

ОБЩЕСТВО С ОГРАНИЧЕННОЙ ОТВЕТСТВЕННОСТЬЮ
«ФЕДЕРАЛЬНАЯ СТРАХОВАЯ КОМПАНИЯ»



«УТВЕРЖДАЮ»

И.О.Генерального директора

Бул О.И.Богомолова

«14» марта 2009 г.

П РА В И Л А

добровольного медицинского страхования

1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

1.1. В соответствии с гражданским законодательством, Законом РФ от 27.11.1992 № 4015-1 «Об организации страхового дела в Российской Федерации», Законом РФ от 28.06.1991 № 1499-1 «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации», иными нормативными правовыми актами, являющимися составной частью страхового и медицинского законодательства, настоящие Правила регулируют отношения, возникающие между субъектами добровольного медицинского страхования.

1.2. Для целей настоящих Правил используются следующие специальные определения:

субъекты - это стороны, участвующие в добровольном медицинском страховании: Страховщик, Страхователь, Медицинское учреждение, Застрахованное лицо;

Страховщик - Общество с ограниченной ответственностью «Федеральная страховая компания» (сокращенное наименование в соответствии с Уставом – ООО «Федеральная страховая компания») – юридическое лицо, созданное для осуществления страховой деятельности и получившее в установленном законодательством Российской Федерации порядке лицензию на осуществление страховой деятельности на территории Российской Федерации;

Страхователи - юридические лица любой организационно-правовой формы, дееспособные физические лица (граждане Российской Федерации; иностранные граждане и лица без гражданства, временно находящиеся на территории Российской Федерации), в том числе зарегистрированные в установленном порядке и осуществляющие предпринимательскую деятельность без образования юридического лица, заключившие со Страховщиком договор добровольного медицинского страхования (далее – договор страхования). Страхователи – физические лица, заключившие договор страхования в свою пользу, являются одновременно Застрахованными;

Медицинские учреждения - лечебно-профилактические учреждения, научно-исследовательские и медицинские институты, другие учреждения, а также лица, осуществляющие медицинскую деятельность как индивидуально, так и коллективно, имеющие соответствующие лицензии и оказывающие медицинские и иные услуги;

Застрахованное лицо - физическое лицо, в интересах которого заключен договор страхования. Застрахованное лицо может быть заменено Страхователем другим лицом лишь с согласия самого Застрахованного лица и Страховщика;

договор страхования – письменное соглашение между Страховщиком и Страхователем, в силу которого Страховщик обязуется за обусловленную договором страхования плату организовать и оплатить предоставление Застрахованному лицу медицинских и иных услуг определенного объема по программам страхования, а Страхователь обязуется уплатить страховую премию (страховые взносы) в установленные договором размере и сроки;

полис – документ, удостоверяющий факт заключения договора страхования и право Застрахованного лица (Страхователя) на получение страховой выплаты при наступлении страхового случая;

страховая сумма - денежная сумма, которая определена договором страхования и исходя из которой устанавливаются размер страховой премии (страховых взносов) и размер страховой выплаты при наступлении страхового случая;

страховая премия - плата за страхование, которую Страхователь обязан уплатить Страховщику в порядке и сроки, определенные договором страхования;

страховой взнос – часть страховой премии, уплачиваемой Страхователем в рассрочку;

страховой тариф - ставка страховой премии (страхового взноса) с единицы страховой суммы;

страховой риск - предполагаемое событие, на случай наступления которого проводится страхование;

страховой случай - совершившееся событие, предусмотренное договором страхования (или программой страхования), с наступлением которого возникает обязанность Страховщика произвести страховую выплату;

страховая выплата - денежная сумма, которую Страховщик в соответствии с договором страхования обязан выплатить при наступлении страхового случая. Общая сумма выплат по всем страховым случаям, происшедшим в период действия договора страхования не может превышать страховой суммы;

период страхования - период времени, в течение которого могут произойти страховые случаи, определенные договором страхования. Договором страхования может быть установлено несколько периодов страхования, в том числе отдельно по каждой программе страхования, начало и окончание каждого периода указываются в договоре страхования и/или полисе;

льготный период – период времени после установленной даты платежа страховой премии (страхового взноса), в течение которого при условии просрочки платежа страховая премия (страховой взнос) может быть оплачена Страхователем для того, чтобы сохранить действие страхования по договору страхования. Договор страхования остается действующим в течение льготного периода, при этом обращение Застрахованного лица за оказанием медицинских и иных услуг не признается страховым случаем;

срок действия договора страхования - период времени, включающий в себя все установленные договором страхования периоды. Начало и окончание срока действия договора страхования указываются в договоре страхования (полисе);

франшиза - предусмотренное договором страхования условие освобождения Страховщика от обязательств возместить убытки, не превышающие определенную величину.

программа страхования – документ, определяющий условия страхования (страховой случай, перечень предоставляемых медицинских и иных услуг, исключения из программы и др.);

запрос о предоставлении информации – документ, содержащий требование Страховщика о предоставлении информации (документов, сведений и пр.) о любых обстоятельствах, связанных с заключением и исполнением договора страхования, в том числе сведения о состоянии здоровья лица, подлежащего страхованию;

экспертиза медицинских и иных услуг - исследование, проводимое экспертом для определения соответствия объема, качества и стоимости оказанных Застрахованным лицам медицинских и иных услуг установленным стандартам и программам страхования;

тайна страхования – информация, ставшая известной Страховщику в связи с заключением и исполнением договора страхования. Страховщик не вправе сообщать информацию, составляющую тайну страхования, третьим лицам без согласия Страхователя (Застрахованного лица), за исключением случаев, установленных законодательством Российской Федерации;

медицинская услуга (медицинская помощь) – мероприятие (комплекс мероприятий), непосредственно направленное на профилактику, выявление и лечение заболевания;

иная услуга – мероприятие, непосредственно не направленное на выявление заболевания и его лечение, однако улучшающее процесс лечения (пребывание в палате повышенной комфортности во время стационарного лечения застрахованного, усиленное питание и т.д.);

1.3. Добровольное медицинское страхование осуществляется на основе программ страхования и обеспечивает гражданам получение медицинских и иных услуг сверх установленных программами обязательного медицинского страхования. Добровольное медицинское страхование может быть индивидуальным или коллективным. При коллективном страховании договор страхования заключается в пользу работников юридического лица или индивидуального предпринимателя, членов их семей (супруг, супруга, дети, родители); иных лиц, перечень которых определяется Страховщиком и Страхователем по соглашению.

1.4. Все права и обязанности по договору страхования детей в возрасте до 18 лет, за исключением права на получение медицинских и иных услуг в соответствии с договором страхования, осуществляют, в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации, их законные представители.

1.5. На страхование не принимаются:

- граждане, состоящие на учете в наркологических, психоневрологических, противотуберкулезных, кожно-венерологических диспансерах, центрах по профилактике и борьбе со СПИДом, ВИЧ-инфицированные;

- инвалиды I и II группы, дети – инвалиды;
- больные онкологическими заболеваниями и системными заболеваниями крови;
- граждане, подлежащие госпитализации или госпитализированные по медицинским показаниям на момент заключения договора страхования.

Если в течение срока действия договора страхования у Застрахованных лиц выявляются указанные заболевания, то договор страхования считается прекращенным в отношении данных лиц с момента установления окончательного диагноза.

1.6. Страховщик не вправе разглашать тайну страхования, за нарушение которой он несет ответственность в порядке, предусмотренном гражданским законодательством Российской Федерации.

1.7. Взаимоотношения между Страховщиком и медицинским учреждением определяются договором на предоставление медицинских услуг и предварительным согласованием медицинских услуг (гарантийным письмом Страховщика). При этом оплата медицинских услуг, оказанных Застрахованному лицу, осуществляется по утвержденным прейскурантам, установленным для медицинских учреждений, указанных в приложении к договору страхования. Страховщик и медицинское учреждение вправе утверждать регламент взаимодействия.

1.8. Условия, содержащиеся в настоящих Правилах страхования и не включенные в текст договора страхования, обязательны для Страхователя, если в договоре прямо указывается на применение таких Правил и сами Правила изложены в одном документе с договором или на его оборотной стороне, либо приложены к нему.

1.9. Условия страхования, не оговоренные настоящими Правилами, регламентируются соответствующими положениями действующего законодательства Российской Федерации.

2. ОБЪЕКТ СТРАХОВАНИЯ

2.1. Объектом добровольного медицинского страхования являются не противоречащие законодательству Российской Федерации имущественные интересы Застрахованного лица, связанные с оказанием ему медицинских и иных услуг при наступлении страхового случая.

3. СТРАХОВОЙ РИСК, СТРАХОВОЙ СЛУЧАЙ И ОБЪЕМ ОБЯЗАТЕЛЬСТВ СТРАХОВЩИКА

3.1. Событие, рассматриваемое в качестве страхового риска, должно обладать признаками вероятности и случайности его наступления.

Договор страхования может быть заключен на условиях страхования от следующих рисков:

3.1.1. риск возникновения ухудшения состояния здоровья, которое требует оказания Застрахованному лицу медицинских и иных услуг при амбулаторном лечении – «Амбулаторная помощь»;

3.1.2. риск возникновения ухудшения состояния здоровья, которое требует оказания Застрахованному лицу амбулаторной медицинской помощи и иных услуг в медицинских учреждениях и/или на дому и/или на рабочем месте личными врачами (врачами общей практики, семейными врачами, семейными врачами общей практики, «врачом на дом», «врачом общей практики на дом», корпоративными врачами, врачами фирмы, врачами офиса) – «Личный врач»;

3.1.3. риск возникновения ухудшения состояния здоровья, которое требует оказания Застрахованному лицу скорой медицинской помощи и иных услуг на дому, на работе или в других местах бригадой скорой помощи – «Скорая помощь».

3.1.4. риск возникновения ухудшения состояния здоровья, которое требует оказания Застрахованному лицу неотложной медицинской помощи и иных услуг круглосуточно на дому врачами отделения неотложной помощи амбулаторно-поликлинического учреждения – «Неотложная помощь».

3.1.5. риск возникновения ухудшения состояния здоровья, которое требует оказания Застрахованному лицу стационарной медицинской помощи и иных услуг в стационарных медицинских учреждениях – «Стационарное лечение».

3.1.6. риск возникновения ухудшения состояния здоровья, которое требует оказания Застрахованному лицу медицинской помощи и иных услуг средним медицинским персоналом в стационарных медицинских учреждениях или на дому (круглосуточный сестринский пост) – «Сестринский уход».

3.1.7. риск возникновения ухудшения состояния здоровья, которое требует оказания Застрахованному лицу комплексной медицинской помощи – «Медицинский комплекс».

3.2. Страховым случаем признается:

3.2.1. обращение Застрахованного лица в течение срока действия договора страхования в медицинское учреждение из числа предусмотренных договором страхования при остром заболевании, обострении хронического заболевания, травме (в том числе ожоге и отморожении), остром отравлении, острой патологии беременности до 8 недель и других заболеваниях за получением медицинских и иных услуг, предусмотренных программой страхования, определяемой договором страхования и согласованных со Страховщиком;

3.2.2. обращение Застрахованного лица в течение срока действия договора страхования за получением медицинских и иных услуг в соответствии с программой страхования в другие, не предусмотренные договором страхования, медицинские учреждения, если это обращение организовано и/или согласовано со Страховщиком.

Обращение Застрахованного лица за медицинской помощью осуществляется посредством обязательной предварительной связи с оператором Страховщика по телефону, указанному в полисе и сообщения ему информации, необходимой для организации медицинских и иных услуг в рамках выбранной программы добровольного медицинского страхования.

3.3. Страховым случаем не является и Страховщик не оплачивает медицинские и иные услуги, оказанные:

3.3.1. при обращении Застрахованного лица в медицинские и иные учреждения, не указанные в договоре страхования, за исключением случаев, когда такое обращение предварительно письменно согласовано со Страховщиком;

3.3.2. при обращении иного лица, не являющегося Застрахованным по документам Застрахованного лица, дающим право на получение медицинских и иных услуг;

3.3.3. но не назначенные врачом, без медицинских показаний, или выполняемые по желанию Застрахованного лица;

3.3.4. в льготный период или после окончания срока действия договора страхования, кроме случаев, предусмотренных настоящими Правилами;

3.3.5. по поводу получения травматического повреждения или иного расстройства здоровья, наступившего в результате или при совершении Застрахованным лицом противоправных действий;

3.3.6. в связи с умышленным причинением Застрахованным лицом вреда своему здоровью, в том числе в связи с покушением на самоубийство (суицидальные попытки), за исключением тех случаев, когда Застрахованное лицо было доведено до такого состояния противоправными действиями третьих лиц, что подтверждено соответствующими судебными решениями;

3.3.7. в связи с патологическими состояниями, травмами, иным ухудшением здоровья, возникшими или полученными:

- в состоянии или вследствие алкогольного, наркотического, токсического или иного опьянения, а также при отравлении лекарственными препаратами Застрахованного лица;

- при управлении Застрахованным лицом транспортным средством под воздействием лекарственных препаратов, ухудшающих реакцию и внимание, в болезненном или утомленном состоянии;

- вследствие передачи Застрахованным лицом управления транспортным средством лицу, находящемуся в состоянии алкогольного, наркотического, токсического, иного опьянения или под воздействием лекарственных препаратов, ухудшающих реакцию и внимание, в болезненном или утомленном состоянии;

- в результате лучевого облучения;

3.3.8. вследствие:

- воздействия ядерного взрыва, радиации или радиоактивного заражения;
- военных действий, в том числе военной службы, а также маневров или иных военных мероприятий;

- гражданской войны, народных волнений всякого рода или забастовок;
- стихийных бедствий;
- аварии на производственных и иных объектах, повлекшие массовые поражения.

3.4. Страховщик не оплачивает медицинские услуги, не предусмотренные программами страхования, в том числе связанные с заболеваниями и осложнениями, которые составляют исключения из программ страхования, установленные настоящими Правилами.

3.5. При заключении договора страхования в пользу Застрахованного лица, являющегося инвалидом III группы Страховщик не оплачивает медицинские и иные услуги, оказанные по поводу возникновения или обострения заболеваний, связанных с причиной инвалидности или являющихся сопутствующими этому заболеванию.

3.6. Если у Застрахованного лица диагностировано заболевание, обращение по поводу которого не является страховым случаем, то оно может получать медицинскую помощь за счет личных средств в медицинском учреждении, с которым у Страховщика заключен соответствующий договор, предварительно уведомив об этом Страховщика.

3.7. Страховщик принимает на себя обязательство организовать предоставление и оплатить Застрахованному лицу медицинские и иные услуги по технологиям, применяемым в медицинских учреждениях, определенных договором страхования, в соответствии с условиями договора страхования.

4. СТРАХОВАЯ СУММА

4.1. Страховая сумма устанавливается Страховщиком и Страхователем по их усмотрению исходя из определенных договором условий страхования, состояния здоровья Застрахованного лица, срока действия договора страхования, стоимости медицинских и иных услуг и др. факторов, влияющих на размер страховой суммы.

4.2. Страховая сумма устанавливается в российских рублях. По соглашению сторон в договоре страхования может быть указана страховая сумма в иностранной валюте, эквивалентом которой является соответствующая сумма в рублях по курсу Центрального Банка Российской Федерации на день уплаты.

4.3. В пределах страховой суммы Страховщик несет ответственность за выполнение своих обязательств по договору страхования.

4.4. Страховая сумма (лимит ответственности) является ограничением ответственности Страховщика по одному из рисков или их совокупности. Лимит ответственности может быть коллективным или индивидуальным. Коллективный лимит ограничивает ответственность Страховщика по всем Застрахованным лицам, подпадающим под действие лимита. Индивидуальный лимит ограничивает ответственность Страховщика индивидуально для каждого Застрахованного лица, подпадающего под действие лимита.

4.5. Страховщик вправе установить лимиты ответственности по каждой программе страхования, а в пределах программы – лимит ответственности по отдельной медицинской и иной услуге или определенному набору услуг.

Лимит ответственности может устанавливаться:

- 4.5.1. от страховой суммы (в процентах или в абсолютной денежной величине);
- 4.5.2. по объему медицинских и иных услуг;
- 4.5.3. по категории медицинских учреждений;
- 4.5.4. по рискам (всем или единичным);
- 4.5.5. по территории страхования (Москва, Московская область, др. регионы Российской Федерации).

4.6. Страховщик имеет право установить минимальную страховую сумму для каждой из программ страхования.

4.7. Страховщик вправе ограничить объем медицинских и иных услуг, предоставляемых в рамках договора страхования, по количеству, видам и стоимости. Ограничения вводятся Страховщиком при заключении договора страхования; в период действия договора страхования ограничения могут быть введены по согласованию со Страхователем.

4.8. В случае если исполнение обязательств Страховщиком приводит к превышению лимита, то Страховщик освобождается от исполнения обязательств в части превышения.

Страховщик организует оказание медицинской помощи Застрахованным лицам через оператора по телефону, указанному в полисе. Страховщик вправе письменно уведомить медицинское учреждение о необходимости согласования получения/предоставления медицинских и иных услуг со Страховщиком. Страхователь (Застрахованное лицо) и медицинское учреждение обязаны согласовывать объем получаемых/предоставляемых услуг со Страховщиком до их оказания. В противном случае Страховщик освобождается от ответственности и вправе отказаться от страховой выплаты. Оказанные без согласования медицинские и иные услуги взысканию со Страховщика не подлежат.

5. СТРАХОВАЯ ПРЕМИЯ (СТРАХОВЫЕ ВЗНОСЫ), СТРАХОВОЙ ТАРИФ, ФРАНШИЗА

5.1. При определении размера страховой премии, подлежащей уплате по договору страхования, Страховщик применяет рассчитанные им страховые тарифы (Приложение 1 к настоящим Правилам), определяющие страховую премию, с учетом выбранной Страхователем программы страхования, категории медицинского учреждения (в зависимости от цен на оказание медицинских услуг в медицинском учреждении, предусмотренном договором страхования), численности Застрахованных лиц, срока страхования.

5.2. При определении размера страховой премии Страхователю (Застрахованному лицу) может быть предложено ответить на письменный запрос Страховщика о состоянии здоровья. Сведения, указанные в заявлении на страхование и/или ответе на запрос подтверждаются подписью Страхователя (Застрахованного лица). В случае необходимости, для уточнения сообщенных сведений о состоянии здоровья Застрахованного лица, Страховщик вправе направить его на медицинское обследование. Запрос о состоянии здоровья Застрахованного лица также может быть направлен в любой период действия договора страхования.

5.3. В зависимости от результатов предварительного медицинского обследования (при его назначении Страховщиком) или по медицинским показаниям, сведениям о роде деятельности, условиям работы, образу жизни и иных факторов, имеющих значение для определения степени вероятности наступления страхового случая, полученных о Застрахованном лице, а также в зависимости от количества Застрахованных лиц по одному договору страхования, уровня медицинского учреждения, дополнительных сервисных услуг и иных факторов Страховщик вправе использовать повышающие от 1,0 до 12 или понижающие коэффициенты от 0,2 до 1,0 к тарифным ставкам. При коллективном страховании решение о применении повышающих или понижающих коэффициентов может быть принято относительно всех Застрахованных лиц, или их части; при этом могут быть использованы усредненные показатели по всем Застрахованным лицам, или их части.

Страховщик также вправе применять повышающие коэффициенты в любой период действия договора страхования при наличии оснований (выявление у Застрахованного лица хронических заболеваний, в том числе не включенных в перечень исключений из программы страхования и др).

5.4. При заключении договора страхования по нескольким условиям размер страховой премии определяется путем суммирования премий по этим условиям.

5.5. При заключении договора страхования, заключаемого на срок более 1 года, но кратном 1 году: за 1 год - годовой размер страховой премии, за 2 года – двукратный размер годовой страховой премии и т.д.

5.6. При заключении договора страхования, заключаемого на срок более 1 года, но не кратном 1 году, величина тарифа рассчитывается по формуле:

$СТ/12 \times N$, где:

СТ - величина годового страхового тарифа (в %)

N - срок действия договора страхования в месяцах.

5.7. При страховании на срок менее одного года, в случае увеличения количества Застрахованных лиц, страховая премия на одно Застрахованное лицо уплачивается в следующем проценте от годового размера страховой премии, если иное не предусмотрено договором страхования:

- страхование на срок до 3-х месяцев – до 50%;
- страхование на срок от 3-х месяцев до 6-ти месяцев – до 60%;
- страхование на срок от 6-ти до 9-ти месяцев – 80 %;
- страхование на срок от 9-ти месяцев – 95 %.

5.8. Порядок и сроки уплаты страховой премии определяются договором страхования.

5.9. Страховая премия устанавливается в российских рублях. По соглашению сторон в договоре страхования может быть указана страховая премия в иностранной валюте, эквивалентом которой является соответствующая сумма в рублях по курсу Центрального Банка Российской Федерации на день уплаты.

5.10. Страховая премия может быть уплачена наличными денежными средствами в кассу Страховщика, представителю Страховщика (страховому агенту) или в безналичном порядке путем перечисления денежных средств на расчетный счет Страховщика. Форма проведения расчетов определяется договором страхования.

5.11. Страховая премия может быть уплачена единовременно или в рассрочку.

5.12. Днем уплаты страховой премии (страхового взноса) считается:

- при безналичной оплате - день поступления денежных средств на расчетный счет Страховщика;

- при оплате наличными средствами - день уплаты страховой премии (страхового взноса) в кассу Страховщика или их передачи представителю Страховщика.

5.13. При оплате страховой премии в рассрочку, Страховщик вправе дополнительно установить лимит ответственности, пропорционально оплаченной части страховой премии (страхового взноса).

5.14. В случае неуплаты страховой премии (при принятом в договоре единовременном порядке уплаты страховой премии) в установленный договором страхования срок, договор считается не вступившим в силу с даты, указанной как последний срок уплаты страховой премии.

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

- применение льготного периода после установленной даты платежа страхового взноса, в течение которого при условии просрочки платежа страховой взнос может быть оплачен Страхователем для того, чтобы сохранить действие страхования по договору страхования. Срок льготного периода устанавливается в договоре страхования. При этом обращение Застрахованного лица в льготный период за оказанием медицинских и иных услуг не признается страховым случаем;

- применение по усмотрению Страховщика штрафных санкций в размере и сроки, предусмотренные договором страхования;

- договор страхования считается расторгнутым по соглашению сторон с даты, следующей за датой, определенной как последний срок уплаты этого взноса, если договором страхования не предусмотрено иное.

До момента уплаты просроченного страхового взноса Страховщик имеет право приостановить оказание Застрахованному лицу медицинских и иных услуг, предусмотренных программой страхования.

Если страховой случай наступил до уплаты очередного страхового взноса, внесение которого просрочено, Страховщик вправе зачесть сумму просроченного страхового взноса при производстве страховой выплаты.

5.16. В случае увеличения списка Застрахованных лиц при коллективном страховании Страхователь уплачивает страховую премию за период с заключения договора страхования в отношении указанных лиц до окончания срока страхования. При этом страховая премия за неполный месяц уплачивается как за полный.

В случае уменьшения по инициативе Страхователя числа Застрахованных лиц уплаченная Страховщику страховая премия не подлежит возврату.

В случае замены Застрахованных лиц другими лицами без увеличения числа Застрахованных (только с согласия Страховщика) Страховщик вправе применить повышающие коэффициенты. Замена Застрахованных лиц другими прекращается за три месяца до окончания срока действия договора страхования.

5.17. При увеличении медицинским учреждением стоимости медицинских и иных услуг Страховщик вправе увеличить страховую сумму и страховую премию (страховые взносы) по договору страхования в соответствии с прилагаемой программой, уведомив об этом Страхователя не позднее, чем за 30 дней до предполагаемой даты изменения условий страхования.

В этом случае Страхователь обязан заключить дополнительное соглашение к договору страхования и уплатить дополнительную страховую премию (страховой взнос), соответствующую увеличению размера страховой суммы, в размере и сроки, определенные дополнительным соглашением к договору страхования.

В случае отказа Страхователя от оплаты дополнительной страховой премии (страхового взноса) Страховщик вправе исключить из перечня медицинских учреждений для указанного Страхователя (Застрахованного лица) данное медицинское учреждение и предложить на выбор или по своему усмотрению другое медицинское учреждение. В случае если Страхователь отказывается от выбора вновь предложенных Страховщиком медицинских учреждений, Страховщик вправе считать договор расторгнутым с момента отказа Страхователя от оплаты дополнительной страховой премии (страхового взноса) либо выбора другого медицинского учреждения. При этом уплаченная страховая премия не возвращается.

5.18. При досрочном расторжении договора страхования по инициативе Страхователя или по любым основаниям страховая премия возврату не подлежит, за исключением случаев, когда возможность наступления страхового случая отпала, и существование страхового риска прекратилось по обстоятельствам иным, чем страховой случай.

При этом возврат части страховой премии производится исходя из фактически поступившей по договору страхования суммы страховой премии (страховых взносов) за вычетом расходов на ведение дела, приходящихся на фактически уплаченную сумму страховых взносов, а также одной из двух сумм, которая больше по абсолютному значению:

- заработанная страховая премия за срок действия договора страхования, рассчитываемая исходя из нетто-суммы страховых взносов, предусмотренных по договору страхования, прямо пропорционально отношению фактического срока действия договора страхования до момента его досрочного расторжения к сроку действия договора страхования, определенному при его заключении,

- сумма страховых выплат по договору страхования.

Возврат части страховой премии производится на основании письменного заявления Страхователя с приложением документов, подтверждающих, что возможность наступления страхового случая отпала, и существование страхового риска прекратилось по обстоятельствам иным, чем страховой случай. Возврат производится в 30-дневный срок с момента получения необходимых документов от Страхователя и всех счетов за медицинские и иные услуги, оказанные Застрахованным лицам от медицинских учреждений.

5.19. По окончании срока действия договора страхования неиспользованный остаток страховой премии возврату не подлежит.

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

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

5.22. Договором страхования может быть установлена франшиза (условная и безусловная), которая определяется при заключении договора страхования по соглашению Страховщика и Страхователя в процентном отношении к страховой сумме или в абсолютной величине.

При условной франшизе Страховщик освобождается от оплаты расходов, связанных с

оказанием Застрахованному лицу медицинских и иных услуг, если их размер не превышает франшизу.

При безусловной франшизе обязательства Страховщика определяются размером расходов за минусом франшизы.

Франшиза может устанавливаться:

- от страховой суммы;
- от суммы страховой выплаты;
- в процентах;
- в абсолютной денежной величине;
- по количеству дней нетрудоспособности;
- по рискам (всем или единичным);
- по территории страхования;
- иным образом.

Если одним страховым случаем вызвано несколько убытков, то франшиза вычитается только один раз.

6. ЗАКЛЮЧЕНИЕ, СРОК ДЕЙСТВИЯ И ПРЕКРАЩЕНИЕ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ

6.1. Основанием для заключения договора страхования является устное или письменное заявление Страхователя. Стандартная форма письменного заявления устанавливается Страховщиком.

6.2. Договор страхования заключается сроком до одного года, на 1 год или на срок более одного года (с расчетом и уплатой страховой премии ежегодно в порядке, предусмотренном договором страхования).

6.3. Договор страхования заключается в письменной форме путем составления одного документа, подписанного Страховщиком и Страхователем, либо вручения Страховщиком Страхователю полиса. К договору страхования прилагается список Застрахованных лиц, перечень медицинских учреждений, в которые Застрахованное лицо имеет право обратиться за получением медицинских и иных услуг, программа страхования и Правила страхования, которые являются неотъемлемой частью договора страхования.

6.4. При заключении договора страхования между Страхователем и Страховщиком должно быть достигнуто соглашение по следующим существенным условиям:

- о Застрахованном лице (Застрахованных лицах);
- о характере события, на случай наступления которого в жизни Застрахованного лица осуществляется страхование (страховой случай);
- о программе страхования и перечне медицинских учреждений, оказывающих медицинские и иные услуги Застрахованным лицам;
- о размере страховой суммы;
- о сроке действия договора страхования.

Выгодоприобретатель по договору страхования не назначается.

6.5. Страховщик обязан ознакомить Страхователя с содержанием Правил страхования и вручить ему вместе с договором страхования (полисом) один экземпляр. При заключении коллективного договора страхования Страхователь обязан ознакомить всех Застрахованных лиц с содержанием врученных ему Правил, а также правами и обязанностями Застрахованных лиц по договору страхования.

6.6. Договор страхования может заключаться как без предварительного медицинского обследования, так и с предварительным медицинским обследованием Застрахованного лица для определения принадлежности к группе здоровья с целью дифференциации размера подлежащей уплате страховой премии (страхового взноса).

При заключении договора страхования Страховщик вправе произвести предварительное медицинское обследование страхуемого лица (страхуемых лиц) для оценки фактического состояния

его (их) здоровья и/или потребовать дополнительные документы, характеризующие степень риска (выписку из истории болезни).

Предварительное медицинское обследование проводится за счет средств Страхователя, если договором страхования не предусмотрено иное.

6.7. В случае отказа Страхователя (Застрахованного лица) от сообщения сведений о состоянии здоровья в письменной форме или прохождения медицинского обследования Страховщик вправе отказать Страхователю в заключении договора страхования.

В том случае, если после заключения договора страхования будет установлено, что Застрахованное лицо указало ложные сведения в ответе на запрос Страхователя либо уклонилось от сообщения сведений, Страховщик вправе расторгнуть договор страхования в отношении данного Застрахованного лица и требовать возмещения понесенных расходов на медицинские и иные услуги как в добровольном, так и в судебном порядке.

6.8. Заключение договора страхования с юридическими лицами, индивидуальными предпринимателями.

6.8.1. При заключении коллективных договоров на страхование принимается любое количество работников юридического лица, индивидуальных предпринимателей, членов их семей и иных лиц, если иное не предусмотрено договором страхования. Страховщик вправе не принимать на страхование членов семей работников и иных лиц.

6.8.2. Основанием для заключения договора является письменное заявление Страхователя.

6.8.3. В договоре страхования указываются:

- полное наименование и местонахождение Страхователя и Страховщика, их банковские реквизиты;

- Ф.И.О. ответственных лиц Страхователя и Страховщика, подписывающих договор страхования, их полномочия;

- численность Застрахованных лиц по программам страхования, общая численность Застрахованных лиц по договору страхования;

- программы страхования с перечнем медицинских учреждений, в которые Застрахованные лица вправе обратиться при наступлении страхового случая;

- список Застрахованных лиц по установленной Страховщиком форме с указанием фамилии, имени, отчества, пола, месяца и года рождения, адреса проживания, контактного телефона, номера программ страхования, отношения к Страхователю (работник, член семьи, другие лица, если нет ограничений по договору страхования), др. персональные данные по запросу Страховщика;

- условия страхования;

- размер страховой премии (страховых взносов), подлежащей уплате, порядок и форма ее уплаты;

- иные, не противоречащие законодательству Российской Федерации условия.

6.8.4. Страховщик вправе потребовать от Страхователя – юридического лица документально подтвержденные сведения о заболеваемости с временной утратой трудоспособности на предприятии за последние 3-5 лет – общее количество дней нетрудоспособности и случаев таковой, среднегодовую фактическую численность штатных работников, а при отсутствии таких данных у Страхователя – определять размер подлежащей уплате страховой премии по базовому тарифу, основанному на общей медицинской статистике.

6.8.5. Страховщик в течение 10 рабочих дней принимает решение о возможности заключения договора страхования.

6.9. Заключение договора страхования с физическими лицами.

6.9.1. Основанием для заключения договора страхования с физическим лицом является письменное или устное заявление Страхователя.

В договоре страхования указываются

- фамилия, имя, отчество Страхователя, его паспортные данные, адрес проживания и телефон;

- полное наименование и местонахождение Страховщика, банковские реквизиты;

- Ф.И.О. ответственного лица Страховщика, подписывающего договор страхования, его полномочия;
- численность Застрахованных лиц по программам страхования, общая численность Застрахованных лиц по договору страхования;
- программы страхования с перечнем медицинских учреждений, в которые Застрахованные лица вправе обратиться при наступлении страхового случая;
- список Застрахованных лиц по установленной Страховщиком форме с указанием фамилии, имени, отчества, пола, месяца и года рождения, адреса проживания, контактного телефона, номера страховых программ по договору, отношения к Страхователю (член семьи, другие лица, если нет ограничений по договору страхования), др. персональные данные по запросу Страховщика;
- условия страхования;
- размер страховой премии (страховых взносов), подлежащей уплате, порядок и форма ее уплаты;
- иные, не противоречащие законодательству Российской Федерации условия.

6.9.2. Страховщик принимает решение о возможности заключения договора страхования в течение 5 рабочих дней со дня поступления заявления от Страхователя. До принятия заявления Страховщик вправе потребовать от Страхователя представления медицинского заключения о состоянии здоровья Застрахованного лица, вручить письменный запрос о предоставлении сведений о состоянии здоровья или провести соответствующее обследование.

6.10. 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 (страхового риска), если эти обстоятельства не известны и не должны быть известны Страховщику. При этом существенными могут быть признаны обстоятельства, определенно оговоренные Страховщиком в договоре страхования (полисе) или в его письменном запросе.

6.11. Программа страхования формируется по выбору Страхователя, согласованному со Страховщиком. Договор страхования может содержать различные программы страхования как из числа программ страхования, являющихся приложением к настоящим Правилам, так и содержать программу страхования, составленную из перечня медицинских и иных услуг, а также составлять любое сочетание указанных программ страхования. Содержание программы страхования, являющейся приложением к договору страхования, может отличаться от содержания программ, являющихся приложением к настоящим Правилам.

6.12. Страховщик вправе присвоить любой программе страхования, составленной из перечня медицинских и иных услуг собственное наименование.

6.13. После вступления договора страхования в силу Застрахованному лицу выдается именная карточка и пропуск в медицинское учреждение в срок, установленный договором страхования.

6.14. В случае утраты указанных документов их дубликаты изготавливаются за счет Страхователя (Застрахованного лица) на основании письменного заявления об утрате, утраченные документы считаются аннулированными и не могут предъявляться в медицинские учреждения.

6.15. Договор страхования вступает в силу в сроки, установленные договором страхования. При этом срок действия страхования начинается с 00 часов дня, указанного как начало действия страхования, но не ранее 00 часов дня, следующего за днем поступления страховой премии или ее первого взноса на расчетный счет или в кассу Страховщика (его представителю), если договором страхования не определено иное.

6.16. При заключении договора страхования Страхователь и Страховщик могут договориться об изменении или исключении отдельных положений Правил страхования и о дополнении Правил, без расширения объема обязательств Страховщика, предусмотренного настоящими Правилами страхования.

6.17. Договор страхования также может предусматривать страхование на дополнительных условиях:

6.17.1. до первого страхового случая – ответственность Страховщика распространяется только на первый страховой случай, и действие договора (полиса) прекращается после первого заявленного Застрахованным лицом (Страхователем) страхового случая;

6.17.2. с ответственностью в определенные дни недели и (или) месяцы года - страхование распространяется на страховые случаи, произошедшие в дни недели и (или) месяцы года, указанные в договоре (полисе), обязательства Страховщика действует только в период, специально указанный в договоре (полисе), например, с пятницы по понедельник, в праздничные дни и т.п.

6.18. Договор страхования прекращается в случаях:

- истечения срока его действия;
- неуплаты Страхователем очередного страхового взноса при уплате страховой премии в рассрочку в установленные договором страхования сроки и в определенном размере;
- исполнения Страховщиком обязательств перед Страхователем по договору в полном объеме;
- ликвидации Страхователя, являющегося юридическим лицом, или смерти Страхователя, являющегося физическим лицом;
- смерти Застрахованного лица (при индивидуальном договоре страхования с физическим лицом) – в день смерти, определенный соответствующим свидетельством.
- нарушения Застрахованным лицом предписаний лечащего врача, Страхователем и/или Застрахованным лицом условий договора и положений настоящих Правил;
- соглашения сторон – с даты, определенной соглашением;
- вступления в законную силу соответствующего судебного решения;
- одностороннего волеизъявления Страхователя или Страховщика при условии обязательного уведомления о намерении досрочного прекращения договора страхования;
- в других случаях, предусмотренных законодательством Российской Федерации.

6.19. Страхователь вправе отказаться от договора страхования в любое время, если к моменту отказа возможность наступления страхового случая не отпала по обстоятельствам иным, чем страховой случай. В таком случае страховая премия возврату не подлежит.

6.20. Стороны о своем намерении досрочно прекратить договор страхования письменно уведомляют друг друга не менее чем за 30 дней до предполагаемой даты прекращения договора страхования, если договором не предусмотрено иное.

6.21. При досрочном отказе Страхователя от договора страхования уплаченная Страховщику страховая премия не подлежит возврату.

6.22. В случае окончания срока страхования: в период амбулаторного лечения Застрахованного лица оплата медицинских услуг Страховщиком производится за период лечения острого заболевания до закрытия больничного листа, но не более 3 календарных дней после окончания срока действия договора страхования; в период лечения Застрахованного лица в стационаре при экстренной госпитализации оплата медицинских услуг Страховщиком производится до конца срока страхования. Далее Страховщик оплачивает расходы по транспортировке Застрахованного лица (в случае его транспортабельности) в медицинское учреждение, работающее в системе ОМС, или продлевает со Страхователем договор страхования с уплатой Страхователем дополнительной страховой премии; в период лечения Застрахованного лица в стационаре при плановой госпитализации оплата медицинских услуг производится до конца срока страхования, далее - за счет Страхователя (Застрахованного лица).

6.23. В случае прекращения договора страхования по любому основанию Страхователь (Застрахованное лицо) обязан вернуть Страховщику в день расторжения договора страхования полис, именную карточку и пропуск в медицинское учреждение.

6.24. Положения договора страхования имеют преимущественную силу над положениями настоящих Правил.

7. ПОСЛЕДСТВИЯ ИЗМЕНЕНИЯ СТЕПЕНИ РИСКА В ПЕРИОД ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ

7.1. В период действия договора страхования Страхователь (Застрахованное лицо) обязан незамедлительно любым способом сообщить Страховщику о ставших ему известными значительных изменениях в обстоятельствах, сообщенных Страховщику при заключении договора, если эти изменения могут существенно повлиять на увеличение страхового риска. При этом значительными признаются изменения, оговоренные в договоре страхования (полисе) и в переданных Страхователю Правилах и приложенных к нему условий (численность застрахованных, перечень медицинских услуг).

7.2. При получении информации об обстоятельствах, влекущих увеличение страхового риска (в том числе в случае применения медицинским учреждением повышающих коэффициентов к стоимости медицинского обслуживания при наличии у Застрахованного хронического заболевания или группы инвалидности) Страховщик вправе потребовать изменения условий договора страхования и уплаты дополнительной страховой премии соразмерно увеличению риска.

Если Страхователь возражает против изменения условий договора страхования или доплаты страховой премии, Страховщик вправе потребовать расторжения договора в порядке, предусмотренном гражданским законодательством Российской Федерации.

При неисполнении Страхователем (Застрахованным лицом) обязанностей, предусмотренных п. 7.1 настоящих Правил, обязательства Страховщика по Договору страхования считаются прекращенными с момента увеличения страхового риска, и Страховщик вправе требовать возмещения убытков, причиненных расторжением договора страхования.

В этом случае Страховщик не несет обязательств по страховой выплате по страховым случаям, наступившим начиная с момента увеличения страхового риска.

8. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СУБЪЕКТОВ СТРАХОВАНИЯ

8.1. Страхователь вправе:

8.1.1. выбирать программы страхования в соответствии с условиями настоящих Правил, медицинские учреждения по согласованию со Страховщиком;

8.1.2. осуществлять контроль за выполнением условий договора страхования;

8.1.3. предъявлять претензии к Страховщику по качеству обслуживания Застрахованных лиц в избранном медицинском учреждении и требовать от Страховщика проведения расследования по таким претензиям;

8.1.4. при коллективном страховании в период действия договора страхования изменить численность Застрахованных лиц или произвести замену Застрахованных лиц с разрешения Страховщика путем подписания дополнительного соглашения к договору страхования и внесения изменений в список Застрахованных лиц с предоставлением Страховщику необходимых сведений. В случае исключения из числа Застрахованных, в том числе по причине заболеваний, указанных в настоящих Правилах, Страхователь обязан уведомить Страховщика не менее чем за 7 дней до предполагаемого исключения или замены Застрахованных лиц;

8.1.5. расширить перечень медицинских услуг путем подписания дополнительного соглашения к договору страхования и своевременно уплатить дополнительную страховую премию;

8.1.6. вносить изменения и дополнения в договор страхования путем составления дополнительного соглашения к договору страхования;

8.1.7. досрочно расторгнуть договор страхования в соответствии с настоящими Правилами, в том числе отказаться на основании письменного заявления Страховщику от договора страхования, если к моменту отказа возможность наступления страхового случая отпала по обстоятельствам иным, чем страховой случай.

8.2. Страхователь обязан:

8.2.1. предоставить Страховщику полную и достоверную информацию (документы, сведения и др.), необходимую для заключения и исполнения договора страхования в сроки, определенные Страховщиком, в том числе письменно отвечать на запросы Страховщика;

8.2.2. незамедлительно сообщить Страховщику о ставших ему известными значительных изменениях в обстоятельствах, сообщенных Страховщику при заключении договора, если эти изменения могут существенно повлиять на увеличение страхового риска;

8.2.3. уплатить страховую премию (страховые взносы), в том числе дополнительную страховую премию (страховой взнос) в размере и в сроки, определенные договором страхования и дополнительными соглашениями к нему;

8.2.4. уплатить штрафные санкции в размере и сроки, установленные договором страхования за несвоевременную уплату страховой премии (страховых взносов);

8.2.5. ознакомить Застрахованных лиц с содержанием Правил, правами и обязанностями Застрахованных лиц по договору страхования; с любыми письменными извещениями, уведомлениями, запросами и др. обращениями Страховщика, направленными в адрес Страхователя в отношении Застрахованных лиц, а также изменениями и дополнениями, внесенными Страховщиком и Страхователем в договор страхования;

8.2.6. при коллективном страховании передать Застрахованным лицам документы, дающие право на получение медицинских и иных услуг, предусмотренные настоящими Правилами, обеспечить их сохранность и не передавать другим лицам для получения медицинских и иных услуг;

8.2.7. оплатить Страховщику расходы на изготовление дубликата утраченных документов, дающих право на получение медицинских и иных услуг;

8.2.8. оплатить Страховщику расходы на медицинское обследование Застрахованного лица с целью определения степени риска при согласии Застрахованного лица на его прохождение, если иное не предусмотрено договором страхования;

8.2.9. возместить Страховщику расходы в размере, равном стоимости медицинских и иных услуг:

8.2.9.1. оказанных Застрахованному лицу по событию, не являющемуся страховым случаем;

- оказанных Застрахованному лицу, но не входящих в соответствующую программу страхования;

8.2.9.2. оказанных не в медицинском учреждении, оговоренном в перечне медицинских учреждений по договору страхования, за исключением случая, когда обращение Застрахованного лица в данное медицинское учреждение было организовано Страховщиком в соответствии с его письменным направлением;

8.2.9.3. оказанных Застрахованному лицу сверх размера страховой суммы, установленной в договоре страхования (полисе);

8.2.9.4. оказанных лицу, необоснованно воспользовавшемуся страховым полисом и/или именной карточкой, пропуском в медицинское учреждение при передаче их Застрахованным лицом третьим лицам с целью получения медицинских и иных услуг;

8.2.9.5. в случае необоснованного вызова Застрахованным лицом на дом врача, скорой или неотложной медицинской помощи и/или использования санитарных транспортных средств не по медицинским показаниям, если:

- вызов осуществлен Застрахованным лицом для медицинского обслуживания незастрахованного лица;

- заболевания, по которым осуществлен вызов и/или использованы транспортные средства, не входят в соответствующую программу страхования;

- вызов осуществлен по неточному, неполному или несуществующему адресу, указанному Застрахованным лицом или лицом, действующим в его интересах, диспетчеру скорой и неотложной медицинской помощи;

- вызов осуществлен не в медицинских целях;

- вызов осуществлен к Застрахованному лицу, не нуждающемуся в оказании экстренной медицинской помощи (при наличии соответствующего медицинского заключения);

8.2.9.6. оказанных Застрахованному лицу в отношении хронических заболеваний, не указанных Страхователем (Застрахованным лицом) при заключении договора (полиса) страхования;

8.2.9.7. оказанных Застрахованному лицу без согласования со Страховщиком по его требованию;

8.2.10. вернуть Страховщику документы, дающие право на получение медицинских и иных услуг Застрахованным лицом в случае расторжения договора страхования или прекращения его действия в отношении данного Застрахованного лица в сроки, установленные настоящими Правилами;

8.2.11. соблюдать требования Правил и условий договора страхования, режим конфиденциальной информации об условиях Правил и договора страхования, кроме случаев, предусмотренных законодательством Российской Федерации.

8.3. Застрахованное лицо имеет право:

8.3.1. на своевременное и качественное получение медицинских и иных услуг в соответствии с избранными Страхователем программой (программами) страхования и медицинскими учреждениями, определенными договором страхования;

8.3.2. предъявлять претензии к Страховщику по объему и качеству своего обслуживания в избранном медицинском учреждении и требовать от Страховщика немедленного проведения расследования по таким претензиям;

8.3.3. получать дубликат утраченных документов в соответствии с настоящими Правилами.

8.4. Застрахованное лицо обязано:

8.4.1. предоставить Страховщику полную и достоверную информацию (документы, сведения и др.), необходимую для заключения и исполнения договора страхования в сроки, определенные Страховщиком, в том числе письменно отвечать на запросы Страховщика;

8.4.2. согласовывать со Страховщиком получение медицинских и иных услуг посредством обязательной предварительной связи с оператором Страховщика по телефону, указанному в полисе и сообщения ему информации, необходимой для организации медицинских и иных услуг в рамках выбранной программы страхования;

8.4.3. обеспечить надлежащее хранение документов, дающих право на получение медицинских и иных услуг, исключающее возможность его использования для получения указанных услуг третьими лицами, не передавать документы другим лицам для получения медицинских и иных услуг;

8.4.4. незамедлительно сообщить Страховщику об утрате документов, дающих право на получение медицинских и иных услуг;

8.4.5. вернуть Страховщику документы, дающие право на получение медицинских и иных услуг через Страхователя в случае расторжения договора страхования или прекращения его действия в отношении данного Застрахованного лица в сроки, установленные настоящими Правилами;

8.4.6. соблюдать требования Правил и условий договора страхования, предписания лечащего врача и режим в ходе получения медицинских и иных услуг в рамках программы страхования, распорядок, установленный медицинским учреждением.

8.5. Страховщик имеет право:

8.5.1. требовать от Страхователя предоставления полной и достоверной информации, необходимой для заключения и исполнения договора страхования;

8.5.2. выяснять причины и обстоятельства страхового случая, включая направление запросов о предоставлении информации;

8.5.3. по согласованию со Страхователем изменять страховую программу в случае прекращения взаимоотношений с медицинским учреждением, предусмотренным договором страхования и по др. основаниям; исключать из перечня медицинские учреждения по основаниям, предусмотренным настоящими Правилами;

8.5.4. при необходимости организовать предварительное медицинское обследование Застрахованных лиц в соответствии с настоящими Правилами;

8.5.5. на ознакомление с медицинской документацией Застрахованного лица, отражающей его историю заболевания, физическое и психическое состояние, диагноз, ход и прогноз результатов лечения, а также имеет право использовать данную информацию для решения вопросов, связанных с заключением и исполнением договора страхования, оплатой медицинских и иных услуг, изменением условий договора страхования, защитой прав Застрахованных лиц;

8.5.6. в случае отсутствия возможности предоставления медицинских и иных услуг Застрахованному лицу в медицинских учреждениях, определенных договором страхования, организовать предоставление необходимых и соответствующих по объему и качеству услуг Застрахованному лицу на базе иных медицинских учреждений, определенных по усмотрению Страховщика;

8.5.7. требовать от Страхователя и Застрахованных лиц согласовывать со Страховщиком получение медицинских и иных услуг;

8.5.8. увеличить страховую премию (страховые взносы) по основаниям, предусмотренным настоящими Правилами путем составления дополнительного соглашения к договору страхования;

8.5.9. организовать экстренную медицинскую помощь Застрахованным лицам по жизненным показаниям с привлечением муниципальной медицины (скорая медицинская помощь «03», госпитализация в ближайший муниципальный стационар и пр.) с дальнейшей организацией перевода по желанию Страхователя (Застрахованного лица) при отсутствии медицинских противопоказаний в одно из медицинских учреждений, предусмотренных договором страхования;

8.5.10. проводить экспертизу медицинских и иных услуг для определения обоснованности их назначения, получения и оплаты;

8.5.11. отказать в страховой выплате по основаниям, предусмотренным настоящими Правилами;

8.5.12. вносить изменения и дополнения в договор страхования путем составления дополнительного соглашения к договору страхования;

8.5.13. досрочно расторгнуть договор в случае нарушения Страхователем (Застрахованным лицом) условий договора страхования или п. 8.2. и п. 8.4. настоящих Правил в порядке, предусмотренном действующим законодательством Российской Федерации и настоящими Правилами;

8.5.14. если после заключения договора страхования будет установлено, что Застрахованное лицо указало ложные сведения в ответе на запрос Страхователя либо уклонилось от сообщения сведений, Страховщик вправе расторгнуть договор страхования в отношении данного Застрахованного лица и требовать возмещения понесенных расходов на медицинские и иные услуги как в добровольном, так и в судебном порядке.

8.6. Страховщик обязан:

8.6.1. ознакомить Страхователя с настоящими Правилами и вручить ему один экземпляр;

8.6.2. обеспечить своевременную выдачу Застрахованным лицам документов, дающих право на получение медицинских и иных услуг;

8.6.3. обеспечить предоставление Застрахованным лицам медицинских и иных услуг в соответствии с программой страхования при наступлении страхового случая;

8.6.4. не разглашать тайну страхования и коммерческую информацию, определенную настоящими Правилами, договором страхования и договором на предоставление медицинских услуг с медицинскими учреждениями;

8.6.5. контролировать объем, сроки и качество услуг медицинских и иных услуг в соответствии с программой страхования и договором страхования;

8.6.6. произвести в установленном порядке оплату услуг, оказанных Застрахованному лицу в соответствии с программой страхования и при наступлении страхового случая после признания его таковым Страховщиком;

8.6.7. защищать интересы Застрахованных лиц посредством контроля за объемом, сроками и качеством оказываемой Застрахованным лицам медицинских и иных услуг в соответствии с программой страхования.

9. ПОРЯДОК ВЫПОЛНЕНИЯ ОБЯЗАТЕЛЬСТВ ПО ДОГОВОРУ СТРАХОВАНИЯ И ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЫ

9.1. Право Застрахованного лица на получение и оплату медицинских и иных услуг, предусмотренных программой страхования наступает с даты, указанной в договоре страхования,

при условии выполнения обязательств Страхователя по уплате страховой премии (страховых взносов).

9.2. Для получения медицинских и иных услуг, предусмотренных программой страхования Застрахованное лицо связывается с оператором Страховщика по телефону, указанному в полисе (карточке) и после согласования обращается в медицинские учреждения, указанные в договоре страхования (перечень медицинских учреждений).

При обращении Застрахованного лица в медицинское учреждение предъявляется полис, карточка, пропуск в медицинское учреждение, выданные Страховщиком, паспорт либо другой документ, удостоверяющий личность Застрахованного лица.

По всем проблемным вопросам, возникшим в ходе реализации предоставленного полисом (карточкой) прав Застрахованное лицо обращается по контактному телефону Страховщика, указанному в полисе (карточке).

9.3. При отсутствии возможности оказания услуг, предусмотренных программой страхования, в учреждении, определенном в договоре страхования, Страховщик организует ее выполнение в ином медицинском учреждении. При этом выбор медицинского учреждения производится Страховщиком.

В случае выявления у Застрахованного лица заболеваний и состояний, не предусмотренным программой страхования и/или при которых лечение не может быть осуществлено в медицинских учреждениях, сотрудничающих со Страховщиком, Страховщик оказывает содействие в направлении Застрахованного лица в специализированное медицинское учреждение. При этом Страховщик не оплачивает и не компенсирует расходы по оплате медицинских и иных услуг, оказанных Застрахованному лицу в этих медицинских учреждениях.

9.4. Страховщик производит оплату счетов за оказанные Застрахованному лицу медицинские и иные услуги, предусмотренные программой страхования и договором страхования

9.5. Оплата стоимости медицинских и иных услуг, оказанных Застрахованному лицу в соответствии с программой страхования при наступлении страхового случая производится исходя из фактических затрат на оказание медицинских и иных услуг по ценам, согласованным между Страховщиком и медицинским учреждением после выставления медицинским учреждением Страховщику счета. Страховщик вправе не оплачивать выставленный медицинским учреждением счет, если у него имеются сомнения в обоснованности назначения, оказания и оплаты оказанных Застрахованному лицу медицинских и иных услуг. В этом случае Страховщик до оплаты счета за фактически оказанные услуги проводит экспертизу выставленных счетов на их соответствие выбранным программам, объему страховой ответственности, утвержденным прейскурантам цен. После проведенной экспертизы и урегулирования возникших разногласий Страховщик осуществляет оплату счетов, если по результатам экспертизы не принято решение об отказе в страховой выплате.

В случае уклонения медицинского учреждения от проведения экспертизы, непредставления необходимых сведений и документов для ее проведения, Страховщик фиксирует такой отказ письменно и не производит оплату счетов.

В случае несогласия Застрахованного лица (Страхователя) с результатами проведенной Страховщиком экспертизы Страхователь может потребовать проведения повторной независимой экспертизы. Повторная независимая экспертиза проводится экспертной комиссией, предложенной Застрахованным лицом (Страхователем) и одобренной Страховщиком за счет личных средств Застрахованного лица (Страхователя).

9.6. Страховщик оплачивает согласованные медицинские и иные услуги только в пределах страховой суммы.

9.7. При необходимости оказания Застрахованному лицу медицинских и иных услуг сверх установленной договором страхования страховой суммы эти услуги могут быть оказаны Застрахованному лицу и оплачены Страховщиком после увеличения страховой суммы по договору страхования с соответствующим увеличением страховой премии в размере, установленном Страховщиком.

9.8. Общая сумма выплат, производимых за один или несколько страховых случаев, происшедших в период действия договора страхования не может превышать размера страховой суммы, установленного в договоре страхования для данного вида страховых случаев.

9.9. Если для решения вопроса о проведении страховой выплаты Страховщику потребуются дополнительная информация, он имеет право требовать от Застрахованного лица прохождения медицинской экспертизы. Медицинская экспертиза проводится в указанном Страховщиком медицинском учреждении за счет Застрахованного лица (Страхователя).

9.10. Условиями договора страхования может устанавливаться неоплачиваемая Страховщиком часть затрат, связанных с получением Застрахованными медицинскими и иных услуг, предусмотренных соответствующей программой страхования - франшиза.

9.11. Страховщик не оплачивает медицинские и иные услуги, оказанные Застрахованному лицу, если:

- Страхователь (Застрахованное лицо) сообщил Страховщику недостоверные или неполные сведения, имеющие значение для оценки страхового риска;

- Застрахованным лицом не выполнялись предписания лечащего врача или нарушался определенный лечащим врачом больничный режим, а также распорядок, определенный медицинским учреждением;

- медицинские и иные услуги оказаны Застрахованному лицу в медицинских учреждениях, не предусмотренных договором страхования и не согласованных со Страховщиком;

- медицинские и иные услуги, не предусмотренные программой страхования; не согласованные со Страховщиком;

- медицинские и иные услуги были оказаны без предписаний врача, без медицинских показаний или по желанию Застрахованного лица;

- по окончании срока действия договора, кроме случаев, предусмотренных настоящими Правилами;

- данные расходы связаны с повторным выполнением исследований для плановой госпитализации, не состоявшейся по инициативе Застрахованного лица;

- в иных случаях, предусмотренных настоящими Правилами страхования.

9.12. Страховщик не возмещает:

- косвенный ущерб любого характера, такой как упущенная выгода или договорные штрафы, включая неустойку (штраф, пени), возникший у Застрахованного лица (Страхователя);

- неполученные Застрахованным лицом (Страхователем) доходы (упущенная выгода), явившиеся следствием страхового случая.

9.13. Страховая выплата производится в сроки, предусмотренные в договоре между Страховщиком и медицинским учреждением после признания получения Застрахованным лицом медицинских услуг Страховщиком страховым случаем.

9.14. Решение об отказе в страховой выплате принимается Страховщиком в течение 15 дней с момента поступления счета на оплату и других документов, необходимых для оплаты без проведения экспертизы, в течение 30 дней, включая срок проведения экспертизы при условии предоставления медицинским учреждением всех необходимых документов и информации по выставленным счетам в срок, указанный Страховщиком. Страховщик вправе проводить экспертизу в срок до 60 дней с момента предоставления необходимых документов и информации.

9.15. Страховщик не несет ответственности при обращении Застрахованного лица по поводу следующих заболеваний (состояний) и их осложнений, если иное не предусмотрено договором страхования:

- онкологического заболевания, в том числе злокачественного заболевания крови и лимфы;

- венерических заболеваний, ВИЧ-инфекции, СПИДа;

- особо опасных инфекционных болезней, в том числе холеры, чумы, оспы, вирусных геморрагических лихорадок и др.;

- инфекционных заболеваний, передающихся преимущественно половым путем (хламидиоз, трихомониаз, гарденелез, микоплазмоз, генитальный герпес и др.);

- эпилепсии, психических расстройств и расстройств поведения, в том числе алкоголизма,

наркомании, токсикомании, а также иных травм и соматических заболеваний, возникших в связи с заболеваниями психической природы;

- наследственных заболеваний: хромосомных, моногенных, митохондриальных (болезни, аномалии), наследственных болезней обмена; врожденных аномалий, пороков развития; детского церебрального паралича;

- сахарного диабета;

- злокачественных новообразований;

- туберкулеза; саркоидоза, муковисцидоза; псориаза; глубоких микозов;

- заболеваний, сопровождающихся хронической почечной и печеночной недостаточностью, требующей проведения экстракорпоральных методов лечения;

- профессиональных заболеваний, вызванных воздействием химических, физических производственных факторов; лазерные излучения; острой и хронической лучевой болезни;

- острых и хронических гепатитов;

- заболевания органов и тканей, требующих: трансплантации, имплантации и протезирования, в том числе ортодонтические нарушения, требующие протезирования зубов;

- заболевания органов и тканей в случае применения косметической или пластической хирургии;

- заболеваний, требующих кардиохирургических и нейрохирургических вмешательств;

- искусственного прерывания беременности;

- беременности, патологии беременности при сроках свыше 8-ми недель, если эти случаи не указаны в программе страхования;

- косметических дефектов, в том числе и в стоматологии;

- заболевания сердечно-сосудистой, нервной систем, опорно-двигательного аппарата, органов зрения и чувств, требующих сложного реконструктивного оперативного лечения;

- системных заболеваний и поражений соединительной ткани, в том числе всех недифференцированных коллагенозов;

- демиелинизирующих заболеваний нервной системы;

- коррекции зрения с помощью контактных линз, методов лазерной хирургии; слуха с помощью слуховых аппаратов, их имплантации;

- заболеваний, вызванных ранее неизвестным возбудителем инфекции.

Страховщик не оплачивает оказание следующих медицинских услуг, если иное не предусмотрено договором страхования:

- проводимые без медицинских показаний;

- консультации, диагностические исследования и пр. услуги, связанные с беременностью и ее осложнениями – прерывание беременности; дородовое наблюдение; родовспоможение; послеродовые заболевания и осложнения;

- услуги по планированию семьи, диагностика и лечение бесплодия (мужского и женского), импотенции, генетические исследования, лечение и/или процедуры, способствующие или предотвращающие половое зачатие, в том числе искусственное оплодотворение, введение и удаление ВМС;

- медицинское обследование, проводимое с целью оформления направления на МСЭК, справок для получения водительских прав, разрешения на ношение оружия, посещения бассейна, санаторно-курортной карты, медицинской карты в дошкольные и учебные заведения и пр.

- лечебные манипуляции на зубах, покрытых ортопедическими и ортодонтическими конструкциями. Устранение ортодонтических нарушений у детей и взрослых, гингивита, периодонтита, парадонтоза и хронического парадонтита, кист, литиаза полости рта и челюстно-лицевой области, остеомиелита челюсти, использование «сендвич-методики», обработка фторсодержащими лаками с профилактической целью, пломбирование каналов с использованием термофилов, всех видов зубопротезирования и услуг по подготовке к протезированию, косметической стоматологии (в том числе, исправление клиновидного дефекта, снятие налетов курительщика, цветных налетов, герметизация фиссур, AIR-FLOW, химическое отбеливание зубов (каппы) и пр., удаление корней, ретинированных и дистопированных, сверхкомплектных зубов,

перелечивание ранее леченых от пульпита зубов, общий наркоз, пластические операции, хирургические операции с применением изолирующих мембран, коффердам.

- методы экстракорпорального воздействия на кровь, в том числе программный гемодиализ, внутривенная лазеротерапия и пр. Внутривенная озонотерапия. Гипо-, нормо-, гипербарическая оксигенация;

- диагностика, лечение и пр. манипуляции по поводу заболеваний волос (алопеция и пр.), таких заболеваний кожи как мозоли, бородавки, папилломы, кандиломы, контагиозные моллюски, невусы, а также по устранению косметических дефектов, в том числе в целях улучшения психологического состояния Застрахованного лица; хирургическое изменение пола;

- диагностика и лечение ронхопатии (храпа) и апноэ во сне. Тест «Гемокод». Диагностика и лечение с использованием авторских методов в медицинских учреждениях, не предусмотренных программой страхования. Склеротерапия вен. Коррекция веса. Гидроколлотерапия;

- хирургическая коррекция зрения, в том числе с применением лазера; манипуляции с использованием аппаратно-программных комплексов в офтальмологии;

- иммунотерапия, включая СИТ; профилактические и оздоровительные мероприятия (иммунопрофилактика, профилактический массаж, тренажеры, солярий и пр.); водные процедуры, в том числе подводный массаж, ЛФК в бассейне и пр.; гидроколлотерапия;

- методы народной медицины, используемые с целью диагностики (акупунктурная, аурикуло-термопунктурная, электропунктурная, пульсовая, иридо-, мануальная, энергоинформатика и пр.), лечения (гирудотерапия, гомеопатия, физиотерапия, апитерапия и пр.) и оздоровления (цугун-терапия, управление дыханием, музыкотерапия и пр.);

- услуги психотерапевта, психиатра, психоневролога, психолога, диетолога, генетика, логопеда. Услуги, оказываемые в оздоровительных, профилактических и косметических целях.

Не оплачивается Страховщиком ортопедическое протезирование, слухопротезирование, трансплантация органов и тканей, а также стоимость протезов, эндопротезов, имплантантов (в том числе наборов для остеосинтеза и фиксации, ангиографии, ангиопластики и стентирования, электрокардиостимуляторов и др.) и пр. медицинских изделий, медицинского оборудования, очковой оптики, слуховых аппаратов и медицинских изделий, предназначенных для ухода за больными при любых заболеваниях.

Страховщик не оплачивает услуги по подготовке и выдаче необходимой медицинской документации (листки нетрудоспособности, рецепты, выписные эпикризы, справки, выписки из истории болезни и надлежащим образом заверенные копии всех медицинских документов). Указанные медицинские документы выдаются Застрахованному лицу на общих основаниях согласно действующему законодательству Российской Федерации.

10. ПОРЯДОК ВНЕСЕНИЯ ИЗМЕНЕНИЙ И ДОПОЛНЕНИЙ В ДОГОВОР СТРАХОВАНИЯ

10.1. Изменение договора возможно по соглашению сторон при существенном изменении обстоятельств, из которых стороны исходили при заключении договора.

Изменение обстоятельств признается существенным, когда они изменились настолько, что, если бы стороны могли это разумно предвидеть, договор вообще не был бы ими заключен или был бы заключен на значительно отличающихся условиях.

10.2. Соглашение об изменении или о расторжении договора совершается в той же форме, что и договор, если из закона, иных правовых актов, договора или обычаев делового оборота не вытекает иное.

10.3. При изменении договора страхования обязательства сторон сохраняются в измененном виде.

10.4. В случае изменения или расторжения договора страхования обязательства считаются измененными или прекращенными с момента заключения дополнительного соглашения сторон об изменении или о расторжении договора, если иное не вытекает из соглашения сторон.

11. НЕДЕЙСТВИТЕЛЬНОСТЬ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ

11.1. Договор страхования может быть признан недействительным с момента его заключения по основаниям, предусмотренным Гражданским кодексом Российской Федерации, а также, если он ставит Страхователя в худшее положение по сравнению с тем, которое предусмотрено законодательством Российской Федерации, или договор заключен после наступления страхового случая.

11.2. При недействительности договора страхования каждая из сторон обязана возвратить другой все полученное по нему, если иные последствия недействительности договора страхования не предусмотрены законом. Признание договора страхования недействительным осуществляется в соответствии с нормами гражданского законодательства Российской Федерации.

12. ПОРЯДОК РАЗРЕШЕНИЯ СПОРОВ

12.1. Качество, объем и обоснованность оказания медицинских и иных услуг, соответствие их программам страхования и договору страхования, контролируется врачами-экспертами Страховщика и Страховщиком.

12.2. Спорные вопросы, возникающие в процессе оказания медицинских и иных услуг Застрахованным лицам, при необходимости и наличии письменного заявления Страхователя (Застрахованного лица) с указанием предмета спора решает согласительная комиссия, в состав которой входят представители Страхователя и Страховщика в соответствии с регламентом, утвержденным Страховщиком.

12.3. Все споры по договору страхования между Страхователем и Страховщиком рассматриваются в претензионном порядке, а при недостижении согласия по претензиям - в судебном порядке. Письменная претензия должна быть направлена не позднее 30 дней с момента возникновения спора и рассмотрена в течение 30 дней с момента получения претензии.

12.4. В случае если медицинские и иные услуги и/или медицинские учреждения не были предусмотрены в договоре страхования и Страховщик на этом основании не оплатил их, медицинское учреждение вправе взыскать со Страхователя (Застрахованного лица) стоимость оказанных медицинских услуг в порядке, предусмотренном действующим законодательством Российской Федерации.

Приложение 2
к Правилам добровольного
медицинского страхования

ЗАЯВЛЕНИЕ
о добровольном медицинском страховании

Страхователь _____
(наименование предприятия, организации)

в лице _____
(должность, Ф.И.О)

просит заключить на условиях, предусмотренных Правилами добровольного медицинского страхования ООО «Федеральная страховая компания», утвержденными «__»_____ 200_ г. договор добровольного медицинского страхования по программе _____

Количество Застрахованных _____ человек.

С Правилами страхования, программой страхования и перечнем медицинских учреждений, в которые Застрахованные лица вправе обратиться после согласования со Страховщиком, ознакомлен и получил их.

С условиями договора добровольного медицинского страхования согласен.

Обязуюсь ознакомить с Правилами страхования, правами и обязанностями по договору страхования всех Застрахованных лиц.

_____ (подпись)

МП

Дополнительные условия заключения договора:

Страхователь:

Банковские реквизиты: _____

Местонахождение: _____

«__» _____ г.

_____ (подпись) МП

Приложение 3
к Правилам добровольного
медицинского страхования

ЗАЯВЛЕНИЕ
о добровольном медицинском страховании

Страхователь _____
(Ф.И.О)

(паспортные данные, адрес проживания, контактный телефон)

просит заключить на условиях, предусмотренных Правилами добровольного медицинского страхования ООО «Федеральная страховая компания», утвержденными «___» _____ 200_ г. договор добровольного медицинского страхования по программе _____

Сведения о застрахованных:

№ п/п	Ф.И.О	Пол	Дата рождения	адрес проживания, телефон

Количество Застрахованных _____ человек

Дополнительные условия заключения договора:

С Правилами страхования, программой страхования и перечнем медицинских учреждений, в которые Застрахованные лица вправе обратиться после согласования со Страховщиком, ознакомлен и получил их.

С условиями договора добровольного медицинского страхования согласен.

Обязуюсь ознакомить с Правилами страхования, правами и обязанностями по договору страхования всех Застрахованных лиц.

_____ (подпись)

Приложение 4
к Правилам добровольного
медицинского страхования

Местонахождение: _____
Банковские реквизиты: _____
Телефон: _____ Факс: _____

ПОЛИС
добровольного медицинского страхования
серия _____ № _____

Страхователь _____
(наименование Страхователя)

в лице _____,
(должность, Ф.И.О.)

адрес: _____,
_____ , телефон: _____ факс: _____,

на условиях Правил добровольного медицинского страхования заключил(а) договор на организацию
и оплату медицинской помощи на условиях _____

в пользу _____,
(Ф.И.О. Застрахованного лица, пол, год рождения)

проживающего по адресу: _____
_____ телефон: _____

Особые условия: _____

срок страхования		Страховая сумма (руб.)	страховая премия (руб.)	подлежит уплате (руб.)
начало	Окончание			

Страховая премия в сумме _____ руб.

вносится: наличными, перечислением (нужное подчеркнуть).

Срок уплаты страховой премии _____.

Страховая премия возврату не подлежит, кроме случая, предусмотренного Правилами страхования.

Изменение и расторжение договора страхования осуществляется в порядке, предусмотренном гражданским законодательством и Правилами страхования. Замена Застрахованного лица производится только с разрешения Страховщика и прекращается за три месяца до окончания срока действия договора страхования.

Для организации медицинских и иных услуг Застрахованное лицо должно связаться с оператором по телефону: _____.

Страхователь (Застрахованное лицо) с Правилами страхования ознакомлен и один экземпляр их получил «__» _____ 20__ г.

СТРАХОВЩИК

(подпись)
«__» _____ 20__ г.

М.П.

СТРАХОВАТЕЛЬ

(подпись)
«__» _____ 20__ г.

Приложение 5
к Правилам добровольного
медицинского страхования

ДОГОВОР
добровольного медицинского страхования № _____
(коллективный)

г. _____

«___» _____ 200__ г.

Общество с ограниченной ответственностью «Федеральная страховая компания», именуемое в дальнейшем «Страховщик», в лице Генерального директора _____, действующего на основании Устава и лицензии № _____ от _____, выданной Федеральной службой страхового надзора, с одной стороны, и _____, именуемый в дальнейшем «Страхователь», в лице _____

действующего на основании _____, с другой стороны, заключили настоящий договор о нижеследующем:

1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

1.1. Страховщик принимает на себя обязательства по организации и оплате медицинских и иных услуг Застрахованным лицам в соответствии с программами страхования, Страхователь производит оплату страховой премии в размере и сроки, предусмотренные настоящим договором.

1.2. Договор страхования заключен на основании Правил добровольного медицинского страхования ООО «Федеральная страховая компания», утвержденных «___» _____ 200__ г. (далее – Правила).

1.3. Страховщик выдает каждому Застрахованному лицу (через Страхователя) в течение _____ дней после заключения договора полис установленного образца, в котором указывается срок действия полиса, с приложением к нему программы страхования и перечня медицинских учреждений, в которые вправе обратиться Застрахованные лица при наступлении страхового случая.

1.4. Страховым случаем является:

- обращение Застрахованных лиц в течение срока действия договора страхования в медицинское учреждение из числа включенных в Перечень медицинских учреждений (Приложение № __ к настоящему договору) при остром заболевании, обострении хронического заболевания, травме (в том числе ожоге и отморожении), остром отравлении, острой патологии беременности до 8 недель и других заболеваниях за получением медицинских и иных услуг, предусмотренных программами страхования №№ ____ (Приложения №№ ____ к настоящему договору) и согласованных со Страховщиком;

- обращение Застрахованного лица в течение срока действия договора страхования за получением медицинских и иных услуг в соответствии с программой страхования в другие, не предусмотренные договором страхования, медицинские учреждения, если это обращение организовано и/или согласовано со Страховщиком.

Обращение Застрахованного лица за медицинской помощью осуществляется посредством предварительной связи с оператором Страховщика по телефону, указанному в полисе и сообщения ему информации, необходимой для организации медицинских и иных услуг в рамках выбранной программы страхования.

1.5. Общая численность Застрахованных лиц на момент заключения договора страхования составляет _____ человек. Списки Застрахованных лиц с указанием фамилии, имени, отчества, даты рождения, адреса проживания, контактного телефона передаются Страхователем Страховщику при заключении настоящего договора в двух экземплярах и являются неотъемлемой частью настоящего договора (Приложение №__).

1.6. Изменения в списках Застрахованных лиц (уволившиеся, вновь принятые на работу) согласовываются со Страховщиком и оформляются путем составления дополнительного соглашения к настоящему договору. В случае превышения общей численности Застрахованных лиц, указанных в п. 1.5. настоящего договора, Страхователь уплачивает дополнительный страховой взнос в размере и сроки, предусмотренные в дополнительном соглашении к настоящему договору. Замена Застрахованных лиц другими прекращается за три месяца до окончания срока действия договора страхования.

2. ПОРЯДОК РАСЧЕТОВ

2.1. Страховая сумма составляет: _____ на одно Застрахованное лицо за весь срок страхования.

2.2. Общая страховая сумма составляет _____.

2.3. Годовая страховая премия за одно Застрахованное лицо составляет:

№ программы страхования	Коэффициент, %	Страховая премия, руб.	Количество Застрахованных лиц

2.4. Общая сумма страховой премии по настоящему договору составляет _____.

2.5. Страховая премия уплачивается Страхователем в рассрочку в рублях путем перечисления на расчетный счет Страховщика по реквизитам, указанным в настоящем договоре в следующем порядке:

Первый страховой взнос в размере _____ уплачивается в срок не позднее «__» _____ 200__ г.

Второй страховой взнос в размере _____ уплачивается в срок не позднее «__» _____ 200__ г.

При страховании на срок менее одного года, в случае увеличения количества Застрахованных лиц, страховая премия за одно Застрахованное лицо уплачивается в следующем проценте от годового размера страховой премии:

страхование на срок 3 месяца - до 50%;

страхование на срок от 3-х месяцев до 6-ти месяцев – до 60%;

страхование на срок от 6-ти до 9-ти месяцев – 80 %;

страхование на срок от 9-ти месяцев – 95 %.

2.6. Договором устанавливается _____ франшиза
(условная, безусловная)

в размере _____.

2.7. Страховщик оплачивает медицинские и иные услуги только в пределах страховой суммы и согласованные со Страховщиком.

3. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТРАХОВАТЕЛЯ, ЗАСТРАХОВАННОГО ЛИЦА, СТРАХОВЩИКА

3.1. Страхователь вправе:

3.1.1. выбирать программы страхования в соответствии с условиями Правил, медицинские учреждения по согласованию со Страховщиком;

3.1.2. осуществлять контроль за выполнением условий договора страхования;

3.1.3. предъявлять претензии к Страховщику по качеству обслуживания Застрахованных лиц в избранном медицинском учреждении и требовать от Страховщика проведения расследования по таким претензиям;

3.1.4. в период действия договора страхования изменить численность Застрахованных лиц или произвести замену Застрахованных лиц с разрешения Страховщика путем подписания дополнительного соглашения к договору страхования и внесения изменений в список Застрахованных лиц с предоставлением Страховщику необходимых сведений. В случае исключения из числа Застрахованных, в том числе по причине заболеваний, указанных в настоящих Правилах, Страхователь обязан уведомить Страховщика не позднее, чем за 7 дней до предполагаемого исключения или замены Застрахованных лиц;

3.1.5. расширить перечень медицинских услуг путем подписания дополнительного соглашения к договору страхования и своевременно и в установленном Страховщиком размере уплатить дополнительную страховую премию;

3.1.6. вносить изменения и дополнения в договор страхования путем составления дополнительного соглашения к договору страхования;

3.1.7. досрочно расторгнуть договор страхования в соответствии с Правилами.

3.2. Страхователь обязан:

3.2.1. предоставить Страховщику полную и достоверную информацию (документы, сведения и др.), необходимую для заключения и исполнения договора страхования в сроки, определенные Страховщиком, в том числе письменно отвечать на запросы Страховщика;

3.2.2. незамедлительно сообщить Страховщику о ставших ему известными значительных изменениях в обстоятельствах, сообщенных Страховщику при заключении договора, если эти изменения могут существенно повлиять на увеличение страхового риска;

3.2.3. уплатить страховую премию (страховые взносы), в том числе дополнительную страховую премию (страховой взнос) в размере и в сроки, определенные договором страхования и дополнительными соглашениями к нему;

3.2.4. уплатить штрафные санкции в размере и сроки, установленные договором страхования за несвоевременную уплату страховой премии (страховых взносов);

3.2.5. ознакомить Застрахованных лиц с содержанием Правил, правами и обязанностями Застрахованных лиц по договору страхования; с любыми письменными извещениями, уведомлениями, запросами и др. обращениями Страховщика, направленными в адрес Страхователя в отношении Застрахованных лиц, а также изменениями и дополнениями, внесенными Страховщиком и Страхователем в договор страхования;

3.2.6. передать Застрахованным лицам документы, дающие право на получение медицинских и иных услуг, предусмотренные Правилами, обеспечить их сохранность и не передавать другим лицам для получения медицинских и иных услуг;

3.2.7. оплатить Страховщику расходы на изготовление дубликата утраченных документов, дающих право на получение медицинских и иных услуг;

3.2.8. оплатить Страховщику расходы на медицинское обследование Застрахованного лица с целью определения степени риска при согласии Застрахованного лица на его прохождение, если иное не предусмотрено договором страхования;

3.2.9. вернуть Страховщику документы, дающие право на получение медицинских и иных услуг Застрахованным лицом в случае расторжения договора страхования или прекращения его действия в отношении данного Застрахованного лица в день расторжения или прекращения договора страхования.

3.2.10. соблюдать требования Правил и условий договора страхования, режим конфиденциальной информации об условиях Правил и договора страхования, кроме случаев, предусмотренных законодательством Российской Федерации.

3.3. Застрахованное лицо имеет право:

3.3.1. на своевременное и качественное получение медицинских и иных услуг в соответствии с избранными Страхователем программой страхования и медицинскими учреждениями, определенными договором страхования;

3.3.2. предъявлять претензии к Страховщику по объему и качеству своего обслуживания в избранном медицинском учреждении и требовать от Страховщика немедленного проведения расследования по таким претензиям;

3.3.3. получать дубликат утраченных документов в соответствии с настоящими Правилами.

3.4. Застрахованное лицо обязано:

3.4.1. предоставить Страховщику полную и достоверную информацию (документы, сведения и др.), необходимую для заключения и исполнения договора страхования в сроки, определенные Страховщиком, в том числе письменно отвечать на запросы Страховщика;

3.4.2. согласовывать со Страховщиком получение медицинских и иных услуг посредством обязательной предварительной связи с оператором Страховщика по телефону, указанному в полисе и сообщения ему информации, необходимой для организации медицинских и иных услуг в рамках выбранной программы страхования;

3.4.3. обеспечить надлежащее хранение документов, дающих право на получение медицинских и иных услуг, исключающее возможность их использования для получения указанных услуг третьими лицами, не передавать документы другим лицам для получения медицинских и иных услуг;

3.4.4. незамедлительно сообщить Страховщику об утрате документов, дающих право на получение медицинских и иных услуг;

3.4.5. вернуть Страховщику документы, дающие право на получение медицинских и иных услуг через Страхователя в случае расторжения договора страхования или прекращения его действия в отношении данного Застрахованного лица в день расторжения или прекращения договора;

3.4.6. соблюдать требования Правил и условий договора страхования, предписания лечащего врача и режим в ходе получения медицинских и иных услуг в рамках программы страхования, распорядок, установленный медицинским учреждением.

3.5. Страховщик имеет право:

3.5.1. требовать от Страхователя предоставления полной и достоверной информации, необходимой для заключения и исполнения договора страхования;

3.5.2. выяснять причины и обстоятельства страхового случая, включая направление запросов о предоставлении информации;

3.5.3. по согласованию со Страхователем изменять программу страхования в случае прекращения взаимоотношений с медицинским учреждением, предусмотренным договором страхования и по др. основаниям; исключать из перечня медицинские учреждения по основаниям, предусмотренным Правилами;

3.5.4. при необходимости организовать предварительное медицинское обследование Застрахованных лиц в соответствии с настоящими Правилами;

3.5.5. на ознакомление с медицинской документацией Застрахованного лица, отражающей его историю заболевания, физическое и психическое состояние, диагноз, ход и прогноз результатов лечения, а также имеет право использовать данную информацию для решения вопросов, связанных с заключением и исполнением договора страхования, оплатой медицинских и иных услуг, изменением условий договора страхования, защитой прав Застрахованных лиц;

3.5.6. в случае отсутствия возможности предоставления медицинских и иных услуг Застрахованному лицу в медицинских учреждениях, определенных договором страхования, организовать предоставление необходимых и соответствующих по объему и качеству услуг Застрахованному лицу на базе иных медицинских учреждений, определенных по усмотрению Страховщика;

3.5.7. требовать от Страхователя и Застрахованных лиц согласовывать со Страховщиком получение медицинских и иных услуг;

3.5.8. увеличить страховую сумму и страховую премию (страховые взносы) по основаниям, предусмотренным Правилами путем составления дополнительного соглашения к договору страхования;

3.5.9. организовать экстренную медицинскую помощь Застрахованным лицам по жизненным показаниям с привлечением муниципальной медицины (скорая медицинская помощь «03», госпитализация в ближайший муниципальный стационар и пр.) с дальнейшей организацией перевода по желанию Страхователя (Застрахованного лица) при отсутствии медицинских противопоказаний в одно из медицинских учреждений, предусмотренных договором страхования;

3.5.10. проводить экспертизу медицинских и иных услуг для определения обоснованности их назначения, получения и оплаты;

3.5.11. проверять сообщаемую Страхователем информацию, а также выполнение Страхователем и Застрахованными лицами требований настоящего договора и Правил;

3.5.12. отказать в страховой выплате по основаниям, предусмотренным Правилами;

3.5.13. вносить изменения и дополнения в договор страхования путем составления дополнительного соглашения к договору страхования;

3.5.14. досрочно расторгнуть договор в случае нарушения Страхователем (Застрахованным лицом) условий договора страхования или п. 8.2. и п. 8.4. Правил в порядке, предусмотренном действующим законодательством Российской Федерации;

3.5.15. если после заключения договора страхования будет установлено, что Застрахованное лицо указало ложные сведения в ответе на запрос Страхователя либо уклонилось от сообщения сведений, Страховщик вправе расторгнуть договор страхования в отношении данного Застрахованного лица и требовать возмещения понесенных расходов на медицинские и иные услуги как в добровольном, так и в судебном порядке.

3.6. Страховщик обязан:

3.6.1. ознакомить Страхователя с Правилами и вручить ему один экземпляр;

3.6.2. обеспечить своевременную выдачу Застрахованным лицам документов, дающих право на получение медицинских и иных услуг;

3.6.3. обеспечить предоставление Застрахованным лицам медицинских и иных услуг в соответствии с программой страхования при наступлении страхового случая;

3.6.4. не разглашать тайну страхования, определенную Правилами;

3.6.5. контролировать объем, сроки и качество услуг медицинских и иных услуг в соответствии с программой страхования и договором страхования;

3.6.6. произвести в установленном порядке оплату услуг, оказанных Застрахованному лицу в соответствии с программой страхования и при наступлении страхового случая после признания его таковым Страховщиком;

3.6.7. защищать интересы Застрахованных лиц посредством контроля за объемом, сроками и качеством оказываемой Застрахованным лицам медицинских и иных услуг в соответствии с программой страхования.

4. ПОРЯДОК ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЫ

4.1. Страховая выплата осуществляется в пределах страховой суммы в виде оплаты медицинских и иных услуг медицинскому учреждению, в которое обратилось Застрахованное лицо при наступлении страхового случая.

4.2. Страховщик производит оплату медицинских и иных услуг только по тем страховым случаям, которые предусмотрены программой страхования и которые признаны Страховщиком.

При необходимости оказания Застрахованному лицу медицинских и иных услуг сверх установленной договором страхования страховой суммы эти услуги могут быть оказаны Застрахованному лицу и оплачены Страховщиком после увеличения страховой суммы по договору страхования с соответствующим увеличением страховой премии в размере, установленном Страховщиком. О намерении увеличить страховую сумму Страхователь письменно уведомляет Страховщика не позднее, чем за 7 дней до предполагаемого увеличения страховой суммы.

4.3. Страховщик не оплачивает медицинские и иные услуги, оказанные Застрахованному лицу в соответствии с исключениями, содержащимися в программе страхования и Правилах страхования.

4.4. Страховые выплаты медицинскому учреждению за медицинские и иные услуги, оказанные Застрахованным лицам, осуществляются в порядке и на условиях, установленных договором между Страховщиком и медицинским учреждением.

5. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ ПО ДОГОВОРУ СТРАХОВАНИЯ

5.1. Страховщик, Страхователь и Застрахованные лица несут ответственность на неисполнение или ненадлежащее исполнение договора страхования в соответствии с законодательством Российской Федерации.

5.2. За нарушение тайны страхования Страховщик несет ответственность в соответствии с гражданским законодательством Российской Федерации.

5.3. За нарушение сроков оплаты страховой премии (страховых взносов), в том числе дополнительной, Страхователь уплачивает неустойку в размере ____% от страховой премии за каждый день просрочки.

5.4. За удержание документов, дающих право на получение медицинских и иных услуг Страхователь уплачивает Страховщику штраф в размере _____ за каждое Застрахованное лицо.

5.5. Возместить расходы Страховщика на оказание медицинских и иных услуг в полном объеме в случае установления факта получения медицинских и иных услуг другим лицом вследствие незаконной передачи ему документов, дающих право на получение указанных услуг (полис, именная карточка, пропуск в медицинское учреждение).

5.6. Сроки оплаты штрафа и возмещения расходов устанавливаются в письменном требовании Страховщика.

6. СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА

6.1. Настоящий договор вступает в силу с момента уплаты страховой премии (первого страхового взноса) и действует в течение года.

6.2. По истечении срока настоящий договор автоматически не пролонгируется. За один месяц до окончания действия настоящего договора стороны ведут переговоры о заключении договора на новый период.

7. ПРЕКРАЩЕНИЕ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ

7.1. Договор страхования прекращается в случаях:

- истечения срока его действия;
- неуплаты Страхователем очередного страхового взноса при уплате страховой премии в рассрочку или дополнительной страховой премии (страхового взноса) в установленные договором страхования сроки и в определенном размере;
- исполнения Страховщиком обязательств перед Страхователем по договору в полном объеме;
- ликвидации Страхователя;
- нарушения Застрахованным лицом предписаний лечащего врача, Страхователем и/или Застрахованным лицом условий договора и положений настоящих Правил;
- соглашения сторон – с даты, определенной соглашением;
- вступления в законную силу соответствующего судебного решения;
- одностороннего волеизъявления Страхователя или Страховщика при условии обязательного уведомления о намерении досрочного прекращения договора страхования;

- в других случаях, предусмотренных настоящим договором и законодательством Российской Федерации.

7.2. Стороны о своем намерении досрочно прекратить договор страхования письменно уведомляют друг друга не менее чем за 30 дней до предполагаемой даты прекращения договора страхования.

7.3. При досрочном отказе Страхователя от договора страхования уплаченная Страховщику страховая премия возврату не подлежит.

8. ПОРЯДОК РАЗРЕШЕНИЯ СПОРОВ

8.1. Спорные вопросы, возникающие в процессе оказания медицинских и иных услуг Застрахованным лицам, при необходимости и наличии письменного заявления Страхователя (Застрахованного лица) с указанием предмета спора решает согласительная комиссия, в состав которой входят представители Страхователя и Страховщика в соответствии с регламентом, утвержденным Страховщиком.

8.2. Все споры по договору страхования между Страхователем и Страховщиком рассматриваются в претензионном порядке, а при недостижении согласия по претензиям - в Арбитражном суде г. Москвы. Письменная претензия должна быть направлена не позднее 30 дней с момента возникновения спора и рассмотрена в течение 30 дней с момента получения претензии.

9. ПРОЧИЕ УСЛОВИЯ

9.1. При страховании Застрахованных лиц вместе с членами их семей, к внесению в списки Застрахованных лиц подлежат супруг/супруга, родители, дети. Замена Застрахованных родственников по настоящему договору (одного члена семьи на другого члена семьи) не допускается. Внесение в списки иных (посторонних) лиц не допускается. В случае нарушения данного положения, Страховщик не несет ответственности по своим обязательствам в отношении родственников и посторонних лиц и оставляет за собой право расторгнуть настоящий договор страхования, а также потребовать от Страхователя возмещения расходов, понесенных на оказание медицинских и иных услуг указанным лицам.

9.2. В случае изменения цен на медицинские и иные услуги, экономических и других непредвиденных условий Страховщик вправе изменить условия договора. Изменения в договор вносятся по согласованию сторон, а при недостижении согласия договор расторгается.

9.3. Все изменения и дополнения к настоящему Договору действительны, если они совершены в письменном виде и подписаны уполномоченными лицами Сторон.

9.4. Все приложения к настоящему договору являются его неотъемлемыми частями.

9.5. Настоящий договор составлен и подписан в двух экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, по одному экземпляру для каждой Стороны.

10. АДРЕСА И РЕКВИЗИТЫ СТОРОН

10.1. СТРАХОВЩИКА: _____
(индекс) (почтовый адрес)

Расчетный счет _____

Реквизиты банка _____

Телефон: _____ Факс: _____

10.2. СТРАХОВАТЕЛЯ: _____
(индекс) (почтовый адрес)

Расчетный счет _____

Реквизиты банка _____

Телефон: _____ Факс: _____ Телекс: _____

К настоящему договору прилагается: _____

ОТ СТРАХОВАТЕЛЯ

С Правилами страхования ознакомлен, согласен и на руки получил.

_____ / _____ /

СТРАХОВЩИК

(подпись) МП

СТРАХОВАТЕЛЬ

(подпись) МП

Приложение 6
к Правилам добровольного
медицинского страхования

ДОГОВОР
добровольного медицинского страхования № _____
(индивидуальный)

г. _____

«__» _____ 200__ г.

Общество с ограниченной ответственностью «Федеральная страховая компания», именуемое в дальнейшем «Страховщик», в лице Генерального директора _____, действующего на основании Устава и лицензии № _____ от _____, выданной Федеральной службой страхового надзора, с одной стороны, и _____, именуемый в дальнейшем «Страхователь», действующий на _____ основании паспорта _____, с другой стороны, заключили настоящий договор о нижеследующем:

1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

1.1. Страховщик принимает на себя обязательства по организации и оплате медицинских и иных услуг Страхователю (Застрахованному лицу) в соответствии с программой страхования, Страхователь производит оплату страховой премии в размере и сроки, предусмотренные настоящим договором.

1.2. Договор страхования заключен на основании Правил добровольного медицинского страхования ООО «Федеральная страховая компания», утвержденных «__» _____ 200__ г. (далее – Правила).

1.3. Страховщик выдает Застрахованному лицу в течение _____ дней после заключения договора полис установленного образца, в котором указывается срок действия полиса, с приложением к нему программы страхования и перечня медицинских учреждений, в которые вправе обратиться Застрахованное лицо при наступлении страхового случая.

1.4. Страховым случаем является:

- обращение Застрахованного лица в течение срока действия договора страхования в медицинское учреждение из числа включенных в Перечень медицинских учреждений (Приложение № __ к настоящему договору) при остром заболевании, обострении хронического заболевания, травме (в том числе ожоге и отморожении), остром отравлении, острой патологии беременности до 8 недель и других заболеваниях за получением медицинских и иных услуг, предусмотренных программами страхования №№ __ (Приложения №№ __ к настоящему договору) и согласованных со Страховщиком;

- обращение Застрахованного лица в течение срока действия договора страхования за получением медицинских и иных услуг в соответствии с программой страхования в другие, не предусмотренные договором страхования, медицинские учреждения, если это обращение организовано и/или согласовано со Страховщиком.

Обращение Застрахованного лица за медицинской помощью осуществляется посредством обязательной предварительной связи с оператором Страховщика по телефону, указанному в полисе и сообщения ему информации, необходимой для организации медицинских и иных услуг в рамках выбранной программы страхования.

1.5. Общая численность Застрахованных лиц на момент заключения договора страхования составляет _____ человек. Списки Застрахованных лиц с указанием фамилии, имени, отчества, даты рождения, адреса проживания, контактного телефона передаются Страхователем Страховщику при заключении настоящего договора в двух экземплярах и являются неотъемлемой частью настоящего договора (Приложение №__).

1.6. Изменения в списках Застрахованных лиц согласовываются со Страховщиком и оформляются путем составления дополнительного соглашения к настоящему договору. В случае превышения общей численности Застрахованных лиц, указанных в п. 1.5. настоящего договора, Страхователь уплачивает дополнительный страховой взнос в размере и сроки, предусмотренные в дополнительном соглашении к настоящему договору. Замена Застрахованных лиц другими прекращается за три месяца до окончания срока действия договора страхования.

1.7. Страхователь, заключивший настоящий договор в пользу другого лица, прав Застрахованного не приобретает.

2. ПОРЯДОК РАСЧЕТОВ

2.1. Страховая сумма составляет: _____ на одно Застрахованное лицо за весь срок страхования.

2.2. Общая страховая сумма составляет _____.

2.3. Годовая страховая премия за одно Застрахованное лицо составляет:

№ программы страхования	Коэффициент, %	Страховая премия, руб.	Количество Застрахованных лиц

2.4. Общая сумма страховой премии по настоящему договору составляет _____.

2.5. Страховая премия уплачивается Страхователем одновременно в рублях путем перечисления на расчетный счет или в кассу Страховщика.

При страховании на срок менее одного года, в случае увеличения количества Застрахованных лиц, страховая премия за одно Застрахованное лицо уплачивается в следующем проценте от годового размера страховой премии:

страхование на срок 3 месяца - до 50%;

страхование на срок от 3-х месяцев до 6-ти месяцев – до 60%;

страхование на срок от 6-ти до 9-ти месяцев - 80 %;

страхование на срок от 9-ти месяцев - 95 %.

2.6. Договором устанавливается _____ франшиза (условная, безусловная)

в размере _____.

2.7. Страховщик оплачивает медицинские и иные услуги только в пределах страховой суммы.

3. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТРАХОВАТЕЛЯ, ЗАСТРАХОВАННОГО ЛИЦА, СТРАХОВЩИКА

3.1. Страхователь вправе:

3.1.1. выбирать программы страхования в соответствии с условиями Правил, медицинские учреждения по согласованию со Страховщиком;

3.1.2. осуществлять контроль за выполнением условий договора страхования;

3.1.3. иные права, предусмотренные Правилами.

3.2. Страхователь обязан:

3.2.1. предоставить Страховщику полную и достоверную информацию (документы, сведения и др.), необходимую для заключения и исполнения договора страхования в сроки, определенные Страховщиком, в том числе письменно отвечать на запросы Страховщика;

3.2.2. незамедлительно сообщить Страховщику о ставших ему известными значительных изменениях в обстоятельствах, сообщенных Страховщику при заключении договора, если эти изменения могут существенно повлиять на увеличение страхового риска;

3.2.3. уплатить страховую премию (страховые взносы), в том числе дополнительную страховую премию (страховой взнос) в размере и в сроки, определенные договором страхования и дополнительными соглашениями к нему;

3.2.4. ознакомить Застрахованных лиц с содержанием Правил, правами и обязанностями Застрахованных лиц по договору страхования; с любыми письменными извещениями, уведомлениями, запросами и др. обращениями Страховщика, направленными в адрес Страхователя в отношении Застрахованных лиц, а также изменениями и дополнениями, внесенными Страховщиком и Страхователем в договор страхования;

3.2.5. иные обязанности, предусмотренные Правилами.

3.3. Застрахованное лицо имеет право:

3.3.1. на своевременное и качественное получение медицинских и иных услуг в соответствии с избранными Страхователем программой страхования и медицинскими учреждениями, определенными договором страхования;

3.3.2. предъявлять претензии к Страховщику по объему и качеству своего обслуживания в избранном медицинском учреждении и требовать от Страховщика немедленного проведения расследования по таким претензиям;

3.3.3. получать дубликат утраченных документов в соответствии с настоящими Правилами.

3.4. Застрахованное лицо обязано:

3.4.1. предоставить Страховщику полную и достоверную информацию (документы, сведения и др.), необходимую для заключения и исполнения договора страхования в сроки, определенные Страховщиком, в том числе письменно отвечать на запросы Страховщика;

3.4.2. согласовывать со Страховщиком получение медицинских и иных услуг посредством обязательной предварительной связи с оператором Страховщика по телефону, указанному в полисе и сообщения ему информации, необходимой для организации медицинских и иных услуг в рамках выбранной программы страхования;

3.4.3. обеспечить надлежащее хранение документов, дающих право на получение медицинских и иных услуг, исключающее возможность их использования для получения указанных услуг третьими лицами, не передавать документы другим лицам для получения медицинских и иных услуг;

3.4.4. незамедлительно сообщить Страховщику об утрате документов, дающих право на получение медицинских и иных услуг;

3.4.5. вернуть Страховщику документы, дающие право на получение медицинских и иных услуг через Страхователя в случае расторжения договора страхования или прекращения его действия в отношении данного Застрахованного лица в день расторжения или прекращения договора;

3.4.6. соблюдать требования Правил и условий договора страхования, предписания лечащего врача и режим в ходе получения медицинских и иных услуг в рамках программы страхования, распорядок, установленный медицинским учреждением.

3.5. Страховщик имеет право:

3.5.1. требовать от Страхователя предоставления полной и достоверной информации, необходимой для заключения и исполнения договора страхования;

3.5.2. выяснять причины и обстоятельства страхового случая, включая направление запросов о предоставлении информации;

3.5.3. по согласованию со Страхователем изменять программу страхования в случае прекращения взаимоотношений с медицинским учреждением, предусмотренным договором

страхования и по др. основаниям; исключать из перечня медицинские учреждения по основаниям, предусмотренным Правилами;

3.5.4. при необходимости организовать предварительное медицинское обследование Застрахованных лиц в соответствии с настоящими Правилами;

3.5.5. на ознакомление с медицинской документацией Застрахованного лица, отражающей его историю заболевания, физическое и психическое состояние, диагноз, ход и прогноз результатов лечения, а также имеет право использовать данную информацию для решения вопросов, связанных с заключением и исполнением договора страхования, оплатой медицинских и иных услуг, изменением условий договора страхования, защитой прав Застрахованных лиц;

3.5.6. увеличить страховую сумму и страховую премию (страховые взносы) по основаниям, предусмотренным Правилами путем составления дополнительного соглашения к договору страхования;

3.5.7. организовать экстренную медицинскую помощь Застрахованным лицам по жизненным показаниям с привлечением муниципальной медицины (скорая медицинская помощь «03», госпитализация в ближайший муниципальный стационар и пр.) с дальнейшей организацией перевода по желанию Страхователя (Застрахованного лица) при отсутствии медицинских противопоказаний в одно из медицинских учреждений, предусмотренных договором страхования;

3.5.8. проводить экспертизу медицинских и иных услуг для определения обоснованности их назначения, получения и оплаты;

3.5.9. проверять сообщаемую Страхователем информацию, а также выполнение Страхователем и Застрахованными лицами требований настоящего договора и Правил;

3.5.10. если после заключения договора страхования будет установлено, что Застрахованное лицо указало ложные сведения в ответе на запрос Страхователя либо уклонилось от сообщения сведений, Страховщик вправе расторгнуть договор страхования в отношении данного Застрахованного лица и требовать возмещения понесенных расходов на медицинские и иные услуги как в добровольном, так и в судебном порядке;

3.5.11. иные права, предусмотренные Правилами.

3.6. Страховщик обязан:

3.6.1. ознакомить Страхователя с Правилами и вручить ему один экземпляр;

3.6.2. обеспечить своевременную выдачу Застрахованным лицам документов, дающих право на получение медицинских и иных услуг;

3.6.3. иные обязанности, предусмотренные Правилами.

4. ПОРЯДОК ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЫ

4.1. Страховая выплата осуществляется в пределах страховой суммы в виде оплаты медицинских и иных услуг медицинскому учреждению, в которое обратилось Застрахованное лицо при наступлении страхового случая.

4.2. Страховщик производит оплату медицинских и иных услуг только по тем страховым случаям, которые предусмотрены программой страхования и которые признаны Страховщиком.

При необходимости оказания Застрахованному лицу медицинских и иных услуг сверх установленной договором страхования страховой суммы эти услуги могут быть оказаны Застрахованному лицу и оплачены Страховщиком после увеличения страховой суммы по договору страхования с соответствующим увеличением страховой премии в размере, установленном Страховщиком. О намерении увеличить страховую сумму Страхователь письменно уведомляет Страховщика не менее чем за 7 дней до предполагаемого увеличения страховой суммы.

4.3. Страховщик не оплачивает медицинские и иные услуги, оказанные Застрахованному лицу в соответствии с исключениями, содержащимися в программе страхования и Правилах.

4.4. Страховые выплаты медицинскому учреждению за медицинские и иные услуги, оказанные Застрахованным лицам, осуществляются в порядке и на условиях, установленных договором между Страховщиком и медицинским учреждением.

5. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ ПО ДОГОВОРУ СТРАХОВАНИЯ

5.1. Страховщик, Страхователь и Застрахованные лица несут ответственность на неисполнение или ненадлежащее исполнение договора страхования в соответствии с законодательством Российской Федерации.

5.2. За нарушение тайны страхования Страховщик несет ответственность в соответствии с гражданским законодательством Российской Федерации.

5.3. За нарушение сроков оплаты страховой премии (страховых взносов), в том числе дополнительной, Страхователь уплачивает неустойку в размере ____% от страховой премии за каждый день просрочки.

5.4. За удержание документов, дающих право на получение медицинских и иных услуг Страхователь уплачивает Страховщику штраф в размере _____ за каждое Застрахованное лицо.

5.5. Возместить расходы Страховщика на оказание медицинских и иных услуг в полном объеме в случае установления факта получения медицинских и иных услуг другим лицом вследствие незаконной передачи ему документов, дающих право на получение указанных услуг (полис, именная карточка, пропуск в медицинское учреждение).

5.6. Сроки оплаты штрафа и возмещения расходов устанавливаются в письменном требовании Страховщика.

6. СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА

6.1. Настоящий договор вступает в силу с момента уплаты страховой премии (первого страхового взноса) и действует в течение года.

6.2. По истечении срока настоящий договор автоматически не пролонгируется. За один месяц до окончания действия настоящего договора стороны ведут переговоры о заключении договора на новый период.

7. ПРЕКРАЩЕНИЕ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ

7.1. Договор страхования прекращается в случаях:

- истечения срока его действия;
- неуплаты Страхователем очередного страхового взноса при уплате страховой премии в рассрочку или дополнительной страховой премии (страхового взноса) в установленные договором страхования сроки и в определенном размере;
- исполнения Страховщиком обязательств перед Страхователем по договору в полном объеме;
- смерти Страхователя;
- нарушения Застрахованным лицом предписаний лечащего врача, Страхователем и/или Застрахованным лицом условий договора и положений настоящих Правил;
- соглашения сторон – с даты, определенной соглашением;
- вступления в законную силу соответствующего судебного решения;
- одностороннего волеизъявления Страхователя или Страховщика при условии обязательного уведомления о намерении досрочного прекращения договора страхования;
- в других случаях, предусмотренных настоящим договором и законодательством Российской Федерации.

7.2. Стороны о своем намерении досрочно прекратить договор страхования письменно уведомляют друг друга не менее чем за 30 дней до предполагаемой даты прекращения договора страхования.

7.3. При досрочном отказе Страхователя от договора страхования уплаченная Страховщику страховая премия возврату не подлежит.

8. ПОРЯДОК РАЗРЕШЕНИЯ СПОРОВ

8.1. Спорные вопросы, возникающие в процессе оказания медицинских и иных услуг Застрахованным лицам, при необходимости и наличии письменного заявления Страхователя (Застрахованного лица) с указанием предмета спора решает согласительная комиссия, в состав которой входят представители Страхователя и Страховщика в соответствии с регламентом, утвержденным Страховщиком.

8.2. Все споры по договору страхования между Страхователем и Страховщиком рассматриваются в претензионном порядке, а при недостижении согласия по претензиям - в суде общей юрисдикции. Письменная претензия должна быть направлена не позднее 30 дней с момента возникновения спора и рассмотрена в течение 30 дней с момента получения претензии.

9. ПРОЧИЕ УСЛОВИЯ

9.1. При страховании Застрахованных лиц вместе с членами их семей, к внесению в списки Застрахованных лиц подлежат супруг/супруга, родители, дети. Замена Застрахованных родственников по настоящему договору (одного члена семьи на другого члена семьи) не допускается. Внесение в списки иных (посторонних) лиц не допускается. В случае нарушения данного положения, Страховщик не несет ответственности по своим обязательствам в отношении родственников и посторонних лиц и оставляет за собой право расторгнуть настоящий договор страхования, а также потребовать от Страхователя возмещения расходов, понесенных на оказание медицинских и иных услуг указанным лицам.

9.2. В случае изменения цен на медицинские и иные услуги, экономических и других непредвиденных условий Страховщик вправе изменить условия договора. Изменения в договор вносятся по согласованию сторон, а при недостижении согласия договор расторгается.

9.3. Все изменения и дополнения к настоящему Договору действительны, если они совершены в письменном виде и подписаны уполномоченными лицами Сторон.

9.4. Все приложения к настоящему договору являются его неотъемлемыми частями.

9.5. Настоящий договор составлен и подписан в двух экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, по одному экземпляру для каждой Стороны.

10. АДРЕСА И РЕКВИЗИТЫ СТОРОН

10.1. СТРАХОВЩИКА: _____
(индекс) (почтовый адрес)

Расчетный счет _____

Реквизиты банка _____

Телефон: _____ Факс: _____

10.2. СТРАХОВАТЕЛЯ: _____
(индекс) (почтовый адрес)

Телефон: _____

К настоящему договору прилагается: _____

ОТ СТРАХОВАТЕЛЯ

С Правилами страхования ознакомлен, согласен и на руки получил.

_____ / _____ /

СТРАХОВЩИК

СТРАХОВАТЕЛЬ

 (подпись)

 (подпись)

М.П.

Приложение 7
к Правилам добровольного
медицинского страхования

ЗАПРОС
о предоставлении информации о состоянии здоровья
несовершеннолетнего

ООО «Федеральная страховая компания», действуя на основании Правил добровольного медицинского страхования, утвержденных « ____ » _____ 200_ г., просит представить полную и достоверную информацию о состоянии здоровья несовершеннолетнего лица, подлежащего страхованию или Застрахованного лица.

Ответ на запрос Страховщика составляется родителем или опекуном с указанием Ф.И.О. и степени родства в связи с заключением и исполнением договора добровольного медицинского страхования в пользу несовершеннолетнего Застрахованного лица.

С учетом данных, указанных в ответе на запрос, Страховщик вправе предложить Застрахованному лицу пройти медицинское обследование.

Страховщик отвечает за конфиденциальность сообщенной Вами информации:

1. Ф.И.О.
ребенка _____
2. Пол _____, Дата рождения _____, Рост _____
Вес _____
3. Место жительства: район, улица _____,
дом _____, корпус _____, подъезд _____, этаж _____, квартира _____
код подъезда _____, тел: _____
4. Были ли осложнения в родах у матери _____
Была ли родовая травма _____
5. Был ли застрахован ребенок ранее, если "да", то укажите:
а) названия страховых компаний _____
б) срок страхования _____
в) название поликлиники _____
г) название стационара _____
6. Застрахованы ли другие члены Вашей семьи по программам добровольного медицинского страхования, если «Да», укажите: кто _____
название страховой компании _____
7. Имеются ли хронические и наследственные заболевания у родителей, если "Да", то укажите:
у отца _____
у матери _____
8. Болел ли ребенок острыми и инфекционными болезнями, если «Да», укажите какими, в каком возрасте: _____
9. Имеются ли у ребенка хронические и наследственные заболевания, если «Да», то укажите какие

10. В каком медицинском учреждении наблюдается _____

каким специалистом _____

11. Укажите дату последней консультации ребенка врачом _____

Заключение _____

11. Дата и заключение консультации или обследования в течение последнего года _____

12. Лечился ли ребенок в больнице за последние 2 года, если «Да», то укажите, где, по какому поводу _____

13. Получает ли ребенок в настоящее время лекарственные препараты, если «Да», то укажите, какие _____

14. Проведены ли ребенку профилактические прививки:

а) соответственно возрасту _____

б) имелся ли длительный постоянный медицинский отвод от прививок, если «Да», то укажите причину: _____

15. Посещение ребенком детского дошкольного учреждения (обычное, специализированное), если «Да», указать какое, если «Нет», укажите причину _____

16. Обучение ребенка в школе (общеобразовательная, специализированная, вспомогательная), указать какая, если ребенок обучается на дому, укажите причину _____

17. Имеет или имел в прошлом ребенок группу инвалидности, если «Да», укажите (группу, дату установления/снятия, причину) _____

Дата, подпись, расшифровка подписи

Приложение 8
к Правилам добровольного
медицинского страхования

ЗАПРОС
о предоставлении информации о состоянии здоровья

ООО «Федеральная страховая компания», действуя на основании Правил добровольного медицинского страхования, утвержденных «___» _____ 200_г., просит представить полную и достоверную информацию о состоянии здоровья лица, подлежащего страхованию или Застрахованного лица.

С учетом данных, указанных в ответе на запрос, Страховщик вправе предложить Застрахованному лицу пройти медицинское обследование.

Страховщик отвечает за конфиденциальность сообщенной Вами информации:

1. Ф.И.О. _____
2. Пол _____, Дата рождения _____, Рост _____
Вес _____
3. Место жительства: район, улица _____,
дом _____, корпус _____, подъезд _____, этаж _____, квартира _____,
код подъезда _____, тел: _____
4. Были ли Вы застрахованы ранее, если "да", то укажите:
 - а) названия страховых компаний _____
 - б) срок страхования _____
 - в) название поликлиники _____
 - г) название стационара _____
5. Имели когда-либо или имеете следующие заболевания, если "Да", то укажите:

Заболевания	Да	Нет
Сердечно-сосудистой системы		
Заболевания легких или дыхательных путей		
Какое-либо расстройство пищеварительной системы, желчного пузыря или печени		
Какие-либо нервные расстройства		
Какие-либо психические расстройства		
Заболевания уха, горла, носа		
Органов зрения		
Нарушение функций или заболевания мышц, костей, связок, конечностей, позвоночника		
Диабет, заболевание щитовидной железы, др. эндокринные нарушения		
Какие-либо заболевания крови		
Рак, новообразования или опухоли любого вида		
СПИД, ВИЧ		
Любые другие заболевания, расстройства, операции		

Если Вы ответили «Да», то укажите подробности

6. Болели ли Вы острыми и инфекционными болезнями, если «Да», укажите какими, в каком возрасте:_____

7. Имеются ли хронические и наследственные заболевания у родителей, если "Да", то укажите:
у отца _____

у матери _____

8. Болеете ли Вы острыми и инфекционными заболеваниями, если «Да», укажите какими, _____

9. Имеются ли у Вас хронические и наследственные заболевания, если «Да», то укажите какие _____

10. В каком медицинском учреждении наблюдаетесь _____

каким специалистом _____

11. Укажите дату последней консультации врачом _____

Заключение _____

11. Дата и заключение консультации или обследования в течение последнего года _____

12. Лечились ли Вы в больнице за последние 2 года, если «Да», то укажите, где, по какому поводу _____

13. Получаете ли Вы в настоящее время лекарственные препараты, если «Да», то укажите, какие _____

14. Имеете ли или имели в прошлом ребенок группу инвалидности, если «Да», укажите (группу, дату установления/снятия, причину) _____

15. Какие медикаменты Вы употребляете регулярно _____

16. Занимаетесь ли Вы профессионально или на любительском уровне спортом, если «Да», укажите каким _____

17. Укажите любые неблагоприятные условия, которые могут оказать влияние на увеличение страхового риска (профессиональные риски, экстремальные спортивные риски, употребление алкоголя, наркотиков, токсических веществ, транквилизаторов, курение и пр.) _____

Дата, подпись, расшифровка подписи

Приложение 9
к Правилам добровольного
медицинского страхования

ПРОГРАММЫ добровольного медицинского страхования

Добровольное медицинское страхование осуществляется на основе выбранной программы добровольного медицинского страхования и обеспечивает Застрахованным лицам получение дополнительных медицинских и иных услуг сверх установленных программами обязательного медицинского страхования.

Для получения своевременной медицинской помощи в рамках выбранной программы страхования Застрахованному лицу необходимо обратиться к оператору по телефону, указанному в полисе и сообщить ему в целях организации медицинских и иных услуг следующую информацию:

- Ф.И.О. Застрахованного, нуждающегося в оказании медицинских услуг;
- номер полиса и срок его действия;
- симптомы заболевания и характер требуемой помощи;
- местонахождение Застрахованного лица и контактный телефон для обратной связи.

Далее Застрахованное лицо обязано строго следовать указаниям оператора, самостоятельное обращение за медицинской помощью без согласования со Страховщиком может привести к отказу в страховой выплате.

Приложение № 1
к Правилам добровольного медицинского страхования

Тарифы добровольного медицинского страхования при страховании сроком на 1 год
(% от страховой суммы)

1. Риск возникновения ухудшения состояния здоровья, которое требует оказания Застрахованному медицинской помощи и иных услуг при амбулаторном лечении – «Амбулаторная помощь»	24,75%
2. Риск возникновения ухудшения состояния здоровья, которое требует оказания Застрахованному амбулаторной медицинской помощи и иных услуг в медицинских учреждениях и/или на дому и/или на рабочем месте личными врачами (врачами общей практики, семейными врачами, семейными врачами общей практики, «врачом на дом», «врачом общей практики на дом», корпоративными врачами, врачами фирмы, врачами офиса) – «Личный врач»	10,02%
3. Риск возникновения ухудшения состояния здоровья, которое требует оказания Застрахованному скорой медицинской помощи и иных услуг на дому, на работе или в других местах бригадой скорой помощи – «Скорая помощь»	8,5%
4. Риск возникновения ухудшения состояния здоровья, которое требует оказания Застрахованному неотложной медицинской помощи и иных услуг круглосуточно на дому врачами отделения неотложной помощи амбулаторно-поликлинического учреждения – «Неотложная помощь»	7,7%
5. Риск возникновения ухудшения состояния здоровья, которое требует оказания Застрахованному стационарной медицинской помощи и иных услуг в стационарных медицинских учреждениях – «Стационарное лечение»	17,8%
6. Риск возникновения ухудшения состояния здоровья, которое требует оказания Застрахованному медицинской помощи и иных услуг средним медицинским персоналом в стационарных медицинских учреждениях или на дому (круглосуточный сестринский пост) – «Сестринский уход»	67,4%
7. «Медицинский комплекс»	83,7%
8. Индивидуальные программы	Определяются андеррайтерами на основе индивидуальной оценки риска

Данный расчет тарифов сделан для 1-ой Группы здоровья, тарифные ставки для остальных групп здоровья определяются путем применения к данным тарифным ставкам повышающих коэффициентов, конкретные значения повышающих коэффициентов приведены в Правилах добровольного медицинского страхования.

В зависимости от условий страхования (объема и качества медицинских услуг, медицинского учреждения) и других обстоятельств, влияющих на степень риска (возраста, состояния здоровья Застрахованного лица, количества Застрахованных

лиц по договору и др.) Страховщик применяет к базовым тарифам повышающие (от 1,0 до 12,0) или понижающие (от 1,0 до 0,2) коэффициенты.

При страховании по индивидуальным программам добровольного медицинского страхования тарифы по амбулаторно-поликлинической помощи, стационарной помощи и скорой медицинской помощи для конкретных заболеваний определяются андеррайтерами на основе индивидуальной оценки риска с учетом предшествующего опыта страхования, конкретного перечня медицинских услуг, предусмотренных программой страхования и других условий Договора страхования.

В любом случае при применении поправочных коэффициентов, результирующая тарифная ставка не должна превышать 100%, если в результате применения поправочных коэффициентов результирующая тарифная ставка превысила 100%, то тариф устанавливается равным 99,9%.