное Страхователем лицо.
- в течение срока действия договора страхования подать заявление на расширение перечня медицинских услуг, добавив услуги из медицинской программы, которая не входила в страховое покрытие по первоначальному договору, или повысить размер страховой суммы (лимит страховой ответственности), заключив дополнительное соглашение к договору страхования и уплатив при этом дополнительный страховой взнос. Дополнительное соглашение к договору страхования начинает действовать со дня уплаты страхового взноса либо срока указанного в соглашении.

### 8.5. Застрахованное лицо имеет право:

- требовать предоставления медицинских услуг в соответствии с

условиями договора страхования в перечисленных в нем медицинских учреждениях;

- сообщать Страховщику о случаях не предоставления или неполного и некачественного предоставления медицинских услуг.

8.6. Застрахованные лица (Страхователь) также обязаны:

а) правильно и правдиво заполнять заявление на страхование;

б) соблюдать предписания лечащего врача, полученные в ходе предоставления медицинской помощи, соблюдать распорядок, установленный Медицинским учреждением;

в) заботиться о сохранности страховых документов (полисы, а также именные регистрационные карточки, пластиковые карты и иные носители информации, оговоренные договором страхования) и не передавать их третьим лицам с целью получения ими медицинских услуг по договору страхования. В противном случае Страховщик имеет право досрочно прекратить действие договора страхования в отношении данного Застрахованного лица. Возврат взносов страховой премии в этом случае не производится.

## 9. ПЕРСОНАЛЬНЫЕ ДАННЫЕ

Заключая договор страхования на основании настоящих Правил, Страхователь должен предоставить согласие/я – Застрахованных лиц на обработку своих персональных данных:

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

- Страхователем – физическим лицом, договор страхования прекращается полностью.

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.

Отзыв Застрахованным лицом или Страхователем согласия на обработку персональных данных, признается Страховщиком в качестве волеизъявления Застрахованного лица или Страхователя о досрочном отказе от договора страхования.

## 10. ПРОЧИЕ УСЛОВИЯ

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

10.2. Все споры по договору страхования между Страхователем и

Страховщиком рассматриваются в претензионном порядке, а при не достижении согласия по претензиям - в судебном (арбитражном) порядке.

10.3. Право на предъявление претензий к Страховщику на получение страхового обеспечения по договору сохраняется в течение общего срока исковой давности.

## **МЕДИЦИНСКАЯ ПРОГРАММА № 1 ПО ДОБРОВОЛЬНОМУ МЕДИЦИНСКОМУ СТРАХОВАНИЮ**

«Предоставление медицинских услуг при амбулаторном лечении»

Страхование по Медицинской программе № 1 имеет основной целью осуществление амбулаторных оздоровительных и лечебно-профилактических мероприятий по укреплению здоровья Застрахованного лица при обращении его за диагностическими услугами, консультацией и лечением.

Кроме того:

1. Диагностические исследования, процедуры, манипуляции, консультации и курсы лечения, проводимые на дому больным.
2. Лечение сексологической патологии.
3. Лечение логоневрозов у лиц после 18 лет.
4. Все виды профилактических медицинских осмотров, включая работающих.
5. Медицинское обеспечение детских, оздоровительных, спортивных, трудовых лагерей, лагерей труда и отдыха, спортивных состязаний, массовых культурных и общественных мероприятий.
6. Кератотомия.
7. Проведение профилактических прививок работающему населению из групп повышенного риска заражения инфекционными заболеваниями.
8. Лечение и диагностика острых профессиональных отравлений и производственных травм.
9. Лечение и диагностика хронического алкоголизма.
10. Медикаментозное обеспечение амбулаторных больных.



11. Обеспечение больных медицинскими специализированными приспособлениями и оборудованием.
12. Косметологические услуги.
13. Гомеопатическое лечение.
14. Коррекция зрения с помощью очков и контактных линз.
15. Услуги центров здоровья, оздоровительно - физкультурные и водные процедуры.
16. Медико - психологическая помощь.
17. Бытовые и сервисные услуги, предоставляемые медицинскими учреждениями при диспансеризации в амбулаторных условиях.

## **МЕДИЦИНСКАЯ ПРОГРАММА № 2 ПО ДОБРОВОЛЬНОМУ МЕДИЦИНСКОМУ СТРАХОВАНИЮ**

«Предоставление медицинских услуг при стационарном лечении»

Страхование по Медицинской программе № 2 имеет основной целью осуществление стационарных, оздоровительных, лечебно-профилактических мероприятий по укреплению здоровья Застрахованного лица и санаторно-реабилитационное лечение как при плановом (по направлению Медицинского учреждения), так и при экстренном (по жизненным показаниям) обращении его за лечением.

В том числе:

1. Искусственная инсеминация и экстракорпоральное оплодотворение.
2. Медикаментозное обеспечение амбулаторных больных.
3. Обеспечение больных медицинскими специализированными приспособлениями и оборудованием.
2. Медицинские услуги, осуществляемые по желанию граждан в условиях стационарного лечения.
3. Лечение и диагностика хронического алкоголизма в условиях стационара.
4. Бытовые и сервисные услуги, предоставляемые стационарными медицинскими учреждениями как услуги гостиничного типа.
5. Санаторно - реабилитационное лечение (за исключением больных туберкулезом):
  - диагностические исследования;
  - оздоровительные, физкультурные и водные процедуры;
  - курсы лечебного питания;
  - курсы лечения в соответствии с направлением на санаторно-реабилитационное лечение.

Приложение № 3 к Правилам  
добровольного медицинского  
страхования ООО СО «Геополис»  
от «25» декабря 2017 г.

**МЕДИЦИНСКАЯ ПРОГРАММА № 3  
ПО ДОБРОВОЛЬНОМУ МЕДИЦИНСКОМУ СТРАХОВАНИЮ**

«Полная страховая ответственность»

Страхование по Медицинской программе № 3 имеет основной целью осуществление как амбулаторных, так и стационарных оздоровительных и лечебно-профилактических мероприятий по укреплению здоровья Застрахованного лица при обращении его за диагностическими услугами, консультацией и лечением, а также при плановом (по направлению Медицинского учреждения) или экстренном (по жизненным показаниям) обращении его за лечением.

Предоставляемые услуги представлены соответственно в перечнях по Медицинским программам № 1 и № 2.