

Регистрационный номер: 016

**ПРАВИЛА
ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ
ГРАЖДАН**

МОСКВА
2016

СОДЕРЖАНИЕ

1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ	3
2. ОБЪЕКТ СТРАХОВАНИЯ.....	3
3. СТРАХОВОЙ СЛУЧАЙ.....	4
4. ДОГОВОР СТРАХОВАНИЯ: ПОНЯТИЕ И ПОРЯДОК ЗАКЛЮЧЕНИЯ	4
5. СТРАХОВАЯ СУММА. ФРАНШИЗА.....	5
6. СТРАХОВАЯ ПРЕМИЯ. ПОРЯДОК ЕЁ УПЛАТЫ	6
7. СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ	6
8. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН.....	7
9. ПОРЯДОК И УСЛОВИЯ ОРГАНИЗАЦИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ И ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЫ.....	8
10. ПРОЧИЕ УСЛОВИЯ	9
11. ПОРЯДОК РАЗРЕШЕНИЯ СПОРОВ	11

Приложения к Правилам:

Приложение №1 – Программа добровольного медицинского страхования.

Приложение №2 - Типовой состав видов медицинской помощи, соответствующих им медицинским и иных услуг, которые могут быть включены в программу добровольного медицинского страхования.

1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

1.1. Настоящие правила добровольного медицинского страхования (в дальнейшем – Правила) разработаны в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации и определяют общие условия и порядок заключения ОБЩЕСТВОМ С ОГРАНИЧЕННОЙ ОТВЕТСТВЕННОСТЬЮ СТРАХОВАЯ КОМПАНИЯ «УРАЛСИБ СТРАХОВАНИЕ» (в дальнейшем – Страховщик) договоров добровольного медицинского страхования граждан (в дальнейшем – Договоры страхования) с юридическими лицами (предприятиями, учреждениями, организациями любых организационно-правовых форм), дееспособными физическими лицами (в дальнейшем – Страхователи).

«Страховщик» - ОБЩЕСТВО С ОГРАНИЧЕННОЙ ОТВЕТСТВЕННОСТЬЮ СТРАХОВАЯ КОМПАНИЯ «УРАЛСИБ СТРАХОВАНИЕ», созданное в соответствии с законодательством Российской Федерации для осуществления страхования и получившее лицензии для осуществления страховой деятельности в установленном Законом порядке.

«Страхователь» – юридическое или дееспособное физическое лицо, заключившее договор страхования со Страховщиком.

«Застрахованное лицо» – названное в договоре страхования физическое лицо, о страховании которого заключен договор страхования.

«Страховая сумма» - денежная сумма, которая определена в порядке, установленном договором страхования при его заключении, и исходя из которой устанавливаются размер страховой премии (страховых взносов) и размер страховой выплаты при наступлении страхового случая.

«Страховой тариф» - ставка страховой премии с единицы страховой суммы с учетом объекта страхования и характера страхового риска, а также других условий страхования, в том числе наличия франшизы и ее размера в соответствии с условиями страхования.

«Страховая премия» – плата за страхование, которую Страхователь обязан уплатить Страховщику в порядке и сроки, определенные договором страхования.

«Страховой взнос» – часть страховой премии при ее уплате в рассрочку.

«Страховой случай» – свершившееся событие, предусмотренное договором страхования, с наступлением которого возникает обязанность Страховщика произвести страховую выплату.

«Медицинские учреждения» - организации и лица, осуществляющие в установленном порядке оказание и (или) организацию медицинской помощи (в том числе лечебно-профилактические учреждения, научно-исследовательские и медицинские институты, санаторно-курортные учреждения, сервисные и ассистанские компании).

«Аптечная организация» - предусмотренные договором страхования организация или структурное подразделение медицинского учреждения, осуществляющие розничную торговлю лекарственными препаратами, хранение, изготовление и отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения в соответствии с требованиями действующего законодательства об обращении лекарственных средств (далее по тексту - «аптека»).

«Медикаментозные средства» – лекарственные средства, изделия медицинского назначения и косметические средства, назначенные врачом медицинского учреждения, предусмотренного программой добровольного медицинского страхования в порядке, соответствующем требованиям действующего законодательства.

«Лекарственная помощь»- предоставление аптекой медикаментозных средств Застрахованному лицу, назначенных ему лечащим врачом медицинского учреждения, предусмотренного договором страхования и программой страхования в связи с событием, предусмотренным п. 3.1.1. настоящих Правил страхования.

«Договор коллективного медицинского страхования» - договор страхования, по которому застраховано два или более лиц.

«Договор индивидуального медицинского страхования» - договор страхования, по которому застраховано одно лицо.

1.2. Денежные обязательства сторон по договору страхования (страховые суммы, страховые премии, страховые выплаты) выражаются в рублях, если договором не установлено иное. Договором может быть предусмотрена оплата обязательств в рублях в сумме, эквивалентной определенной сумме в иностранной валюте. В этом случае подлежащая оплате в рублях сумма определяется по курсу Центрального банка Российской Федерации соответствующей валюты на день платежа, если иной курс или иная дата его определения не установлены договором.

2. ОБЪЕКТ СТРАХОВАНИЯ

2.1. Объектами добровольного медицинского страхования являются имущественные интересы, связанные с оплатой организации и оказания медицинской и лекарственной помощи (медицинских услуг) и иных услуг вследствие расстройства здоровья физического лица или состояния физического лица, требующих организации и оказания таких услуг, а также проведения профилактических мероприятий, снижающих степень опасных для жизни или здоровья физического лица угроз и (или) устраняющих их (медицинское страхование).

3. СТРАХОВОЙ СЛУЧАЙ

3.1. Страховым случаем является (с учетом ограничений и исключений, установленных п. 3.3 и п.3.4. настоящих Правил страхования):

3.1.1. обращение Застрахованного лица в медицинское учреждение в целях получения медицинской помощи в соответствии с программой добровольного медицинского страхования, предусмотренной Договором страхования (медицинская помощь),

3.1.2. назначение медикаментозных средств Застрахованному лицу лечащим врачом медицинского учреждения, предусмотренного Договором страхования и программой страхования в связи с событием, предусмотренным п. 3.1.1. настоящих Правил страхования (лекарственная помощь).

3.2. Организуемые и оплачиваемые Страховщиком медицинские услуги оказываются в целях диагностики, профилактики, лечения заболеваний или реабилитации и предоставляются медицинскими учреждениями, которые указаны в Договоре (программе) добровольного медицинского страхования.

3.3. Не является страховым случаем обращение Застрахованного лица в медицинское учреждение с целью получения медицинской и (или) лекарственной помощи Застрахованному лицу, связанные с:

– травматическим повреждением, либо отравлением, полученным в состоянии алкогольного, наркотического или токсического опьянения, если иное не предусмотрено Договором страхования;

– получением травматического повреждения или иным расстройством здоровья, наступившим в результате совершения Застрахованным лицом умышленного преступления, находящегося в прямой причинной связи со страховым случаем;

– покушением на самоубийство, за исключением тех случаев, когда Застрахованное лицо было доведено до такого состояния противоправными действиями третьих лиц;

– умышленным причинением себе телесных повреждений Застрахованным лицом;

– воздействием ядерного взрыва, радиации или радиоактивного заражения, военными действиями, маневрами или иными военными мероприятиями, гражданской войной, народными волнениями всякого рода или забастовками (если иное не предусмотрено Договором страхования).

3.4. Не является страховым случаем получение медицинской и (или) лекарственной помощи:

– на основании страхового полиса или индивидуальной карточки не Застрахованным лицом, а также, если виды оказанной медицинской и (или) лекарственной помощи не предусмотрены программой добровольного медицинского страхования;

– по окончании срока действия Договора, за исключением расходов, связанных с экстренной госпитализацией Застрахованного лица, начавшейся в течение срока действия Договора страхования, но не более чем 30 календарных дней госпитализации после окончания срока действия Договора, если иное не предусмотрено Договором.

Договором страхования могут быть установлены и иные основания признания обращения Застрахованного лица в медицинское учреждение или назначения медикаментозных средств не страховым случаем.

4. ДОГОВОР СТРАХОВАНИЯ: ПОНЯТИЕ И ПОРЯДОК ЗАКЛЮЧЕНИЯ

4.1. По Договору страхования, заключенному на основании настоящих Правил, Страховщик обязуется за обусловленную Договором страхования плату (страховую премию) при наступлении страхового случая организовать и (или) оплатить предоставление Застрахованному лицу предусмотренных программой добровольного медицинского страхования, в пределах определенной Договором страхования суммы (страховой суммы) медицинской и лекарственной помощи (медицинских услуг) и иных услуг вследствие расстройства здоровья Застрахованного лица или состояния Застрахованного лица, требующих организации и оказания таких услуг, а также проведения профилактических мероприятий, снижающих степень опасных для жизни или здоровья Застрахованного лица угроз и (или) устраняющих их.

4.2. Договор страхования заключается на основании устного или письменного заявления Страхователя, в котором Страхователь сообщает Страховщику обстоятельства, имеющие существенное значение для определения степени страхового риска. Существенными признаются, во всяком случае, обстоятельства, определенно оговоренные Страховщиком в Договоре страхования (страховом полисе), письменном заявлении или в дополнительном письменном запросе.

4.3. Для заключения Договора страхования Страхователь/Застрахованное лицо предоставляет следующие документы Страховщику:

4.3.1. Заявление о добровольном медицинском страховании для юридических (физических) лиц;

4.3.2. Список Застрахованных лиц;

4.3.3. Карточку организации (для юридических лиц), содержащую следующую информацию: полное наименование юридического лица, сведения о его организационно-правовой форме, юридический адрес и адрес местонахождения, государственный регистрационный номер и место регистрации, ФИО генерального директора и главного бухгалтера (с указанием их рабочих телефонных номеров, электронного адреса, номера доверенностей), банковские реквизиты юридического лица (наименование коммерческого банка, номера расчетного и корреспондентского счетов, ИНН, БИК коммерческого банка);

4.3.4. Копию доверенности подписанта (если лицо, подписывающее документы для заключения Договора страхования, не обладает полномочиями на подписание Договора страхования на основании Устава юридического лица).

4.4. При заключении Договора страхования Страховщик вправе потребовать от Страхователя заполнения анкеты Страхователя, а от Застрахованного лица - заполнения медицинских анкет или прохождения медицинского освидетельствования для оценки состояния их здоровья и степени страхового риска. В случае отказа Страхователя / Застрахованного лица от заполнения медицинской анкеты или прохождения медицинского освидетельствования, Договор страхования может быть заключен только на условиях, применяемых для обстоятельств наибольшего страхового риска.

4.5. Договор страхования может быть заключен путем составления одного документа (Договора добровольного медицинского страхования), подписанного сторонами, либо вручения Страхователю страхового полиса, подписанного Страховщиком.

4.6. При заключении индивидуального Договора страхования вместе со страховым полисом Застрахованному лицу также могут выдаваться индивидуальные карточки, подтверждающие право Застрахованного лица на получение медицинской и лекарственной помощи, в соответствии с программой добровольного медицинского страхования, предусмотренной Договором добровольного медицинского страхования.

При заключении коллективного Договора страхования путем составления одного документа (Договора добровольного медицинского страхования) каждому Застрахованному лицу, в отношении которого заключен данный Договор, могут выдаваться страховые медицинские полисы или индивидуальные карточки, удостоверяющие право Застрахованного лица на получение медицинской и лекарственной помощи, в соответствии с условиями заключенного Договора добровольного медицинского страхования.

4.7. Договор страхования должен включать программу добровольного медицинского страхования, содержащую перечень видов медицинской и лекарственной помощи, организуемых и оплачиваемых по Договору страхования, и перечень медицинских учреждений и аптек, оказывающих эти услуги.

4.8. Типовая форма, структура и содержание программы добровольного медицинского страхования приведены в Приложении № 1 настоящих Правил. Программа добровольного медицинского страхования может иметь наименование, отражающее ее медицинскую направленность, целевой клиентский сегмент, для которого она предназначена или иное наименование исходя из маркетинговых оснований.

4.9. Формирование программы добровольного медицинского страхования по Договору страхования осуществляется Страховщиком исходя из условий, определенных медицинскими учреждениями и (или) аптеками и пожеланиями Страхователя на основании типового состава видов медицинской и лекарственной помощи, которые могут быть включены в программу добровольного медицинского страхования и приведены в Приложении № 2 настоящих Правил.

Программа добровольного медицинского страхования может содержать как один из видов медицинской помощи, так и любую их комбинацию. Состав медицинской и лекарственной помощи для конкретных программ может быть сокращен или дополнен. В этих целях Страховщик может использовать действующие в Российской Федерации классификаторы простых и сложных медицинских услуг, международную классификацию болезней и проблем, связанных со здоровьем, классификатор медицинских специальностей, иные классификаторы.

4.10. В программу добровольного медицинского страхования могут быть включены дополнительные (сервисные и иные) услуги с указанием их состава и объема.

4.11. При заключении Договора страхования Страхователь и Страховщик вправе достичь соглашения об исключении отдельных положений настоящих Правил из текста Договора страхования и (или) его дополнении положениями, не изложенными в тексте настоящих Правил, если такие исключения и (или) дополнения не противоречат действующему законодательству Российской Федерации.

5. СТРАХОВАЯ СУММА. ФРАНШИЗА

5.1. Страховой суммой по Договору добровольного медицинского страхования является максимальный размер страховых выплат по Договору страхования, определяемый исходя из состава и стоимости медицинской и лекарственной помощи, предусмотренных программой добровольного медицинского страхования. Страховая сумма по Договору страхования и способ ее определения определяется сторонами при заключении Договора страхования. Страховая сумма может быть установлена по Договору страхования, по программе добровольного медицинского страхования или видам медицинской и лекарственной помощи.

5.2. Договором страхования может быть предусмотрено установление франшизы. Под франшизой понимается определенная Договором страхования часть убытков, которая не подлежит возмещению Страховщиком Страхователю или иному лицу, интерес которого застрахован в соответствии с условиями Договора страхования. Франшиза может устанавливаться в виде определенного процента от страховой суммы или в фиксированном размере. В соответствии с условиями страхования франшиза может быть условной (Страховщик освобождается от возмещения убытка, если его размер не превышает размер франшизы, однако возмещает его полностью в случае, если размер убытка превышает размер

франшизы) и безусловной (размер страховой выплаты определяется как разница между размером убытка и размером франшизы).

Договором страхования могут быть предусмотрены иные виды франшизы.

5.3. В пределах страховой суммы Договором страхования могут быть установлены лимиты ответственности, ограничивающие сумму страховой выплаты по Договору страхования в целом, по программам медицинского страхования и видам медицинской и (или) лекарственной помощи.

6. СТРАХОВАЯ ПРЕМИЯ. ПОРЯДОК ЕЁ УПЛАТЫ

6.1. Размер страховой премии устанавливается Договором страхования в зависимости от размера страховой суммы и страхового тарифа, определяемого с учетом объекта страхования и характера страхового риска, а также других условий страхования, в том числе наличия франшизы и ее размера в соответствии с условиями страхования.

6.2. Страховая премия может быть уплачена единовременно или в рассрочку путем наличных или безналичных расчетов.

Днем уплаты премии считается день поступления средств в кассу или на расчетный счет Страховщика, если Договором страхования не предусмотрено иное.

Порядок уплаты страховой премии определяется в Договоре страхования.

6.3. Страхователь обязан сохранять документы, подтверждающие уплату им страховой премии, и предъявлять их по требованию Страховщика.

6.4. Неуплата Страхователем всей суммы страховой премии или страхового взноса (при уплате страховой премии в рассрочку) в срок, установленный Договором страхования, означает для сторон Договора страхования выраженное Страхователем волеизъявление об отказе от Договора страхования с 00 часов 00 минут дня, следующего за днем окончания установленного Договором страхования срока уплаты страховой премии или страхового взноса (при уплате страховой премии в рассрочку). Руководствуясь п. 1 ст. 452 ГК РФ стороны договорились, что отдельное соглашение о расторжении Договора страхования в данном случае сторонами не составляется и не подписывается. В этом случае письменного уведомления об одностороннем отказе от Договора страхования не требуется, а уплаченная страховая премия возврату не подлежит.

Договором страхования могут быть определены иные последствия неуплаты в установленные сроки очередных страховых взносов.

6.5. Если страховую премию по поручению Страхователя уплачивает другое лицо, то никаких прав по Договору страхования в связи с этим оно не приобретает.

7. СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ

7.1. Договор страхования заключается сроком на 1 (один) год, если условиями Договора не предусмотрено иное.

7.2. Даты начала и окончания срока действия Договора указываются в Договоре страхования.

7.3. Обязательства Страховщика в части страховой выплаты распространяются на страховые случаи, произошедшие в течение срока действия Договора страхования при условии уплаты страховой премии (первого страхового взноса) в срок, установленный Договором страхования.

7.4. Договором страхования могут быть установлены более поздние сроки начала оказания отдельных видов медицинской или лекарственной помощи (период ожидания).

7.5. Договор страхования прекращается до истечения срока, на который он был заключен, в следующих случаях:

7.5.1. Стороны выполнили свои обязательства, предусмотренные Договором страхования в полном объеме (в том числе в случаях оказания медицинской и (или) лекарственной помощи, стоимость которых равна страховой сумме).

7.5.2. Возможность наступления страхового случая отпала, и существование страхового риска прекратилось по обстоятельствам иным, чем страховой случай.

В этом случае Договор страхования прекращает действовать со дня прекращения существования страхового риска, а Страховщик имеет право на часть страховой премии пропорционально времени, в течение которого действовало страхование. Для прекращения договора страхования Страхователь подает Страховщику соответствующее письменное заявление. Оставшаяся часть уплаченной страховой премии возвращается Страхователю в течение 10 рабочих дней с даты получения указанного заявления, если договором страхования не предусмотрено иное.

7.5.3. Страхователь не оплатил всю сумму очередного страхового взноса до истечения срока его оплаты, указанного в Договоре страхования (при оплате премии в рассрочку). Неуплата Страхователем всей суммы очередного страхового взноса в установленный Договором страхования срок означает для сторон настоящего Договора выраженное Страхователем волеизъявление об отказе от Договора страхования с 00 часов дня, следующего за днем окончания установленного Договором страхования срока оплаты очередного страхового взноса.

Во всех случаях прекращения Договора страхования Страхователь обязан вернуть Страховщику в сроки, указанные в Договоре страхования, индивидуальные карточки и страховые медицинские полисы, действие которых прекращается с даты досрочного прекращения Договора страхования.

7.6. Страхователь вправе отказаться от Договора в любое время, если к моменту отказа возможность наступления страхового случая не отпала и существование страхового риска не прекратилось по обстоятельствам, указанным в п. 7.5.2 настоящих Правил. В этом случае Договор страхования прекращает действовать с даты, указанной в заявлении, но не ранее получения заявления Страховщиком, при этом страховая премия возврату не подлежит, за исключением случая, предусмотренного п.7.6.1 или если иное не предусмотрено Договором страхования.

7.6.1. Страхователь – физическое лицо вправе отказаться от Договора страхования в течение 5 (пяти) рабочих дней со дня его заключения независимо от момента уплаты страховой премии, при отсутствии в данном периоде событий, имеющих признаки страхового случая.

Договор страхования считается прекратившим свое действие с даты подачи Страхователем письменного заявления об отказе от договора страхования или иной даты, установленной по соглашению сторон, но не позднее 5 (пятого) рабочего дня со дня заключения договора страхования.

При этом, если Страхователь отказался от Договора страхования до даты начала действия страхования уплаченная страховая премия подлежит возврату Страхователю в полном объеме. Если Страхователь отказался от Договора страхования после даты начала действия страхования, то Страховщик при возврате уплаченной страховой премии Страхователю вправе удержать часть страховой премии пропорционально сроку действия Договора страхования, прошедшему с даты начала действия страхования до даты прекращения действия Договора страхования.

Возврат части премии производится по выбору Страхователя наличными деньгами или в безналичном порядке в течение 10 рабочих дней со дня получения Страховщиком письменного заявления Страхователя о досрочном отказе от Договора страхования.

8. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

8.1. Страховщик обязан:

- а) ознакомить Страхователя с Правилами страхования;
- б) вручить Страхователю страховые медицинские полисы или индивидуальные карточки в срок, указанный в Договоре страхования, если Договором страхования не предусмотрено иное;
- в) обеспечить предоставление Застрахованным лицам медицинской и лекарственной помощи, определенных Договором страхования.

Если медицинское учреждение не выполнило своих обязательств по объему и качеству оказания медицинской помощи, по согласованию с Застрахованным лицом ему предоставляется медицинская помощь в другом медицинском учреждении;

- г) не разглашать полученные им в результате своей профессиональной деятельности сведения о Страхователе (Застрахованном лице);
- д) осуществлять контроль за медицинским обслуживанием Застрахованных лиц.

8.2. Страховщик имеет право:

- а) проверять представленную Страхователем (Застрахованным лицом) информацию, а также выполнение Страхователем (Застрахованным лицом) требований и условий Договора;
- б) прекратить оказание медицинской и (или) лекарственной помощи (отказать в оплате медицинских услуг, медикаментозных средств) Застрахованному лицу в случаях, предусмотренных настоящими Правилами и Договором страхования;
- в) досрочно расторгнуть Договор страхования при существенном нарушении Страхователем условий Договора страхования, в порядке, предусмотренном действующим законодательством;
- г) потребовать расторжения Договора страхования и возмещения убытков, причиненных расторжением данного Договора в случае неисполнения Страхователем обязанности, предусмотренной абзацем «в», п. 8.3 настоящих Правил.

д) запросить у Страхователя предоставления заверенных копий письменного согласия (письменных согласий) на обработку персональных данных Застрахованного лица (Застрахованных лиц).

8.3. Страхователь обязан:

- а) при заключении Договора страхования сообщить Страховщику полную и достоверную информацию, необходимую для оценки страхового риска и заключения Договора страхования;
- б) своевременно уплатить страховую премию;
- в) в период действия Договора страхования незамедлительно сообщать Страховщику о ставших ему известными значительных изменениях в обстоятельствах, сообщенных Страховщику при заключении Договора страхования, если эти изменения могут существенно повлиять на увеличение страхового риска;
- г) при наступлении страхового случая, предусмотренного Договором страхования, незамедлительно уведомить о его наступлении Страховщика.
- д) при заключении Договора страхования ознакомить Застрахованного лица с его обязанностями по Договору.

8.4. Страхователь имеет право:

- а) изменять список Застрахованных лиц.
- В случае расширения списка Страхователь предоставляет Страховщику все необходимые ему сведения о новых Застрахованных лицах и уплачивает за них страховую премию за период с даты их включения в список Застрахованных лиц до даты окончания срока действия Договора страхования. При

этом страховые взносы за неполный месяц уплачиваются как за полный (если Договором не предусмотрено иное). Страховщик может выдавать Страхователю страховые медицинские полисы или индивидуальные карточки на вновь Застрахованных лиц.

Если Договором не предусмотрено иное, в случае уменьшения численности Застрахованных лиц, Страховщик возвращает Страхователю часть страховой премии за каждое Застрахованное лицо, исключенное из списка, пропорционально неистекшему периоду действия Договора с учетом произведенных выплат на каждое открепленное Застрахованное лицо или учитывает эту сумму при дальнейших расчетах на основании письменного уведомления Страхователя.

б) в течение срока действия Договора страхования расширить перечень медицинской и (или) лекарственной помощи, предусмотренной Договором страхования, или увеличить страховую сумму, заключив дополнительное соглашение к Договору страхования и уплатив при этом дополнительную страховую премию. Дополнительное соглашение к Договору страхования начинает действовать со дня уплаты дополнительной страховой премии, если Договором не предусмотрено иное.

в) заменять Застрахованных лиц другими лицами без увеличения числа Застрахованных лиц с письменного согласия заменяемых Застрахованных лиц. В этом случае Страховщику представляются все необходимые ему сведения об исключаемых из списка Застрахованных лицах и включаемых в него. В случае увеличения степени риска Страхователь должен уплатить дополнительную премию по требованию Страховщика.

Все изменения и дополнения Договора страхования оформляются в письменной форме и подписываются обеими сторонами.

8.5. Права и обязанности Застрахованных лиц по Договору страхования.

8.5.1. Застрахованное лицо имеет право:

а) получать медицинскую помощь в медицинских учреждениях в соответствии с условиями, указанными в Договоре страхования;

б) получать медикаментозные средства в аптеках в соответствии с условиями, указанными в Договоре страхования;

в) требовать от Страховщика в законном порядке соблюдения условий Договора страхования.

8.5.2. Застрахованное лицо обязано:

а) соблюдать предписания лечащего врача и внутренний распорядок медицинского учреждения;

б) заботиться о сохранности страховых документов и не передавать их другим лицам с целью получения ими медицинской и (или) лекарственной помощи.

8.6. Договором страхования могут быть предусмотрены также и другие права и обязанности сторон.

9. ПОРЯДОК И УСЛОВИЯ ОРГАНИЗАЦИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ И ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЫ

9.1. Для получения услуг по Договору страхования при наступлении страхового случая Застрахованное лицо обращается:

а) в медицинские учреждения и аптеку согласно программе добровольного медицинского страхования или к Страховщику в порядке, указанном в Договоре страхования (страховом полисе).

При обращении в медицинские учреждения и аптеки Застрахованное лицо предъявляет полис или индивидуальную карточку, а также паспорт либо другой документ, удостоверяющий личность Застрахованного лица.

9.2. Медицинские учреждения и аптеки в соответствии с Договором, заключенным Страховщиком, оказывают услуги, предусмотренные программой добровольного медицинского страхования и условиями Договора страхования.

9.3. При отсутствии возможности оказания услуг, предусмотренных программой добровольного медицинского страхования, в медицинских учреждениях, определенных Договором страхования, Страховщик организует их выполнение в ином медицинском учреждении. При этом выбор медицинского учреждения производится Страховщиком.

9.4. Размер страховой выплаты определяется стоимостью оказанных Застрахованному лицу услуг медицинской и лекарственной помощи и не может превышать страховой суммы.

9.5. Оплата оказанной помощи производится по ценам, согласованным между Страховщиком, медицинскими учреждениями и аптеками.

9.6. Страховые выплаты осуществляются в пределах страховой суммы в виде:

- оплаты медицинским учреждениям стоимости медицинской помощи, оказанной Застрахованному лицу в соответствии с программой добровольного медицинского страхования;

- возмещения аптеке стоимости медикаментозных средств, предоставленных Застрахованному лицу в соответствии с программой добровольного медицинского страхования;

- возмещения расходов Застрахованного лица, произведенных им для получения медицинской и (или) лекарственной помощи, предусмотренных программой добровольного медицинского страхования.

9.7. Оплата медицинских услуг, оказанных медицинскими учреждениями и аптеками, производится Страховщиком в порядке и на условиях, установленных Договором между этими организациями и Страховщиком.

9.8. В случаях обращения Застрахованного лица к Страховщику за выплатой страхового возмещения за оплаченные им медицинские услуги /приобретенные лекарственные средства оценка размера убытка, принятие решения о страховой выплате и осуществление страховой выплаты производится Страховщиком на основании следующих документов, предоставленных Застрахованным лицом Страховщику в обязательном порядке:

9.8.1. оригинала заявления от имени Застрахованного лица (указанное заявление может быть написано Застрахованным лицом, его законным представителем при наличии документов, подтверждающих его статус законного представителя Застрахованного лица, а также его представителем, действующим на основании надлежащим образом оформленной доверенности);

9.8.2. документов, содержащих полные банковские реквизиты Застрахованного лица, за достоверность которых несет ответственность исключительно Застрахованное лицо;

9.8.3. оригинала выписки из медицинской карты амбулаторного (стационарного) больного с указанием даты, обстоятельств травмы, полного диагноза, периода лечения, описания рентген-снимка;

9.8.4. копии паспорта Застрахованного лица (страниц с ФИО, фото, указанием места постоянной регистрации);

9.8.5. оригиналы платежно-расчетных документов, подтверждающих факт оплаты оказанных медицинских услуг / приобретенных медикаментозных средств;

9.8.6. копии страхового полиса, квитанция об оплате страховой премии (страховых взносов);

9.8.7. копии документов подтверждающих статус законного представителя Застрахованного лица;

9.8.8. копии паспорта представителя Застрахованного лица;

9.8.9. копии надлежащим образом оформленной доверенности представителя Застрахованного лица;

9.8.10. копии свидетельства о рождении (для несовершеннолетних Застрахованных лиц).

Страховщик вправе сократить перечень обязательных для предоставления документов, если обстоятельства страхового случая или размер причиненного ущерба для него известны или очевидны.

Если представленные Страхователем (Выгодоприобретателем) документы не позволяют установить факт наступления страхового случая, форму и степень тяжести расстройства здоровья Застрахованного лица, права юридического или физического лица на получение страховой выплаты, то Страховщик вправе предложить Страхователю (Выгодоприобретателю) дополнительно предоставить недостающие необходимые документы.

Возмещение расходов Застрахованного лица, произведенных им для получения медицинской и (или) лекарственной помощи, осуществляются только в случаях, специально предусмотренных Договором страхования, или по предварительному согласованию со Страховщиком.

9.9. Расчет сумм страховых выплат может осуществляться на основании следующих методов:

- за отдельные услуги;
- за число койко-дней при стационарном и стационарозамещающем лечении;
- по подушевому нормативу за комплексное непрерывное и продолжительное медицинское обслуживание, предоставляемое в течение определенного периода времени;
- за отдельные медикаментозные средства;
- иные методы, предложенные медицинским учреждением или аптекой и согласованные Страховщиком.

9.10. При возмещении расходов непосредственно Застрахованному лицу Страховщик принимает решение об осуществлении страховой выплаты либо об отказе в страховой выплате в течение 30 (тридцати) рабочих дней после получения последнего из документов, указанных в п. 9.8.

Страховщик производит страховую выплату на банковские реквизиты, указанные Застрахованным лицом в заявлении на получение страховой выплаты, либо направляет отказ в страховой выплате в течение 10 банковских дней с момента принятия соответствующего решения касательно осуществления страховой выплаты.

9.11. Основаниями для отказа в страховой выплате являются:

а) наступление события, не являющегося страховым случаем в соответствии с настоящими Правилами (п.3.3 и п.3.4 Правил) и договором страхования;

б) наличие предусмотренных действующим законодательством оснований для отказа Страховщика от страховой выплаты.

9.12. Страховщик вправе отказать в оплате медицинской помощи по повторному выполнению исследований для плановой госпитализации, несостоявшейся по вине или инициативе Застрахованного лица, а также в оплате каких-либо услуг, необоснованно оказанных повторно.

9.13. В случае нарушения Застрахованным лицом медицинских предписаний и рекомендаций медицинского персонала, а также несоблюдения правил внутреннего распорядка, установленных медицинским учреждением, медицинское учреждение вправе прекратить обслуживание Застрахованного лица или выписать из стационара, сделав соответствующую отметку в листе нетрудоспособности.

10. ПРОЧИЕ УСЛОВИЯ

10.1. Страховщик является оператором, осуществляющим обработку персональных данных.

10.2. Страховщик имеет право:

10.2.1. осуществлять обработку персональных данных в целях продвижения услуг Страховщика на рынке и распространения рекламы о продуктах и услугах путем осуществления прямых контактов с помощью средств связи, включая телефон и интернет;

10.2.2. поручать обработку персональных данных третьим лицам, которые указаны (наименование или фамилия, имя, отчество и адрес) в тексте документов, оформляемых в процессе заключения и исполнения Договора страхования, или на официальном сайте Страховщика (страховым агентам и брокерам, банкам, поставщикам программного обеспечения или услуг по аренде ИТ - инфраструктуры и т.п.).

10.3. Под обработкой персональных данных понимается любое действие (операция) или совокупность действий (операций), совершаемых с использованием средств автоматизации и/или без использования таких средств с персональными данными, включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (в т.ч. трансграничную передачу), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение персональных данных.

10.4. Документами, оформляемыми в процессе заключения и исполнения Договора страхования (заявлениями на страхование и приложениях к нему, анкетах, расчетных документах и т.п.), определяется перечень персональных данных, обработку которых Страховщик вправе поручить третьими лицам.

10.5. Срок обработки персональных данных включает срок действия Договора страхования, период исполнения обязательств по Договору страхования, срок исковой давности по требованиям, вытекающим из Договора страхования, период, необходимый для осуществления и выполнения Страховщиком возложенных на него законодательством Российской Федерации функций, полномочий и обязанностей.

10.6. Согласие субъекта персональных данных на обработку его персональных данных может быть отозвано посредством составления письменного документа, который должен быть направлен в адрес Страховщика заказным письмом с уведомлением о вручении, либо вручен лично под роспись представителю Страховщика. Отзыв должен содержать номер основного документа, удостоверяющего личность субъекта персональных данных или его представителя, сведения о дате выдачи указанного документа и выдавшем его органе, сведения, подтверждающие участие субъекта персональных данных в отношениях с оператором (номер Договора, дата заключения Договора), либо сведения, иным образом подтверждающие факт обработки персональных данных оператором, подпись субъекта персональных данных или его представителя.

10.7. При обращении за медицинской помощью вследствие наступления события, имеющего признаки страхового случая, Застрахованный в безусловном порядке освобождает, с соблюдением требований законодательства Российской Федерации и/или страны временного пребывания, врачей, выполнявших обследование или лечение, а также врачей, наблюдавших и/или лечивших его ранее в стране постоянного проживания, от обязанности хранить профессиональную врачебную тайну перед Страховщиком.

10.8. Подписанием заявления на страхование и (или) Договора страхования (страхового полиса), иного документа, используемого при заключении и исполнении Договора страхования, и (или) принятием Договора страхования (страхового полиса), и (или) оплатой страховой премии (первого страхового взноса) Страхователь (его представитель) подтверждает:

– свое согласие (согласие Выгодоприобретателей, представителем которых является Страхователь) на обработку персональных данных на условиях, предусмотренных настоящим разделом;

– что обладает законными правами на представительство от указанных в договоре лиц, в том числе дать согласие на обработку персональных данных от имени выгодоприобретателя, страхователя или иных лиц, представителем которых является при заключении и (или) исполнении Договора страхования;

– что все уведомления, извещения и сообщения, направляемые Страховщиком в адрес Страхователя (Выгодоприобретателя) в соответствии с настоящими Правилами, считаются направленными надлежащим образом при их направлении в виде смс-сообщения, почтового отправления или сообщения по электронной почте по номеру телефона или адресам, указанным в документах, получаемых (передаваемых) при заключении, исполнении Договора страхования. В случае изменения адресов, реквизитов и телефонов Страхователь (Выгодоприобретатель) обязуется заблаговременно известить Страховщика об этом. Если Страховщик не был извещен об изменении адреса и (или) реквизитов другой стороны заблаговременно, то все уведомления, извещения и сообщения, направленные Страхователю (Выгодоприобретателю) по прежнему известному адресу (телефону), будут считаться полученными с даты их поступления по прежнему адресу (телефону);

– что электронные и бумажные документы, получаемые (передаваемые) при заключении и исполнении Договора страхования и подписанные от имени Страховщика путем факсимильного воспроизведения подписи с помощью средств механического или иного копирования, признаются равнозначным документу на бумажном носителе, подписанному собственноручной подписью;

– что обязанность по соблюдению конфиденциальности ключа простой электронной подписи, используемой для подписания документов, оформляемых в процессе заключения и исполнения договора страхования, и ответственность за соблюдение его конфиденциальности несет лицо,

создающее и (или) использующее ключ простой электронной подписи. При использовании интернет-сервисов (в т.ч. почтовых сервисов) сайта Страховщика в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет» ключом простой электронной подписи является сочетание идентификатора и пароля персональной учетной записи пользователя, предоставленной для работы в интернет-сервисе. Идентификатором является ФИО, дата рождения, серия и номер документа, удостоверяющего личность Страхователя, а паролем ключа – уникальная последовательность букв, и (или) чисел, и (или) иных символов (далее - код), который Страхователь получает в смс-сообщении, отправленном на номер мобильного телефона или в письме на адрес, указанный им электронной почты, если иной порядок не предусмотрен соглашением сторон;

- свое согласие на раскрытие Страховщику информации, содержащейся в бюро кредитных, страховых историй (единой автоматизированной информационной системы) для проверки сведений, указанных в Договоре страхования, и получения информации о Страхователе. Согласие действует в течение срока, предусмотренного действующим законодательством;

- свое согласие на передачу персональных данных, указанных в Договоре страхования, ином документе, используемом при заключении и исполнении Договора страхования, в бюро кредитных, страховых историй;

- свое согласие на информирование о других продуктах и услугах, а также об условиях продления правоотношений со Страховщиком.

10.9. Информация в электронной форме для заключения Договора страхования в электронной форме со Страхователем - физическим лицом создается и отправляется Страхователем Страховщику с использованием сайта Страховщика одним из следующих способов:

- путем заполнения предложенных форм;
- путем заполнения предложенных форм и подписания указанной информации простой электронной подписью Страхователя.

Информация, подписанная простой электронной подписью Страхователя - физического лица, признается электронным документом, равнозначным документу на бумажном носителе, подписанному собственноручной подписью этого физического лица.

Обмен информацией, необходимой для формирования ключа простой электронной подписи и заключения Договора страхования, осуществляется с использованием сайта Страховщика, а также номера мобильного телефона и (или) адреса электронной почты, сообщенных Страхователем – физическим лицом.

Электронные документы, подписанные усиленной квалифицированной электронной подписью Страховщика, направляются на адрес электронной почты, сообщенный Страхователем – физическим лицом.

11. ПОРЯДОК РАЗРЕШЕНИЯ СПОРОВ

11.1. Все споры по Договорам страхования, заключенным в рамках настоящих Правил, до обращения в суд подлежат обязательному рассмотрению в претензионном порядке. Претензия предъявляется в письменной форме с указанием контактных данных (почтовый и/или электронный адреса, телефон) заявителя и приложением документов, подтверждающих ее обоснованность. Претензия подлежит рассмотрению в течение 30 дней со дня ее получения.

11.2. Иск может быть предъявлен в порядке, предусмотренном законодательством Российской Федерации в случае полного или частичного отказа в удовлетворении претензии либо неполучения ответа на претензию в тридцатидневный срок.

ПРОГРАММА ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

« _____ »
наименование программы

Виды медицинской помощи и перечень медицинских услуг, организуемых и оплачиваемых страховщиком по настоящей программе.

Амбулаторно-поликлиническая помощь:

Подлежат перечислению услуги, оказываемые по данному виду помощи

Стационарная помощь:

Подлежат перечислению услуги, оказываемые по данному виду помощи

Медицинская помощь на дому;

Подлежат перечислению услуги, оказываемые по данному виду помощи

Скорая неотложная медицинская помощь;

Подлежат перечислению услуги, оказываемые по данному виду помощи

Реабилитационно-восстановительное лечение;

Подлежат перечислению услуги, оказываемые по данному виду помощи

Стоматологическая помощь.

Подлежат перечислению услуги, оказываемые по данному виду помощи

Лекарственная помощь.

Подлежат перечислению услуги, оказываемые по данному виду помощи

Дополнительные услуги

Подлежат перечислению оказываемые дополнительные услуги

Исключения по программе.

Подлежат перечислению исключения из страховых случаев, медицинские услуги, не входящие в программу, перечень заболеваний, диагностика и лечение которых не входит в программу, иные исключения из программы.

Перечень медицинских учреждений и видов оказываемой ими медицинской помощи

Наименование и адрес медицинского учреждения	Виды медицинской помощи (услуг)

(*) Данная программа является типовой. При заключении конкретных договоров добровольного медицинского страхования программа может включать как все перечисленные виды медицинской помощи, так и некоторые из них в любой комбинации.

Перечень медицинских услуг в составе видов медицинской помощи формируется на основе услуг, входящих в Типовой состав видов медицинской помощи, соответствующих им медицинских и иных услуг, которые могут быть включены в программу добровольного медицинского страхования (приложение № 4). Состав медицинских услуг для конкретных программ может быть сокращен или дополнен. Медицинские услуги могут указываться в виде медицинских специальностей, простых и сложных медицинских услуг, заболеваний (состояний), условий (ограничений) по оказанию соответствующих услуг. В этих целях страховщик может использовать действующие в Российской Федерации классификаторы простых и сложных медицинских услуг, международную классификацию болезней и проблем, связанных со здоровьем, классификатор медицинских специальностей, иные классификаторы.

Типовой состав видов медицинской помощи, соответствующих им медицинским и иным услуг, которые могут быть включены в программу добровольного медицинского страхования (*)

Амбулаторно-поликлиническая помощь

1. Приемы (в том числе консультативные, профилактические) врачей (терапевт, хирург, травматолог, невропатолог, отоларинголог, офтальмолог, гинеколог, уролог, эндокринолог, гастроэнтеролог, кардиолог, дерматолог, аллерголог, пульмонолог, ревматолог, нефролог и другие специальности в соответствии с нормативным списком номенклатуры врачебных специальностей);
2. Диагностические лабораторные и инструментальные исследования:
функциональная диагностика;
рентгенологические исследования;
компьютерная томография, магниторезонансная томография;
позитронно-эмиссионная томография;
ультразвуковые исследования (включая доплерографию);
эндоскопические исследования;
клиническая лабораторная диагностика;
радиоизотопная и радионуклидная диагностика;
иные виды лабораторных и инструментальных исследований, утвержденных Министерством здравоохранения и социального развития Российской Федерации и включенных в Государственный Реестр медицинских технологий;
3. Физиотерапевтическое лечение в полном объеме; массаж, занятия ЛФК, иглорефлексотерапия, мануальная терапия и пр. - по медицинским показаниям;
4. Иммунопрофилактика, в т.ч. иммунопрофилактика детей, предусмотренная официально утвержденным календарем прививок;
5. Медицинские услуги, необходимые для ведения беременности; прерывание беременности по медицинским показаниям;
6. Периодические медицинские осмотры;
7. Применение стационарзамещающих технологий;
8. Экспертиза временной нетрудоспособности;
9. Оформление рецептов, листов нетрудоспособности, справок и иной медицинской документации;
10. Иные профессиональные услуги в рамках амбулаторно-поликлинической помощи по медицинским показаниям и согласованию со Страховщиком.

Стационарная помощь

1. Консультации и другие профессиональные услуги врачей в условиях стационара;
2. Диагностические лабораторные и инструментальные исследования, проводимые по поводу заболевания, послужившего основанием для госпитализации, и сопутствующих заболеваний в отделениях: терапии (общая), кардиологии, ревматологии, гастроэнтерологии, нефрологии, пульмонологии, эндокринологии, неврологии, педиатрии, инфекционных болезней, травматологии, урологии, хирургии (общая), кардиохирургии, сосудистой хирургии, торакальной хирургии, проктологии, гинекологии, отоларингологии, офтальмологии, дерматологии, патологии беременности и др.:
функциональная диагностика;
рентгенологические исследования;
компьютерная томография, магниторезонансная томография;
позитронно-эмиссионная томография;
ультразвуковые исследования (включая доплерографию);
эндоскопические исследования;
клиническая лабораторная диагностика;
радиоизотопная и радионуклидная диагностика;
иные виды лабораторных и инструментальных исследований, утвержденных Министерством здравоохранения и социального развития Российской Федерации и включенных в Государственный Реестр медицинских технологий;
3. Родовспоможение, в том числе оперативное родоразрешение.
4. Пребывание в отделении интенсивной терапии, реанимационные мероприятия;
5. Хирургическое и/или консервативное лечение, проводимое в соответствии с принятыми медицинскими стандартами, включая лапароскопические методы диагностики и лечение;

6. Использование операционной и послеоперационных палат, перевязки, хирургическая обработка ран, инъекции, вливания лекарственных препаратов и т.п.;
7. Назначение и применение лекарственных препаратов, перевязочного материала;
8. Физиотерапевтическое лечение, массаж, иглорефлексотерапия, мануальная терапия и пр. - в случаях, когда эти процедуры необходимы для лечения заболевания, послужившего причиной госпитализации, и сопутствующих заболеваний;
9. Хирургическая и терапевтическая стоматологическая помощь
10. Экспертиза временной нетрудоспособности;
11. Оформление рецептов, листов нетрудоспособности, эпикризов, справок и иной медицинской документации;
12. Иные профессиональные услуги в рамках стационарной помощи по медицинским показаниям и согласованию со Страховщиком.

Медицинская помощь на дому

1. Оказание медицинской помощи на дому Застрахованным, которые по состоянию здоровья, характеру заболевания не могут посетить поликлинику, нуждаются в постельном режиме, наблюдении врача общего профиля;
2. Консультации специалистов на дому по медицинским показаниям;
3. Патронаж новорожденных и активные посещения детей в возрасте до трех лет;
4. Снятие и расшифровка ЭКГ на дому, УЗ-диагностика по медицинским показаниям;
5. Организация стационара на дому;
6. Иммунопрофилактика детей, предусмотренная официально утвержденным календарем прививок;
7. Забор биологических материалов и проведение экспресс-диагностики;
8. Иные профессиональные услуги по медицинским показаниям и согласованные со Страховщиком.

Скорая неотложная медицинская помощь

1. Выезд бригады скорой неотложной помощи, включая вызов специализированных бригад (педиатрическая, кардиологическая, реанимационная);
2. Первичный осмотр больного и проведение необходимой экспресс-диагностики;
3. Экстренные лечебные манипуляции;
4. Медицинская транспортировка в стационар;
5. Иные профессиональные услуги по медицинским показаниям и согласованию со Страховщиком.

Реабилитационно-восстановительное лечение (в том числе санаторно-курортная помощь)

1. Диагностические лабораторные и инструментальные исследования, проводимые в условиях реабилитационно-восстановительных лечебно-профилактических учреждений или отделений (терапия, кардиология, ревматология, гастроэнтерология, эндокринология, нефрология, неврология, педиатрия, травматология, урология, проктология, гинекология, отоларингология, офтальмология, дерматология и др.) по поводу заболевания, послужившего основанием для оказания медицинской помощи:
функциональная диагностика;
рентгенологические исследования;
компьютерная томография, магниторезонансная томография;
позитронно-эмиссионная томография;
ультразвуковые исследования (включая доплерографию);
эндоскопические исследования;
клиническая лабораторная диагностика;
радиоизотопная и радионуклидная диагностика;
иные виды лабораторных и инструментальных исследований, утвержденных МЗ и СР РФ и включенных в Государственный Реестр медицинских технологий;
2. Консервативное лечение, проводимое в соответствии с принятыми медицинскими стандартами;
3. Консультации и другие профессиональные услуги врачей;
4. Физиотерапевтическое лечение, иглорефлексотерапия, массаж, кинезотерапия, занятия ЛФК, галотерапия, ароматерапия, фитотерапия и др. - по назначению лечащего врача, в случаях, когда эти процедуры необходимы для лечения основного и сопутствующего заболевания в реабилитационном периоде;
5. Терапевтическое стоматологическое лечение, лечение пародонтита, хирургическое стоматологическое лечение - по неотложным показаниям;

Стоматологическая помощь

1. Плановый профилактический осмотр врача-стоматолога с выдачей рекомендаций по уходу за полостью рта и лечению выявленных заболеваний;
2. Диагностические лабораторные и инструментальные исследования: рентгенологические исследования костей черепа, зубов и др.; клинические, биохимические и бактериологические исследования крови и др.;
3. Оказание терапевтической стоматологической помощи в амбулаторно-поликлинических условиях: лечение кариеса, пульпита и периодонтита с постановкой пломб из полимеризующих материалов; восстановление разрушенной коронковой части зуба; лечение острых заболеваний слизистой оболочки полости рта (гингивита, стоматита и др.);
4. Хирургическое стоматологическое лечение воспалительных и иных заболеваний полости рта (удаление зубов, лечение перикоронита, периостита, альвеолита, вскрытие абсцессов полости рта и др.); анестезиологическое пособие, включая общий наркоз по медицинским показаниям;
5. Пародонтологическое лечение: купирование острых состояний; снятие зубных отложений; покрытие зубов фторсодержащим и пр.
6. Ортодонтия и зубопротезирование (включая подготовку) без применения драгоценных металлов, если необходимость возникла вследствие несчастного случая, произошедшего в течение срока страхования;
7. Физиотерапевтическое лечение в случаях, когда эти процедуры необходимы для лечения стоматологического заболевания;
8. Иные профессиональные услуги по медицинским показаниям и согласованию со Страховщиком.

Лекарственная помощь

1. Предоставление медикаментозных средств, изделий медицинского назначения и косметических средств, назначенных Застрахованному лицу лечащим врачом медицинского учреждения в рамках оказания медицинской помощи, предусмотренной программой добровольного медицинского страхования.

Дополнительные услуги, которые могут быть предоставлены при оказании медицинской помощи и включены в программу добровольного медицинского страхования:

1. Индивидуальное наблюдение и сопровождение медицинским работником;
2. Размещение в палате повышенной комфортности;
3. Внеочередность получения медицинских услуг;
4. Медицинские услуги, носящие профилактический характер: массаж, иглорефлексотерапия, мануальная терапия;
5. Медицинские и иные услуги по согласованию со Страховщиком.

() Приведенный состав видов медицинской помощи, соответствующих им медицинских и иных услуг является типовым.*

При формировании конкретных программ добровольного медицинского страхования программа может включать как все перечисленные виды медицинской помощи, так и некоторые из них в любой комбинации.

Перечень медицинских услуг в составе видов медицинской помощи для конкретных программ может быть сокращен или дополнен. Медицинские услуги могут указываться в виде медицинских специальностей, простых и сложных медицинских услуг, заболеваний (состояний), условий (ограничений) по оказанию соответствующих услуг. В этих целях страховщик может использовать действующие в Российской Федерации классификаторы простых и сложных медицинских услуг, международную классификацию болезней и проблем, связанных со здоровьем, классификатор медицинских специальностей, иные классификаторы.

ДОГОВОР № _____ /_016/_____
добровольного медицинского страхования (код продукта _____)

«__» _____ 201__ г.

г. _____

ОБЩЕСТВО С ОГРАНИЧЕННОЙ ОТВЕТСТВЕННОСТЬЮ СТРАХОВАЯ КОМПАНИЯ «УРАЛСИБ СТРАХОВАНИЕ», именуемое в дальнейшем «Страховщик», в лице _____, действующего на основании _____, с одной стороны, и _____ именуемый в дальнейшем «Страхователь», в лице _____,

действующего на основании _____, с другой стороны, вместе либо по отдельности в тексте Договора добровольного медицинского страхования (далее - Договор), именуемые «Стороны» либо «Сторона» соответственно, заключили настоящий Договор о нижеследующем:

1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

1.1. Настоящий Договор заключен на основании Правил добровольного медицинского страхования граждан, утвержденных Приказом Генерального директора ООО СК «УРАЛСИБ СТРАХОВАНИЕ» от _____ № _____ (далее - Правила страхования).

1.2. По настоящему Договору Страховщик обязуется за обусловленную Договором плату (страховую премию) при наступлении страхового случая организовать и оплатить медицинскому учреждению и аптечной организации предоставление Застрахованному лицу медицинской помощи, включая приобретение (оплату стоимости) медикаментозных средств, назначенных в рамках оказания медицинской помощи, предусмотренной программой добровольного медицинского страхования в пределах определенной Договором суммы (страховой суммы).

2. ОБЪЕКТ СТРАХОВАНИЯ

2.1. Объектами добровольного медицинского страхования являются имущественные интересы, связанные с оплатой организации и оказания медицинской и лекарственной помощи (медицинских услуг) и иных услуг вследствие расстройства здоровья физического лица или состояния физического лица, требующих организации и оказания таких услуг, а также проведения профилактических мероприятий, снижающих степень опасных для жизни или здоровья физического лица угроз и (или) устраняющих их (медицинское страхование).

2.2. Общая численность Застрахованных лиц определяется Списком согласно Приложению №1 к настоящему Договору и на дату заключения настоящего Договора составляет _____ (указать прописью количество человек) человек.

3. СТРАХОВОЙ СЛУЧАЙ

3.1. Страховым случаем по настоящему Договору является (с учетом ограничений и исключений, установленных п. 3.3 и п. 3.4 настоящего Договора страхования) обращение Застрахованного лица в медицинское учреждение в целях получения медицинской помощи и назначение в связи с этим медикаментозных средств Застрахованному лицу лечащим врачом указанного учреждения (лекарственная помощь) в соответствии с программой добровольного медицинского страхования.

3.2. Медицинская помощь, предусмотренная программой добровольного медицинского страхования, оказывается строго по медицинским показаниям при обращении Застрахованного лица в медицинское учреждение из числа предусмотренных программой добровольного медицинского страхования, при условии предъявления индивидуальной карты Застрахованного лица, выданной Страховщиком, и пропуска в медицинское учреждение.

3.3. Не является страховым случаем обращение Застрахованного лица в медицинское учреждение с целью получения медицинской и (или) лекарственной помощи Застрахованному лицу, связанные с:

3.3.1. травматическим повреждением либо отравлением, полученным в состоянии алкогольного, наркотического, или токсического опьянения;

3.3.2. получением травматического повреждения или иным расстройством здоровья, наступившим в результате совершения Застрахованным лицом умышленного преступления, находящегося в прямой причинной связи со страховым случаем;

3.3.3. покушением на самоубийство, за исключением тех случаев, когда Застрахованное лицо было доведено до такого состояния противоправными действиями третьих лиц;

3.3.4. умышленным причинением себе телесных повреждений;
воздействием ядерного взрыва, радиации или радиоактивного заражения, военными действиями, маневрами или иными военными мероприятиями, гражданской войной, народными волнениями всякого рода или забастовками.

3.4. Не является страховым случаем получение медицинской и (или) лекарственной помощи:

3.4.1. на основании страхового полиса или индивидуальной карточки не Застрахованным лицом, а также, если виды оказанной медицинской и (или) лекарственной помощи не предусмотрены программой добровольного медицинского страхования;

3.4.2. по окончании срока действия Договора, за исключением расходов, связанных с экстренной госпитализацией Застрахованного лица, начавшейся в течение срока действия Договора страхования, но не более чем 30 календарных дней госпитализации после окончания срока действия Договора, если иное не предусмотрено Договором.

4. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

4.1. Страхователь имеет право:

4.1.1. требовать предоставления Застрахованным лицам медицинской и лекарственной помощи в медицинских учреждениях / аптеках, предусмотренных программой добровольного медицинского страхования;

4.1.2. по согласованию со Страховщиком вносить изменения в список Застрахованных лиц (Приложение №1), при этом письменно уведомляя Страховщика не позднее, чем за __ (____) рабочих дней до предполагаемой даты вступления в силу изменений путем заключения дополнительного соглашения к настоящему Договору;

4.1.3. в течение срока действия Договора страхования расширить перечень медицинской и (или) лекарственной помощи, предусмотренной Договором страхования, или увеличить страховую сумму, заключив дополнительное соглашение к Договору страхования и уплатив при этом дополнительную страховую премию. Дополнительное соглашение к Договору страхования начинает действовать со дня уплаты дополнительной страховой премии, если Договором не предусмотрено иное.

4.2. Страхователь обязан:

при согласии заключить договор добровольного медицинского страхования предоставить Страховщику следующие документы для заключения договора добровольного медицинского страхования:

4.2.1.1 заявление о добровольном медицинском страховании для юридических (физических) лиц;

4.2.1.2 список Застрахованных лиц (для юридических лиц);

4.2.1.3 карточка организации (для юридических лиц);

4.2.1.4 копию доверенности подписанта (если лицо, подписывающее документы для заключения договора страхования, не является генеральным директором юридического лица).

При заключении договора страхования Страховщик вправе также потребовать от Страхователя заполнения анкеты Страхователя, а от Застрахованных лиц - заполнения медицинских анкет или прохождения медицинского освидетельствования для оценки состояния их здоровья и степени страхового риска. В случае отказа Страхователя / Застрахованного лица от заполнения медицинской анкеты или прохождения медицинского освидетельствования, договор страхования может быть заключен только на условиях, применяемых для обстоятельств наибольшего страхового риска.

4.2.2 обеспечить достоверность и правильность данных, указанных в списках Застрахованных лиц;

4.2.3 довести до сведения Застрахованных лиц условия настоящего Договора страхования, права и обязанности Застрахованных лиц по настоящему Договору страхования и выдать Застрахованным лицам полученные от Страховщика индивидуальные карты Застрахованного лица и пропуска установленного образца, если данное условие обязательно для медицинского учреждения, а также, если медицинское учреждение обеспечивает пропусками Застрахованных лиц и представителей Страховщика;

4.2.4 уплатить страховую премию в размере и в сроки, указанные в п. 5.1. настоящего Договора;

4.2.5 при заключении настоящего Договора сообщить Страховщику обо всех известных ему обстоятельствах, имеющих значение для оценки страхового риска и расчета страховой премии (пол, возраст, месторасположение офиса, состояние здоровья и численность Застрахованных лиц);

4.2.6 незамедлительно сообщать Страховщику в течение срока страхования обо всех известных изменениях обстоятельств, указанных в п.4.2.5;

4.2.7 уведомить Застрахованных лиц об обязанности участия в оплате медикаментозных средств, предоставленных Застрахованному лицу, в рамках лекарственной помощи, предусмотренной Программой при наступлении страхового случая в пределах размера франшизы, если условие о франшизе предусмотрено договором страхования;

4.2.8 предоставить Страховщику идентификационную информацию о своих Выгодоприобретателях и Бенефициарных Владельцах.

4.3. Страховщик имеет право:

4.3.1 проверять представленную Страхователем (Застрахованным лицом) информацию, а также выполнение Страхователем (Застрахованным лицом) требований и условий настоящего Договора;

4.3.2 досрочно расторгнуть Договор страхования при существенном нарушении Страхователем условий настоящего Договора, письменно уведомив об этом Страхователя не менее, чем за 30 календарных дней до предполагаемого срока расторжения Договора страхования;

4.3.3 прекратить оказание медицинской и (или) лекарственной помощи (отказать в оплате медицинских услуг, медикаментозных средств) Застрахованному лицу в случаях, предусмотренных Правилами страхования и настоящим Договором.

4.4. Страховщик обязан:

4.4.1 ознакомить Страхователя с Правилами страхования;

4.4.2 организовать предоставление Застрахованным лицам медицинской помощи, указанной в программе добровольного медицинского страхования. В случаях невозможности оказания медицинской помощи в медицинских учреждениях, предусмотренных программой добровольного медицинского страхования по причинам, не зависящим от Страховщика (в том числе по причине отсутствия мест в стационаре, отпуска или болезни специалиста, неисправности медицинского оборудования и т.п.), Страховщик организует их выполнение в ином медицинском учреждении соответствующего уровня и профиля;

4.4.3 при наступлении страховых случаев, указанных в программе добровольного медицинского страхования, оплатить медицинскую, а также лекарственную помощь, оказанную Застрахованным лицам;

4.4.4 в течение __ (____) рабочих дней со дня поступления страхового взноса/суммы первого страхового взноса (при условии рассрочки платежа) на счет Страховщика передать Страхователю индивидуальные карты Застрахованных лиц и пропуска установленного образца, если данное условие обязательно для медицинского учреждения, а также если медицинское учреждение обеспечивает пропусками Застрахованных лиц и представителей Страховщика. Индивидуальная карта Застрахованного лица является документом, удостоверяющим право Застрахованного лица на получение медицинской и лекарственной помощи. При утрате индивидуальной карты Застрахованного лица выдать дубликат по письменному заявлению Страхователя (Застрахованного лица) в течение __ (____) рабочих дней с даты передачи заявления;

4.4.5 не разглашать полученные им в результате своей профессиональной деятельности сведения о Страхователе (Застрахованном лице).

4.5. Застрахованное лицо имеет право:

4.5.1 требовать предоставления медицинской помощи в медицинских учреждениях в соответствии с программой добровольного медицинского страхования и получать медикаментозные средства в аптеках в соответствии с условиями программы добровольного медицинского страхования;

4.5.2 при утрате пропуска установленного образца оформить дубликат самостоятельно в медицинском учреждении. При этом затраты на оформление дубликата пропуска будет полностью нести Застрахованное лицо.

Застрахованное лицо обязано:

4.6.1 соблюдать предписания лечащего врача и внутренний распорядок медицинского учреждения;

4.6.2 заботиться о сохранности страховых документов и не передавать их другим лицам с целью получения ими медицинской и (или) лекарственной помощи;

4.6.3 сообщать Страховщику о случаях непредставления, неполного или некачественного предоставления медицинской и лекарственной помощи;

4.6.4 оплатить размер безусловной франшизы путем внесения денежных средств в аптечную организацию, в которую Застрахованное лицо обратиться за предоставлением лекарственной помощи, если договором предусмотрено наличие условия о франшизе.

5. СТРАХОВАЯ СУММА, СТРАХОВАЯ ПРЕМИЯ И ПОРЯДОК ЕЕ ВНЕСЕНИЯ

5.1. Страховая сумма на одно Застрахованное лицо составляет:

по программе « _____ » – _____;

по программе « _____ » – _____.

Страховая премия на одно Застрахованное лицо составляет:

по программе « _____ » – _____;

по программе « _____ » – _____.

Общая страховая премия на всех Застрахованных лиц составляет _____.

Порядок уплаты страховой премии _____.

5.2. Датой уплаты страховой премии считается дата поступления денежных средств Страхователя на расчетный счет Страховщика.

6. ПОРЯДОК И УСЛОВИЯ ОРГАНИЗАЦИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ И ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЫ

6.1. Для получения услуг по договору страхования при наступлении страхового случая Застрахованное лицо обращается в медицинские учреждения / аптеки согласно программе добровольного медицинского страхования или к Страховщику в порядке, указанном в договоре

страхования (страховом полисе). При обращении в медицинские учреждения / аптеки Застрахованное лицо предъявляет полис или индивидуальную карточку, а также паспорт либо другой документ, удостоверяющий личность Застрахованного лица.

6.2. Медицинские учреждения / аптеки в соответствии с договором, заключенным Страховщиком, оказывают услуги, предусмотренные программой добровольного медицинского страхования и условиями договора страхования.

6.3. При отсутствии возможности оказания услуг, предусмотренных программой добровольного медицинского страхования, в медицинских учреждениях, определенных Договором страхования, Страховщик организует их выполнение в ином медицинском учреждении. При этом выбор медицинского учреждения производится Страховщиком.

6.4. Страховые выплаты осуществляются в пределах страховой суммы в виде оплаты медицинских и иных услуг, предусмотренных программой добровольного медицинского страхования, медицинским учреждениям. Размер страховой выплаты определяется стоимостью оказанных Застрахованному лицу услуг медицинской и лекарственной помощи и не может превышать страховой суммы.

6.5. Страховые выплаты осуществляются в пределах страховой суммы в виде:

6.5.1. оплаты медицинским учреждениям стоимости медицинской помощи, оказанной Застрахованному лицу в соответствии с программой добровольного медицинского страхования;

6.5.2. возмещения расходов Застрахованного лица, произведенных им для получения медицинской и (или) лекарственной помощи, предусмотренных программой добровольного медицинского страхования.

6.5.3. возмещения аптеке стоимости медикаментозных средств, предоставленных Застрахованному лицу в соответствии с программой добровольного медицинского страхования;

6.6. Страховые выплаты медицинским учреждениям / аптекам производятся в порядке и на условиях, установленных договором между этими организациями и Страховщиком.

6.7. В случаях обращения Застрахованного лица к Страховщику за выплатой страхового возмещения за оплаченные им медицинские услуги оценка размера убытка, принятие решения о страховой выплате и осуществление страховой выплаты производится Страховщиком на основании следующих документов, предоставленных Застрахованным лицом Страховщику в обязательном порядке:

6.7.1. оригинала заявления от имени Застрахованного лица (указанное заявление может быть написано Застрахованным лицом, его законным представителем при наличии документов, подтверждающих его статус законного представителя Застрахованного лица, а также его представителем, действующим на основании надлежащим образом оформленной доверенности);

6.7.2. документов, содержащих полные банковские реквизиты Застрахованного лица, за достоверность которых несет ответственность исключительно Застрахованное лицо;

6.7.3. оригинала выписки из медицинской карты амбулаторного (стационарного) больного с указанием даты, обстоятельств травмы, полного диагноза, периода лечения, описания рентген-снимка;

6.7.4. копии паспорта Застрахованного лица (страниц с ФИО, фото, указанием места постоянной регистрации);

6.7.5. платежно-расчетных документов, подтверждающих факт оплаты оказанных медицинских услуг / приобретенных медикаментозных средств;

6.7.6. копии страхового полиса, квитанция об оплате страховой премии (страховых взносов);

6.7.7. копии документов подтверждающих статус законного представителя Застрахованного лица;

6.7.8. копии паспорта представителя Застрахованного лица;

6.7.9. копии надлежащим образом оформленной доверенности представителя Застрахованного лица;

6.7.10. копии свидетельства о рождении (для несовершеннолетних Застрахованных лиц).

Страховщик вправе сократить перечень обязательных для предоставления документов, если обстоятельства страхового случая или размер причиненного ущерба для него известны или очевидны.

Если представленные Страхователем (Выгодоприобретателем) документы не позволяют установить факт наступления страхового случая, форму и степень тяжести расстройства здоровья Застрахованного лица, права юридического или физического лица на получение страховой выплаты, то Страховщик вправе предложить Страхователю (Выгодоприобретателю) дополнительно предоставить недостающие необходимые документы.

6.8. Принятие Страховщиком решения об осуществлении страховой выплаты и непосредственно осуществление страховой выплаты производится в следующем порядке:

6.8.1. При возмещении расходов непосредственно Застрахованному лицу Страховщик принимает решение об осуществлении страховой выплаты либо об отказе в страховой выплате в течение 30 (тридцати) рабочих дней после получения последнего из документов, указанных в п. 6.7.

6.8.2. Страховщик производит страховую выплату на банковские реквизиты, указанные Застрахованным лицом в заявлении на получение страховой выплаты, либо направляет отказ в страховой выплате в течение 10 банковских дней с момента принятия соответствующего решения касательно осуществления страховой выплаты.

6.9. Основаниями для отказа в страховой выплате являются:

6.9.1. наступление события, не являющееся страховым случаем в соответствии с настоящим Договором (п.3.3 и п.3.4 настоящего Договора);

6.9.2. наличие предусмотренных действующим законодательством оснований для отказа Страховщика от страховой выплаты.

6.10. Страховщик вправе отказать в оплате медицинской помощи по повторному выполнению исследований для плановой госпитализации, не состоявшейся по вине или инициативе Застрахованного лица, а также в оплате каких-либо услуг, необоснованно оказанных повторно.

6.11. В случае нарушения Застрахованным лицом медицинских предписаний и рекомендаций медицинского персонала, а также несоблюдения правил внутреннего распорядка, установленных медицинским учреждением, медицинское учреждение вправе прекратить обслуживание Застрахованного лица или выписать из стационара, сделав соответствующую отметку в листе нетрудоспособности.

7. СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА

7.1. Настоящий Договор вступает в силу с «__» (месяц) 201__ года и действует по «__» (месяц) 201__ года. Окончание срока действия настоящего договора не влечет прекращения финансовых обязательств Сторон в части взаиморасчетов по оплате страховых премий, а также обязательств Страховщика, указанных в п. 4.4.2 настоящего Договора.

7.2. Период страхования – с «__» (месяц) 201__ года по «__» (месяц) 201__ года.

8. УСЛОВИЯ ПРЕКРАЩЕНИЯ ДОГОВОРА

8.1. Договор страхования прекращается в случаях:

- а) истечения срока действия;
- б) исполнения Страховщиком своих обязательств по договору страхования в полном объеме;
- в) неуплаты Страхователем страховой премии в установленные договором страхования сроки;
- г) ликвидации Страховщика в порядке, установленном законодательством Российской Федерации;
- д) принятия судом решения о признании договора страхования недействительным;
- е) в других случаях, предусмотренных законодательством Российской Федерации.

Во всех случаях прекращения договора страхования Страхователь обязан вернуть Страховщику индивидуальные карточки, действие которых прекращается с даты окончания срока страхования.

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

В этом случае договор страхования прекращает действовать со дня прекращения существования страхового риска. При этом Страховщик возвращает Страхователю часть страховой премии пропорционально неистекшему периоду страхования. Для прекращения договора страхования Страхователь подает Страховщику соответствующее письменное заявление. Оставшаяся часть уплаченной страховой премии возвращается Страхователю в течение 10 рабочих дней с даты получения указанного заявления, если договором страхования не предусмотрено иное.

8.3. Страхователь вправе отказаться от Договора Страхования в любое время, если к моменту отказа возможность наступления страхового случая не отпала и существование страхового риска не прекратилось по обстоятельствам, указанным в п.8.2 настоящего Договора страхования.

Досрочно отказаться от договора страхования Страхователь может путем подачи Страховщику соответствующего заявления или путем неуплаты очередного страхового взноса. При досрочном отказе от Договора Страхования путем подачи Страхователем заявления, Договор Страхования прекращается с даты, указанной им в своем заявлении, но не ранее получения заявления Страховщиком, при этом страховая премия возврату не подлежит.

При досрочном отказе от Договора Страхования путем неуплаты очередного страхового взноса, Договор Страхования прекращается с 00 часов 00 минут дня, следующего за днем окончания установленного договором срока уплаты очередного страхового взноса, который не был уплачен в указанный срок.

Стороны Договора страхования вправе прийти к соглашению касательно иных последствий неуплаты очередного страхового взноса в указанный в Договоре страхования срок.

9. КОНФИДЕНЦИАЛЬНОСТЬ И ЗАЩИТА ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ

9.1. Стороны берут взаимные обязательства по соблюдению режима конфиденциальности в отношении информации, полученной при выполнении настоящего Договора:

9.1.1. О персональных данных Застрахованных лиц.

9.2. Подписывая Договор, Страхователь подтверждает, что им получены от Застрахованных лиц письменные согласия на обработку Страховщиком их персональных данных, запрошенные в соответствии с Федеральным законом от 27 июля 2006 №152-ФЗ «О персональных данных».

9.3. Страхователь по запросу Страховщика предоставляет заверенные копии Соглашения в

течение __ (____) рабочих дней с момента запроса.

9.4. В случае отзыва Застрахованным лицом своего согласия на обработку персональных данных, переданного Страхователю, Страхователь обязан письменно уведомить об этом Страховщика с заявлением о прекращении действия Договора в отношении такого Застрахованного лица не позднее __ (____) дней с момента получения указанного уведомления.

9.5. Подписанием договора Страхователь подтверждает, что при заключении Договора страхования Страховщик не имеет доступа к инсайдерской информации. Если для исполнения договора страхования необходим доступ Страховщика к инсайдерской информации, Страхователь до передачи соответствующей информации уведомляет Страховщика в письменной форме о перечне инсайдерской информации, к которой Страховщик имеет доступ.

10. ПОРЯДОК РАЗРЕШЕНИЯ СПОРОВ

10.1. Все споры по настоящему Договору страхования до обращения в суд подлежат обязательному рассмотрению в претензионном порядке. Претензия предъявляется в письменной форме с указанием контактных данных (почтовый и/или электронный адреса, телефон) заявителя и приложением документов, подтверждающих ее обоснованность. Претензия подлежит рассмотрению в течение 30 (тридцати) календарных дней со дня ее получения. Иск может быть предъявлен в порядке, предусмотренном законодательством Российской Федерации, в случае полного или частичного отказа в удовлетворении претензии либо неполучения ответа на претензию в тридцатидневный срок.

11. ПРОЧИЕ УСЛОВИЯ

11.1. Приложения, указанные в настоящем Договоре, являются его неотъемлемой частью: Приложение №1 (Список Застрахованных лиц).

12. АДРЕСА И РЕКВИЗИТЫ СТОРОН

Страховщик:
ООО СК «УРАЛСИБ СТРАХОВАНИЕ»

Страхователь:

должность

подпись, инициалы, фамилия

М.П.

должность

подпись, инициалы, фамилия

М.П.

Примечание. Приведенная форма договора является примерным образцом. Отдельные пункты полиса, не используемые при заключении конкретного договора страхования, могут быть исключены. При необходимости отдельные пункты могут быть изменены или могут быть добавлены дополнительные пункты в зависимости от условий страхования, согласованных сторонами.

СПИСОК ЗАСТРАХОВАННЫХ ЛИЦ

№	ФИО	ДАТА РОЖДЕНИЯ	ПАСПОРТНЫЕ ДАННЫЕ*	ФАКТИЧЕСКИЙ АДРЕС ПРОЖИВАНИЯ	КОНТАКТНЫЙ ТЕЛЕФОН	СТАТУС (РОДСТВЕННИК/СОТРУДНИКИНОЕ)	ПРОГРАММА	КОЭФФИЦИЕНТ	ДОЛЖНОСТЬ	КАТЕГОРИЯ ИНДИВИДУАЛЬНОСТИ

* Поле необязательное для заполнения

7. Настоящее Приложение является неотъемлемой частью Договора добровольного медицинского страхования от _____ №1/_____/016/_____, составлено в двух экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, по одному для каждой из Сторон.

8.

Страховщик:

должность

подпись, инициалы, фамилия

Страхователь:

должность

подпись, инициалы, фамилия

Страховые тарифы к Правилам добровольного медицинского страхования граждан

Таблица 1. Базовые страховые тарифы на одного Застрахованного (в % от страховой суммы)

Вид медицинской помощи	Базовый страховой тариф
Амбулаторно-поликлиническая помощь	1,20623
Стационарная помощь	0,11612
Медицинская помощь на дому	0,26059
Скорая неотложная медицинская помощь	0,18503
Реабилитационно-восстановительное лечение	0,35039
Стоматологическая помощь	0,66100
Лекарственная помощь	16,97524

Примечания:

1. Базовые страховые тарифы по всем видам медицинской помощи рассчитаны на срок страхования 1 год. При сроке страхования менее года к базовым страховым тарифам применяется поправочный коэффициент (Таблица 4). При сроке страхования более 1 года страховой тариф получается умножением годового страхового тарифа на срок страхования, выраженный в годах.
2. Базовые страховые тарифы по всем видам медицинской помощи рассчитаны для базовых страховых сумм (Таблица 2). Если фактическая страховая сумма отличается от базовой страховой суммы, то к тарифу применяется поправочный коэффициент (Таблица 3).
3. Страховой тариф по программе страхования получается суммированием страховых тарифов по видам медицинской помощи, включенным в программу. В зависимости от количества видов медицинской помощи, входящих в программу страхования, полученный страховой тариф может быть скорректирован с помощью поправочного коэффициента (Таблица 5).

Таблица 2. Базовые страховые суммы на одного Застрахованного

Программа страхования / Вид помощи	Базовая страховая сумма, тыс. руб.
Амбулаторно-поликлиническая помощь	2 500
Стационарная помощь	6 000
Медицинская помощь на дому	1 000
Скорая неотложная медицинская помощь	1 000
Реабилитационно-восстановительное, в том числе санаторно-курортное лечение	1 500
Стоматологическая помощь	1 500
Лекарственная помощь	14

Таблица 3. Поправочный коэффициент в зависимости от фактического размера страховой суммы

Отношение фактической страховой суммы к базовой страховой сумме	Диапазон поправочного коэффициента
<1,00	1,00 – 5,00
1,00 – 5,00	1,00 – 0,25
5,00 – 10,00	0,25 – 0,14
>10,00	0,14 – 0,05

Таблица 4. Поправочный коэффициент в зависимости от срока страхования

до 15 дней	до 1 мес.	до 2 мес.	до 3 мес.	до 4 мес.	до 5 мес.	до 6 мес.	до 7 мес.	до 8 мес.	до 9 мес.	до 10 мес.	до 11 мес.	от 11 мес.
0,15	0,20	0,30	0,40	0,50	0,60	0,70	0,75	0,80	0,85	0,90	0,95	1,00

Таблица 5. Поправочные коэффициенты в зависимости от обстоятельств, влияющих на степень страхового риска

Обстоятельства, влияющие на степень страхового риска	Диапазон поправочных коэффициентов
Ценовой уровень лечебных учреждений	0,8-3,0
Количество видов помощи, включенных в программу страхования	0,2-1,0
Кратность предоставления услуг	0,1-2,0

Пол и возраст Застрахованного	0,7-4,0
Состояние здоровья (наличие хронических заболеваний и т.п.) Застрахованного	0,8-3,0
Род занятий и увлечений Застрахованного	0,8-3,0
Количество Застрахованных по договору	0,5-1,0
Наличие убытков по договорам предыдущих периодов страхования	0,8-1,5
Регион страхования	0,7-1,5
Прочие обстоятельства, влияющие на степень страхового риска	0,2-5,0

Базовые страховые тарифы рассчитаны при условии единовременной уплаты страховой премии. При уплате в рассрочку к базовому страховому тарифу применяется поправочный коэффициент (1,0 – 1,2), зависящий от количества и сроков уплаты страховых взносов.

При включении в покрытие случаев, указанных как исключения в Правилах страхования, устанавливается повышающий коэффициент (1,0 – 5,0) к базовому страховому тарифу. При установлении дополнительных исключений из покрытия, помимо перечисленных в Правилах, к базовым страховым тарифам применяется понижающий коэффициент (0,5 – 1,0).

При страховании с франшизой устанавливается дополнительный понижающий коэффициент (0,5 – 1,0), зависящий от типа и размера применяемой франшизы, а также от вида медицинской помощи.

При изменении перечня медицинских услуг, входящих в состав типовых видов медицинской помощи, к базовому страховому тарифу применяется понижающий (0,2 – 1,0) или повышающий (1,0 – 5,0) коэффициент в зависимости от конкретного перечня медицинских услуг, включенных в программу страхования.

При включении в договоре дополнительных услуг применяется повышающий (1,0 – 3,0) коэффициент в зависимости от состава конкретных дополнительных и иных услуг, включенных в программу страхования. Если договором страхования предусмотрены лимиты ответственности, ограничивающие сумму страховой выплаты по договору в целом, по программам медицинского страхования и видам медицинской помощи (медицинским и иным услугам) или по возмещению расходов, то к базовым страховым тарифам применяется понижающий коэффициент (0,5 – 1,0).

Если договором страхования предусмотрено возмещение расходов Застрахованного, произведенных им для получения медицинских и иных услуг, то к базовым страховым тарифам может применяться поправочный коэффициент (1,0 – 1,5).