

**Общество с ограниченной ответственностью
«Международная страховая компания «АйАйСи»**



«УТВЕРЖДАЮ»

Генеральный директор

«Международная страховая компания

«АйАйСи»

Приказ № 23 от 31.12.2017

(И.Ю.Морозова)

**ПРАВИЛА
ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ**

I. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

1.1. В соответствии с гражданским законодательством, нормативными документами органа, осуществляющего государственный надзор за страховой деятельностью Российской Федерации, настоящие Правила регулируют отношения, возникающие между Страховщиком, Страхователем и Застрахованным по поводу осуществления добровольного медицинского страхования.

1.2. Страховщик – ООО «Международная страховая компания «АйАйСи», осуществляет страховую деятельность в соответствии с выданной органом государственного страхового надзора Российской Федерации лицензией.

1.3. Страхователи - юридические лица любых организационно-правовых форм, предусмотренных гражданским законодательством Российской Федерации, и дееспособные физические лица, заключившие со Страховщиком договор добровольного медицинского страхования.

1.4. Страхователи - юридические лица заключают со Страховщиком договоры о страховании третьих лиц в пользу последних (Застрахованных лиц).

Договор коллективного страхования заключается с юридическими лицами в пользу рабочих и служащих, а также членов их семей.

Страхователи - физические лица заключают со Страховщиком договоры страхования в свою пользу или о страховании третьих лиц в пользу последних (застрахованных лиц).

1.5. На условиях настоящих Правил заключаются договоры страхования в пользу Застрахованных в возрасте до 70 лет.

1.6. Страхование не подлежат граждане, состоящие на учете в наркологических, психоневрологических диспансерах, больные СПИД и онкологическими заболеваниями.

1.7. Страховщик не вправе разглашать полученные им в результате своей профессиональной деятельности сведения о Страхователе, застрахованном лице, состоянии их здоровья, имущественном положении. За нарушение тайны страхования Страховщик, в зависимости от рода нарушенных прав и характера нарушения, несет ответственность в порядке, предусмотренном нормами гражданского законодательства Российской Федерации.

1.8. Страховщик заключает договоры добровольного медицинского страхования в соответствии с программами страхования, согласно которым гарантирует организацию и финансирование по всему миру медицинских услуг определенного вида и качества.

II. ОБЪЕКТ СТРАХОВАНИЯ

2.1. Объектом добровольного медицинского страхования является имущественный интерес лица, о страховании которого заключен договор страхования (Застрахованного лица), связанный с дополнительными расходами, вызванными обращением Застрахованного в медицинские учреждения за медицинскими услугами, включенными в программу страхования.

III. СТРАХОВЫЕ СЛУЧАИ И ОБЪЕМ СТРАХОВОЙ ОТВЕТСТВЕННОСТИ

3.1. Страховым случаем является предусмотренное настоящими Правилами событие, совершившееся в период действия договора страхования, с наступлением которого возникает обязанность Страховщика осуществить выплату страхового обеспечения в размере полной или частичной компенсации дополнительных расходов Застрахованного лица, вызванных обращением его в медицинские учреждения за медицинскими услугами, включенными в программу медицинского страхования.

3.2. В соответствии с настоящими Правилами страховым случаем является обращение Застрахованного в течение периода действия договора страхования в медицинское учреждение из числа предусмотренных договором страхования при остром заболевании, обострении хронического заболевания, при родах, травме, отравлении и других несчастных случаях за получением консультативной, лечебной, профилактической, восстановительной и иной помощи, предусмотренной договором страхования.

3.3. В соответствии с настоящими Правилами Страховщик гарантирует организацию и оплату медицинской помощи и иных услуг, предусмотренных Программой №1 «Амбулаторно - поликлиническая помощь», №2 «Стационарная помощь» и №3 «Реабилитационное лечение»;

В договор страхования может быть включена одна, две или три Программы добровольного медицинского страхования по выбору Страхователя. Страхователь может также выбрать конкретные медицинские услуги, входящие в Программы добровольного медицинского страхования, а также перечень медицинских учреждений из числа предложенных Страховщиком.

3.4. Перечень медицинских услуг и страховая сумма по договору страхования устанавливаются по индивидуальному соглашению между Страхователем и Страховщиком, но не

могут быть меньше минимального уровня, установленного Страховщиком для каждой из предлагаемых программ.

3.5. В соответствии с договором страхования Страховщик принимает на себя обязательство организовать и оплатить медицинские услуги, оказанные Застрахованным в лечебных учреждениях по существующим технологиям в соответствии с условиями договора страхования, в пределах обусловленной в нем страховой суммы.

3.6. Не признаются страховым случаями события, указанные в п.3.2., если они явились следствием:

3.6.1. самоубийства, попытки самоубийства Застрахованного;

3.6.2. умышленных действий Страхователя или Застрахованного лица, направленные на потерю здоровья Застрахованного лица, в том числе членовредительства;

3.6.3. алкогольного, наркотического или токсического опьянения Застрахованного;

3.6.4. совершения Застрахованным противоправных действий.

3.7. Не признается страховым случаем обращение Застрахованного в медицинское учреждение, если целью обращения является:

3.7.1. выявление заболевания, лечение обострений хронических заболеваний, травм и отравлений, явившихся следствием воздействия ядерного взрыва, радиации или радиоактивного заражения, военных действий, а также маневров или иных военных мероприятий, гражданской войны, народных волнений всякого рода или забастовок,

3.7.2. оказание медицинской помощи и иных услуг, не предусмотренных договором страхования;

3.7.3. лечение алкоголизма, токсикомании или наркомании; венерических заболеваний и заболевания любой формой СПИДа в любой его стадии.

3.7.4. Страховщик не оплачивает услуги, препараты, лечение, которые не были рекомендованы, письменно засвидетельствованы врачом Страховщика или лечащим врачом Застрахованного как необходимые и разумные меры;

3.8. Страховщик не оплачивает медицинскую помощь и медицинские услуги, полученные по инициативе Застрахованного лица в медицинских учреждениях, не определенных договором страхования.

IV. СТРАХОВАЯ СУММА

4.1. Страховая сумма по договору страхования определяется Страховщиком и Страхователем по соглашению сторон исходя из программы, выбранной Страхователем, возраста Застрахованного лица, срока действия договора страхования и т.д. и не может быть ниже минимальной суммы, установленной Страховщиком для каждой из программ страхования.

4.2. Страхователь вправе в период действия договора страхования по согласованию со Страховщиком увеличить страховую сумму или расширить перечень предоставляемых медицинской программой услуг в пределах объема ответственности Страховщика, предусмотренного настоящими Правилами и программой страхования, согласованными надлежащим образом с органом страхового надзора, - путем оформления на условиях настоящих Правил дополнительного соглашения, с уплатой соответствующей страховой премии.

V. СТРАХОВОЙ ВЗНОС

5.1. Под страховым взносом понимается плата за страхование, которую Страхователь обязан уплатить Страховщику в порядке и в сроки, установленные договором страхования.

5.2. Страховой тариф определяется исходя из действующих цен на медицинские и иные услуги в конкретных медицинских учреждениях, предполагаемого количества обращений за этими услугами, заболеваемости населения.

В зависимости от возраста, застрахованного лица, характера производственной деятельности застрахованного лица, коллективной или индивидуальной формы заключения договора страхования, страховщик вправе применять повышающие (от 1,05 до 1,5) и понижающие (от 0,5 до 0,95) коэффициенты.

Указанные коэффициенты Страховщик вправе применять и в случае реализации положений пункта 4.2 Правил и пункта 4 программ страхования, являющихся неотъемлемой частью настоящих Правил.

5.3. Страховой взнос может быть уплачен наличными деньгами представителю Страховщика или путем безналичного перечисления на расчетный счет Страховщика.

Форма проведения расчетов определяется в договоре страхования.

5.4. Уплата страхового взноса производится единовременно за весь срок страхования, если договором страхования не предусмотрено иное.

5.5. Страхователь обязан уплатить Страховщику страховой взнос (первую его часть при уплате в рассрочку) в 5-дневный срок после подписания договора страхования (если иное не предусмотрено договором страхования). В случае не поступления страховой премии (ее первой части) в размере и сроки, установленные в договоре страхования, договор страхования считается несостоявшимся и поступившие денежные средства возвращаются Страхователю.

В случае неуплаты очередного страхового взноса в оговоренные договором страхования сроки действие договора прекращается.

VI. ЗАКЛЮЧЕНИЕ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ

6.1. Договор страхования является соглашением между Страхователем и Страховщиком, в силу которого Страховщик обязуется при наступлении страхового случая произвести оплату медицинских и иных услуг, предоставленных Застрахованному лицу в медицинском учреждении, а Страхователь обязуется уплатить страховую премию в установленные договором сроки и размере.

6.2. Договор страхования заключается сроком на один год, если иное не предусмотрено договором страхования.

6.3. Договор страхования заключается в письменной форме и должен отвечать общим условиям действительности сделки, предусмотренным гражданским законодательством Российской Федерации.

6.4. Для оценки страхового риска и/или для заключения договора Страхователь оформляет письменное заявление (в соответствии с п. 6.4.1. настоящих Правил) и по требованию Страховщика, документы, указанные в п. 6.4.2. настоящих Правил.

6.4.1. Письменное Заявление на страхование может содержать следующие данные:

- сведения о Страхователе (полное наименование физического или юридического лица, дату рождения, адрес, телефон, паспортные данные/реквизиты организации);
- численность Застрахованных;
- программа страхования;
- срок страхования;
- страховая сумма.

6.4.2. По требованию Страховщика Страхователь обязан предъявить следующие документы:

- документ, удостоверяющий личность Страхователя – физического лица (паспорт, удостоверение личности);
- учредительные документы Страхователя – юридического лица;
- документ, удостоверяющий полномочия Страхователя на заключение договора страхования (доверенность, копия Приказа о назначении на должность и т.д.);
- информация о состоянии здоровья Страхователя (анкета о состоянии здоровья, справка об инвалидности).

6.5. При заключении договора добровольного медицинского страхования Страховщик имеет право произвести предварительное анкетирование кандидата (кандидатов) на страхование для оценки фактического состояния его (их) здоровья, а также по результатам анкетирования направить кандидата на страхование на медицинское освидетельствование или потребовать предоставления выписки из истории болезни.

В зависимости от результатов анкетирования (предварительного медицинского освидетельствования), кандидату на страхование присваивается соответствующая группа здоровья:

группа здоровья 1 - практически здоровые лица 20-40 лет без отягощенной наследственности, имеющие в анамнезе детские болезни, простудные заболевания, аппендициты, грыжу; без вредных привычек или при их умеренной выраженности, не работающие на производстве с особо вредными условиями труда;

группа здоровья 2 - практически здоровые с повышенным риском заболевания лица в возрасте 20-50 лет с отягощенной наследственностью по диабету, сердечно-сосудистыми, онкологическими, почечно - желчнокаменной болезнями, психическими заболеваниями. 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 3 - лица трудоспособного возраста, имеющие хронические заболевания с тенденцией к обострению чаще двух раз в году, злоупотребляющие алкоголем, транквилизаторами, снотворными, страдающие выраженными невротами, психопатиями, сексуальными нарушениями,

гипертонической болезнью 1 и 2 степени, ИБС без выраженной стенокардии, перенесшие полостные операции. Дети до 5 лет и лица старше 60 лет.

6.6. Страховщик принимает решение о возможности заключения договора страхования в течение пяти дней со дня получения документов, указанных в п.п.6.4.-6.5.

6.7. При заключении договора страхования Страхователь обязан сообщить Страховщику известные Страхователю обстоятельства, имеющие существенное значение для определения вероятности наступления страхового случая и размера возможных убытков от его наступления, если эти обстоятельства не известны и не должны быть известны Страховщику. При этом существенными могут быть признаны обстоятельства, определенно оговоренные Страховщиком в договоре страхования (страховом полисе), форме заявления на страхование или в его письменном запросе.

При заключении договора страхования, до получения ответов Страхователя на поставленные Страховщиком вопросы, последний не может впоследствии требовать расторжения договора либо признания его недействительным на том основании, что соответствующие обстоятельства не были сообщены Страхователем.

Если после заключения договора страхования будет установлено, что Страхователь сообщил заведомо ложные сведения об обстоятельствах, имеющих существенное значение для определения вероятности наступления страхового случая и размера возможных убытков от его наступления, Страховщик вправе потребовать признания договора недействительным и применения последствий в соответствии с законодательством Российской Федерации, за исключением случая, когда обстоятельства, о которых умолчал Страхователь, уже отпали.

6.8. Договор страхования вступает в силу - с 00 часов дня, следующего за днем поступления страховой премии (первого взноса) на расчетный счет (в кассу) Страховщика. При не поступлении страховой премии (первого взноса) в размере и сроки, определенные в договоре страхования, договор страхования считается несостоявшимся и поступившие денежные средства возвращаются Страхователю.

6.9. Условия, содержащиеся в настоящих Правилах страхования и не включенные в текст договора страхования (страхового полиса), обязательны для Страхователя, если в договоре (страховом полисе) прямо указывается на применение таких правил и сами правила изложены в одном документе с договором (страховым полисом) или на его оборотной стороне либо приложены к нему.

6.10. На основании статьи 943 ГК РФ при заключении договора страхования Страхователь и Страховщик могут договориться об изменении или исключении отдельных положений настоящих Правил и об их дополнении в той мере, в какой это не противоречит действующему страховому законодательству РФ.

VII. ПОРЯДОК ВЫПОЛНЕНИЯ ОБЯЗАТЕЛЬСТВ ПО ДОГОВОРУ

7.1. Право Застрахованного лица на получение и оплату медицинской помощи, предусмотренной договором, наступает после вступления его в законную силу.

7.2. Предоставление медицинской помощи, обусловленной договором страхования, осуществляется путем обращения Застрахованного лица в лечебные учреждения, с которыми Страховщик состоит в договорных отношениях.

При обращении застрахованного лица в лечебное учреждение предъявляется страховой полис, выданный Страховщиком, паспорт либо другой документ, удостоверяющий личность застрахованного лица.

В случае необходимости застрахованное лицо (Страхователь) обращается по телефону, указанному в страховом полисе.

7.3. Оплата стоимости услуг, оказанных медицинскими учреждениями, производится исходя из фактических затрат на оказание медицинской помощи и медицинских услуг по ценам, согласованным между Страховщиком и медицинским учреждением путем перечисления Страховщиком денежных средств на счет медицинского учреждения. Перечисление производится после получения от медицинских учреждений счета с указанием диагноза, сроков лечения, перечня оказанных услуг, их стоимости и общей суммы расходов, понесенных по всем услугам, оказанным застрахованным лицам в пределах программы, предусмотренной договором страхования. Взаимоотношения с медицинским учреждением определяются соответствующим договором.

VIII. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ

8.1. Страховщик обязан:

8.1.1. Для реализации Программ добровольного медицинского страхования заключать двусторонние договоры с медицинскими учреждениями.

8.1.2. Обеспечить контроль за объемом, сроками и качеством оказания медицинских услуг Застрахованным лицам;

8.1.3. Не разглашать сведения о Страхователе и Застрахованном лице за исключением случаев, предусмотренных законодательством Российской Федерации;

8.2. Страховщик имеет право:

8.2.1. При заключении договора страхования произвести предварительное анкетирование кандидата (кандидатов) на страхование для оценки фактического состояния его (их) здоровья, а также по результатам анкетирования направить кандидата на страхование на медицинское освидетельствование или потребовать предоставления выписки из истории болезни.

8.2.2. Проверять представленную Страхователем информацию;

8.2.3. Требовать от Застрахованного лица соблюдения всех предписаний лечащих врачей, полученных в ходе предоставления медицинской помощи и иных услуг, и распорядка, установленного медицинским учреждением;

8.2.4. При необходимости, вызванной увеличением страхового риска и стоимости медицинских услуг, потребовать от Страхователя пересмотра условий договора страхования;

8.2.5. Принимать меры по установлению причин страхового случая;

8.2.6. Установить страховую сумму по конкретной Программе или медицинской услуге;

8.3. Страхователь обязан:

8.3.1. Уплатить страховую премию в размере, порядке и в срок, установленные в договоре страхования;

8.3.2. При заключении договора страхования сообщить Страховщику обо всех известных ему обстоятельствах, имеющих значение для оценки страхового риска.

8.3.3. Страхователь – юридическое лицо – обеспечить достоверность и правильность списков Застрахованных лиц, а также сообщать Страховщику обо всех изменениях в этих списках, согласованных с Застрахованными лицами;

8.3.4. Страхователь – юридическое лицо обязан ознакомить каждое Застрахованное лицо с условиями договора страхования;

8.3.5. Сообщить в течение срока, установленного в договоре страхования, Страховщику о наступлении страхового случая способом, указанным в договоре страхования;

8.4. Страхователь имеет право:

8.4.1. Выбрать по своему желанию Программу добровольного медицинского страхования и конкретный перечень медицинских и иных услуг, входящих в данную программу;

8.4.2. Требовать предоставления Застрахованным лицам в медицинских учреждениях медицинских услуг, определенных в договоре страхования, в соответствии с условиями страхования и Программой добровольного медицинского страхования.

В случае непредоставления указанных медицинских услуг Страхователь должен немедленно известить Страховщика.

8.4.3. В течение срока действия договора страхования расширить перечень медицинских услуг, гарантируемых по договору страхования в пределах объема ответственности Страховщика, предусмотренного настоящими Правилами и программой страхования, согласованными надлежащим образом с органом страхового надзора, или повысить размер страховой суммы (лимита ответственности), заключив дополнительное соглашение к договору страхования и уплатив при этом дополнительную страховую премию.

8.5. Застрахованное лицо обязано:

8.5.1. Соблюдать предписания лечащего врача, полученные в ходе предоставления медицинской помощи, соблюдать распорядок, установленный медицинским учреждением;

8.5.2. Заботиться о сохранности страховых документов и не передавать их третьим лицам с целью получения ими медицинских услуг по договору страхования. В противном случае Страховщик имеет право досрочно прекратить действие договора страхования в отношении данного Застрахованного лица

8.6. Застрахованное лицо имеет право:

8.6.1. Требовать предоставления медицинских услуг в соответствии с условиями договора страхования и Программ добровольного медицинского страхования в предусмотренных договором страхования медицинских учреждениях;

8.6.2. Сообщать Страховщику о случаях не предоставления или неполного и некачественного предоставления медицинских услуг.

8.7. Все сообщения, предусмотренные условиями настоящих Правил и договора страхования, должны направляться Страхователем Страховщику в письменной форме, либо способами связи, обеспечивающими фиксирование сообщений, либо вручаться Страховщику под расписку.

8.8. Страховщик, Страхователь, Застрахованный осуществляют другие права и исполняют другие обязанности, предусмотренные договором страхования и действующим законодательством РФ.

IX. ПРЕКРАЩЕНИЕ ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ

9.10.1. по истечении срока его действия;

9.10.2. в случае исполнения Страховщиком обязательств по договору в полном объеме;

9.10.3. по требованию Страхователя или Страховщика, если это предусмотрено условиями договора страхования, а также по соглашению сторон;

9.10.4. ликвидации Страховщика в установленном законодательством Российской Федерации порядке;

9.10.5. ликвидации Страхователя, являющегося юридическим лицом, или смерти Страхователя, являющегося физическим лицом, если Застрахованный или иное лицо в соответствии с действующим законодательством РФ не принял на себя обязательства Страхователя, предусмотренные договором страхования;

9.10.9. в случае смерти всех Застрахованных по договору лиц;

9.10.7. в случае признания судом договора страхования недействительным;

9.10.8. в других случаях, предусмотренных действующим законодательством Российской Федерации.

9.11. Страхователь имеет право отказаться от договора добровольного страхования в течение 14 (четырнадцати) рабочих дней со дня его заключения независимо от момента уплаты страховой премии, при отсутствии в данном периоде событий, имеющих признаки страхового случая.

Договор добровольного страхования считается прекратившим свое действие с даты получения страховщиком письменного заявления Страхователя об отказе от договора добровольного страхования или иной даты, установленной по соглашению сторон, но не позднее пяти рабочих дней со дня его заключения.

В случае отказа Страхователя от договора добровольного страхования в течение 14 (четырнадцати) рабочих дней со дня его заключения Страховщик обязан осуществить возврат уплаченной страховой премии в следующем порядке:

- если Страхователь отказался от договора добровольного страхования в установленный срок и до даты возникновения обязательств Страховщика по заключенному договору страхования (далее - дата начала действия страхования), уплаченная страховая премия подлежит возврату Страховщиком страхователю в полном объеме;

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

Возврат страховой премии/части страховой премии осуществляется Страховщиком по выбору Страхователя наличными деньгами или в безналичном порядке в срок, не превышающий 10 рабочих дней со дня получения письменного заявления Страхователя об отказе от договора добровольного страхования.

9.12. При неуплате Страхователем очередного страхового взноса в установленные договором сроки в зависимости от условий конкретного договора страхования Страховщик вправе:

- уменьшить страховую сумму по договору страхования пропорционально уплаченным взносам;

- расторгнуть договор страхования. В этом случае Страхователю возвращается сумма уплаченных денежных средств за вычетом расходов Страховщика.

9.13. О намерении досрочного прекращения договора стороны обязаны уведомить друг друга не менее, чем за 30 дней до предполагаемой даты прекращения договора, если договором не предусмотрено иное.

9.14. При отказе Страхователя от договора уплаченная Страховщику страховая премия не подлежит возврату, если договором страхования не предусмотрено иное. Если требование Страхователя о расторжении договора обусловлено нарушением Страховщиком условий договора, то Страховщик должен вернуть Страхователю внесенную тем страховую премию полностью.

9.15. При досрочном прекращении договора страхования по требованию Страховщика, обусловленному невыполнением Страхователем условий договора, возврат страховых взносов в этом случае производится за неистекший срок действия договора за вычетом понесенных Страховщиком расходов.

9.16. Любые изменения и дополнения к договору страхования действуют лишь в том случае, если они оформлены документально и заверены подписями и печатями сторон.

X. НЕДЕЙСТВИТЕЛЬНОСТЬ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ

10.1. Договор страхования может быть признан недействительным с момента его заключения по основаниям, предусмотренным Гражданским Кодексом Российской Федерации, а также, если договор заключен после наступления страхового случая.

При недействительности договора страхования каждая из сторон обязана возвратить другой все полученное по нему, если иные последствия недействительности договора не предусмотрены законом.

Признание договора страхования недействительным осуществляется в соответствии с нормами гражданского законодательства Российской Федерации.

XI. ИСКОВАЯ ДАВНОСТЬ

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

XII. ПРЕТЕНЗИИ И СПОРЫ

12.1. Качество оказания медицинской помощи, соответствие ее условиям, предусмотренным в договоре страхования, контролируется Страховщиком.

12.2. Спорные вопросы, возникающие в процессе оказания медицинской помощи Застрахованным, решает согласительная комиссия, в состав которой входят представители Страхователя, Страховщика и независимые эксперты.

В других случаях споры, связанные со страхованием, разрешаются судом, арбитражным или третейским судами в соответствии с их компетенцией.

XIII. ПОРЯДОК ВНЕСЕНИЯ ИЗМЕНЕНИЙ И ДОПОЛНЕНИЙ В ПРАВИЛА СТРАХОВАНИЯ

13.1. Изменения и дополнения в настоящие Правила страхования с целью расширения объема обязательств Страховщика по договору страхования, включая перечень объектов страхования и страховых рисков, в обязательном порядке предварительно согласовываются с органом государственного страхового надзора.

Иные изменения в настоящие Правила страхования, не противоречащие законодательству, вносятся Страховщиком самостоятельно с уведомлением в установленный срок о внесенных изменениях органа государственного страхового надзора.

ПРОГРАММА №1 **Амбулаторно-поликлиническая помощь**

Программа №1 предусматривает оказание Застрахованному лицу квалифицированной амбулаторной помощи – комплекса профилактических, диагностических, лечебных и реабилитационных мероприятий на базе ведущих лечебно-профилактических учреждений.

1. Перечень медицинских и иных услуг, по которым Страховщиком гарантирована оплата в рамках данной Программы добровольного медицинского страхования:

1.1. Обращение Застрахованного в течение срока действия договора в медицинское учреждение по поводу консультативной, профилактической, экстренной и иной помощи при острых заболеваниях или обострениях хронических заболеваний, требующих немедленной помощи врача в случаях:

- Болезней системы кровообращения;
- Болезней органов пищеварения;
- Болезней органов дыхания;
- Болезней нервной системы;
- Болезней органов зрения;
- Болезней органов слуха;
- Гинекологических заболеваний;
- Инфекционных болезней;
- Болезней эндокринной системы;
- Болезней полости рта, челюстей;
- Болезней кожи;
- Болезней мочевой системы;

1.2. Квалифицированная медицинская помощь при травмах, ожогах, отравлениях, несчастных случаях, кроме покушения на самоубийство, членовредительство или полученных в состоянии алкогольного или наркотического опьянения.

1.3. Визит к врачу для получения медицинской справки, рецептов, выписки из истории болезни.

1.4. Вызов врача на дом для снятия острых состояний в случаях, не позволяющих застрахованному самостоятельно посетить медицинское учреждение.

1.5. Стоматологическая лечебная терапевтическая и хирургическая помощь, без протезирования.

1.6. Восстановительные и нетрадиционные методы лечения после перенесенных заболеваний и/или их обострений (физиотерапевтические процедуры, мануальная и иглорефлексотерапия, массажи и др.).

1.7. Инфекционные заболевания эпидемического характера (корь, дифтерия, скарлатина, и т.п.), за исключением особо опасных, лечение которых осуществляется только в специализированных лечебных учреждениях по месту жительства.

2. В данную программу не включается:

- Лечение онкологических заболеваний.
- Кардиохирургия.
- Проведение гемодиализа при хронической почечной недостаточности, ядерно-магнитная томография.
- Лечение сахарного диабета.
- Нейрохирургия.
- Заболевания, связанные с врожденной и наследственной патологией.
- Заболевания органов и тканей, требующие их трансплантации или протезирования.
- Лечение системных заболеваний: коллагенозы, васкулиты и др.
- Туберкулез, саркоидоз, муковисцидоз, миеломная болезнь.
- Острая и хроническая лучевая болезни и их осложнения.
- Эпилепсия.
- Ведение беременности (в сроках свыше 8 недель), роды.

- Лечение сексуальных расстройств и бесплодия, импотенции
- Прерывание беременности (в том числе миниаборт), подбор методов контрацепции (в том числе введение и удаление ВМС), за исключением ситуаций, обусловленных особыми медицинскими показаниями.
- Венерические заболевания, ВИЧ-инфекция, заболевания иммунной этиологии, особо опасные инфекции, генерализованные формы микоплазмоза, хламидиоза, цитомегавирусной и герпетической инфекции (анализы, проводимые методом ПЦР, РИФ ИФА, определения специфических Ig к данным микроорганизмам).;
- Психиатрические заболевания и их прямые осложнения.
- Наркологические заболевания и их последствия.
- Протезирование зубов, ортодонтическая помощь.
- Косметология, в том числе стоматологическая, оздоровительные услуги (бассейн, сауна, солярий, тренажерный зал).

3. Кроме того, не являются страховыми случаями и не подлежат оплате Страховщиком профилактические и диспансерные осмотры, осуществляемые без медицинских показаний, а также по инициативе (или желанию) Застрахованных лиц и назначенные в связи с этим дообследования (функциональные пробы, рентгенологические, ультразвуковые, лабораторные исследования, консультации и т.д.), за исключением случаев, когда Страховщик в письменном виде подтверждает оплату этих расходов.

4. На особых условиях, при внесении дополнительного страхового взноса, Страховщик может организовать застрахованному обследованию и лечение заболеваний, перечисленных в разделе 2, оказание медицинских услуг перечисленных в разделе 3, а также дополнительных медицинских и сервисных услуг, не оговоренных в настоящем Перечне, при условии, что такое расширение объема ответственности Страховщика не противоречит пункту 4.2 Правил.

Любое дополнение или изменение в медицинской программе, в части касающейся медицинских и иных услуг, исключений и перечня лечебно-профилактических учреждений страхования, является существенным условием договора и требует заключения дополнительного соглашения.

ПРОГРАММА №2

Стационарная медицинская помощь

Программа предусматривает оказание Застрахованному лицу квалифицированной стационарной медицинской помощи – комплекса профилактических, диагностических, лечебных и реабилитационных мероприятий на базе ведущих лечебно-профилактических учреждений.

1. Перечень медицинских и иных услуг, по которым Страховщиком гарантирована оплата в рамках программы добровольного медицинского страхования:

1.1 Обращение Застрахованного в течение срока действия договора в медицинское учреждение по поводу консультативной, профилактической, экстренной и иной помощи при **острых** заболеваниях или **обострениях хронических** заболеваний, требующих немедленной помощи врача в случаях:

- Болезней системы кровообращения;
- Болезней органов пищеварения;
- Болезней органов дыхания;
- Болезней нервной системы
- Болезней органов зрения;
- Болезней органов слуха;
- Гинекологических заболеваний;
- Инфекционных болезней;
- Болезней эндокринной системы;
- Болезней полости рта, челюстей;
- Болезней кожи;
- Болезней мочевой системы;

1.2. Квалифицированная медицинская помощь при травмах, ожогах, отравлениях, несчастных случаях, кроме покушения на самоубийство, членовредительство или полученных в состоянии алкогольного или наркотического опьянения.

Программа включает в себя:

1. Госпитализацию Застрахованного лица в стационарное отделение соответствующего профиля.

2. Предоставление комфортабельных условий пребывания в стационаре.

3. Выбор Застрахованным лицом лечащего врача.

4. Обеспечение необходимыми медикаментами для лечения в стационаре.

5. Обеспечение Застрахованному всех необходимых диагностических и лечебных манипуляций, включая оперативное вмешательство.

6. Вызов врача на дом для снятия острых состояний в случаях не позволяющих застрахованному самостоятельно посетить медицинское учреждение с последующей госпитализацией.

7. Стоматологическая лечебная терапевтическая и хирургическая помощь, без протезирования, требующая госпитализации.

8. Восстановительные методы лечения после перенесенных заболеваний и/или их обострений (физиотерапевтические процедуры, мануальная и иглорефлексотерапия, массажи и др.).

9. Инфекционные заболевания эпидемического характера (корь, дифтерия, скарлатина, и т.п.), за исключением особо опасных, лечение которых осуществляется только в специализированных лечебных учреждениях по месту жительства.

2. В данную программу не включается:

- Лечение онкологических заболеваний.
- Кардиохирургия.
- Проведение гемодиализа при хронической почечной недостаточности, ядерно-магнитная томография.

- Лечение сахарного диабета.

- Нейрохирургия.

- Заболевания, связанные с врожденной и наследственной патологией.

- Заболевания органов и тканей, требующие их трансплантации ил протезирования.

- Лечение системных заболеваний: коллагенозы, васкулиты и др.

- Туберкулез, саркоидоз, муковисцидоз, миеломная болезнь.

- Острая и хроническая лучевая болезни и их осложнения.
- Эпилепсия.
- Ведение беременности (в сроках свыше 8 недель), роды.
- Лечение сексуальных расстройств и бесплодия, импотенции
- Прерывание беременности (в том числе миниаборт), подбор методов контрацепции (в том числе введение и удаление ВМС), за исключением ситуаций, обусловленных особыми медицинскими показаниями.
 - Венерические заболевания, ВИЧ-инфекция, заболевания иммунной этиологии, особо опасные инфекции, генерализованные формы микоплазмоза, хламидиоза, цитомегавирусной и герпетической инфекции (анализы, проводимые методом ПЦР, РИФ ИФА, определения специфических Ig к данным микроорганизмам).;
 - Психиатрические заболевания и их прямые осложнения.
 - Наркологические заболевания и их последствия.
 - Протезирование зубов, ортодонтическая помощь.
 - Косметология, в том числе стоматологическая, оздоровительные услуги (бассейн, сауна, солярий, тренажерный зал).

3. Кроме того, не являются страховыми случаями и не подлежат оплате Страховщиком профилактические и диспансерные осмотры, осуществляемые без медицинских показаний, а также по инициативе (или желанию) Застрахованных и назначенные в связи с этим дообследования (функциональные пробы, рентгенологические, ультразвуковые, лабораторные исследования, консультации и т.д.), за исключением случаев, когда Страховщик в письменном виде подтверждает оплату этих расходов.

4. На особых условиях, при внесении дополнительного страхового взноса, Страховщик может организовать застрахованному обследование и лечение заболеваний, перечисленных в разделе 2, оказание медицинских услуг перечисленных в разделе 3, а также дополнительных медицинских и сервисных услуг, не оговоренных в настоящем Перечне, при условии, что такое расширение объема ответственности Страховщика не противоречит пункту 4.2 Правил.

Любое дополнение или изменение в медицинской программе, в части касающейся медицинских и иных услуг, исключений и перечня лечебно-профилактических учреждений страхования, является существенным условием договора и требует заключения дополнительного соглашения.

ПРОГРАММА № 3 **Восстановительное (реабилитационное) лечение**

Программа предусматривает предоставление Застрахованному лицу восстановительного (реабилитационного) лечения в медицинских учреждениях, санаториях, профилакториях и иных лечебных учреждениях, выбранных Страхователем (Застрахованным лицом) из числа имеющих соответствующие договоры со Страховщиком.

Страховым случаем является предоставление Застрахованному лицу восстановительного (реабилитационного) после амбулаторного и/или стационарного лечения, проведенного в соответствии с Программой №1 и/или №2, необходимого по медицинским показаниям с целью предупреждения перехода болезни в хроническую стадию, для профилактики обострений и/или осложнений болезненных процессов, а также для сохранения работоспособности Застрахованного.

Программа предусматривает реабилитационное лечение Застрахованных лиц в России, СНГ и за рубежом по следующим профилям:

- по общему терапевтическому;
- сердечно-сосудистому;
- желудочно-кишечному профилю;
- гинекологическим заболеваниям;
- болезням системы кровообращения;
- органов дыхания;
- нервной системы;
- органов зрения;
- органов слуха;
- эндокринной системы;
- полости рта;
- кожи;
- мочевой системы, инфекционным болезням

Программа включает в себя:

- Грязелечение.
- Климатолечение.
- Психотерапию.
- Водолечение.
- Мануальную терапию.
- Иглорефлексотерапию.
- Лечебную физкультуру в тренажерном зале и бассейне.
- Физиотерапевтическое лечение, массажи.
- Диетическое питание.
- Иные процедуры и манипуляции.

Расходы на получение всех видов медицинской помощи, не соответствующей профилю восстановительного (реабилитационного) лечения, не оплачиваются.

Кроме того, не являются страховыми случаями и не подлежат оплате Страховщиком профилактические и диспансерные осмотры, осуществляемые без медицинских показаний, а также по инициативе (или желанию) Застрахованных и назначенные в связи с этим дообследования (функциональные пробы, рентгенологические, ультразвуковые, лабораторные исследования, консультации и т.д.), за исключением случаев, когда Страховщик в письменном виде подтверждает оплату этих расходов.

Любое дополнение или изменение в медицинской программе, в части касающейся медицинских и иных услуг, исключений и перечня лечебно-профилактических учреждений страхования, является существенным условием договора и требует заключения дополнительного соглашения.

**РАЗМЕР ТАРИФНЫХ СТАВОК
ПО ДОБРОВОЛЬНОМУ МЕДИЦИНСКОМУ СТРАХОВАНИЮ**
(в % к страховой сумме)

Группа здоровья	Программа страхования		
	Амбулаторно- поликлиническая помощь	Стационарная помощь	Реабилитационное лечение
I	29,59	12,8	29,78
II	45,06	20,02	39,35
III	61,07	26,48	51,55

В зависимости от возраста, застрахованного лица, характера производственной деятельности застрахованного лица, коллективной или индивидуальной формы заключения договора страхования, страховщик вправе применять повышающие (от 1,05 до 1,5) и понижающие (от 0,5 до 0,95) коэффициенты.

В _____

**ЗАЯВЛЕНИЕ
О КОЛЛЕКТИВНОМ ДОБРОВОЛЬНОМ МЕДИЦИНСКОМ СТРАХОВАНИИ**

г. _____

«__» _____ г.

Заявитель: _____

Адрес: _____

1. Прошу застраховать работников _____

2. Страховая программа - _____.

3. Страховая сумма составляет - _____.

4. Срок страхования: с «__» _____ г. по «__» _____ г.

К заявлению прилагается: список Застрахованных на _____ листах.

С Правилами страхования, страховыми программами и перечнем лечебных учреждений, оказывающих помощь Застрахованным, ознакомлен, с их положением согласен и обязуюсь выполнять.

Руководитель предприятия, организации: _____
(подпись)

«__» _____ г.

В _____

**ЗАЯВЛЕНИЕ
ОБ ИНДИВИДУАЛЬНОМ ДОБРОВОЛЬНОМ МЕДИЦИНСКОМ СТРАХОВАНИИ**

Я, _____
(Фамилия, Имя, Отчество)

_____ г. рождения, проживающий по адресу: _____
телефон _____ паспорт _____, выдан «__» _____ г.

_____ (где)
прошу заключить договор добровольного медицинского страхования в пользу: _____

_____ (Ф.И.О.)
по программе _____
сроком на _____ с «__» _____ г. по «__» _____ г.

При этом сообщаю данные о здоровье:

1. Перенесенные заболевания, травмы, оперативные вмешательства:

2. Условия работы, влияющие (могут влиять) на состояние здоровья:

3. Имею (не имею) инвалидность 1,2,3 группы (подчеркнуть).

Страховая сумма _____ руб.

Страховая премия _____ руб. _____ коп.

Взносы обязуюсь выплачивать _____
(форма и порядок уплаты)

Сообщенные Заявителем сведения являются абсолютно точными. Заявитель информирован о том, что в случае сообщения неточных сведений или сокрытия обстоятельств, имеющих существенное значение для определения степени риска, Страховщик может быть освобожден от обстоятельств по выплате страхового возмещения.

СТРАХОВАТЕЛЬ: _____
(подпись)

«__» _____ г.

(На бланке страховой организации с указанием банковских реквизитов)

Юридический адрес:

Банковские реквизиты:

Телефон:

Факс:

Электронная почта:

**ПОЛИС № _____
ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ**

СТРАХОВАТЕЛЬ:	Договор № _____
Адрес: _____	Телефон: _____

ЗАСТРАХОВАННЫЙ:	Дата рождения: _____
Паспорт:	пол: муж / жен
Адрес: _____	Телефон: _____

Срок действия полиса: с «___» _____ г. по «___» _____ г.

Страховая сумма _____

Страховой взнос в размере
Уплачивается единовременно / в рассрочку (нужное подчеркнуть)
Наличными деньгами / по безналичному расчёту (нужное подчеркнуть)

По настоящему Полису Страхователь имеет право получать медицинскую помощь в соответствии с перечнем медицинских услуг по программе добровольного медицинского страхования.
Медицинские учреждения, участвующие в реализации программы _____
Права, обязанности и ответственность сторон между Страховщиком и Страхователем по настоящему Полису регулируются «Правилами добровольного медицинского страхования», утвержденные Департаментом страхового надзора, и действующим законодательством РФ.

Дополнительные условия _____

Программа	Группа Здоровья	Страховая сумма	Тариф	Страховой взнос

Предыдущий полис _____ Дата: _____ Серия: _____ Номер: _____	Признак полиса (нужное подчеркнуть) 1. Первичный 2. Дубликат 3. Взамен
СТРАХОВАТЕЛЬ: Выписку из правил получил, с условиями правил ознакомлен, полис получил. Подпись: _____ Дата выдачи полиса: «___» _____ г.	СТРАХОВЩИК: ИНН _____ р/с _____ БИК _____ корр/счет _____ Код ОКОНХ _____ Код ОКПО _____ Генеральный директор: _____ М.П.

ВЫПИСКА ИЗ ПРАВИЛ

Страховым случаем является обращение Застрахованного в медицинское учреждение, из числа предусмотренных договором страхования при заболевании, травме, отравлении за получением медицинской помощи в пределах перечня медицинских услуг, предусмотренных договором и программой страхования.

Страховщик принимает на себя обязательство организовать и оплатить Застрахованным медицинскую помощь по существующим технологиям в соответствии с условиями договора страхования, в пределах обусловленной в нем страховой суммы.

Перечень медицинских услуг и страховая сумма по договору страхования устанавливается по индивидуальному соглашению между Страхователем и Страховщиком.

При заключении договора добровольного медицинского страхования Страховщик имеет право произвести предварительное анкетирование кандидата (кандидатов) на страхование для оценки фактического состояния его (их) здоровья, а также по результатам анкетирования направить кандидата на страхование на медицинское освидетельствование или потребовать предоставления выписки из истории болезни..

Договор страхования вступает в силу при уплате страхового взноса: а) путем безналичного расчета – с 24 часов дня поступления первого взноса страховой премии на расчетный счет Страховщика; б) наличными деньгами – с 24 часов того дня, когда была произведена оплата.

Уплата страхового взноса производится единовременно в 5-дневный срок или, в случае уплаты страхового взноса в два срока, первую его часть (в размере не менее 50% от общего страхового взноса) после подписания договора страхования.

В случае неуплаты второй части страхового взноса в оговоренные договором сроки действие договора прекращается в порядке, предусмотренном Правилами страхования и действующим законодательством.

Страхованию не подлежат граждане, состоящие на учете в наркологических, туберкулезных, кожно-венерологических, психоневрологических диспансерах, больные онкологическими заболеваниями и ВИЧ инфицированные.

Страховой полис является документом, удостоверяющим право Застрахованного на получение медицинских услуг, предусмотренных договором страхования

Не признаются страховым случаем обращения Застрахованного в медицинское учреждение, если они явились следствием: самоубийства, попытки самоубийства Застрахованного; умышленных действий Страхователя или Застрахованного лица, направленные на потерю здоровья Застрахованного лица, в том числе членовредительства; алкогольного, наркотического или токсического опьянения Застрахованного; совершения Застрахованным противоправных действий.

Не признается страховым случаем обращение Застрахованного в медицинское учреждение, если целью обращения является: *выявление заболевания, лечение обострений хронических заболеваний, травм и отравлений, явившихся следствием воздействия ядерного взрыва, радиации или радиоактивного заражения, военных действий, а также маневров или иных военных мероприятий, гражданской войны, народных волнений всякого рода или забастовок, оказание медицинской помощи и иных услуг, не предусмотренных договором страхования; лечение алкоголизма, токсикомании или наркомании; венерических заболеваний и заболевания любой формой СПИДа в любой его стадии.*

Страховщик не оплачивает услуги, препараты, лечение, которые не были рекомендованы, письменно засвидетельствованы врачом Страховщика или лечащим врачом Застрахованного как необходимые и разумные меры;

Страховщик не оплачивает медицинскую помощь и медицинские услуги, полученные по инициативе Застрахованного лица в медицинских учреждениях, не определенных договором страхования.

При утрате Застрахованным страхового полиса, он должен незамедлительно известить об этом Страховщика.

Если после заключения договора страхования будет установлено, что Страхователь сообщил заведомо ложные сведения об обстоятельствах, имеющих существенное значение для определения вероятности наступления страхового случая и размера возможных убытков от его наступления, Страховщик вправе потребовать признания договора недействительным.

При обращении Застрахованного в лечебное учреждение предъявляется страховой полис, направление, выданные Страховщиком, паспорт либо другой документ, удостоверяющий личность Застрахованного.

Страховщик несёт ответственность только перед владельцем полиса, являющимся именованным документом, без права передачи и пользования им другими лицами.

Качество оказания медицинской помощи, его соответствие условиям предусмотренным в договоре страхования, контролируется Страховщиком.
Телефон группы медицинского страхования

**ДОГОВОР
КОЛЛЕКТИВНОГО ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ ГРАЖДАН**

№ _____ от «___» _____ г.

_____, далее по тексту - «Страховщик» в
лице _____,
действующего на основании Устава, и

(наименование юридического лица)

в лице _____,
(должность, Ф.И.О. лица, подписавшего договор)
далее по тексту - «Страхователь», действующего на основании _____, с другой стороны,
заключили настоящий договор о нижеследующем:

1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

1.1. Предметом настоящего Договора является коллективное добровольное медицинское страхование граждан.

1.2. Страхователь поручает, а Страховщик принимает на себя обязательства по организации и оплате медицинских услуг, оказываемых Застрахованным лицам, включенным в представленные Страхователем списки, при обращении Застрахованных лиц в медицинские учреждения, за медицинской помощью, включенными в программу страхования.

1.3. Объем услуг, оказываемых Застрахованным, определяется страховыми программами, перечень которых прилагается к настоящему Договору и является его неотъемлемой частью.

1.4. Страховой полис выдается Застрахованному при обращении к Страховщику.

1.4. Общая численность Застрахованных на момент заключения договора составляет _____ человек, в том числе:

по программе - _____ чел.;
по программе - _____ чел.;
по программе - _____ чел.;
по программе - _____ чел.

Списки Застрахованных с указанием фамилии, имени, отчества, года рождения, пола, места жительства, паспортные данные каждого из них прилагаются к заявлению о добровольном медицинском страховании и являются неотъемлемой частью настоящего Договора страхования.

Все изменения в списках Застрахованных Страхователь согласовывает со Страховщиком с последующим переоформлением полисов.

2. СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА

2.1. Договор заключается сроком на один год.

2.2. Договор страхования вступает в силу при уплате страхового взноса:

а) путем безналичного расчета - с 24 часов 00 минут дня поступления страхового взноса на расчетный счет Страховщика;

б) наличными деньгами - с 24 часов 00 минут того дня, когда был произведен платеж.

2.3. Действие договора может быть продлено на срок, установленный соглашением сторон

3. СТРАХОВАЯ СУММА И СТРАХОВАЯ ПРЕМИЯ

3.1. Размер страховой суммы с учетом программы страхования определяется на одного Застрахованного и указан в списке Застрахованных, который является его неотъемлемой частью.

3.2. Общая страховая сумма по настоящему Договору составляет: _____ руб.

3.3. Размер страхового взноса за каждого Застрахованного определяется в соответствии с действующими у Страховщика тарифами и указан в приложении к настоящему Договору страхования

3.4. Общая сумма страхового взноса _____ руб.

Страховой взнос вносится: _____

(порядок и сроки внесения)

4. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ.

4.1. Страховщик обязан:

4.1.1. Обеспечить контроль за объемом, сроками и качеством оказания медицинских услуг Застрахованным лицам;

4.1.2. Не разглашать сведения о Страхователе и Застрахованном лице за исключением случаев, предусмотренных законодательством Российской Федерации;

4.2. Страховщик имеет право:

4.2.1. При заключении настоящего договора произвести предварительное анкетирование кандидата (кандидатов) на страхование для оценки фактического состояния его (их) здоровья, а также по результатам анкетирования направить кандидата на страхование на медицинское освидетельствование или потребовать предоставления выписки из истории болезни.

4.2.2. Проверять представленную Страхователем информацию;

4.2.3. Требовать от Застрахованного лица соблюдения всех предписаний лечащих врачей, полученных в ходе предоставления медицинской помощи и иных услуг, и распорядка, установленного медицинским учреждением;

4.2.4. При необходимости, вызванной увеличением страхового риска и стоимости медицинских услуг, потребовать от Страхователя пересмотра условий настоящего договора;

4.2.5. Принимать меры по установлению причин страхового случая;

4.2.6. Установить лимит ответственности по конкретной Программе или медицинской услуге;

4.3. Страхователь обязан:

4.3.1. Уплатить страховую премию в размере, порядке и в срок, установленные в настоящем договоре;

4.3.2. При заключении настоящего договора сообщить Страховщику обо всех известных ему обстоятельствах, имеющих значение для оценки страхового риска.

4.3.3. Обеспечить достоверность и правильность списков Застрахованных лиц, а также сообщать Страховщику обо всех изменениях в этих списках, согласованных с Застрахованными лицами;

4.3.4. Ознакомить каждое Застрахованное лицо с условиями настоящего договора;

4.3.5. Сообщить Страховщику в течение _____ дней о наступлении страхового случая;

4.4. Страхователь имеет право:

4.4.1. Выбрать по своему желанию Программу добровольного медицинского страхования и конкретный перечень медицинских и иных услуг, входящих в данную программу;

4.4.2. Требовать предоставления Застрахованным лицам в медицинских учреждениях медицинских услуг, определенных в настоящем договоре, в соответствии с условиями страхования и Программой добровольного медицинского страхования.

В случае непредоставления указанных медицинских услуг Страхователь должен немедленно известить Страховщика.

4.4.3. В течение срока действия договора страхования расширить перечень медицинских услуг, гарантируемых по договору страхования в пределах объема ответственности Страховщика, предусмотренного настоящими Правилами и программой страхования, согласованными надлежащим образом с органом страхового надзора, или повысить размер страховой суммы (лимита ответственности), заключив дополнительное соглашение к договору страхования и уплатив при этом дополнительную страховую премию.

4.5. Застрахованное лицо обязано:

4.5.1. Соблюдать предписания лечащего врача, полученные в ходе предоставления медицинской помощи, соблюдать распорядок, установленный медицинским учреждением;

4.5.2. Заботиться о сохранности страховых документов и не передавать их третьим лицам с целью получения ими медицинских услуг по договору страхования. В противном случае Страховщик имеет право досрочно прекратить действие настоящего договора в отношении данного Застрахованного лица

4.6. Застрахованное лицо имеет право:

4.6.1. Требовать предоставления медицинских услуг в соответствии с условиями договора страхования и Программ добровольного медицинского страхования в предусмотренных настоящим договором медицинских учреждениях;

4.6.2. Сообщать Страховщику о случаях не предоставления или неполного и некачественного предоставления медицинских услуг.

4.7. Все сообщения, предусмотренные условиями настоящего договора, должны направляться Страхователем Страховщику в письменной форме, либо способами связи, обеспечивающими фиксирование сообщений, либо вручаться Страховщику под расписку.

5. ПРЕКРАЩЕНИЕ ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ

5.1. Договор страхования прекращается в случаях:

5.1.1. Истечения срока его действия;

5.1.2. Исполнения Страховщиком обязательств перед Страхователем по настоящему договору в полном объеме;

5.1.3. Неуплаты Страхователем страховых взносов в установленные договором сроки;

5.1.4. Ликвидации Страхователя, являющегося юридическим лицом;

5.1.5. В случае смерти Застрахованного лица;

5.1.6. В других случаях, предусмотренных законодательными актами Российской Федерации.

5.2. Договор страхования может быть прекращен досрочно по требованию Страхователя или Страховщика в соответствии с нормами гражданского законодательства при условии письменного уведомления другой стороны не менее чем за 30 дней до предполагаемой даты прекращения договора.

5.3. 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.

5.4. При досрочном расторжении договора страхования по требованию Страхователя Страховщик возвращает ему страховую премию за неистекший срок действия договора страхования за вычетом понесенных расходов. Если требование Страхователя о расторжении договора страхования обусловлено нарушением Страховщиком настоящего Договора страхования, последний возвращает Страхователю внесенную им страховую премию полностью.

5.5. При досрочном расторжении договора страхования по требованию Страховщика он возвращает Страхователю внесенную им страховую премию полностью. Если требование Страховщика о расторжении договора страхования обусловлено невыполнением Страхователем условий настоящего Договора страхования, Страховщик возвращает Страхователю страховую премию (взносы) за неистекший срок договора страхования за вычетом понесенных расходов.

5.6. При досрочном прекращении договора страхования в связи с тем, что отпала возможность наступления страхового случая и существование страхового риска прекратилось по обстоятельствам иным, чем страховой случай, Страховщик имеет право на часть страховой премии, пропорционально времени, в течение которого действовало страхование.

5.7. Во всех случаях прекращения договора страхования Застрахованные обязаны вернуть Страховщику страховые полисы, действие которых прекращается с момента прекращения договора страхования.

6. ПОРЯДОК ВЫПОЛНЕНИЯ ОБЯЗАТЕЛЬСТВ ПО ДОГОВОРУ

6.1. Право Застрахованного лица на получение и оплату медицинской помощи, предусмотренной настоящим Договором страхования, наступает после вступления его в законную силу.

6.2. Предоставление медицинской помощи, обусловленной настоящим Договором страхования, осуществляется путем обращения Застрахованного лица в медицинские учреждения, с которыми Страховщик заключил договор на предоставление такой помощи Застрахованным.

При обращении застрахованного лица в медицинское учреждение предъявляется страховой полис, выданный Страховщиком, паспорт либо иной документ, удостоверяющий личность Застрахованного лица.

В случае необходимости Застрахованное лицо (Страхователь) обращается по телефону, указанному в страховом полисе.

6.3. Оплата стоимости услуг, оказанных медицинскими учреждениями, производится исходя из фактических затрат на оказание медицинской помощи и медицинских услуг по ценам, согласованным между Страховщиком и медицинским учреждением путем перечисления Страховщиком денежных средств на счет медицинского учреждения. Перечисление производится после получения от медицинских учреждений счета с указанием диагноза, сроков лечения, перечня оказанных услуг, их стоимости и общей суммы расходов, понесенных по всем услугам, оказанным застрахованным лицам в пределах программы, предусмотренной договором страхования.

7. ПРОЧИЕ УСЛОВИЯ ДОГОВОРА

7.1. При неисполнении или ненадлежащим исполнении настоящего Договора страхования стороны несут ответственность в соответствии с законодательством Российской Федерации.

8. ПРЕТЕНЗИИ И СПОРЫ

8.1. Качество оказания медицинской помощи, соответствие ее условиям, предусмотренным в настоящем Договоре страхования, контролируется врачами-экспертами Страховщика.

8.2. Спорные вопросы, возникающие в процессе оказания медицинской помощи Застрахованным, решает согласованная комиссия, в состав которой входят представители Страхователя, Страховщика и независимые эксперты.

В других случаях споры, связанные со страхованием, разрешаются судом, арбитражным или третейским судами в соответствии с их компетенцией.

Страхователь с Правилами страхования ознакомлен и один экземпляр их получил.

9. АДРЕСА, БАНКОВСКИЕ РЕКВИЗИТЫ И ПОДПИСИ СТОРОН

9.1. СТРАХОВЩИК:

9.2. СТРАХОВАТЕЛЬ:

СТРАХОВЩИК:

(подпись, печать)

СТРАХОВАТЕЛЬ

(подпись, печать)

Экз. № _____

СПИСОК РАБОТНИКОВ

_____,
**ЗАСТРАХОВАННЫХ ПО ДОГОВОРУ
ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ**

№ п/п	Ф.И.О. Застрахованного	Пол	Дата рождения	Домашний адрес, телефон	Отношение к Страхователю	Паспортные данные №, серия	Страховая сумма	Страховая программа

Руководитель предприятия, организации: _____
(подпись)

Начальник отдела кадров _____
(подпись)

«___» _____ Г.

М.П.

**ДОГОВОР
С МЕДИЦИНСКИМ УЧРЕЖДЕНИЕМ НА ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ
МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ (МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ)
ПО ДОБРОВОЛЬНОМУ МЕДИЦИНСКОМУ СТРАХОВАНИЮ ГРАЖДАН**

№ _____ от «__» _____ г.

_____, далее по тексту «Страховщик»,
в лице _____ действующего на основании Устава и Лицензии
№ _____ и _____, далее по тексту «Учреждение»,
в лице главного врача _____, действующего на основании Устава и Лицензии
№ _____, выданную _____, заключили настоящий Договор о нижеследующем:

1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА.

1.1. Страховщик поручает, а Учреждение принимает на себя обязательство оказывать медицинскую помощь гражданам, которым Страховщиком выданы полисы добровольного медицинского страхования установленного образца, при наступлении страхового случая. Указанные граждане именуются в дальнейшем «Застрахованные».

1.2. Страховым случаем является обращение Застрахованного в медицинское учреждение при остром заболевании, обострении хронического заболевания, травме, отравлении и других несчастных случаях за получением консультативной, профилактической и иной помощи, предусмотренной условиями договора страхования.

1.3. Учреждение оказывает медицинскую помощь в объеме, определенном программами, указанными в полисе, в соответствии с существующими технологиями.

1.4. В объем страховой ответственности по договору добровольного медицинского страхования не включаются оказанные услуги предусмотренные программой обязательного медицинского страхования.

2. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН.

2.1. Учреждение обязано:

2.1.1. Обеспечить соответствие оказываемой медицинской помощи существующим технологиям.

2.1.2. Обеспечить Застрахованным высокий уровень медицинских услуг, а именно:

- возможность записи на прием к врачу по телефону на удобное для Застрахованного время, из предложенного медрегистратором;

- амбулаторный прием специалистами, консультация, лабораторные и инструментальные исследования – в заранее назначенное, удобное для Застрахованного время, по возможности – вне общей очереди (с учетом режима работы Учреждения);

- проведение всех инвазивных процедур и манипуляций с применением только одноразовых игл, скарификаторов, шприцов и систем;

- госпитализация в комфортабельные одно- и двухместные палаты (по заявке Страховщика возможна госпитализация клиента в палату «люкс» или в специализированное высоко сервисное отделение);

- при стационарном лечении – бесперебойное и бесплатное для Застрахованного обеспечение необходимыми медикаментами.

2.1.3. При невозможности оказать медицинскую помощь установленного вида, объема, стандарта в установленные сроки за свой счет обеспечить Застрахованному контингенту получения такой помощи в другом медицинском учреждении или путем привлечения соответствующего специалиста.

На оказание медицинской помощи другим медицинским учреждением, выбранным Учреждением, должно быть получено согласие Застрахованного и Страховщика (за исключением случаев оказания срочной медицинской помощи).

2.1.4. В 3-х дневный срок поставить в известность страховщика о возникших обстоятельствах, которые могут привести к уменьшению объема или ухудшению качества оказываемой медицинской помощи.

2.1.5. Предоставить Страховщику необходимую документацию и исчерпывающую информацию по лечению и обслуживанию Застрахованных, в том числе прейскурант цен на медицинские услуги.

2.1.6. Предоставить медицинские услуги в 3-х дневный срок со дня обращения, застрахованного в Учреждение.

2.1.7. Определить состав лиц, ответственных за обслуживание клиентов страховщика.

2.2. Страховщик обязан:

2.2.1. Предоставить Учреждению Лицензию на право проведения страховой деятельности, Программы ДМС с указанием перечня страховых событий, а также суммой покрываемых Страховщиком расходов, образец Полиса ДМС, образец направления от врача Страховщика и акт выполненных работ или счет.

2.2.2. Заключать договоры со Страхователями на оказание медицинских услуг по добровольному медицинскому страхованию и направлять их для обследования и лечения.

2.2.3. Консультировать Учреждение по вопросам добровольного медицинского страхования.

2.2.4. Оплачивать Учреждению фактически оказанные медицинские услуги в течение 10 банковских дней с момента получения документов, указанных в п. 3.2. настоящего Договора.

2.3. Страховщик имеет право:

2.3.1. Направлять в Учреждения своих клиентов для проведения амбулаторно - поликлинического и стационарного обследования и лечения при наличии у них:

- паспорта или иного удостоверения личности,
- направления врача Страховщика в случае госпитализации,
- медицинской документации о ранее проверенном обследовании (лечении),
- страхового полиса добровольного медицинского страхования установленного образца,
- страхового полиса обязательного медицинского страхования.

2.3.2. Защищать интересы Застрахованных и принимать неотложные меры при наличии жалоб и заявлений с их стороны по оказываемым услугам Учреждением.

2.3.3. Отказаться от услуг отдельных сотрудников Учреждения при нарушении ими правил этики и деонтологии.

3. СТОИМОСТЬ РАБОТ И ПОРЯДОК РАСЧЕТОВ.

3.1. Стоимость медицинских услуг определяется программой и прейскурантом цен к ней, утвержденной главным врачом и согласованной со Страховщиком.

3.2. Учреждение по факту выполнения медицинских услуг выставляет Страховщику счет-фактуру и счет (с указанием фамилии Застрахованного, номера его полиса, оказанной услуги, сроков лечения) или акт выполненных работ, а Страховщик производит оплату, в течение 10 банковских дней с момента их получения.

Выставленный на оплату счет-фактура должен содержать сведения о реально оказанных услугах, быть обоснованным и иметь документальное подтверждение.

3.3. Учреждение уведомляет Страховщика о каждом страховом случае с указанием ориентировочной стоимости оказания медицинских услуг.

3.4. В срок до 10 числа месяца, следующего за отчетным кварталом, стороны производят сверку расчетов по оплате оказанных медицинских услуг Застрахованных. Окончательная сверка расчетов производится не позднее 10 января года, следующего за отчетным.

Учреждение предоставляет Страховщику все необходимые для производства расчетов документы.

3.5. В случае изменения цен на медицинские услуги Учреждение обязано известить Страховщика, в письменном виде, за 20 дней до момента изменения таких цен.

4. ПОРЯДОК ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ.

4.1. Учреждение принимает Застрахованных, имеющих полис, определенного образца, обратившихся самостоятельно или направленных Страховщиком по предварительному согласованию.

4.2. Учреждение оказывает медицинские услуги согласно программе добровольного медицинского страхования.

4.3. Учреждение вправе отказать пациенту в предоставлении медицинских услуг при нарушении Застрахованным медицинских предписаний врача, лечебно – оздоровительного режима (если это не сопряжено с опасностью для здоровья Застрахованного) и не несет за это никакой ответственности.

4.4. Учреждение оказывает медицинские услуги, предусмотренные настоящим Договором, Застрахованным лицам согласно режиму работы, согласованному со Страховщиком.

5. УЧЕТ В МЕДИЦИНСКОМ УЧРЕЖДЕНИИ.

5.1. Учреждение обязано вести учет:

- а) Застрахованных лиц, обратившихся в Учреждение;
- б) видов, объемов и сроков оказания медицинской помощи Застрахованным;
- в) средств, поступающих от Страховщика.

Организация учета согласовывается со Страховщиком.

6. КОНТРОЛЬ КАЧЕСТВА.

6.1. Страховщик вправе контролировать соответствие оказываемых Учреждением медицинских услуг Застрахованным.

6.2. Плановый контроль осуществляется путем проверок, проводимых представителем Страховщика и Учреждения, с равным участием, раз в 6 месяцев.

6.3. Целенаправленный контроль проводится, при неблагоприятных исходах лечения, при неудовлетворенности пациента или его родственников процессом лечения, по мере поступления письменного заявления в течение 3-х недель.

6.4. Учреждение обеспечивает, представителям Страховщика, осуществляющим проверку, свободное ознакомление с медицинской документацией Застрахованного.

6.5. Результаты проверок оформляются актом экспертизы с подписью представителя Учреждения и Страховщика.

7. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН.

7.1. За просрочку платежей, предусмотренных настоящим Договором, Страховщик уплачивает Учреждению пени в размере 0,05 % от просроченной суммы за каждый день просрочки. Уплата пени не освобождает Страховщика от уплаты за оказанные Учреждению услуги, по его полисам. При просрочке Страховщиком платежа, не превышающей 14 дней, Учреждение обязано продолжать оказание лечебно-профилактической помощи Застрахованным.

7.2. В случае нарушения требований раздела VI настоящего Договора учреждение выплачивает Страховщику штраф в размере 20 МРОТ.

7.3. В случае нарушения Учреждением своих обязательств, изложенных в п.2.1 настоящего Договора, и выявления экспертами Страховщика дефектов ведения больного:

- повлекших ухудшение состояния больного и удлинения сроков амбулаторного лечения – Учреждение выплачивает штраф в размере 25 % от стоимости оказанных услуг по законченному случаю;

- повлекших госпитализацию Застрахованного в стационар (в том числе – повторную, в связи с не диагностированным заболеванием или возникновением ятрогенных осложнений) – Учреждением выплачивается штраф в размере 100 % стоимости оказанных услуг по законченному случаю:

7.4. При возникновении дополнительных затрат на обследование и лечение Застрахованного, явившихся следствием дефектов его ведения Учреждением, вопрос о размере компенсации решается совместно Экспертным советом Страховщика и администрацией Учреждения. Однако размер такой компенсации не может быть меньше всех понесенных Страховщиком в связи с этим расходов.

7.5. При разглашении одной из сторон сведений, составляющих коммерческую тайну, виновная сторона обязана возместить другой стороне понесенные ей в связи с этим убытки.

7.6. Споры и разногласия между сторонами, которые могут возникнуть при исполнении настоящего Договора, если они не будут разрешены путём переговоров, передаются для рассмотрения в арбитражный суд по подсудности.

7.7. До заявления в суд обязательно соблюдение претензионного порядка урегулирования разногласий. Ответ на претензию даётся в тридцатидневный срок. Отсутствие ответа на претензионное письмо в указанный срок расценивается как отказ в удовлетворении претензионных требований.

7.8. В случаях, не оговоренных в настоящем Договоре, стороны руководствуются законодательством Российской Федерации.

8. КОНФИДЕНЦИАЛЬНОСТЬ.

8.1. Конфиденциальной признается информация:

- о формировании и содержании договора.
- о ценах на услуги, оказываемые Учреждением.

8.2. О заболевании Застрахованного и другие сведения медицинского характера.

9. УВЕДОМЛЕНИЕ И СООБЩЕНИЕ.

9.1. Все уведомления и сообщения, направленные сторонами в связи с исполнением настоящего Договора, должны быть сделаны в письменной форме.

9.2. Стороны обязуются в течение _____ дней извещать друг друга обо всех изменениях своих адресов и реквизитов.

9.3. Условия настоящего Договора могут быть изменены по взаимному соглашению сторон в письменном виде.

9.4. Настоящий Договор может быть прекращен до окончания срока его действия:

- а) по соглашению сторон, совершенному в письменном виде;
- б) при нарушении одной из сторон условий настоящего Договора.

9.5. О намерении досрочно расторгнуть Договор стороны должны уведомить друг друга не менее чем за 30 (тридцать) дней до предполагаемой даты.

10. ФОРС – МАЖОР.

10.1. Стороны не несут ответственности в случае возникновения обстоятельств непреодолимой силы, а именно: стихийных бедствий, военных действий, катастроф, забастовок и т. п., распоряжений, постановлений или письменных указаний административных органов, под юрисдикцией которых находится деятельность сторон, независимо от того, опубликовано оно в виде закона или иной форме, которые препятствуют стороне исполнить свои обязательства по настоящему договору. Обстоятельства непреодолимой силы должны быть подтверждены справками государственных органов.

10.2. Если действие форс – мажорных обстоятельств продлится более трех месяцев подряд, любая из сторон вправе расторгнуть настоящий договор в одностороннем порядке с письменным уведомлением другой стороны.

11. СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА.

11.1. Настоящий Договор вступает в силу с момента подписания его сторонами и действует по « ____ » _____ г.

11.2. В случае, если ни одна из сторон не уведомит другую сторону о прекращении настоящего Договора за 20 дней до момента окончания срока действия, настоящий Договор автоматически продлевается на срок согласно п.11.1. Договора.

Настоящий договор составлен в 2-х экземплярах, имеющих равную юридическую силу, из которых один экземпляр находится у Страховщика, второй в Учреждении.

12. АДРЕСА, БАНКОВСКИЕ РЕКВИЗИТЫ И ПОДПИСИ СТОРОН.

12.1. СТРАХОВАТЕЛЬ:

12.2. СТРАХОВЩИК:

СТРАХОВАТЕЛЬ:

(подпись, печать)

СТРАХОВЩИК:

(подпись, печать)

Экз. № _____