

**Базовые тарифные ставки по комплексному добровольному медицинскому страхованию
по индивидуальной форме проведения добровольного медицинского страхования
(в руб. со 100 руб. страховой суммы)**

1. Амбулаторная медицинская помощь	95,82
2. Стационарная медицинская помощь	40,22
3. Экстренная медицинская помощь	8,39
4. Комплексная медицинская помощь	50,10
5. Осложнения	1,54
6. Амбулаторно-стоматологическая помощь	18,83
7. Инфекционные болезни:	
7.1.Краснуха	0,93
7.2.Полиомиелит	0,04
7.3. Менингококковая инфекция	0,04
7.4. Коклюш	0,69
7.5. Ветряная оспа	35,46
7.6. Кишечные инфекции	1,84
7.8. Иные инфекции и паразитарные заболевания	0,38
7.9. Грипп	1,38
7.10 Гепатиты	0,37
7.11.Корь	0,04
7.12. Клещевой энцефалит, клещевой боррелиоз (болезнь Лайма)	0,06
7.13. Клещевой энцефалит, клещевой боррелиоз (болезнь Лайма), гранулоцитарный анаплазмоз, моноцитарный эрлихиоз	0,06
8. Комплексная медицинская акушерская помощь	63,88

2. Страховщик имеет право применять к базовым тарифным ставкам повышающие или понижающие коэффициенты:

2.1. Возрастные коэффициенты (учитывают частоту обращений за медицинской помощью).

Таблица 1

Возрастные коэффициенты к базовым тарифам по индивидуальной форме проведения добровольного медицинского страхования (ед.)

Возраст (полных лет)	0-2	3-4	5-9	10- 14	15- 17	18- 24	25- 29	30- 34	35- 39	40- 44	45- 49	50- 54	55- 59	60- 64	65- 80
Коэффициенты к базовым тарифам ²	1,55	1,45	1,25	0,95	0,82	0,87	0,90	0,92	0,97	1,00	1,15	1,25	1,35	1,47	1,55

2.2. Коэффициенты в зависимости от группы здоровья: 1 группа – 0,45; 2 группа – 1,0; 3 – группа – 1,25 (учитывает частоту обращений за медицинской помощью);

2.3. Групповые коэффициенты при коллективной форме страхования (в зависимости от численности застрахованных) понижающие от 0,95 до 0,4.

2.4. Региональные коэффициенты, учитывающие статистику заболеваемости в субъекте РФ от 0,1 до 5,0 %.

² Учитывают число обращений за медицинской помощью по возрастным группам населения.

2.5. Страховщик имеет право применять к базовым тарифным ставкам повышающие или понижающие коэффициенты, исходя из специализированного профиля стационара или поликлиники (хирургия, акушерско-гинекологическая помощь в стационаре и или поликлинике, стоматологическая поликлиническая помощь, кардиология, лечебно-восстановительное санаторно-курортное лечение и др.), стоимости койко-дня, категории лечебно-профилактического учреждения (повышающие от 1,1 до 5,0 или понижающие от 0,2 до 0,9)

2.6. Коэффициенты в зависимости от объема и качества оказываемой медицинской помощи, медицинских и иных услуг в соответствии с Программой страхования, согласованной с конкретным Страхователем (повышающие от 1,1 до 5,0 или понижающие от 0,2 до 0,9).

2.7. Других обстоятельств, имеющих существенное значение для определения степени страхового риска (повышающие от 1,1 до 5,0 или понижающие от 0,2 до 0,95).

Примечание:

При изменении цен на структурные составляющие стоимости медицинских услуг, гарантированных программами медицинского страхования, тарифы также могут быть изменены, о чем Страхователь уведомляется Страховщиком за месяц до предполагаемого введения новых цен.

При этом Страхователь должен уплатить дополнительный взнос страховой премии за не истекший срок страхования (с даты повышения цен).

При отказе Страхователя от уплаты дополнительного взноса Страховщик вправе досрочно прекратить договор страхования, вернув Страхователю часть взноса за период, оставшийся до окончания действия договора с даты введения новых расценок на медицинские услуги.