



АО «СГ «ПРЕСТИЖ-ПОЛИС»

123423, г. Москва, ул. Мневники, д. 13
Тел./Факс: (495) 223-7708, (499) 728-3105
Сайт: vip-polis.ru

УТВЕРЖДЕНО

приказом

Генерального директора

от 06 мая 2019 г. № 14-ОД



/ Деревенсков Е.Е. /

**ПРАВИЛА
ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ
(редакция № 2)**

Оглавление

1. СУБЪЕКТЫ СТРАХОВАНИЯ.....	2
2. ОБЪЕКТ СТРАХОВАНИЯ.....	3
3. СТРАХОВЫЕ СЛУЧАИ.....	3
4. ИСКЛЮЧЕНИЯ ИЗ СТРАХОВАНИЯ.....	3
5. СТРАХОВАЯ СУММА.....	6
6. СТРАХОВАЯ ПРЕМИЯ (СТРАХОВОЙ ВЗНОС).....	6
7. СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ.....	8
8. ДОГОВОР СТРАХОВАНИЯ.....	8
9. ПОСЛЕДСТВИЯ ИЗМЕНЕНИЯ СТЕПЕНИ РИСКА.....	15
10. СТРАХОВАЯ ВЫПЛАТА.....	15
11. ОТКАЗ В СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЕ.....	16
12. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН.....	17
13. ПОРЯДОК ВНЕСЕНИЯ ИЗМЕНЕНИЙ И ДОПОЛНЕНИЙ В ДОГОВОР СТРАХОВАНИЯ.....	21
14. ПОРЯДОК РАЗРЕШЕНИЯ СПОРОВ.....	21

1. СУБЪЕКТЫ СТРАХОВАНИЯ

1.1. На основании настоящих Правил Акционерное общество «Страховая Группа «ПРЕСТИЖ-ПОЛИС» (далее – Страховщик) заключает договоры страхования, по условиям которых гарантирует возмещение в объеме, предусмотренном в страховой медицинской программе, расходов на медицинские услуги и медикаменты в Медицинских учреждениях.

1.2. Страховая медицинская программа (в дальнейшем – программа) содержит перечень лечебных учреждений и медицинских и/или иных сопутствующих услуг, которые могут быть использованы в рамках договора страхования.

1.3. Медицинские услуги – это комплекс мероприятий или действий с использованием необходимых лабораторных, диагностических и медикаментозных средств, выполняемых медицинскими работниками и направленных на выявление, лечение заболевания и восстановление здоровья.

1.4. Под медицинскими учреждениями для целей настоящих Правил понимаются юридические лица любой организационно-правовой формы, а также лица, занимающиеся предпринимательской деятельностью без образования юридического лица, получившие в установленном порядке лицензию на осуществление медицинской деятельности.

1.5. Страхователями признаются юридические лица любой организационно-правовой формы, зарегистрированные и действующие в соответствии с законодательством Российской Федерации, физические лица, являющиеся в соответствии с законодательством Российской Федерации предпринимателями без образования юридического лица, а также дееспособные физические лица, являющиеся гражданами Российской Федерации, иностранными гражданами или лицами без гражданства, заключившие со Страховщиком договоры страхования.

1.6. При коллективном страховании Страхователи – юридические лица и предприниматели без образования юридического лица заключают договоры страхования в пользу своих работников (а также членов их семей, и иных физических лиц), при индивидуальном страховании Страхователи – дееспособные физические лица вправе заключать со Страховщиком договоры о страховании, как в отношении себя, так и в отношении третьих лиц (далее – Застрахованные лица).

1.7. Застрахованным не может быть лицо, имеющее на момент заключения договора страхования следующее заболевание и (или) связанные с ним осложнения:

1.7.1. ВИЧ-инфекция, СПИД;

1.7.2. особо опасные инфекционные болезни, такие как: оспа, полиомиелит, вызванный диким полиовирусом, человеческий грипп, вызванный новым подтипом, тяжелый острый респираторный синдром (ТОРС), холера, чума, малярия, вирусные лихорадки, передаваемые членистоногими и вирусные геморрагические лихорадки, менингококковая болезнь;

1.7.3. наркологические заболевания.

2. ОБЪЕКТ СТРАХОВАНИЯ

2.1. Объектом страхования являются не противоречащие действующему законодательству Российской Федерации имущественные интересы Застрахованного лица, связанные с возмещением затрат по предоставлению медицинской помощи и медицинских услуг при наступлении страхового случая.

3. СТРАХОВЫЕ СЛУЧАИ

3.1. Страховыми случаями являются совершившиеся события, предусмотренные договором страхования, с наступлением которых возникает обязанность Страховщика выплатить страховое обеспечение.

3.2. По настоящим Правилам страховыми случаями признаются факты обращения Застрахованного лица в течение срока страхования в Медицинское учреждение за получением медицинской помощи, требующей оказания медицинских услуг в пределах их перечня, предусмотренного договором страхования, связанное с внезапным, случайным ухудшением состояния здоровья застрахованного лица в результате заболевания, обострении хронического заболевания, инфекции, травме, отравлении или других состояниях, требующих медицинской помощи, за получением медицинских услуг, в т.ч. консультативной, лечебной, диагностической, профилактической, реабилитационно-восстановительной и иных.

3.3. Договор страхования заключается на условиях гарантированного предоставления и оплаты медицинских услуг, в Медицинских учреждениях, предусмотренных указанной в договоре страхования Медицинской программой.

4. ИСКЛЮЧЕНИЯ ИЗ СТРАХОВАНИЯ

4.1. Страховщик имеет право не оплачивать медицинские расходы Застрахованных лиц, возникшие вследствие получения медицинской помощи и

медицинских услуг, если эти медицинские услуги и медицинская помощь не были предусмотрены в договоре страхования, а также, если медицинская помощь и медицинские услуги были оказаны в Медицинском учреждении не предусмотренном в договоре страхования.

4.2. Не признаются страховыми случаями и не покрываются настоящим страхованием случаи обращения в Медицинское учреждение за получением медицинской помощи по поводу:

4.2.1. получения травматического повреждения и/или иного расстройства здоровья в состоянии алкогольного, наркотического или токсического опьянения, а также вследствие передачи Застрахованным управления транспортным средством лицу, находящемуся в состоянии алкогольного, наркотического или токсического опьянения.

4.2.2. получения травматического повреждения и/или иного расстройства здоровья в результате совершения Застрахованным лицом умышленного преступления, находящегося в прямой причинной связи с наступлением страхового случая;

4.2.3. получения травматического повреждения при покушении на самоубийство, за исключением тех случаев, когда Застрахованное лицо было доведено до такого состояния противоправными действиями третьих лиц;

4.2.4. умышленного причинения Застрахованным себе телесных повреждений (членовредительство);

4.2.5. травмами и заболеваниями, вызванными воздействием ядерного взрыва, радиации или радиоактивного заражения;

4.2.6. заболеваниями и травмами, полученными во время военной службы или боевых действий, гражданской войны, народных волнений всякого рода или забастовок, экологических катастроф и стихийных бедствий;

4.2.7. заболеваниями и травмами, лечение которых оплачено другими организациями или предоставлено бесплатно;

4.2.8. обследованием и лечением, не предписанным врачом или выполняемым по просьбе Застрахованного лица.

4.3. Объем страховой ответственности по договорам страхования, заключенным на основе настоящих Правил, не распространяется также на:

4.3.1. лечение кожно-венерических, ВИЧ-инфекции и СПИД и их осложнений,

4.3.2. злокачественных онкологических заболеваний и их осложнений;

4.3.3. особо опасные инфекционные болезни: чума, холера, оспа и др.;

4.3.4. инфекции, передающиеся преимущественно половым путем, их генерализованные формы;

4.3.5. врожденных и наследственных заболеваний, врожденных аномалий развития органов и их осложнений;

4.3.6. эпилепсии, психических расстройств и расстройств поведения, в т.ч. алкоголизма, наркомании, токсикомании, и их осложнений;

4.3.7. сахарного диабета и его осложнений;

4.3.8. туберкулеза;

4.3.9. заболеваний, сопровождающихся хронической почечной и печеночной недостаточностью, требующей проведения экстракорпоральных методов лечения (в т.ч. гемодиализ);

4.3.10. острых и хронических гепатитов: С, D, E, F, G.

4.3.11. лучевой болезни

4.3.12. аборты и их осложнения, если иное не оговорено в договоре страхования;

4.3.13. профессиональных заболеваний

4.3.14. в случае применения косметической или пластической хирургии, кроме необходимости ее использования после несчастного случая или других случаев, когда ее применение обусловлено прямыми медицинскими показаниями;

4.3.15. по поводу коррекции зрения или его исследования с целью назначения линз или очков или их подбора, кроме случаев нарушения зрения в результате несчастного случая, определенных прямыми медицинскими показаниями; планово хирургическое лечение близорукости, астигматизма, дальнозоркости;

4.3.16. услуги по планированию семьи, диагностика и лечение бесплодия (мужского и женского), импотенции, генетические исследования;

4.3.17. протезирование всех видов, в т.ч. трансплантация, зубопротезирование и подготовка к нему, устранение ортодонтических нарушений у детей и взрослых, косметическое восстановление зубов (отбеливание зубов и пр.);

4.3.18. болезнь, вызванная вирусом иммунодефицита человека;

4.3.19. склеротерапия вен; коррекция веса, хирургическое изменение пола, консультации и лечение у психотерапевта, за исключением первичной консультации, без проведения диагностических тестов.

4.4. Если в период действия договора страхования у Застрахованного выявлено заболевание, являющееся исключением для страховой оплаты, Страховщик гарантирует оказание симптоматической терапии в течение двух суток с момента обращения в Медицинское учреждение. На этом, действие страхового

полиса приостанавливается, медицинские услуги по данному заболеванию не оплачиваются.

5. СТРАХОВАЯ СУММА

5.1. Страховой суммой является сумма, в пределах которой Страховщик обязуется выплатить страховое обеспечение в виде компенсации расходов на медицинские услуги и медикаменты Застрахованному лицу.

5.2. Страховой суммой является предельный уровень страхового обеспечения, определяемого договором страхования, исходя из перечня и стоимости медицинских услуг (Медицинской программы).

5.3. В случае если в договоре страхования предусмотрено несколько Медицинских программ, то соглашением Страхователя со Страховщиком могут устанавливаться предельные суммы страхового обеспечения по каждой Медицинской программе (лимиты возмещения).

Перечень медицинских услуг и лимит возмещения определяется Страхователем индивидуально, но не может быть ниже минимального уровня, установленного Страховщиком по конкретной программе добровольного медицинского страхования.

5.4. Страховщик оплачивает все разумно понесенные расходы Застрахованного лица в Медицинском учреждении в соответствии со страховым случаем в рамках медицинской программы только в пределах страховой суммы, установленной по договору страхования.

5.5. Страхователь вправе в период действия договора страхования по согласованию со Страховщиком увеличить страховую сумму, расширить перечень включенных в медицинскую программу услуг, а также внести иные изменения и дополнения в договор страхования.

6. СТРАХОВАЯ ПРЕМИЯ (СТРАХОВОЙ ВЗНОС)

6.1. Страховой премией (страховым взносом) является плата за настоящее страхование, которую Страхователь обязан уплатить Страховщику в порядке и в сроки, установленные договором страхования.

6.2. Размер страховой премии рассчитывается на основании тарифной ставки, установленной для соответствующей Медицинской программы, лимита страховой ответственности, срока страхования и может корректироваться с учетом коэффициентов, устанавливаемых Страховщиком исходя из рода занятий, деятельности Застрахованного лица, его пола и возраста или на основании анализа иных сведений, полученных Страховщиком при заключении договора страхования.

6.3. При определении размера страховой премии Застрахованному может быть предложено заполнение Медицинской анкеты. Сведения, указанные в заявлении на страхование или в Медицинских анкетах, подтверждаются подписью Страхователя (Застрахованного). В случае необходимости, для уточнения указанных данных, Страховщик имеет право направить Застрахованного на медицинское обследование. В случае отказа Застрахованного от заполнения Медицинской анкеты или прохождения медицинского обследования, Страховщик имеет право отказать Страхователю в заключении договора страхования. В случае сообщения Страхователем заведомо ложной информации при заключении договора страхования, Страховщик вправе потребовать признания такого договора недействительным с момента его заключения.

6.4. Страховая премия может быть уплачена в виде единовременного платежа или в рассрочку в виде нескольких страховых взносов в течение срока действия договора страхования. Порядок и сроки уплаты страховой премии определяется в договоре страхования.

При уплате страховой премии в рассрочку размер первого страхового взноса не должен быть меньше 25% от общего размера страховой премии, установленной по договору страхования, размер, сроки и порядок уплаты последующих страховых взносов, определяются в договоре страхования. Однако, при заключении договора страхования, страховая премия по которому уплачивается в рассрочку, стороны могут оговорить иной порядок уплаты страховых взносов, в том числе установить первый страховой взнос в размере меньшем 25% от общего размера страховой премии по договору страхования.

6.5. Неуплата очередной части страховой премии в установленные договором страхования сроки либо уплата в размере меньшем, чем это предусмотрено условиями договора страхования, влечет за собой досрочное прекращение договора страхования. Договор страхования считается досрочно прекращенным с 24 часа 00 минут дня, установленного в договоре страхования как день оплаты неуплаченной части страховой премии. Страховщик в течение дня, следующего за тем днем, в котором Страхователем должна быть оплачена соответствующая часть страховой премии, направляет Страхователю сообщение о факте просрочки уплаты очередной части страховой премии (страхового взноса) либо его уплаты не в полном объеме с указанием последствий. Такое сообщение отправляется Страховщиком по почте либо иным способом в случае указания такого способа в договоре страхования (полисе).

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

В этом случае Страхователь обязан уплатить дополнительный страховой взнос (при коллективном страховании - в отношении всех Застрахованных лиц), за неистекший период действия договора страхования.

6.7. Страховая премия может быть уплачена Страхователем:

- наличными денежными средствами в кассу Страховщика;
- перечислением на расчетный счет Страховщика.

6.8. При страховании на срок менее одного года страховой взнос уплачивается в следующем проценте от годового размера страховой премии:

- на срок до 3-х месяцев – 50%;
- на срок от 3-х месяцев до 6-ти месяцев – 65%;
- на срок от 6-ти до 9-ти месяцев – 75 %;
- на срок от 9-ти месяцев – 100 %.

7. СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ

7.1. Договор страхования может быть заключен:

- на один год;
- на определенный срок в месяцах.

7.2. При заключении договора страхования на срок, кратный дням, неполный месяц принимается за полный.

8. ДОГОВОР СТРАХОВАНИЯ

8.1. Договор страхования является соглашением между Страхователем и Страховщиком, в силу которого Страховщик обязуется при наступлении страхового случая произвести оплату медицинской помощи и медицинских услуг, оказанных Застрахованному лицу в Медицинском учреждении, указанном в договоре страхования, а Страхователь обязуется уплатить страховую премию в установленные сроки.

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

8.3. Договор страхования может быть заключен на условиях:

8.3.1. «предоставления медицинских услуг при амбулаторном лечении», предусматривающего организацию и оплату медицинских услуг в соответствии с их перечнем при амбулаторном лечении в Медицинских учреждениях, определенных договором страхования (Медицинская программа №1);

8.3.2. «предоставления медицинских услуг при стационарном лечении», предусматривающего организацию и оплату медицинских услуг в соответствии с их перечнем по договору страхования при обращении в стационарные Медицинские учреждения, определенные договором страхования (Медицинская программа №2);

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

8.3.4. «предоставление медицинских услуг при реабилитационно-восстановительном лечении (санаторно-курортное лечение) (Медицинская программа № 4);

8.3.5. «предоставление медицинских услуг при ведении беременности и родовспоможении» (Медицинская программа № 5);

8.3.6. «предоставление медицинских услуг при клещевом энцефалите и клещевом системном боррелиозе» (Медицинская программа № 6).

8.4. Для заключения договора страхования Страхователь представляет Страховщику устное или письменное заявление (письменное заявление может быть оформлено в произвольной письменной форме или на бланке Страховщика) о своем желании заключить договор страхования. При заключении договора страхования Страхователь должен сообщить Страховщику следующие сведения:

8.4.1. при заключении договора индивидуального медицинского страхования:

- фамилия, имя, отчество Страхователя; паспортные данные;
- фамилия, имя, отчество Застрахованного лица;
- год рождения или возраст Застрахованного лица в полных годах на момент заключения договора страхования;
- домашний адрес и телефон Страхователя;
- условия страхования (наименование медицинской программы);
- перечень медицинских и иных учреждений, обеспечивающих обслуживание Застрахованного лица;
- срок действия договора страхования;

- иные реквизиты, позволяющие судить о степени риска;

8.4.2. при заключении договора коллективного медицинского страхования:

- наименование Страхователя;
- адрес местонахождения и банковские реквизиты Страхователя;
- характер производства;
- условия страхования (наименование медицинской программы);
- перечень медицинских и иных учреждений, обеспечивающих

обслуживание Застрахованного лица;

- срок действия договора страхования;
- количество Застрахованных лиц;
- иные реквизиты, позволяющие судить о степени риска.

8.5. В том случае, если договор страхования заключается на основе письменного заявления Страхователя, данные о Страхователе, перечисленные в заявлении, и отметка об ознакомлении Страхователя с настоящими Правилами должны быть подтверждены подписью Страхователя или - при коллективном страховании – его представителя.

8.6. При заключении договора коллективного страхования Страхователь предоставляет Страховщику списки застрахованных лиц, составленные в письменной форме, и включающие в себя следующие данные о каждом Застрахованном лице:

- фамилия, имя, отчество Застрахованного;
- домашний адрес и телефон;
- возраст;

и содержащие письменную отметку о согласии каждого Застрахованного лица на заключение договора страхования в его пользу.

8.7. Договор страхования с юридическим лицом оформляется путем составления одного документа – договора страхования, подписанного сторонами. К договору страхования прилагаются:

- программа страхования;
- перечень медицинских учреждений, в которые Застрахованные имеют право обратиться за получением медицинской помощи;
- списки Застрахованных лиц по установленной форме;
- страховые полисы для каждого Застрахованного, удостоверяющие право на получение медицинских услуг по договору страхования, если условиями договора страхования не предусмотрено иное.

8.8. К договору страхования, заключенному с физическим лицом прилагаются:

- программа страхования;
- перечень медицинских учреждений, в которые Застрахованное лицо имеет право обратиться за получением медицинской помощи;
- страховой полис, удостоверяющий право Застрахованного лица на получение медицинских услуг, если условиями договора страхования не предусмотрено иное.

8.9. Договор страхования в соответствии с законодательством Российской Федерации может быть заключен путем выдачи Страхователю страхового полиса, подписанного Страховщиком. Застрахованным может вручаться пластиковая страховая карточка и/или иные индивидуальные носители информации. Страховая карточка является именным документом и содержит справочную информацию (реквизиты договора страхования (страхового полиса), окончание срока действия договора страхования, контактные телефоны Страховщика). В ряде случаев страховая карточка используется как пропуск в лечебное учреждение.

8.10. При заключении договора страхования Стороны могут договориться о неприменении отдельных положений настоящих Правил и/или о дополнении договора страхования положениями, не противоречащими законодательству Российской Федерации.

8.11. Страховщик выдает Застрахованным лицам предусмотренные настоящими Правилами документы, в течение 5 календарных дней после начала действия договора страхования, если условиями договора не предусмотрено иное.

8.12. При утрате Застрахованным лицом страхового полиса или страховой карточки он должен незамедлительно письменно известить об этом Страховщика. Утраченные документы и носители информации признаются недействующими и не могут являться основанием для получения медицинских услуг в соответствии с договором страхования; взамен утерянных документов Страхователю (Застрахованным лицам) выдаются дубликаты.

При повторной утрате страхового полиса или страховой карточки в течение срока действия договора страхования со Страхователя дополнительно взыскиваются платеж в размере фактической стоимости их изготовления и стоимость медицинских услуг, произведенных третьим лицам, воспользовавшимся этими документами.

8.13. Страховщик по запросу Страхователя, позволяющему подтвердить факт его получения Страховщиком, предоставляет Страхователю копии договора

страхования (страхового полиса) и иных документов, являющихся неотъемлемой частью договора страхования, за исключением информации, не подлежащей разглашению в соответствии с законодательством Российской Федерации.

Копии указанных документов по действующим договорам страхования Страховщик предоставляет бесплатно один раз.

8.14. Договор страхования вступает в силу после перечисления страховой премии в полном объеме (при уплате страховой премии в виде единовременного платежа) или после уплаты первого страхового взноса (при уплате страховой премии в рассрочку) на расчетный счет Страховщика при безналичной оплате или в кассу Страховщика при оплате наличными денежными средствами, если условиями договора страхования не предусмотрено иное.

8.15. При уплате страховой премии путем безналичного расчета действие договора страхования начинается в 00 часов 00 минут следующего дня после даты поступления страховой премии/первого страхового взноса на расчетный счет Страховщика, если условиями договора страхования не предусмотрено иное.

8.16. При уплате страховой премии наличными денежными средствами в кассу Страховщика действие договора страхования начинается в 00 часов 00 минут дня, следующего за днем уплаты страховой премии/первого страхового взноса в кассу Страховщика, если условиями договора страхования не предусмотрено иное.

8.17. Договор страхования прекращается в случаях:

8.17.1. истечения срока действия договора страхования.

8.17.2. исполнения Страховщиком обязательств по договору страхования в полном объеме (в размере страховой суммы).

8.17.3. ликвидации Страховщика в установленном законодательством Российской Федерации порядке.

8.17.4. смерти Страхователя физического лица, ликвидации Страхователя юридического лица. Если Застрахованное лицо или иное лицо пожелает принять на себя обязанности Страхователя (в том числе, обязанность Страхователя по уплате страховых взносов), договор страхования продолжается после соответствующего письменного уведомления Страховщика и переоформления договора страхования.

8.17.5. неуплаты Страхователем страховых взносов в установленные договором страхования сроки.

8.17.6. в других случаях, предусмотренных законодательством Российской Федерации.

8.18. Договор страхования прекращается до наступления срока, на который он был заключен, если после его вступления в силу возможность наступления

страхового случая отпала и существование страхового риска прекратилось по обстоятельствам иным, чем страховой случай, в частности, в случае смерти Застрахованного лица.

При досрочном прекращении договора страхования по обстоятельствам, иным, чем страховой случай, Страховщик имеет право на часть страховой премии пропорционально времени, в течение которого действовало страхование.

8.19. Страховщик вправе потребовать расторжения договора страхования в отношении Застрахованного, если будет установлен факт:

8.19.1. передачи Застрахованным лицом другому лицу страхового полиса или страховой карточки с целью получения последним медицинских услуг;

8.19.2. нарушения Застрахованным предписаний и рекомендаций врачебного персонала, а также несоблюдения режима медицинского учреждения;

8.19.3. необоснованного вызова неотложной медицинской помощи или врача на дом, использование санитарных транспортных средств не по медицинским показаниям.

8.20. Во всех случаях прекращения договора страхования Страхователь обязан вернуть Страховщику страховой полис и страховую(ые) карточку(и), действие которых прекращается.

8.21. В случае смерти Застрахованного, Страховщик производит возврат страховой премии за неистекший срок действия договора страхования.

8.22. 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.

При отказе Страхователя от договора страхования в течение четырнадцати календарных дней со дня его заключения независимо от момента уплаты страховой премии, и при отсутствии в данном периоде событий, имеющих признаки страхового случая, уплаченная страховая премия подлежит возврату Страховщиком Страхователю в полном объеме. В иных случаях досрочного отказа Страхователя от договора страхования уплаченная Страховщику страховая премия не подлежит возврату.

Договор страхования считается прекратившим свое действие с даты получения Страховщиком письменного заявления Страхователя об отказе от договора страхования или иной даты, установленной по соглашению сторон .

8.23. Возврат части страховой премии по договору страхования производится Страховщиком в случаях досрочного прекращения договора страхования по следующим основаниям:

8.23.1. в случае ликвидации Страхователя, являющегося юридическим лицом, или смерти Страхователя, являющегося физическим лицом, кроме случаев замены Страхователя.

8.23.2. в случае смерти Застрахованного лица.

8.23.3. по требованию Страхователя, если причиной досрочного прекращения договора страхования стало неисполнение Страховщиком своих обязанностей, предусмотренных условиями договора страхования, настоящими Правилами.

8.23.4. по соглашению сторон.

8.24. В случаях, предусмотренных настоящими Правилами, Страховщик возвращает Страхователю часть оплаченной страховой премии в срок, не превышающий 10 рабочих дней со дня получения письменного заявления Страхователя об отказе от договора страхования.

8.25. Страхователь, заключая договор страхования на основании настоящих Правил, в соответствии Федеральным законодательством «О персональных данных» выражает Страховщику согласие на обработку своих персональных данных, содержащихся в документах, передаваемых Страховщику в целях продвижения товаров, работ, услуг на рынке путем осуществления Страховщиком прямых контактов со Страхователем с помощью средств связи в целях обеспечения исполнения заключенного договора страхования, а также выражает Страховщику согласие на предоставление информации об исполнении Страховщиком и/или Страхователем обязательств по договору страхования, в том числе информацию об оплате и размере страховой премии (страховых взносов), размере страховой суммы, о возникновении и урегулировании претензий, наступлении/вероятности наступления страховых случаев, выплате страхового возмещения и другую имеющую отношение к заключенному договору страхования информацию.

8.26. Обработка персональных данных осуществляется посредством сбора, систематизации, накопления, хранения, уточнения (обновления, изменения), использования, распространения (в том числе передачу), обезличивания, блокирования, уничтожения персональных данных, как на бумажных, так и на электронных носителях. Указанное согласие Страхователя действительно в течение срока действия договора страхования и в течение 5 лет после окончания срока действия договора страхования. Настоящее согласие может быть отозвано Страхователем посредством направления Страховщику соответствующего

письменного заявления.

9. ПОСЛЕДСТВИЯ ИЗМЕНЕНИЯ СТЕПЕНИ РИСКА

9.1. В период действия договора страхования Страхователь обязан незамедлительно сообщать Страховщику о ставших ему известными значительных изменениях в обстоятельствах, сообщенных Страховщику при заключении договора страхования, если эти изменения могут существенно повлиять на увеличение страхового риска.

9.2. Страховщик, уведомленный об обстоятельствах, влекущих увеличение страхового риска (в т.ч. в случае применения медицинским учреждением повышающих коэффициентов к стоимости медицинского обслуживания при наличии у Застрахованного лица хронического заболевания или группы инвалидности), вправе потребовать изменения условий договора страхования или уплаты дополнительной страховой премии соразмерно увеличению риска.

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

9.3. Страховщик не вправе требовать расторжения договора страхования, если обстоятельства, влекущие увеличение страхового риска, уже отпали.

10. СТРАХОВАЯ ВЫПЛАТА

10.1. При наступлении страхового случая Страховщик осуществляет страховую выплату Застрахованному лицу в соответствии с условиями настоящих Правил и договора страхования.

10.2. Страховой выплатой по настоящим Правилам является плата за медицинские и иные услуги, предусмотренные в медицинских программах, оказанные по наступившим страховым случаям, производимая перечислением на расчетный счет Медицинского учреждения, в котором была оказана медицинская помощь Застрахованному лицу.

10.3. Оплата стоимости оказанной медицинской помощи и медицинских услуг производится путем перечисления Страховщиком страховых выплат на расчетный счет Медицинских учреждений.

10.4. Перечисление производится в течение 15 календарных дней после получения от Медицинского учреждения счета с указанием перечня оказанных услуг, их стоимости и общей суммы расходов, понесенных за месяц по всем услугам, оказанным Застрахованным лицам. Страховщик анализирует полученные

счета, сверяет соответствие внесенных в него услуг перечню услуг, которые предоставляются по договорам страхования, заключаемым на основе настоящих Правил, и проверяет правильность указания в счете стоимости каждой услуги. В случае, если Страховщик принимает решение об отказе в выплате страхового возмещения или его части, информация об этом с обоснование в отказе в выплате страхового возмещения направляется в этот же срок в Медицинское учреждение, а также Страхователю и Застрахованному лицу.

10.5. В рамках Медицинской программы Страховщик оплачивает разумно понесенные по амбулаторно-поликлинической, стационарной и иной медицинской помощи расходы на:

- прописанные лечащим врачом лекарства и медикаменты;
- лабораторные анализы;
- электрокардиограммы;
- физиотерапию;
- медицинские анализы;
- анестезию, кислород и т.п.;
- рентгенографию;
- перевязочный материал, простые шины и гипсовые повязки (за исключением специальных креплений, приспособлений устройств);
- использование операционной, больничной палаты и больничного оборудования;
- иные расходы в рамках Медицинской программы.

10.6. Страховщик вправе не оплачивать расходы за медицинское обслуживание, полученное Застрахованным лицом в медицинских учреждениях, с которыми Страховщик не имеет договора о предоставлении медицинских услуг по добровольному медицинскому страхованию, а также расходы за медицинское обслуживание частными медицинскими сестрами, дополнительные гонорары врачей.

11. ОТКАЗ В СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЕ

11.1. Страховщик имеет право отказать в выплате страхового обеспечения на сумму стоимости услуг, оказанных Застрахованному лицу в связи с его обращением в Медицинское учреждение при:

11.1.1. получении травматического повреждения или иного расстройства здоровья в состоянии алкогольного, наркотического или токсического опьянения;

11.1.2. получении травматического повреждения или иного расстройства здоровья, наступившего в результате совершения Застрахованным лицом умышленного преступления, находящегося в прямой причинной связи с наступлением страхового случая;

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

11.1.4. умышленном причинении себе телесных повреждений (членовредительство).

11.2. Медицинское учреждение, оказавшее медицинские услуги, впоследствии не оплаченные Страховщиком, или Страховщик, оплативший стоимость оказанных медицинских услуг в связи с повреждением здоровья Застрахованного лица в результате случая, впоследствии признанного не страховым, вправе потребовать от Страхователя (Застрахованного) оплатить Медицинскому учреждению (Страховщику) стоимость оказанных (оплаченных) услуг, а Страхователь (Застрахованный) должен внести указанную сумму в течение одного месяца с даты получения претензии в кассу (на расчетный счет) Медицинского учреждения (Страховщика).

12. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

12.1. Страховщик обязан:

12.1.1. ознакомить Страхователя с настоящими Правилами;

12.1.2. выдать Страхователю (Застрахованным лицам) предусмотренные настоящими Правилами документы (страховые полисы и/или страховые карточки в установленный пунктом 8.11 настоящих Правил срок);

12.1.3. обеспечивать конфиденциальность и не разглашать сведения о Страхователе согласно ст. 61 основ Законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан;

12.1.4. организовать предоставление Застрахованному лицу медицинских услуг, гарантированных условиями договора страхования;

12.1.5. исполнять надлежащим образом свои обязательства в соответствии с заключенными с Медицинскими учреждениями договорами, производить страховые выплаты при наступлении страховых случаев в порядке, установленном настоящими Правилами страхования;

12.1.6. контролировать объем и качество медицинского обслуживания Застрахованных лиц.

12.2. Страховщик имеет право:

12.2.1. установить лимиты возмещения по договору страхования на каждую медицинскую программу;

12.2.2. проверить достоверность указанных в заявлении на страхование данных, в случае установления недостоверности сообщенных Страхователем данных Страховщик вправе отказать Страхователю в заключении договора страхования.

12.2.3. Страховщик имеет право отказать Страхователю в заключении договора страхования или выплате страхового возмещения в случае установления факта, что Страхователь или Застрахованное лицо сообщили ложные сведения при заключении договора страхования. Если недостоверность сведений, влияющих на степень риска, обнаружена после вступления договора страхования в силу, Страховщик имеет право требовать уплаты дополнительного страхового взноса или сокращения срока действия договора страхования, а также досрочного расторжения договора страхования. При этом страховые взносы не возвращаются, а Застрахованные лица обязаны возместить Страховщику понесенные расходы по оплате медицинских услуг.

12.2.4. при возникновении осложнений у Застрахованного лица и необратимых последствий от них по вине Медицинского учреждения предъявить регрессный иск к Медицинскому учреждению на возмещение суммы, выплаченной Страховщиком в отношении Застрахованного лица в размере стоимости оказанных услуг и оплатой стоимости комплексных мероприятий, связанных с устранением таких осложнений;

12.2.5. в случае нарушения Медицинским учреждением, с которым Страховщик заключил договор, условий договора (отказ в предоставлении Застрахованному лицу услуги, предусмотренной договором страхования, а также в случае неполного или некачественного предоставления медицинской услуги) полностью не возмещать затраты по оказанию медицинских услуг.

12.2.6. требовать досрочного расторжения договора страхования в отношении Застрахованного лица в случае, если будет установлено, что Застрахованный передал другому лицу страховой полис или страховую карточку с целью получения последним услуг по договору страхования.

12.2.7. изменять программу страхования на согласованную со Страхователем в случае прекращения взаимоотношений с медицинским учреждением, предусмотренным договором страхования.

12.3. Страхователь обязан:

12.3.1. своевременно уплачивать страховую премию в соответствии с условиями договора страхования;

12.3.2. при заключении договора страхования сообщать Страховщику обо всех известных ему обстоятельствах, имеющих значение для оценки страхового риска;

12.3.3. во всех случаях прекращения договора страхования возвращать Страховщику страховые полисы (пластиковые карты и т.д.), действие которых прекращается с момента прекращения договора страхования.

12.3.4. ознакомить Застрахованных лиц с условиями договора страхования, настоящими Правилами, программами страхования.

12.4. Страхователь имеет право:

12.4.1. требовать предоставления Застрахованным лицам в Медицинских учреждениях медицинских услуг и иных услуг, определенных в договоре страхования и в соответствии с условиями страхования. В случае же непредставления таких медицинских услуг Страхователь должен в течение 3 рабочих дней поставить в известность об этом Страховщика. При отсутствии у Страхователя возможности сообщить об этом Страховщику, информировать Страховщика может любое уполномоченное Страхователем лицо.

12.4.2. расширить список Застрахованных лиц, заключив дополнительное соглашение к договору страхования. В этом случае Страхователь предоставляет Страховщику сведения о дополнительно страхуемых лицах и уплачивает за них взносы за период с момента их включения в список Застрахованных, до момента окончания срока действия договора страхования. При этом страховые взносы за неполный месяц уплачиваются как за полный. Страховщик выдает Страхователю страховые полисы на вновь Застрахованных.

12.4.3. произвести замену Застрахованных лиц (с их письменного согласия) другими лицами без увеличения числа Застрахованных. Для этого необходимо представить Страховщику сведения об исключаемых из списка и включаемых в него Застрахованных лиц по установленной форме. При этом Страхователю возвращаются страховые взносы за лиц, исключаемых из списка Застрахованных, исчисленные пропорционально за неистекший к моменту досрочного прекращения срок действия договора страхования, за вычетом расходов Страховщика, а Страхователь уплачивает страховой взнос за лиц, включаемых в список Застрахованных. Данная замена происходит путем заключения дополнительного соглашения к договору страхования, которое начинает действовать со дня уплаты дополнительного страхового взноса, если дополнительным соглашением не предусмотрено иное.

12.4.4. в течение срока действия договора страхования изменить страховую программу, расширить перечень медицинских услуг (если договор страхования был заключен на условиях одной или нескольких Медицинских программ), увеличения размера страховой суммы (лимита возмещения), при этом заключается дополнительное соглашение к договору страхования и уплачивается дополнительный страховой взнос. Дополнительное соглашение является неотъемлемой частью договора страхования и вступает в силу со дня уплаты страхового взноса.

12.4.5. потребовать досрочного прекращения договора страхования, уведомив об этом Страховщика письменным заявлением не менее, чем за 30 календарных дней до предполагаемой даты прекращения договора страхования.

12.5. Застрахованное лицо имеет право:

12.5.1. требовать предоставления медицинских услуг в соответствии с условиями договора страхования в перечисленных в нем Медицинских учреждениях;

12.5.2. сообщать Страховщику о случаях непредставления или неполного и некачественного предоставления медицинских услуг;

12.5.3. получать разъяснения о настоящих Правилах, условиях договора страхования и порядке предоставления услуг.

12.6. Застрахованные лица обязаны:

12.6.1. предоставить Страховщику достоверную информацию необходимую для заключения договора страхования.

12.6.2. соблюдать условия договора страхования и настоящих Правил, а также предписания лечащего врача, полученные в ходе предоставления медицинской помощи, соблюдать распорядок, установленный Медицинским учреждением;

12.6.3. заботиться о сохранности страховых документов (полиса, пластиковой карты и иных носителей информации, оговоренных договором страхования) и не передавать их третьим лицам с целью получения ими медицинских услуг по договору страхования.

12.6.4. своевременно сообщать Страховщику об изменении своей фамилии или фактического места жительства.

12.6.5. возместить Страховщику стоимость медицинских услуг в случае сокрытия при заполнении медицинской анкеты сведений о наличии хронического заболевания и получения медицинских услуг заведомо ложным путем.

13. ПОРЯДОК ВНЕСЕНИЯ ИЗМЕНЕНИЙ И ДОПОЛНЕНИЙ В ДОГОВОР СТРАХОВАНИЯ

13.1. Соглашение об изменении договора страхования совершается в той же форме, что и договор.

13.2. При изменении договора обязательства сторон сохраняются в измененном виде.

13.3. В случае изменения договора страхования обязательства считаются измененными с момента заключения соглашения сторон об изменении договора, если иное не вытекает из соглашения или характера изменения договора страхования.

14. ПОРЯДОК РАЗРЕШЕНИЯ СПОРОВ

14.1. Спорные вопросы, возникающие в процессе оказания медицинской помощи Застрахованным, решает согласительная комиссия, в состав которой входят представители Страхователя, Страховщика, Медицинского учреждения, а при недостижении согласия – и независимые эксперты.

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

14.2. Споры, вытекающие из договора страхования рассматриваются в порядке, предусмотренном законодательством Российской Федерации.

ПОЛИС
добровольного медицинского страхования граждан
№ _____

_____ (далее – Страховщик) и
_____ (далее – Страхователь) на основании Правил добровольного
медицинского страхования заключили договор страхования.

1. Застрахованное лицо: _____
- год рождения: _____
- адрес места проживания и телефон: _____
2. Период действия договора страхования: с «__» _____ г. по «__» _____ г.
3. Программа и перечень медицинских учреждений (прилагаются).
4. Объект страхования _____
5. Страховой случай _____
6. Страховая сумма: _____
7. Страховая премия: _____
8. Порядок уплаты: _____

9. Договор может быть изменен и прекращен в порядке, предусмотренном гражданским законодательством и «Правилами добровольного медицинского страхования».

10. Особые условия и оговорки: _____

Адрес и банковские реквизиты:

Страховщик:

Страхователь:

(подпись)

(подпись)

М.П.

М.П.

Полис выдан: «__» _____ г.

ДОГОВОР № _____ ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

г. _____

«__» _____ г.

АО «СГ «ПРЕСТИЖ-ПОЛИС», именуемое в дальнейшем «Страховщик» в лице _____, действующего на основании Устава, и _____, именуемое в дальнейшем «Страхователь» в лице _____ действующего на основании _____, заключили настоящий Договор о нижеследующем.

1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

1.1. Объектом страхования являются имущественные интересы Застрахованных по договору лиц, связанные с возмещением затрат, вызванными обращениями Застрахованных лиц в медицинские учреждения за получением медицинских услуг, включенных в Медицинскую программу страхования.

1.2. Страховщик при наступлении страхового случая принимает на себя организацию оказания медицинских услуг и оплачивает счета, связанные с покрытием расходов на медицинские услуги в медицинских учреждениях, а Страхователь обязуется уплатить установленную Договором страховую премию.

1.3. Страховыми случаями признаются факты обращения Застрахованного лица в течение срока действия Договора в медицинское учреждение в порядке определенном Договором и Программой медицинского страхования (далее - Программа) для получения медицинских и иных услуг, при остром заболевании, обострении хронического заболевания; травме (в т.ч. ожоге, отморожении), отравлении и иных случаях ухудшения здоровья.

1.4. Объем медицинских услуг, оказываемых Застрахованному лицу медицинским учреждением, определяется выбранной Страхователем Программой медицинского страхования (Приложение № 1), прилагаемой к настоящему Договору и являющейся его неотъемлемой частью.

2. ЧИСЛЕННОСТЬ ЗАСТРАХОВАННЫХ ЛИЦ

2.1. Количество Застрахованных лиц: ____ человек. Список Застрахованных лиц (Приложение № 2) является неотъемлемой частью настоящего договора, из них по программам:

- по Программе 1 _____ человек
- по Программе 2 _____ человек
- по Программе 3 _____ человек
- по Программе 4 _____ человек
- по Программе 5 _____ человек
- по Программе 6 _____ человек

3. СТРАХОВАЯ СУММА И СТРАХОВАЯ ПРЕМИЯ И ПОРЯДОК ЕЕ ВНЕСЕНИЯ

3.1. Страховщик оплачивает все разумно понесенные расходы Застрахованного лица в медицинском учреждении в рамках медицинской программы в пределах страховой суммы (лимита возмещения) в размере _____ на одного Застрахованного/ общая страховая сумма по договору

3.2. Страховая премия на одно Застрахованное лицо

по Программе 1. _____

по Программе 2. _____

по Программе 3. _____

по Программе 4. _____

по Программе 5. _____

3.3. Общая страховая премия по договору: _____

3.4. Порядок уплаты страховой премии _____

4. СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА. ИЗМЕНЕНИЕ И РАСТОРЖЕНИЕ ДОГОВОРА

4.1. Договор страхования вступает в силу с «__» _____ г. , но не ранее уплаты Страхователем страховой премии(первой ее части) и действует по «__» _____ г. включительно.

4.2. Изменения и/или дополнение Договора совершаются по соглашению Сторон и в письменной форме.

4.3. Договор страхования прекращается в случаях:

4.3.1. истечения срока его действия;

4.3.2. исполнения Страховщиком обязательств перед Страхователем по договору страхования в полном объеме (в размере страховой суммы).

4.3.3. ликвидации Страховщика в установленном законодательством Российской Федерации порядке;

4.3.4. смерти Страхователя физического лица, ликвидации Страхователя юридического лица. Если Застрахованное лицо или иное лицо пожелает принять на себя обязанности Страхователя (в том числе, обязанность Страхователя по уплате страховых взносов), договор страхования продолжается после соответствующего письменного уведомления Страховщика и переоформления договора страхования.

4.3.5. неуплаты Страхователем страховых взносов в установленные Договором страхования сроки.

4.3.6. в других случаях, предусмотренных законодательством Российской Федерации.

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

При досрочном прекращении договора страхования по обстоятельствам, иным, чем страховой случай, Страховщик имеет право на часть страховой премии пропорционально времени, в течение которого действовало страхование.

4.5. Страховщик вправе потребовать расторжения Договора страхования в отношении Застрахованного, если будет установлен факт:

4.5.1. передачи Застрахованным лицом другому лицу страхового полиса или страховой карточки с целью получения последним медицинских услуг;

4.5.2. нарушения Застрахованным предписаний и рекомендаций врачебного персонала, а также несоблюдения режима медицинского учреждения;

4.5.3. необоснованного вызова неотложной медицинской помощи или врача на дом, использование санитарных транспортных средств не по медицинским показаниям.

4.6. Во всех случаях прекращения Договора страхования Страхователь обязан вернуть Страховщику страховой полис и страховую(ые) карточку(и), действие которых прекращается.

4.7. В случае смерти Застрахованного, Страховщик производит возврат страховой премии за неистекший срок действия Договора страхования.

4.7. Последствия досрочного отказа Страхователя от Договора страхования установлены Правилами страхования, являющимися неотъемлемой частью настоящего Договора страхования.

5. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

Права и обязанности сторон установлены Правилами страхования, являющимися неотъемлемой частью настоящего Договора страхования.

6. СТРАХОВАЯ ВЫПЛАТА

6.1. При наступлении страхового случая Страховщик осуществляет страховую выплату Застрахованному лицу в соответствии с условиями настоящего Договора страхования и Правил страхования.

6.2. Страховой выплатой по настоящему Договору страхования является плата за медицинские и иные услуги, предусмотренные в медицинских программах, оказанные по наступившим страховым случаям, производимая перечислением на расчетный счет Медицинского учреждения, в котором была оказана медицинская помощь Застрахованному лицу.

6.3. Оплата стоимости оказанной медицинской помощи и медицинских услуг производится путем перечисления Страховщиком страховых выплат на расчетный счет Медицинских учреждений.

6.4. Перечисление производится после получения от Медицинского учреждения счета с указанием перечня оказанных услуг, их стоимости и общей суммы расходов, понесенных за месяц по всем услугам, оказанным Застрахованным лицам. Страховщик анализирует полученные счета, сверяет соответствие внесенных в него услуг перечню услуг, которые предоставляются по настоящему Договору страхования, и проверяет правильность указания в счете стоимости каждой услуги.

6.5. В рамках Медицинской программы Страховщик оплачивает разумно понесенные по амбулаторно-поликлинической, стационарной и иной медицинской помощи расходы на:

- прописанные лечащим врачом лекарства и медикаменты;
- лабораторные анализы;
- электрокардиограммы;
- физиотерапию;
- медицинские анализы;
- анестезию, кислород и т.п.;
- рентгенографию;
- перевязочный материал, простые шины и гипсовые повязки (за исключением специальных креплений, приспособлений устройств);
- использование операционной, больничной палаты и больничного оборудования;
- иные расходы в рамках Медицинской программы.

6.6. Страховщик вправе не оплачивать расходы за медицинское обслуживание, полученное Застрахованным лицом в медицинских учреждениях, с которыми Страховщик не имеет договора о предоставлении медицинских услуг по добровольному медицинскому страхованию, а также расходы за медицинское обслуживание частными медицинскими сестрами, дополнительные гонорары врачей.

6.7. Страховщик имеет право отказать в выплате страхового обеспечения на сумму стоимости услуг, оказанных Застрахованному лицу в связи с его обращением в Медицинское учреждение при:

6.7.1. получении травматического повреждения или иного расстройства здоровья в состоянии алкогольного, наркотического или токсического опьянения;

6.7.2. получении травматического повреждения или иного расстройства здоровья, наступившего в результате совершения Застрахованным лицом умышленного преступления, находящегося в прямой причинной связи с наступлением страхового случая;

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

6.7.4. умышленном причинении себе телесных повреждений (членовредительство).

6.8. Медицинское учреждение, оказавшее медицинские услуги, впоследствии не оплаченные Страховщиком, или Страховщик, оплативший стоимость оказанных медицинских услуг в связи с повреждением здоровья Застрахованного лица в результате случая, впоследствии признанного не страховым, вправе потребовать от

Страхователя (Застрахованного) оплатить Медицинскому учреждению (Страховщику) стоимость оказанных (оплаченных) услуг, а Страхователь (Застрахованный) должен внести указанную сумму в течение одного месяца с даты получения претензии в кассу (на расчетный счет) Медицинского учреждения (Страховщика).

7. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН

7.1. За невыполнение или ненадлежащее выполнение обязательств по Договору страхования Стороны несут ответственность в соответствии с законодательством Российской Федерации.

7.2. При невозможности провести обследование или лечение заболеваний, соответствующих Медицинской программе страхования в медицинском учреждении, указанном в Договоре страхования, в случае необоснованного отказа Медицинского учреждения предоставить Застрахованному лицу услугу, предусмотренную Договором страхования, Страховщик гарантирует предоставление медицинских услуг в других медицинских учреждениях соответствующего профиля, оставляя за собой право самостоятельного выбора медицинского учреждения. При этом страховая сумма уменьшается на величину стоимости оказанной медицинской услуги.

7.3. Стороны освобождаются от ответственности за неисполнение или ненадлежащее исполнение обязательств по настоящему Договору страхования, если оно явилось следствием обстоятельств непреодолимой силы (пожар, наводнение, землетрясение, иные стихийные явления природы, военные действия, народные волнения, забастовки, акты органов государственной власти), возникших после заключения Договора страхования.

При наступлении указанных обстоятельств, Сторона, подвергшаяся их воздействию, обязана известить об этом другую Сторону в письменном виде или телефонограммой. Извещение должно содержать данные о характере обстоятельств, их возможной продолжительности, мерах, принятых для ликвидации их последствий, и т.п.

7.4. В случае причинения вреда здоровью Застрахованного по вине Медицинского учреждения Страховщик привлекает специалистов-экспертов для анализа медицинских заключений, проводит экспертизу финансовых документов и принимает необходимые меры для разрешения конфликтной ситуации.

8. КОНФИДЕНЦИАЛЬНОСТЬ

8.1. Стороны берут на себя обязательства по соблюдению режима конфиденциальности информации и примут все меры для предотвращения ее разглашения.

8.2. По настоящему Договору страхования конфиденциальной признается информация:

- о форме и содержании Договора;
- сведения о состоянии здоровья Застрахованных, а также случаях их обращения за медицинской помощью;

9. ПОРЯДОК РАЗРЕШЕНИЯ СПОРОВ

9.1. Все споры и разногласия по настоящему Договору страхования, возникающие между Страхователем и Страховщиком решаются путем переговоров, а при не достижении согласия путем переговоров подлежат разрешению в Арбитражном суде г. Москвы.

10. ПРОЧИЕ УСЛОВИЯ ДОГОВОРА

10.1. Все предварительные письменные и устные договоренности между Сторонами, не нашедшие своего отражения в тексте настоящего Договора страхования, теряют свою силу с момента подписания настоящего Договора страхования.

10.2. Все изменения, дополнения, приложения к настоящему Договору страхования составляются в письменном виде, заверяются уполномоченными на то представителями Сторон, являются неотъемлемой частью настоящего Договора и обязательными для исполнения каждой Стороной.

10.3. Приложения к настоящему Договору страхования, являющиеся его неотъемлемой частью:

Приложение № 1 – Медицинская страховая программа

Приложение № 2 – Список Застрахованных лиц

Приложение № 3 – Форма заявления на внесение изменений в список Застрахованных.

10.4. Настоящий Договор страхования составлен в двух подлинных экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, по одному экземпляру для каждой из Сторон.

10.5. Во всем остальном, что не предусмотрено настоящим Договором страхования, Стороны руководствуются действующим законодательством Российской Федерации.

9. РЕКВИЗИТЫ СТОРОН

Страховщик:

(подпись)
М.П.

Страхователь:

(подпись)
М.П.

МЕДИЦИНСКАЯ ПРОГРАММА № 1 ПО ДОБРОВОЛЬНОМУ МЕДИЦИНСКОМУ СТРАХОВАНИЮ

«Предоставление медицинских услуг при амбулаторном лечении»

Страхование по Медицинской программе № 1 имеет основной целью осуществление амбулаторных оздоровительных и лечебно-профилактических мероприятий по укреплению здоровья. По программе № 1 Страховщик гарантирует предоставление и оплату медицинских услуг, полученных Застрахованным лицом при обращении в амбулаторно-поликлинические учреждения, к врачам частной практики за лечебной, диагностической, консультативной, профилактической, реабилитационной, фармакологической и иной медицинской помощью.

Объем услуг устанавливается в пределах следующего перечня:

1. Приемы и консультации врачей-специалистов
2. Лабораторная диагностика
3. Инструментальная диагностика (рентгенологическая, ультразвуковая, функциональная, эндоскопическая), диагностические исследования, общие манипуляции и процедуры, консультации и курсы лечения, в том числе проводимые на дому.
4. Все виды профилактических медицинских осмотров, включая работающих.
5. Проведение профилактических прививок работающему населению из групп повышенного риска заражения инфекционными заболеваниями (за исключением специфических инфекционных болезней), вакцинация детей в соответствии с календарным планом.
6. Лечение и диагностика острых профессиональных отравлений и производственных травм.
7. Медикаментозное обеспечение амбулаторных больных (за исключением категорий больных, видов заболеваний, социальных групп, которым специальными решениями органов государственного управления определены льготы по лекарственному обеспечению).
8. Скорая (неотложная) медицинская помощь.
 - выезд бригады скорой медицинской помощи
 - купирование неотложного состояния и проведение диагностических и лечебных мероприятий
 - транспортировка в стационар
9. Стоматологическая медицинская помощь.
 - приемы и консультации специалистов
 - терапевтические и хирургические стоматологические манипуляции
 - анестезиологические манипуляции
 - физиотерапия
 - функциональная диагностика
10. Диспансерное наблюдение в амбулаторных условиях.

11. Лечебные манипуляции и физиотерапевтические процедуры (массаж, ЛФК, водо-, электро- и теплолечение, магнито- и лазеротерапия) исключительно по назначению врача.

12. Компьютерная томография, магнитно-резонансная томография

13. Радиоизотопные и радиоиммунологические диагностические исследования

14. Анестезиологические манипуляции

15. Амбулаторные хирургические вмешательства

16. Мануальная терапия и классическая иглорефлексотерапия (по медицинским показаниям)

17. Прием врача на дому, взятие материала для лабораторных исследований, патронаж

18. Услуги личных и семейных врачей, в том числе частнопрактикующих медицинских работников (все услуги оказываются на дому или по месту работы Застрахованного).

19. Ведение медицинской документации, выдача листов нетрудоспособности и медицинских справок, а также выписывание рецептов на приобретение лекарств, за исключением льготных.

МЕДИЦИНСКАЯ ПРОГРАММА № 2 ПО ДОБРОВОЛЬНОМУ МЕДИЦИНСКОМУ СТРАХОВАНИЮ

«Предоставление медицинских услуг при стационарном лечении»

Страховщик гарантирует предоставление и оплату в пределах страховой суммы обследования и лечения в стационарах Застрахованного лица как при плановом (по направлению Медицинского учреждения), так и при экстренном (по жизненным показаниям) обращении его за лечением.

Объем услуг при стационарном лечении устанавливается следующим перечнем:

1. Медицинские услуги, осуществляемые в условиях стационарного лечения в отделениях:

- терапии;
- педиатрии;
- хирургии;
- урологии;
- кардиологии;
- пульмонологии;
- эндокринологии;
- гастроэнтерологии;
- иммунологии;
- нейрохирургии;
- инфекционном;
- акушерства и гинекологии;
- прочих специальностей в соответствии с договором страхования.

2. Консультации врачей-специалистов

3. Диагностические, лабораторные и инструментальные исследования

4. Лечебные манипуляции и процедуры

5. Анестезиологические и реанимационные мероприятия

6. Пребывание на койке (включая питание и медикаментозное лечение).

7. Оперативное вмешательство различной категории сложности.

МЕДИЦИНСКАЯ ПРОГРАММА № 3 ПО ДОБРОВОЛЬНОМУ МЕДИЦИНСКОМУ СТРАХОВАНИЮ

«Комплексная программа» /Полная страховая ответственность/

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

Медицинские услуги по программе включают

амбулаторную помощь:

- приемы и консультации врачей-специалистов
- лабораторную диагностику;
- инструментальную диагностику (рентгенологическую, ультразвуковую, функциональную, эндоскопическую);
- ведение медицинской документации, выдача листов нетрудоспособности и медицинских справок, а также выписывание рецептов на приобретение лекарств, за исключением льготных
- физиотерапевтическое лечение, ЛФК и массаж;
- лечебные манипуляции, медикаментозную помощь, процедуры и амбулаторные операции;
- скорую и неотложную медицинскую помощь;
- стоматологическую помощь (терапевтическую и хирургическую)

стационарную помощь:

- консультации врачей-специалистов
- диагностические, лабораторные и инструментальные исследования
- лечебные манипуляции и процедуры
- анестезиологические и реанимационные мероприятия
- пребывание на койке (включая питание и медикаментозное лечение)
- оперативное вмешательство различной категории сложности

МЕДИЦИНСКАЯ ПРОГРАММА № 4

Реабилитационно-восстановительное («Санаторно-курортное лечение»)

Страховым случаем в целях данной медицинской программы является обращение Застрахованного по состоянию здоровья за санаторно-курортным лечением. Объем услуг при санаторно-курортном лечении устанавливается перечнем медицинских и иных услуг конкретного Медицинского учреждения, куда лечащий врач направляет Застрахованного в соответствии с диагнозом.

Медицинские услуги по программе включают:

- приемы, консультации специалистов
- диагностические манипуляции и процедуры
- лабораторные и инструментальные исследования
- лечебные манипуляции и процедуры
- медикаментозная терапия
- лечебная физкультура и двигательные режимы

Услуги по программе оказываются в связи с направлением Застрахованного лица личным врачом или врачом поликлиники на санаторно-курортное лечение по медицинским показаниям. Медицинская помощь оказывается в условиях санатория или загородного стационара.

МЕДИЦИНСКАЯ ПРОГРАММА № 5 «ВЕДЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВСПОМОЖЕНИЕ»

Страховым случаем в целях данной медицинской программы является обращения Застрахованной беременной женщины (со сроком от 8-и недель) за амбулаторно-поликлинической и/или стационарной медицинской помощью при наступлении у нее осложнений (патологии) беременности и родов. В рамках данной программы Страховщик гарантирует Застрахованной проведение физиологических родов на базе родильных отделений стационарных медицинских учреждений, с которыми он имеет договоры о предоставлении медицинских услуг. А также Страховщик гарантирует Застрахованной родовспоможение путем кесарево сечения по медицинским показаниям.

Медицинские услуги по программе включают:

- наблюдение и лечение акушером-гинекологом, а также врачами-специалистами по поводу осложнений беременности;
- лабораторная и инструментальная диагностика
- госпитализацию по медицинским показаниям и лечение в акушерско-гинекологическом отделении стационара;
- экстренную госпитализацию при преждевременном начале родовой деятельности или преждевременном отхождении околоплодных вод;
- обезболивание;
- хирургические и акушерско-гинекологические операции по медицинским показаниям по поводу осложнений беременности и родов;
- пребывание на койке в родильном доме более 5 суток в связи с возникшими осложнениями родов;
- медикаментозная помощь.

Медицинская помощь оказывается в условиях амбулаторно-поликлинических и, по показаниям, стационарных акушерско-гинекологических учреждений.

МЕДИЦИНСКАЯ ПРОГРАММА № 6 **«ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ ПРИ КЛЕЩЕВОМ** **ЭНЦЕФАЛИТЕ И КЛЕЩЕВОМ СИСТЕМНОМ БОРРЕЛИОЗ»**

Объектом добровольного медицинского страхования является имущественный интерес лица, о страховании которого заключен договор страхования (Застрахованного лица), связанный с расходами, вызванными обращением Застрахованного в медицинские учреждения за получением медицинских услуг, включенных в программу страхования.

Страховым случаем по настоящей Медицинской программе является обращение Застрахованного в течение срока действия Договора страхования в медицинское учреждение на территории субъектов Российской Федерации самостоятельно¹ или которое согласовано и /или организовано Страховщиком или уполномоченной Сервисной организацией за получением медицинской помощи по профилактике, диагностике и лечению инфекционных заболеваний, передающихся иксодовыми клещами .

В программу входит следующий комплекс медицинских услуг:

➤ Первичный медицинский осмотр врачом² и удаление клеща (ей) в асептических условиях;

➤ Исследование клеща (ей) после укуса/ напоя (удаления) по выявлению наличия возбудителей инфекционных заболеваний, передающихся иксодовыми клещами;

➤ Проведение экстренной профилактической иммунизации против энцефалитическим иммуноглобулином в соответствии с инструкцией по серопротекции (по медицинским показаниям и назначению лечащего врача), в течение всего срока действия полиса, при повторном укусе - не раньше чем через 4 недели после предыдущей иммунизации.

➤ При выявлении у Застрахованного после введения противоклещевого иммуноглобулина заболевания клещевой энцефалит, болезнь Лайма (боррелиоз) – стационарное лечение с медицинским обеспечением Застрахованного по назначению лечащего врача сверх утвержденного перечня лекарственных средств по программе ОМС. Размещение в 2-3 местных палатах повышенной комфортности (при наличии технической возможности в стационаре)

Медицинская помощь оказывается в условиях амбулаторно-поликлинических, в пункте серопротекции и, по показаниям, в профильных отделениях стационара.

Не является страховым случаем обращение Застрахованного:

- в сроки, не предусмотренные Договором страхования;
- по лечению заболеваний, не являющихся следствием прикрепления (присасывания) клеща, в т.ч. лечения сопутствующих заболеваний и любых иных

¹ За возмещением расходов Застрахованный самостоятельно обращается в Страховую компанию.

² Услуга оказывается врачами различных специальностей и средним медицинским персоналом в объеме, предусмотренном стандартами оказания медицинской помощи населению.

заболеваний, выявленных в процессе оказания Застрахованному лицу медицинской помощи ;

- по поводу заболеваний центральной нервной системы, вызванных другими вирусными инфекциями, не связанными с укусом клеща;
- по поводу заболевания клещевым энцефалитом в случаях, когда экстренная профилактическая иммунизация иммуноглобулином противоклещевым не была проведена или была проведена с нарушением инструкции;
- при проведении иммунизации спустя более 72 часов с момента укуса клеща;
- за медицинской помощью по поводу клещевого энцефалита после иммунизации, проведенной с нарушением сроков (более 72 часов от момента укуса клеща);
- по поводу гнойно-септических осложнений, связанных с удалением клеща в медицинских учреждениях, не согласованных со Страховщиком;
- по поводу оплаты услуг, лекарственных препаратов, которые не были рекомендованы и письменно засвидетельствованы лечащим врачом Застрахованного в первичной медицинской документации (амбулаторная карта, история болезни) как необходимые и разумные меры.

В программе страхования не предусмотрено внесение изменений в течение действия договора страхования: в условия страхования, перечень страховых рисков, размер страховой суммы и список Застрахованных.

ТАРИФНЫЕ СТАВКИ
ПО ДОБРОВОЛЬНОМУ МЕДИЦИНСКОМУ СТРАХОВАНИЮ

Медицинская программа	Тариф
Медицинская программа № 1 «Предоставление медицинских услуг при амбулаторном лечении»	33,7
Медицинская программа № 2 «Предоставление медицинских услуг при стационарном лечении»	26,59
Медицинская программа № 3 Комплексная помощь «Полная страховая ответственность»	27,14
Медицинская программа № 4 Реабилитационно-восстановительное лечение («Санаторно-курортное лечение»)	82,96
Медицинская программа № 5 «Ведение беременности и родовспоможение»	40,78
Медицинская программа № 6 «Предоставление медицинских услуг при клещевом энцефалите и клещевом системном боррелиозе»	0,37

Страховщик имеет право применять к настоящим тарифным ставкам повышающие от 1,01 до 2,00 и понижающие от 0,2 до 0,99 коэффициенты, исходя из возраста Застрахованного, состояния его здоровья и профессиональных обязанностей, анамнеза а также других обстоятельств, имеющих существенное значение для определения степени страхового риска, но с тем условием, чтобы значение тарифа должно быть менее 100% от страховой суммы.

ЗАЯВЛЕНИЕ об отказе от договора страхования в «период охлаждения»

СВЕДЕНИЯ О ЗАЯВИТЕЛЕ (ВСЕ ПОЛЯ ПОДЛЕЖАТ ОБЯЗАТЕЛЬНОМУ ЗАПОЛНЕНИЮ)

☐ СТРАХОВАТЕЛЬ – ФИЗИЧЕСКОЕ ЛИЦО ☐ ПРЕДСТАВИТЕЛЬ СТРАХОВАТЕЛЯ – ФИЗИЧЕСКОГО ЛИЦА

ФИО										
ТЕЛЕФОНЫ (МОБ. ДОМ.)										
ДОКУМЕНТ, УДОСТОВЕРЯЮЩИЙ ЛИЧНОСТЬ	ВИД ДОКУМЕНТА									
									ПОДРАЗДЕЛЕНИЯ	
ДАТА РОЖДЕНИЯ		МЕСТО РОЖДЕНИЯ								
АДРЕС МЕСТА ЖИТЕЛЬСТВА (РЕГИСТРАЦИИ)	индекс, область/республика/ округ/ край, район, населенный пункт									
	улица, дом, квартира									
АДРЕС ПРОЖИВАНИЯ (ПРИ ОТЛИЧИИ ОТ АДРЕСА РЕГИСТРАЦИИ)	индекс, область/республика/ округ/ край, район, населенный пункт									
	улица, дом, квартира									
ГРАЖДАНСТВО ☐ РФ ☐ ИНОЕ		ЕНТА, ПОДТВЕРЖДАЮЩЕГО ПРАВО ИНОСТРАННОГО ГРАЖДАНИНА ИЛИ ЦАНСТВА НА ПРЕБЫВАНИЕ (ПРОЖИВАНИЕ) В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ								
СЕРИЯ		НОМЕР				ДАТА НАЧАЛА ДЕЙСТВИЯ			ДАТА ОКОНЧАНИЯ ДЕЙСТВИЯ	
ДАННЫЕ МИГРАЦИОННОЙ КАРТЫ ИНОСТРАННОГО ГРАЖДАНИНА										
СЕРИЯ		НОМЕР				ДАТА НАЧАЛА ПРЕБЫВАНИЯ			ДАТА ОКОНЧАНИЯ ПРЕБЫВАНИЯ	

ПРОШУ ДОСРОЧНО ПРЕКРАТИТЬ ДОГОВОР ДОБРОВОЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ С ВОЗВРАТОМ УПЛАЧЕННОЙ СУММЫ СТРАХОВОЙ ПРЕМИИ (ВЗНОСА), В СВЯЗИ С ОТКАЗОМ ОТ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ В ТЕЧЕНИЕ 14 (ЧЕТЫРНАДЦАТИ) КАЛЕНДАРНЫХ ДНЕЙ СО ДНЯ ЕГО ЗАКЛЮЧЕНИЯ.

ДОГОВОР СТРАХОВАНИЯ				
СТРАХОВАТЕЛЬ (ФИО)				

ПРОШУ ОСУЩЕСТВИТЬ ВОЗВРАТ СТРАХОВОЙ ПРЕМИИ (ВЗНОСА) ☐ БАНКОВСКИМ ПЕРЕВОДОМ НА СЧЕТ В БАНКЕ:

БАНКОВСКИЕ РЕКВИЗИТЫ																													
		наименование банка, отделение банка, город																											
НОМЕР СЧЕТА ЗАЯВИТЕЛЯ																													

ПРИЛОЖЕНИЯ*:

НАИМЕНОВАНИЕ ДОКУМЕНТА	ОТМЕТКА О НАЛИЧИИ
ДОГОВОР ДОБРОВОЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ	
ДОКУМЕНТЫ, ПОДТВЕРЖДАЮЩИЕ УПЛАТУ СТРАХОВОЙ ПРЕМИИ (ВЗНОСА) ПО ДОГОВОРУ СТРАХОВАНИЯ	
*полный перечень необходимых документов указан в Договоре страхования (Полисе)	

ПОДПИСАНИЕМ НАСТОЯЩЕГО ЗАЯВЛЕНИЯ ПОДТВЕРЖДАЮ, ЧТО ПО ДОГОВОРУ СТРАХОВАНИЯ С МОМЕНТА ЕГО ЗАКЛЮЧЕНИЯ И ПО НАСТОЯЩЕЕ ВРЕМЯ ОТСУТСТВУЮТ СОБЫТИЯ, ИМЕЮЩИЕ ПРИЗНАКИ СТРАХОВОГО СЛУЧАЯ.
ПОДТВЕРЖДАЮ, ЧТО ИНФОРМАЦИЯ, ПРИВЕДЕННАЯ В НАСТОЯЩЕМ ЗАЯВЛЕНИИ, ЯВЛЯЕТСЯ ПОЛНОЙ И ДОСТОВЕРНОЙ
СОГЛАСЕН НА ПОЛУЧЕНИЕ, ХРАНЕНИЕ И ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ СТРАХОВЩИКОМ.
УВЕДОМЛЕН О ТОМ, ЧТО ВОЗВРАТ СТРАХОВОЙ ПРЕМИИ ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ В ТЕЧЕНИЕ 10 РАБОЧИХ ДНЕЙ СО ДНЯ ПОЛУЧЕНИЯ СТРАХОВЩИКОМ ОРИГИНАЛА ЗАЯВЛЕНИЯ.
НАСТОЯЩИМ ПОДТВЕРЖДАЮ, ЧТО НЕ ЯВЛЯЮСЬ ПУБЛИЧНЫМ ДОЛЖНОСТНЫМ ЛИЦОМ (ПДЛ), ИНОСТРАННЫМ ПУБЛИЧНЫМ ДОЛЖНОСТНЫМ ЛИЦОМ (ИПДЛ), РОДСТВЕННИКОМ ПДЛ ИЛИ ИПДЛ, В ИНОМ СЛУЧАЕ ОБЯЗУЮСЬ УВЕДОМИТЬ ОБ ЭТОМ СТРАХОВЩИКА.

ПОДПИСЬ	ФИО СТРАХОВАТЕЛЯ	ДАТА, ВРЕМЯ				
		день	месяц	год	час	мин.