

1 минута назад

Добровольное медицинское страхование

Общие положения

Настоящие Правила добровольного медицинского страхования (в дальнейшем - Правила страхования) регулируют правоотношения сторон при заключении и исполнении Договоров добровольного медицинского страхования, за исключением медицинских услуг, предусмотренных программой обязательного медицинского страхования.

1.1. В соответствии с настоящими Правилами страхования, Страховщик заключает Договоры добровольного медицинского страхования (в дальнейшем - Договоры страхования) со Страхователями - юридическими и дееспособными физическими лицами.

1.2. Страховщик - юридическое лицо, имеющее лицензию на осуществление добровольного медицинского страхования на территории Российской Федерации.

1.3. Страхователи - юридические и дееспособные физические лица, заключающие со Страховщиком Договор страхования.

1.4. Застрахованными являются физические лица, в чью пользу заключены Договоры страхования Страхователями.

1.5. Договоры страхования заключаются в индивидуальной и коллективной форме.

1.6. Договор коллективного страхования заключается с юридическими лицами в пользу третьих лиц.

1.7. Договор индивидуального страхования заключается:

а) с юридическими лицами в пользу третьих лиц, при численности работающих менее 10 человек;

б) с физическими лицами в их пользу или в пользу третьих лиц.

1.8. Договоры коллективного страхования заключаются без предварительного медицинского освидетельствования страхуемых граждан.

1.9. Договоры индивидуального страхования заключаются только после предварительного медицинского освидетельствования страхуемых граждан, определяемого Страховщиком.

В зависимости от состояния здоровья Застрахованному устанавливается соответствующая группа здоровья и категория полиса:

- Группа здоровья I - практически здоровые лица 20-40 лет без отягощенной наследственности, имеющие в анамнезе детские болезни, простудные заболевания, аппендицит, грыжу; без

вредных привычек или при их умеренной выраженности, не работающие на производстве с особо вредными условиями труда;

- Группа здоровья II - практически здоровые с повышенным риском заболевания лица в возрасте 20-50 лет с отягощенной наследственностью по диабету, сердечно-сосудистым, онкологическим, почечно-желчекаменной болезням, психическим заболеваниям. В анамнезе - черепно-мозговые травмы, осложненные детские болезни, злоупотребление алкоголем, курение. Работавшие или работающие на производстве с особо вредными условиями труда. Женщины детородного возраста;

- Группа здоровья III - лица трудоспособного возраста, имеющие хронические заболевания с тенденцией к обострению чаще двух раз в году, злоупотребляющие алкоголем, транквилизаторами, снотворными, страдающие выраженными неврозами, психопатиями, сексуальными нарушениями, гипертонической болезнью I и II степени, ИБС без выраженной стенокардии, перенесшие полостные операции. Дети от 1 года до 5 лет и лица старше 60 лет.

1.10. Медицинскими учреждениями являются имеющие лицензии лечебно - профилактические учреждения, научно - исследовательские и медицинские институты, другие учреждения, оказывающие медицинскую помощь, а также лица, осуществляющие медицинскую деятельность как индивидуально, так и коллективно (в дальнейшем по тексту - Медицинские учреждения).

2. Определение объекта страхования

2.1. Объектом страхования по Договору страхования является страховой риск, связанный с затратами на оказание медицинской помощи при возникновении страхового случая.

2.2. По Договору страхования Застрахованный имеет право на получение медицинской помощи, медицинских или иных услуг, связанных с оказанием медицинской помощи в объеме, предусмотренном Программой добровольного медицинского страхования (далее - Программа страхования), предоставляемых сверх услуг, предусмотренных программой обязательного медицинского страхования, в Медицинских учреждениях, предусмотренных Договором страхования.

2.3. Взаимоотношения Страховщика с Медицинским учреждением определяются соответствующим договором.

3. Определение перечня страховых случаев

3.1. Страховым случаем является обращение Застрахованного в течение срока действия Договора страхования в Медицинские учреждения за получением медицинской помощи, медицинских или иных услуг, связанных с оказанием медицинской помощи, по Программе страхования, предусмотренной Договором страхования (сверх услуг, предусмотренных программой обязательного медицинского страхования).

3.2. К страховым случаям не относятся:

- оказание Застрахованному медицинской помощи, которая в установленном порядке финансируется (оплачивается) за счет средств госбюджета и средств системы обязательного

медицинского страхования (туберкулез, психические, венерические заболевания, особо опасные инфекции, СПИД и др.);

- бесплодие (первичного и вторичного) у мужчин и женщин, контрацепция, сексуальные расстройства;

- онкологические заболевания, подлежащие длительному консервативному лечению (повторные курсы лучевой и химиотерапии), кроме впервые выявленных;

- оперативные вмешательства, связанные с пересадкой органов и тканей; заболевания, требующие протезирования конечностей или их частей, и других видов протезирования;

- косметические операции, в том числе косметические стоматологические операции и лазерная коррекция зрения;

- транссексуальная хирургия;

- лечение алкоголизма, наркомании, токсикомании независимо от сроков выявления, а также связанных с этими состояниями расстройства здоровья;

- травматическое повреждение или иное расстройство здоровья, полученное вследствие алкогольного, наркотического или токсического опьянения за исключением случаев, когда указанные состояния наступили по причинам, не зависящим от Застрахованного (отравление угарным газом при выходе из строя системы вентиляции или очистки воздуха и т.п.);

- травматическое повреждение или иное расстройство здоровья, наступившее в результате совершения Застрахованным противоправного действия, находящегося в прямой причинной связи со страховым случаем;

- травматическое повреждение или иное расстройство здоровья, связанное с покушением на самоубийство, а также умышленно причиненное себе Застрахованным, за исключением тех случаев, когда Застрахованный был доведен до такого состояния противоправными действиями третьих лиц;

- травматическое повреждение или иное расстройство здоровья, наступившее у Застрахованного в результате форс-мажорных обстоятельств (войны, военных действий, революций, беспорядков, восстания, мятежа, природного бедствия, ядерного взрыва и т.д.), если доказано, что Застрахованное лицо принимало в них участие.

3.3. Страховщик не оплачивает медицинскую помощь и медицинские услуги, полученные по инициативе Застрахованного в Медицинских учреждениях, не определенных Договором страхования.

3.4. Программа страхования определяет объем и качество медицинской помощи, медицинских или иных услуг, связанных с оказанием медицинской помощи, а также условия оказания медицинской помощи сверх услуг, предусмотренных программой обязательного медицинского страхования, и согласуется в установленном законодательством порядке с федеральным органом исполнительной власти по надзору за страховой деятельностью.

3.5. Программами страхования могут быть предусмотрены обращения Застрахованного по медицинским показаниям в Медицинские учреждения за амбулаторно-поликлинической, стационарной, экстренной и неотложной, реабилитационно-восстановительной, стоматологической и другими видами медицинской помощи с медикаментозным обеспечением, за исключением медицинских услуг, предусмотренных программой

обязательного медицинского страхования.

3.6. Медицинская помощь, согласно "Основам законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан" № 5487-1 от 22.07.1993г. (в ред. от 22.12.99г.), включает в себя:

- первичную медико-санитарную помощь (доврачебную помощь, лечебно-профилактические и диагностические мероприятия в амбулаторных условиях, осуществление мероприятий по профилактике заболеваний, медикаментозное обеспечение амбулаторных больных и т.д., диагностику и лечение проводимые на дому у больных, стоматологическое лечение терапевтическое и хирургическое, стационарное лечение с обеспечением необходимыми медикаментами, лечение в дневных стационарах и кабинетах интенсивной терапии);
- скорую медицинскую помощь;
- специализированную медицинскую помощь амбулаторную и стационарную, при наличии медицинских показаний реабилитационно-восстановительную (амбулаторную, стационарную, санаторно-курортную);
- иные услуги, связанные с оказанием медицинской помощи, предоставляемые

Медицинскими учреждениями.

3.7. Договором страхования может быть предусмотрено оказание Застрахованному медицинской помощи в пределах любого набора Программ страхования, предлагаемых Страховщиком (согласно п.3.4), за исключением медицинских услуг, предусмотренных обязательным медицинским страхованием.

4. Порядок заключения Договора страхования

4.1. Договор страхования является соглашением между Страхователем и Страховщиком, в соответствии с которым Страховщик обязуется организовывать и финансировать в пределах его ответственности предоставление Застрахованному медицинской помощи определенного объема и качества или иных медицинских услуг, связанных с оказанием медицинской помощи по Программам страхования (за исключением медицинских услуг, предусмотренных обязательным медицинским страхованием), а Страхователь обязуется уплатить страховую премию в объеме и в сроки, установленные в Договоре страхования.

4.2. Для заключения Договора страхования Страхователь подает Страховщику письменное заявление. Заявление должно содержать:

- при индивидуальном страховании - фамилию, имя, отчество Страхователя (Застрахованного); пол, дату рождения; паспортные данные, домашний адрес и телефон; выбранную Программу страхования и срок страхования;
- при коллективном страховании - наименование Страхователя, его юридический адрес, ИНН и банковские реквизиты, выбранную Программу страхования, срок страхования, численность работающих, список страхуемых граждан с указанием имени, отчества, фамилии, пола, месяца и года рождения, домашнего адреса и телефона, паспортных данных.

4.3. Договоры коллективного страхования могут заключаться как без предварительного медицинского освидетельствования, так и с предварительным медицинским освидетельствованием или анкетированием Застрахованных, на основании результатов которых определяется их принадлежность к группам риска, по которым могут быть дифференцированы размеры подлежащих уплате страховых премий. Договоры индивидуального страхования заключаются с предварительным медицинским освидетельствованием или анкетированием Застрахованного лица. Не заключаются Договоры страхования в отношении граждан, состоящих на учете в наркологических, онкологических, психоневрологических, туберкулезных, кожно-венерологических диспансерах.

4.4. При заключении Договора страхования Страхователь обязан сообщить Страховщику известные Страхователю обстоятельства, если эти обстоятельства неизвестны, но должны быть известны Страховщику, имеющие существенное значение для определения вероятности наступления страхового случая и размеров возможных убытков от его наступления (страхового риска).

4.5. Договор страхования заключается в письменной форме в двух экземплярах, каждый из которых имеет одинаковую юридическую силу.

4.6. Страховщик принимает решение о заключении Договора страхования в течение пяти дней после поступления письменного заявления Страхователя. При заключении Договора страхования между Страхователем и Страховщиком должно быть достигнуто соглашение:

- о Застрахованном;
- о характере события, на случай наступления которого в жизни Застрахованного осуществляется страхование (страхового случая);
- о размере страховой суммы;
- о размере страховой премии, порядке и форме ее уплаты;
- о Программе страхования;
- о сроке действия Договора страхования.

4.7. В Договоре страхования указываются:

- наименование, юридический адрес, ИНН и банковские реквизиты Страхователя;
- условия страхования;
- Программа страхования;
- перечень Медицинских учреждений, в которых гарантируется предоставление услуг Застрахованным;
- срок действия Договора страхования;
- количество Застрахованных;
- размер страховой премии, подлежащей уплате по Договору страхования;

- страховая сумма;
- порядок и форма уплаты страховой премии.

4.8. Срок действия Договора страхования 1 год, если иное не предусмотрено Договором страхования.

4.9. Договор страхования вступает в силу с 00.00 часов дня зачисления страховой премии или первой ее части на расчетный счет Страховщика или с 00.00 часов дня, следующего за тем, в котором была уплачена страховая премия или первая ее часть наличными деньгами, если иное не предусмотрено Договором страхования.

4.10. Факт заключения Договора страхования удостоверяется выдачей Страховщиком Застрахованному страхового полиса установленного образца (Приложение №2) в течение трех рабочих дней после вступления Договора в законную силу.

4.11. Страховые тарифы для настоящих условий страхования представлены в Приложении № 4.

5. Страховая сумма, страховая премия, форма и порядок их уплаты

5.1. Размер уплачиваемой страховой премии при заключении Договора страхования исчисляется путем умножения тарифа на страховую сумму (в рублях) и деления на 100.

5.2. Страховой суммой является предельный уровень страхового обеспечения по Договору страхования, определяемый исходя из определенных договором условий страхования, возраста Застрахованного, срока действия Договора страхования, перечня и стоимости медицинских услуг, предусмотренных Программой страхования, в пределах которой Страховщик несет ответственность за выполнение своих обязательств по Договору страхования.

5.3. Предельный уровень страхового обеспечения по Договору страхования устанавливается индивидуально, но не может быть ниже минимального уровня, установленного Страховщиком.

5.4. Размер страховой премии, уплачиваемый Страхователем по Договору страхования, устанавливается в зависимости от условий страхования, выбранных Страхователем, Программы страхования, перечня Медицинских учреждений, уровня страхового обеспечения по Договору страхования, срока страхования и иных условий, предусмотренных Договором страхования.

5.5. Страховая премия вносится Страхователем единовременно - разовым платежом за весь срок страхования, или уплачивается периодически в течение срока страхования. Порядок уплаты страховой премии определяется в Договоре страхования.

5.6. Страховая премия может быть внесена:

- путем безналичного расчета - перечислением на расчетный счет Страховщика;
- наличными деньгами - страховому агенту Страховщика или в кассу Страховщика.

5.7. После произведенной выплаты страхового обеспечения страховая сумма по Договору страхования считается уменьшенной на размер выплаченного страхового обеспечения со дня

наступления страхового случая.

6. Взаимные обязательства сторон по Договору страхования

6.1. Права и обязанности Страховщика.

6.1.1. Страховщик обязан ознакомить Страхователя с Правилами медицинского страхования.

6.1.2. В течение 3 дней после вступления Договора страхования в силу, Страховщик обязан выдать каждому Застрахованному или уполномоченному на то лицу Страхователя страховой медицинский полис установленного образца с приложением условий страхования и перечнем Медицинских учреждений.

6.1.3. При утере страхового полиса в период действия Договора страхования Страховщик обязан выдать его дубликат. Выдача дубликата производится на основании письменного заявления Страхователя (Застрахованного) с оплатой фактической стоимости его изготовления из личных средств. После выдачи дубликата утраченный страховой полис считается недействительным, и никаких выплат по нему не производится.

6.1.4. В соответствии с Договором страхования Страховщик принимает на себя обязательство организовывать и оплачивать Застрахованным гражданам медицинскую помощь по существующим технологиям в соответствии с условиями Договора страхования, в пределах обусловленной в нем страховой суммы.

6.1.5. Страховщик обязан контролировать правильность проводимого лечения и стоимость предоставляемых медицинских услуг путем проведения медицинских экспертиз врачами-экспертами Страховщика.

6.1.6. Страховщик обязан обеспечить конфиденциальность в отношениях со Страхователем (Застрахованным).

6.1.7. Страховщик имеет право проверять сообщенную Страхователем (Застрахованным) информацию, получать документы, подтверждающие факт и причину наступления страхового случая, проверять подлинники медицинских документов в Медицинских учреждениях, а также проверять исполнение Страхователем (Застрахованным) требований и условий Договора страхования.

6.1.8. Страховщик имеет право отказать в организации и оплате медицинских услуг в соответствии с пунктами 3.2., 8.1., 8.2.

6.1.9. Страховщик имеет право предъявлять в судебном порядке иск Медицинскому учреждению и/или медицинскому работнику на материальное возмещение физического и/или морального ущерба, причиненного Застрахованному по их вине.

6.2. Права и обязанности Страхователя.

6.2.1. Страхователь обязан уплатить страховую премию в установленном размере и в сроки, обусловленные Договором страхования.

6.2.2. Страхователь обязан предоставить Страховщику необходимые для заключения и

ведения Договора страхования сведения, а также иную необходимую информацию, имеющую существенное значение для определения вероятности наступления страхового случая и размера возможных убытков от его наступления (страхового риска), связанную с действием Договора страхования.

6.2.3. Страхователь обязан передать Страховщику списки лиц, подлежащих страхованию, с указанием: фамилии, имени, отчества, даты рождения, пола, паспортных данных, должности, адреса Застрахованного, телефона.

6.2.4. Страхователь обязан обеспечить сохранность документов по Договору страхования.

6.2.5. Страхователь имеет право требовать предоставления Застрахованному в Медицинских учреждениях медицинских услуг, определенных в Договоре страхования, в соответствии с условиями страхования и Программами страхования. В случае непредоставления таких медицинских услуг Страхователь должен немедленно известить об этом Страховщика.

6.2.6. Страхователь имеет право осуществлять контроль за выполнением условий настоящего Договора страхования.

6.2.7. Страхователь имеет право в течение срока действия Договора страхования расширить объем страховой ответственности, заключив Дополнительное соглашение к Договору страхования и уплатив при этом дополнительную страховую премию. Дополнительное соглашение к Договору страхования начинает действовать со дня уплаты страховой премии, если иное не предусмотрено Дополнительным соглашением. Величина страховой премии в этом случае исчисляется исходя из годовой премии по выбранной Программе страхования на момент подписания Дополнительного соглашения, пропорционально количеству месяцев, оставшихся до конца срока действия основного Договора страхования и с учетом внесенной ранее страховой премии по основному Договору страхования. При этом страховая премия за неполный месяц уплачивается как за полный.

6.2.8. В течение срока действия коллективного Договора страхования Страхователь имеет право вносить изменения в списки Застрахованных:

- аннулировать страховые полисы;

- в случае расширения списка Застрахованных при коллективной форме страхования

Страхователь представляет Страховщику сведения, предусмотренные п.4.2 настоящих Правил страхования о дополнительно страхуемых лицах, заключив Дополнительное соглашение к Договору страхования и уплатив при этом за них дополнительную страховую премию за период с момента включения в список Застрахованных до момента окончания страхового периода.

6.2.9. В случае замены Застрахованных лиц другими лицами при коллективной форме

проведения страхования без увеличения числа Застрахованных Страхователь представляет Страховщику сведения об исключаемых из списка Застрахованных и включаемых в него, согласно п. 4.2. настоящих Правил.

6.2.10. О любых изменениях в списках Застрахованных Страхователь письменно уведомляет Страховщика. Страховая защита Застрахованных, полисы которых аннулированы, прекращается со дня, указанного в уведомлении, если дата не указана - с момента

регистрации Страховщиком соответствующего письменного уведомления.

6.2.11. Страховые полисы лиц, исключаемых из списка Застрахованных, возвращаются Страховщику. Вновь Застрахованным лицам выдается страховой полис.

6.3. Права и обязанности Застрахованного.

6.3.1. При наступлении страхового случая Застрахованный должен позвонить врачу-диспетчеру Страховщика в любое время суток по телефонам, указанным в страховом полисе, сообщить фамилию, имя, отчество, номер страхового полиса и изложить суть возникшей проблемы. В дальнейшем Застрахованный руководствуется указаниями врача-диспетчера.

6.3.2. Если Застрахованный в силу независимых от него причин госпитализирован в Медицинское учреждение, не указанное в страховом полисе, он обязан в кратчайший срок уведомить об этом Страховщика. При отсутствии у Застрахованного возможности сообщить об этом Страховщику, информировать Страховщика может любое уполномоченное Страхователем (Застрахованным) лицо.

6.3.3. При обращении в Медицинское учреждение при наступлении страхового случая Застрахованный обязан представить страховой полис и документ, удостоверяющий личность Застрахованного.

6.3.4. Застрахованный обязан соблюдать предписания лечащего врача, полученные в ходе предоставления медицинской помощи.

6.3.5. Застрахованный обязан соблюдать распорядок дня, установленный Медицинским учреждением.

6.3.6. Застрахованный обязан заботиться о сохранности страховых документов и не передавать их другим лицам с целью получения ими медицинских услуг.

6.3.7. Застрахованный имеет право воспользоваться правами Страхователя, предусмотренными в пункте 6.2.5.

6.3.8. Застрахованный имеет право на обращение к Страховщику в случае нарушения своих прав.

7. Порядок и условия осуществления страховой выплаты

7.1. При возникновении страхового случая в течение срока действия Договора страхования Страховщик оплачивает расходы Медицинского учреждения по оказанию Застрахованному медицинской помощи.

7.2. Обязанность Страховщика по страховой выплате возникает на основании соответствующей медицинской документации (квитанции или иных документов Медицинского учреждения за подписью Главного врача, Начмеда или Зав. отделения, с указанием конкретного перечня медицинских услуг, оказанных Застрахованному) и платежных документов (счета), представленных Страховщику Медицинским учреждением, а также заключения врача-эксперта (экспертной комиссии).

7.3. Требования к представленной Медицинским учреждением документации устанавливаются

в соответствующем Договоре страхования Страховщика с Медицинским учреждением.

7.4. Сроки и условия оплаты оказанной медицинской помощи устанавливаются в соответствующем Договоре страхования Страховщика с Медицинским учреждением.

8. Возможные случаи отказа в выплате по Договору страхования

8.1. Решение об отказе в оплате медицинской помощи Страховщик принимает в случае:

- умышленных действий Страхователя или Застрахованного, направленных на наступление страхового случая;
- совершения Страхователем или Застрахованным умышленного преступления, находящегося в прямой причинной связи со страховым случаем;
- сообщения Страхователем Страховщику заведомо ложных сведений об объекте страхования;

8.2. Страховщик имеет право не оплачивать лечение Застрахованного, если:

- Застрахованным получены медицинские услуги, которые не предусмотрены Программой страхования;
- Застрахованным получены медицинские услуги в Медицинских учреждениях, не предусмотренных Договором страхования.

8.3. Решение об отказе в страховой выплате принимается Страховщиком и сообщается Страхователю в письменной форме с мотивированным обоснованием причин отказа.

9. Замена Страхователя в Договоре страхования

9.1. В случае смерти Страхователя, заключившего Договор страхования в пользу третьего лица, права и обязанности, определяемые Договором страхования, переходят к третьему лицу с его согласия. При невозможности выполнения этим лицом обязанностей по Договору страхования его права и обязанности могут перейти к лицам, осуществляющим в соответствии с законодательством Российской Федерации обязанности по охране прав и законных интересов Застрахованного.

9.2. Если в период действия Договора страхования Страхователь судом признан недееспособным, либо ограничен в дееспособности, права и обязанности такого Страхователя осуществляют его опекун или попечитель.

9.3. При реорганизации Страхователя, являющегося юридическим лицом, в период действия Договора страхования его права и обязанности по Договору страхования переходят с согласия Страховщика к соответствующему правопреемнику в порядке, определяемом законодательными актами Российской Федерации.

10. Прекращение действия Договора страхования

10.1. Действие Договора страхования прекращается, и Застрахованный теряет право на получение медицинских услуг по Договору страхования в следующих случаях:

10.1.1. истечения срока действия Договора страхования;

10.1.2. исполнения Страховщиком обязательств перед Страхователем по Договору страхования в полном объеме - оплаты оказанной Застрахованным медицинской помощи в размере страховой суммы по Договору страхования.

10.2. Договор страхования может быть прекращен досрочно в случаях:

10.2.1. по требованию Страхователя - в случае нарушения Страховщиком настоящих Правил страхования;

10.2.2. по требованию Страховщика - в случае неуплаты страховой премии в установленные Договором страхования сроки;

10.2.3. ликвидации Страховщика в установленном законом порядке;

10.2.4. ликвидации Страхователя, являющегося юридическим лицом, или смерти Страхователя, являющегося физическим лицом, кроме случаев, предусмотренных ст.19 Закона Российской Федерации "О страховании";

10.2.5. в случае смерти Застрахованного;

10.2.6. по соглашению сторон (о намерении досрочного прекращения действия Договора страхования стороны обязаны уведомить друг друга письменно не позднее чем за 30 дней до даты предполагаемого расторжения);

10.2.7. принятия судом решения о признании Договора страхования недействительным;

10.2.8. в других случаях, предусмотренных законодательными актами Российской Федерации.

10.3. При досрочном расторжении Договора страхования в случаях 10.2.5 - 10.2.8 пункта 10.2. Страховщик имеет право на часть страховой премии пропорционально времени, в течение которого действовало страхование.

10.4. При досрочном расторжении Договора страхования по требованию Страховщика, не обусловленному нарушением Страхователем настоящих Правил и в случае 10.2.1 пункта 10.2. Страховщик возвращает Страхователю внесенную им страховую премию полностью.

10.5. Во всех случаях досрочного прекращения Договора страхования Страхователь обязан вернуть Страховщику страховые полисы, действие которых прекращается.

11. Порядок внесения изменений и рассмотрения претензий по Договору страхования

11.1. Все дополнения и изменения в Договоре страхования могут быть внесены только по письменному соглашению сторон.

11.2. Все споры, возникающие по Договору страхования, разрешаются путем переговоров.

При недостижении соглашения спор передается на рассмотрение Арбитражного суда в порядке, предусмотренном действующим законодательством Российской Федерации.

11.3. По вопросам, не отраженным настоящими Правилами или Договором страхования, стороны руководствуются действующим законодательством Российской Федерации.

11.4. По согласованию с Департаментом страхового надзора Минфина РФ настоящие Правила страхования могут быть изменены или дополнены.

Ссылка на статью: [Добровольное медицинское страхование](#)