ОБЩЕСТВО С ОГРАНИЧЕННОЙ ОТВЕТСТВЕННОСТЬЮ
“СТРАХОВОЕ МЕДИЦИНСКОЕ ОБЩЕСТВО “СПАСЕНИЕ”

Утверждены
Правила добровольного медицинского страхования №2 ООО «СМО «Спасение» в новой редакции приказом Генерального директора ООО «СМО «Спасение» № 55 от «07» сентября 2023 г.

Генеральный директор
_____ /И.Г. Глушков/
М.П.

П Р А В И Л А
добровольного медицинского страхования
№ 2

Казань - 2023

СОДЕРЖАНИЕ

1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

2. ОБЪЕКТЫ И СУБЪЕКТЫ СТРАХОВАНИЯ

3. СТРАХОВЫЕ СЛУЧАИ

4. ИСКЛЮЧЕНИЯ ИЗ СТРАХОВОГО ПОКРЫТИЯ

5. СТРАХОВАЯ СУММА

6. СТРАХОВАЯ ПРЕМИЯ И СТРАХОВЫЕ ВЗНОСЫ

7. ПОРЯДОК ЗАКЛЮЧЕНИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ

8. СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ

9. ПОРЯДОК ИСПОЛНЕНИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ

10. СТРАХОВАЯ ВЫПЛАТА

11. СЛУЧАИ ОТКАЗА В СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЕ

12. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

13. ПРЕКРАЩЕНИЕ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ

14. НЕДЕЙСТВИТЕЛЬНОСТЬ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ

15. ПОРЯДОК РАЗРЕШЕНИЯ СПОРОВ

ПРИЛОЖЕНИЕ № 1. Программы страхования
ПРИЛОЖЕНИЕ № 2. Базовые тарифные ставки
ПРИЛОЖЕНИЕ № 3. Договор добровольного медицинского страхования (образец)
ПРИЛОЖЕНИЕ № 4. Заявление о заключении договора добровольного медицинского страхования (образец)
ПРИЛОЖЕНИЕ № 5. Список застрахованных лиц (образец)
ПРИЛОЖЕНИЕ № 6. Полис коллективного медицинского страхования (образцы)
ПРИЛОЖЕНИЕ № 7. Полис застрахованного лица (образцы)
ПРИЛОЖЕНИЕ № 8. Полис индивидуального медицинского страхования (образец)
ПРИЛОЖЕНИЕ № 9. Структура страхового тарифа

1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

1.1. Общество с ограниченной ответственностью «Страховое медицинское общество «Спасение» (сокращенное наименование – ООО «СМО «Спасение») заключает договоры добровольного медицинского страхования на основании настоящих Правил, в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

1.2.Основные термины, используемые в настоящих Правилах.

1.2.1.**Страховщик** - ООО «СМО «Спасение» – страховая организация, созданная в соответствии с законодательством Российской Федерации для осуществления деятельности по страхованию и получившая лицензию на осуществление соответствующего вида страховой деятельности: добровольного личного страхования, за исключением добровольного страхования жизни (вид страхования - медицинское страхование: добровольное медицинское страхование) в установленном законом порядке.

1.2.2. **Страхователь** - юридическое лицо, индивидуальный предприниматель или физическое лицо, заключившее (-ий) со Страховщиком договор добровольного медицинского страхования.

1.2.3. **Застрахованное лицо** - физическое лицо, в отношении здоровья которого заключен договор страхования. На условиях настоящих Правил заключаются договоры страхования лиц в возрасте от 0 (новорожденные) до 90 лет. Программами страхования могут быть установлены ограничения по возрасту лиц, принимаемых на страхование на условиях этих программ.

1.2.4. **Страховая сумма** - определенная договором страхования денежная сумма, в пределах которой Страховщик обязуется осуществить страховую выплату и, исходя из которой, определяется размер страховой премии.

1.2.5. **Страховая премия** - плата за страхование, которую Страхователь обязан уплатить Страховщику в порядке и сроки, определенные договором страхования. **Неиспользованная страховая премия** – это часть оплаченной Страхователем страховой премии, приходящейся на неистекший(шие) период(ы) страхования.

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

1.2.7. **Страховой риск** - предполагаемое событие, на случай наступления которого проводится страхование.

1.2.8. **Страховой случай** - совершившееся событие, предусмотренное договором страхования (или программой страхования), с наступлением которого возникает обязанность Страховщика произвести страховую выплату.

1.2.9. **Страховая выплата** - денежная сумма, которую Страховщик в соответствии с договором страхования обязан выплатить при наступлении страхового случая.

Страховая выплата определяется в размере убытка за вычетом франшизы, но в любом случае не может превышать страховой суммы.

Общая сумма страховых выплат по всем страховым случаям, происшедшим в период действия договора страхования не может превышать страховой суммы.

1.2.10. **Выжидательный период** - установленный договором страхования промежуток времени (обычно после вступления договора в силу), в течение которого обращение Застрахованного лица за оказанием медицинских и иных услуг не признается страховым случаем. Договором страхования может быть установлено несколько выжидательных периодов.

1.2.11. **Договор страхования** – соглашение Страховщика и Страхователя о добровольном медицинском страховании, заключенное между Страховщиком и Страхователем в соответствии с настоящими Правилами. Договор страхования может быть заключен путем составления одного документа либо вручения Страховщиком Страхователю, на основании его письменного или устного заявления, страхового полиса, подписанного Страховщиком.

В последнем случае согласие Страхователя заключить договор на предложенных Страховщиком условиях подтверждается принятием от Страховщика указанных в абзаце первом настоящего пункта документов.

1.2.12. **Индивидуальный договор страхования** – договор добровольного медицинского страхования, заключенный в отношении одного Застрахованного лица.

1.2.13. **Коллективный договор страхования** – договор добровольного медицинского страхования, заключенный Страхователем в отношении более чем одного Застрахованного лица.

1.2.14. **Полис (страховой полис, полис добровольного медицинского страхования)** – документ, удостоверяющий факт заключения договора страхования.

1.2.15. **Медицинские и аптечные организации.**

Медицинская организация - юридическое лицо независимо от организационно-правовой формы, осуществляющее в качестве основного (уставного) вида деятельности медицинскую деятельность на основании лицензии, выданной в порядке, установленном законодательством Российской Федерации, а также иные юридические лица независимо от организационно-правовой формы, осуществляющие на ряду с основной (уставной) деятельностью медицинскую деятельность.

К медицинским организациям в частности относятся российские и иностранные медицинские организации: стационары, клиники, диспансеры, амбулаторно-поликлинические организации, организации скорой медицинской помощи, организации охраны материнства и детства, санаторно-курортные, лечебно-реабилитационные организации и другие.

К медицинским организациям приравниваются индивидуальные предприниматели, осуществляющие медицинскую деятельность.

Медицинские организации, находящиеся за границей Российской Федерации, должны иметь лицензию на оказание медицинской помощи и (или) удовлетворять иным аналогичным требованиям законодательства того государства, в котором они находятся.

Аптечная организация - организация, структурное подразделение медицинской организации, осуществляющая розничную торговлю лекарственными препаратами, хранение, изготовление и отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения в соответствии с требованиями действующего законодательства и имеющая соответствующую лицензию.

1.2.16. **Программа страхования** – документ, определяющий условия страхования (страховой случай, перечень предоставляемых медицинских услуг и иных услуг, ограничения и исключения из страхового покрытия и др.). Исходя из программы страхования, определяется страховой тариф.

1.2.17. **Группа заболеваний** – совокупность заболеваний и состояний, сформированная по этиологическим признакам, анатомической локализации, обстоятельствам возникновения болезни и т.д. В настоящих правилах выделяются следующие группы заболеваний: классы заболеваний (п. 1.2.18.) и блоки заболеваний (п. 1.2.19).

1.2.18. **Классы заболеваний** – группы заболеваний в соответствии с Международной классификацией болезней (МКБ 10):

I)Инфекционные и паразитарные болезни.

II)Новообразования.

III)Болезни крови, кроветворных органов и отдельные нарушения, вовлекающие иммунный механизм.

IV)Болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ.

V)Психические расстройства и расстройства поведения.

VI)Болезни нервной системы.

VII)Болезни глаза и его придаточного аппарата.

VIII)Болезни уха и сосцевидного отростка.

IX)Болезни системы кровообращения.

X)Болезни органов дыхания.

XI)Болезни органов пищеварения.

XII)Болезни кожи и подкожной клетчатки.

XIII)Болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани.

XIV)Болезни мочеполовой системы.

XV)Беременность, роды и послеродовой период.

XVI)Отдельные состояния, возникающие в перинатальном периоде.

XVII)Врожденные аномалии (пороки развития), деформациями и хромосомные нарушения.

XVIII)Иные симптомы, признаки и отклонения от нормы, выявленные при клинических и лабораторных исследованиях.

XIX)Травмы, отравления и другие последствия воздействия внешних причин.

XX)Внешние причины заболеваемости и смертности

XXI)Факторы, влияющие на состояние здоровья населения и обращения в организации здравоохранения

1.2.19. **Блок заболеваний –** группа заболеваний внутри одного класса по МКБ-10.

1.2.20. **Врачебная тайна** – конфиденциальная информация, связанная с обращением Застрахованного лица за оказанием медицинских услуг, сведения о состоянии его здоровья и диагнозе, иные сведения, полученные при его медицинском обследовании и лечении. Сведения, составляющие врачебную тайну, не могут быть разглашены третьим лицам без согласия Застрахованного лица, за исключением случаев, предусмотренных законодательством РФ.

1.2.21. **Декларация здоровья (медицинская анкета)** – сведения о состоянии здоровья лица, подлежащего страхованию, составленные в форме вопросов Страховщика и ответов на них или предоставляемые иными документами.

1.2.22. **Код программы страхования** – условное цифровое или буквенно-цифровое обозначение программы страхования Застрахованного лица, вводимое Страховщиком.

1.2.23. **Лечащий врач** - врач, оказывающий медицинскую и (или) лекарственную помощь пациенту в период его наблюдения и лечения в медицинской организации.

1.2.24. **Лечебный режим -** установленный лечащим врачом распорядок оказания медицинской и (или) лекарственной помощи.

1.2.25. **Медицинская документация** – комплект документов, оформленных в соответствии с приказом Министерства здравоохранения СССР от 4 октября 1980 г. № 1030 (с последующими изменениями) и/или иными нормативными правовыми актами, касающихся наступления страхового случая: листки нетрудоспособности, выписные эпикризы, заключение о проведенном обследовании или лечении, выписка из истории болезни, результаты обследования, амбулаторная карта, рецепты и назначения лечащего врача и т.д.

1.2.26. **Медицинские расходы** – расходы Страховщика в виде страховой выплаты по оказанным Застрахованному лицу при наступлении страхового случая услугам.

1.2.27. **Медицинские и иные услуги**

Медицинская услуга – медицинская и (или) лекарственная помощь, предоставляемая медицинской или аптечной организацией по договору оказания услуг Застрахованным лицам. К медицинским услугам относятся: консультативная, лечебная, диагностическая, профилактическая, реабилитационно-восстановительная, оздоровительная, диспансерная, лекарственная помощь.

Иные услуги – услуги, предоставляемые с целью организации и оказания медицинской и лекарственной помощи (медицинских услуг).

К иным услугам относятся в частности: медико-социальные, медико-транспортные, транспортные, сервисные услуги и др.

Под медицинской помощью понимается комплекс мероприятий, направленных на поддержание и (или) восстановление здоровья и включающих в себя медицинское вмешательство или комплекс медицинских вмешательств, направленных на профилактику, диагностику и лечение заболеваний, медицинскую реабилитацию.

Под лекарственной помощью понимается:

- применение лекарственных средств и изделий медицинского назначения при оказании медицинской помощи;

- лекарственное обеспечение (получение лекарственных средств по рецептам врача).

Формами оказания медицинской помощи являются:

1) экстренная - медицинская помощь, оказываемая при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний, представляющих угрозу жизни пациента;

2) неотложная - медицинская помощь, оказываемая при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний без явных признаков угрозы жизни пациента;

3) плановая - медицинская помощь, которая оказывается при проведении профилактических мероприятий, при заболеваниях и состояниях, не сопровождающихся угрозой жизни пациента, не требующих экстренной и неотложной медицинской помощи, и отсрочка оказания которой на определенное время не повлечет за собой ухудшение состояния пациента, угрозу его жизни и здоровью.

1.2.28. **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 раздельно по каждой программе страхования, начало и окончание каждого периода указываются в договоре страхования и/или полисе.

1.2.29. **Срок действия договора страхования** - период времени, включающий в себя все установленные договором страхования периоды страхования и выжидательные периоды. Начало и окончание договора страхования указываются в страховом полисе (договоре страхования).

1.2.30. **Страховое покрытие** - совокупность страховых случаев, предусмотренных договором страхования, при наступлении которых возникает обязанность Страховщика произвести страховую выплату.

1.2.31. **Страховой взнос** – часть страховой премии.

1.2.32. **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 РФ.

1.2.33. **Убыток** – определяется как стоимость медицинских и иных услуг, оказанных при наступлении страхового случая и предусмотренных программой и (или) договором страхования, а также стоимость организации их оказания.

1.2.34. **Франшиза** - часть убытков, определенная договором страхования и не подлежащая возмещению Страховщиком. Франшиза устанавливается в виде определенного процентаж от страховой суммы или в фиксированном размере.

Договором могут быть предусмотрены иные виды франшизы (например, франшиза, установленная в виде процента от стоимости медицинских услуг).

Франшиза может быть условная или безусловная.

При условной франшизе Страховщик освобождается от возмещения убытка, если его размер не превышает размер франшизы, однако возмещает его полностью в случае, если размер убытка превышает размер франшизы

При безусловной франшизе размер страховой выплаты определяется как разница между размером убытка и размером франшизы

1.2.35. **Экспертиза медицинских услуг** - исследование, проводимое экспертом для определения соответствия объема, качества и стоимости оказанных Застрахованным лицам медицинских услуг установленным стандартам.

1.2.36. **Персональные данные** - информация, относящаяся к определенному или определяемому на основании такой информации физическому лицу (субъекту персональных данных). Персональными данными в рамках заключенного договора добровольного меди-

цинского страхования признаются, в том числе: фамилия, имя, отчество, дата (год, месяц, день) рождения, паспортные данные, адрес проживания, адрес регистрации (прописки), контактные телефоны, данные о состоянии здоровья, о заболеваниях, а также о случаях обращения Застрахованного лица за медицинскими услугами.

1.2.37. **Получатель страховых услуг** - физическое лицо (в том числе зарегистрированное в качестве индивидуального предпринимателя) или юридическое лицо, обратившееся в страховую организацию с намерением заключить договор страхования (потенциальный получатель страховой услуги), а также страхователь, застрахованное лицо по заключенному договору страхования.

1.2.38. Термины, для которых в настоящих Правилах и(или) договоре страхования нет специальных определений, используются в общепринятых значениях.

1.3. 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.

2. ОБЪЕКТЫ И СУБЪЕКТЫ СТРАХОВАНИЯ

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

В связи с обязанностью граждан заботиться о сохранении своего здоровья (ст. 27 главы 4 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации"), прямой заинтересованностью любого застрахованного лица в поддержании/восстановлении своего здоровья, а также заинтересованности Страхователя – юридического лица или индивидуального предпринимателя в сохранении работоспособности и снижении заболеваемости сотрудников, имущественный интерес получателя страховых услуг при заключении договора страхования, а также при принятии решения о страховой выплате считается наличествующим.

2.2. В качестве субъектов медицинского страхования выступают: Страховщик, Страхователь, Застрахованное лицо.

3. СТРАХОВЫЕ СЛУЧАИ

3.1. В соответствии с настоящими Правилами страховым случаем является совершившееся событие, предусмотренное договором страхования (или программой страхования), с наступлением которого возникает обязанность Страховщика произвести страховую выплату.

3.2. Страховым случаем признается обращение Застрахованного лица в течение периода(ов) страхования:

3.2.1. в медицинскую и (или) аптечную организацию, из числа предусмотренных договором страхования, за получением медицинских и иных услуг, в соответствии с программой страхования, предусмотренной договором страхования

3.2.2. в медицинскую (или) аптечную организацию не предусмотренные договором страхования (в том числе расположенные в других регионах РФ), за получением медицинских и иных услуг в соответствии с программой страхования, предусмотренной договором страхования, если это обращение организовано и/или согласовано Страховщиком.

3.3. При наступлении страхового случая Страховщик обязуется оплатить медицинские расходы в виде:

- оплаты медицинской и (или) аптечной организации медицинских и иных услуг, оказанных Застрахованному лицу при наступлении страхового случая, и организации их оказания, в пределах установленной договором страхования страховой суммы, в случае заключения договора страхования на условиях п. 10.1.1. настоящих Правил, а также в соответствии с порядком и условиями осуществления страховых выплат, определенных в договоре, заключенном Страховщиком с медицинской и (или) аптечной организацией.

- оплаты расходов, понесенных Застрахованным лицом (Страхователем), связанных с оказанием медицинских и иных услуг Застрахованному лицу при наступлении страхового случая в пределах установленной договором страхования страховой суммы, в случае заключения договора на условиях п. 10.1.2. настоящих Правил.

3.4. Страховщик заключает договоры страхования на случай наступления событий, предусмотренных следующими программами страхования:

Полное наименование программы страхования	**Сокращенное наименование программы страхования**
Комплексная (партнер)	
включая лекарственное обеспечение	КП1
исключая лекарственное обеспечение	КП2

Перечень медицинских и иных услуг, предоставляемых в рамках программ страхования, приведен в Приложении 1.

3.5. Страховщик вправе присваивать маркетинговые названия отдельным группам единообразных договоров страхования (страховых полисов), заключаемых на основании настоящих Правил страхования, в той мере, в какой это не противоречит законодательству Российской Федерации.

3.6. Выбранные программы страхования, перечни медицинских и аптечных организаций, определяются договором страхования и являются неотъемлемой его частью. Договором страхования может быть предусмотрено страхование по нескольким программам страхования.

3.7. Страховщик вправе ограничить объем медицинской и (или) лекарственной помощи (медицинских услуг) и иных услуг, предоставляемых в рамках договора страхования, по количеству, видам и стоимости, в том числе по отдельным медицинским и (или) аптечным организациям. Ограничения вводятся Страховщиком при заключении договора страхования; в период действия договора страхования ограничения могут быть введены по согласованию со Страхователем.

3.8. Страховщик вправе ограничить перечень классов заболеваний, по которым в рамках договора страхования предоставляются медицинские и иные услуги, в том числе по отдельным медицинским и (или) аптечным организациям. Ограничения вводятся Страховщиком при заключении договора страхования; в период действия договора страхования ограничения могут быть введены по согласованию со Страхователем.

3.9. Если Страховщик направляет Застрахованное лицо, для получения услуг, предусмотренных программой страхования в медицинскую и (или) аптечную организацию, имеющую договорные отношения со Страховщиком и не указанную в договоре страхования, то данное обращение Застрахованного лица является страховым случаем, даже если это не оговорено в договоре страхования.

4. ИСКЛЮЧЕНИЯ ИЗ СТРАХОВОГО ПОКРЫТИЯ

4.1. Страховщик вправе не принимать на страхование лиц, которые на момент заключения договора:

а) состоят на учете в наркологических, психоневрологических, туберкулезных, кожно-венерологических диспансерах;

б) ВИЧ-инфицированы;

в) имеют злокачественные новообразования, в том числе заболевания крови;

г) госпитализированы;

д) являются инвалидами I или II группы;

Лица, указанные в настоящем пункте, могут быть застрахованы по программам страхования, не предусматривающим лечение основного заболевания.

4.2. Не рассматривается как страховой случай получение медицинских и иных услуг если:

4.2.1. они не предусмотрены договором страхования или не назначены лечащим врачом;

4.2.2. они предоставлены в медицинских и (или) аптечных организациях, не предусмотренных договором страхования (кроме случаев, предусмотренных п. 3.2.2. настоящих Правил) или не имеющих лицензии на соответствующие виды медицинской / фармацевтической деятельности;

4.2.3. они оказаны вне периода(ов) страхования, установленных договором страхования, или в течение установленного выжидательного периода(ов);

4.3. Не является страховым случаем обращение Застрахованного лица в медицинскую и (или) аптечную организацию:

4.3.1. по поводу получения травматического повреждения или иного расстройства здоровья, наступившего в связи с совершением Застрахованным лицом действий, в которых судом установлены признаки умышленного преступления;

4.3.2. в связи с умышленным причинением себе телесных повреждений, в том числе с покушением на самоубийство, за исключением случаев, когда Застрахованное лицо было доведено до такого состояния противоправными действиями третьих лиц;

4.3.3. в связи с получением травматического повреждения в результате совершения Застрахованным лицом действий в состоянии алкогольного, наркотического или токсического опьянения, а также заболеваний, причиной которых явилось употребление алкоголя, наркотических или токсических веществ.

4.3.4. по поводу алкоголизма, токсикомании или наркомании.

4.3.5. в связи с психиатрическими заболеваниями и их осложнениями, а также иными заболеваниями (в т.ч. травмами), возникшими в связи с заболеваниями психической природы;

4.4. Программами страхования могут быть установлены дополнительные ограничения и исключения из страхового покрытия в отношении определенных заболеваний и медицинских и иных услуг.

4.5. Если договором страхования не предусмотрено иное, Страховщик не производит выплат в связи с заболеваниями и травмами, полученными вследствие:

4.5.1. воздействия ядерного взрыва, радиации или радиоактивного заражения;

4.5.2. участия в военных действиях, а также маневрах или иных военных мероприятиях;

4.5.3. гражданской войны, народных волнений всякого рода или забастовок.

5. СТРАХОВАЯ СУММА

5.1. Страховая сумма на всех или на каждое Застрахованное лицо по договору страхования определяется Страховщиком и Страхователем по соглашению сторон, исходя из вы-

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

5.2. Страховщик и Страхователь, по соглашению между ними, вправе устанавливать отдельные страховые суммы – по группам заболеваний, видам медицинских услуг, по группам Застрахованных лиц, по медицинским и (или) аптечным организациям, на один страховой случай и т.д.

5.3. Договором страхования может быть предусмотрена франшиза – условная или безусловная. Франшиза устанавливается в виде определенного процента от страховой суммы или в фиксированном размере.

Договором могут быть предусмотрены иные виды франшизы (например, франшиза, установленная в виде процента от стоимости медицинских услуг, на один страховой случай и т.д.).

Применение в договоре страхования франшизы может служить основанием для снижения страхового тарифа (применения коэффициентов риска), кроме случаев, когда применение франшизы является непременным условием принятия на страхование.

6. СТРАХОВАЯ ПРЕМИЯ И СТРАХОВЫЕ ВЗНОСЫ

6.1. При определении размера страховой премии, подлежащей уплате по договору страхования, Страховщик применяет разработанные им базовые тарифные ставки (Приложение 2 к настоящим Правилам).

6.2. Страховщик имеет право применять к базовым тарифным ставкам повышающие или понижающие коэффициенты риска от 0,01 до 3,0 экспертно определяемые по результатам оценки риска в каждом конкретном случае. Выбор коэффициента риска зависит от принимаемого на страхование риска: количества Застрахованных, основного вида деятельности и их половозрастного состава, возраста и рода занятий Застрахованных, состояния их здоровья, сообщенных сведений о заболеваниях, особенностей образа жизни, данных медицинских документов, характера предшествующей страховой истории, срока страхования, франшизы, включаемых в программу страхования классов заболеваний, видов медицинских и иных услуг и кратности их применения, а также других обстоятельств, имеющих значение для определения степени вероятности наступления страхового случая и (или) размера убытков от его наступления.

6.3. Страховщик вправе предусмотреть в локальных нормативных документах группы обстоятельств, касающихся рода деятельности, условий работы, образа жизни Застрахованного лица и иные факторы имеющие значение для определения степени вероятности наступления страхового случая и(или) размера убытков от его наступления, согласно которым принимаются решения о заключении договора страхования, а также порядок определения страховых тарифов и использования коэффициентов риска при заключении договоров страхования.

6.4. В зависимости от результатов предварительного медицинского осмотра (при его назначении Страховщиком) или по медицинским данным, сведениям о роде деятельности, условиях работы, образе жизни и иных факторах имеющих значение для определения степени вероятности наступления страхового случая и(или) размера убытков от его наступления, полученным о Застрахованном лице, Страховщик вправе присвоить Застрахованному лицу соответствующую группу риска и использовать повышающие или понижающие коэффициенты к страховым тарифам. 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.

6.5. Страховая премия по договору страхования может быть уплачена Страхователем единовременно - разовым платежом за весь срок страхования или уплачиваться периодиче-

ски в течение срока страхования (страховые взносы). Порядок уплаты страховой премии (страховых взносов) определяется в договоре страхования.

6.6. Страховой взнос может быть уплачен наличными деньгами представителю Страховщика, в кассу Страховщика или путем перечисления на расчетный счет Страховщика. Порядок проведения оплаты страховой премии (взносов) определяется в договоре страхования.

6.7. Страховая премия (страховые взносы) может быть уплачена за счет средств нескольких лиц, в том числе Застрахованных лиц, с их согласия, если это установлено договором страхования.

7. ПОРЯДОК ЗАКЛЮЧЕНИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ

7.1. Договор страхования заключается в письменной форме, несоблюдение которой влечет его недействительность.

7.2. Страхователи - юридические лица или индивидуальные предприниматели заключают со Страховщиком договоры страхования определенных в них физических лиц (Застрахованных лиц) в пользу последних, в том числе иностранные юридические лица.

Страхователи - физические лица, в том числе иностранные граждане и лица без гражданства, заключают со Страховщиком договоры страхования в свою пользу, или в пользу определенных в договоре третьих лиц (Застрахованных лиц).

7.3. В соответствии с договором страхования Страховщик принимает на себя обязательство организовать и оплатить медицинские и иные услуги, оказанные Застрахованным лицам в соответствии с программой страхования в медицинских и (или) аптечных организациях, и оплатить организацию их оказания, в пределах обусловленной в договоре страхования страховой суммы.

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

- о Застрахованном(ых) лице(ах) и их численности;
- о характере событий, на случай наступления которых осуществляется страхование (страховых случаях);
- о сроке действия договора;
- о размере страховой суммы;
- о размере страховой премии, сроках и порядке оплаты страховой премии или страховых взносов;
- об объеме медицинских и иных услуг, которые Застрахованные лица могут получить в рамках договора (программы(мм) страхования);
- о правах, обязанностях, ответственности сторон;

Договор страхования может содержать другие условия, не противоречащие законодательству Российской Федерации.

7.5.При заключении договора страхования Страхователь обязан сообщить Страховщику известные Страхователю обстоятельства, имеющие существенное значение для определения вероятности наступления страхового случая и размера возможных убытков от его наступления, если эти обстоятельства не известны и не могут быть известны Страховщику. При этом существенными признаются обстоятельства, оговоренные Страховщиком в настоящих Правилах и заявлении о заключении договора страхования.

К заявлению, по требованию Страховщика, может быть приложена декларация здоровья (медицинская анкета), заполненная лицами, в отношении которых заключается договор страхования. При необходимости Страховщик может потребовать предварительного медицинского освидетельствования этих лиц, которое проводится за счет Страхователя.

Уведомление Страховщиком Страхователя (потенциального Страхователя) о требовании:

- предварительного медицинского освидетельствования лиц, в отношении которых заключается договор страхования;
- либо предоставления декларации здоровья (медицинской анкеты), заполненной лицами, в отношении которых заключается договор страхования;
производится в письменной форме с указанием порядка выполнения требований.

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

7.7. Порядок заключения договора страхования.

7.7.1. Основанием для заключения договора является письменное либо устное заявление Страхователя, в котором должны быть указаны:

- наименование и юридический адрес Страхователя, его банковские реквизиты, если Страхователь – юридическое лицо или индивидуальный предприниматель, или фамилия, имя и отчество Страхователя, его место жительства, паспортные данные, если Страхователь – физическое лицо;
- выбранная программа (программы) страхования;
- срок действия договора страхования;
- другие данные, имеющие значение для установления размера страховой суммы и страхового тарифа.

Заявление о заключении договора страхования, если оно изложено в письменной форме, является неотъемлемой частью договора страхования.

В случаях, предусмотренных законодательством, неотъемлемым приложением к письменному заявлению либо договору страхования является Анкета (опросник) клиента, разработанная в соответствии с Правилами внутреннего контроля в целях противодействия легализации (отмыванию) доходов, полученных преступным путем, и финансированию терроризма и финансирования распространения оружия массового уничтожения ООО «СМО «Спасение».

При заключении индивидуального договора страхования в заявлении указываются фамилия, имя, отчество, дата рождения, место жительства, программа страхования, страховая сумма и иные необходимые сведения о Застрахованном лице.

При заключении коллективного договора страхования в списке лиц, подлежащих страхованию указываются: фамилия, имя, отчество, дата рождения, место жительства, программа страхования, страховая сумма (в случае, если она устанавливается для каждого Застрахованного лица в отдельности) и иные необходимые сведения о каждом Застрахованном лице и общая страховая сумма по списку.
Список лиц, подлежащих страхованию по договору с юридическим лицом или индивидуальным предпринимателем заверяется подписью уполномоченного лица Страхователя и печатью Страхователя (если Страхователь имеет печать) и прилагается к Договору страхования.
Список лиц, подлежащих страхованию по договору с физическим лицом заверяется подписью Страхователя и прилагается к Договору страхования. При страховании одного физического лица по индивидуальному договору список застрахованных лиц может не прилагаться к договору, а все данные застрахованного лица могут быть указаны непосредственно в договоре.

7.7.2. При заключении коллективных договоров на страхование принимается любое количество работников юридического лица или индивидуального предпринимателя, членов их семей, а также иных лиц, определенных Страхователем.

7.7.3. В случае расширения списка Застрахованных лиц в период действия договора страхования Страхователь представляет Страховщику предусмотренные настоящими Правилами сведения о включаемых в список лицах и уплачивает за них страховую премию (взно-

сы) за период с момента включения в список Застрахованных лиц до окончания договора страхования. При этом страховой взнос за неполный месяц уплачивается как за полный.

7.8. Страховщик принимает решение о возможности заключения договора страхования в течение пяти дней со дня подачи заявления Страхователем.

7.9. Договор страхования может быть оформлен путем составления одного документа (Приложение 3 к настоящим Правилам), либо вручения Страхователю страхового Полиса (Приложения 6, 7, 8 к настоящим Правилам), подписанного Страховщиком, с приложением Правил, программы (программ) страхования и перечня медицинских и (или) аптечных организаций, в которые могут обратиться Застрахованные лица за получением медицинских и иных услуг. В последнем случае согласие Страхователя заключить договор на предложенных Страховщиком условиях подтверждается принятием от Страховщика полиса.

7.10. Страховщик выдает страховые полисы на каждое Застрахованное лицо непосредственно Застрахованным лицам или Страхователю (для передачи Застрахованным лицам) в следующие сроки (если иные сроки не установлены договором):

- при заключении коллективного договора страхования - в течение 10 рабочих дней после вступления договора в силу, либо после предоставления Страхователем списка Застрахованных лиц, - в зависимости от того, какое событие наступит позже;
- при заключении индивидуального договора страхования - в течение 10 рабочих дней после вступления договора в силу. Страховой полис на застрахованное лицо может не выдаваться в случае, если договор страхования заключен путем вручения Страхователю страхового Полиса.

Страховой полис Застрахованного лица может быть выдан:

- на весь срок действия договора или отдельно на каждый период страхования, установленный договором страхования;
- на все программы страхования, предусмотренные договором страхования, или отдельно по программам страхования;
- на все виды медицинских и иных услуг, предусмотренных договором страхования, или отдельно по видам услуг;
- на все медицинские и (или) аптечные организации, предусмотренные договором страхования, или на отдельные организации.

8. СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ

8.1. Договор страхования заключается на срок 1 год, если условиями договора не предусмотрено иное.

8.2. При заключении договора (дополнительного соглашения к действующему договору страхования) на иной срок размер страховой премии (дополнительного страхового взноса) составляет (в процентах от исчисленной на 1 год страховой премии):

Срок страхования	Процент от годовой премии
менее 1 месяца	0,75% за каждый день
1 месяц	20%
2 месяца	30%
3 месяца	40%
4 месяца	50%
5 месяцев	60%
6 месяцев	70%
7 месяцев	75%
8 месяцев	80%
9 месяцев	85%
10 месяцев	90%
11 месяцев	95%

более 11 месяцев и менее 12 месяцев	100%

При этом, при сроке страхования 1 месяц и более, страховой взнос за неполный месяц уплачивается как за полный.

При сроке страхования более одного года страховой тариф увеличивается прямо пропорционально количеству лет, при этом страховой взнос за неполный месяц уплачивается как за полный.

В случае, если базовые тарифные ставки для программы страхования рассчитаны помесячно, то при заключении договора (дополнительного соглашения к действующему договору страхования) по такой программе страхования на срок, отличающийся от 1 года, размер страховой премии (дополнительного страхового взноса) определяется исходя из базовой тарифной ставки соответствующего месяца без учета предусмотренной настоящим пунктом таблицы.

8.3. Договор страхования вступает в силу с момента уплаты страховой премии или первого страхового взноса (при уплате страховой премии в рассрочку):

8.3.1. При безналичном расчете – с 00 часов дня следующего за днем поступления страховой премии (первого страхового взноса) на расчетный счет Страховщика;

8.3.2. При наличном расчете – с 00 часов дня следующего за днем оплаты страховой премии (первого страхового взноса).

8.4. Договором страхования могут быть предусмотрены иные сроки вступления в силу.

8.5. Если к сроку, установленному в договоре страхования, условия вступления в силу по которому соответствуют п.п.8.3.1 или 8.3.2 настоящих Правил, страховая премия при единовременном платеже или первый страховой взнос при рассроченном платеже не уплачен, то договор считается не вступившим в силу, страховые выплаты по этому договору страхования не производятся.

8.6. Если к сроку, установленному в договоре страхования, очередной страховой взнос (при оплате страховой премии в рассрочку) не уплачен или уплачен не полностью, Страховщик имеет право расторгнуть договор страхования, и вернуть полученные страховые взносы Страхователю за оставшийся до окончания действия договора страхования срок за вычетом понесенных расходов, либо потребовать соразмерного уменьшения страховой суммы. Договор страхования может содержать условия, ограничивающие право Страховщика на выбор из указанных двух вариантов.

Страховщик информирует Страхователя о факте просрочки уплаты очередного страхового взноса или факте его уплаты не в полном объеме, а также о последствиях таких нарушений. Способ информирования указывается в заключенном договоре страхования.

8.7. Если в договоре страхования предусмотрен выжидательный период, Страховщик несет обязательства только по страховым случаям, произошедшим вне выжидательного периода.

9. ПОРЯДОК ИСПОЛНЕНИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ.

9.1. Для получения медицинских и иных услуг Застрахованное лицо обращается в медицинские или аптечные организации, предусмотренные договором страхования, или к Страховщику в порядке, указанном в страховом Полисе.

9.2. Медицинская или аптечная организация, с которой Страховщик заключил соответствующий договор на оказание Застрахованным лицам услуг в случае отсутствия у него по прейскуранту и (или) роду деятельности (специализации) соответствующих услуг может организовать оказание их в других медицинских или аптечных организациях. При этом письменное согласие Страховщика является обязательным, если иное не предусмотрено договором между Страховщиком и медицинской и (или) аптечной организацией.

9.3. Если Застрахованному лицу показаны лечебно-диагностические мероприятия, выходящие за рамки программы страхования, обусловленной договором, Страховщик не несет обязанностей по решению вопросов их назначения и финансирования.

9.4. Вся медицинская документация выдается медицинскими организациями Застрахованным лицам на общих основаниях согласно действующему законодательству Российской Федерации.

10. СТРАХОВАЯ ВЫПЛАТА

10.1. Страховая выплата осуществляется в пределах страховой суммы в виде:

10.1.1. оплаты медицинских и иных услуг, оказанных при наступлении страхового случая и предусмотренных программой и (или) договором страхования, и оплаты организации их оказания, медицинским и (или) аптечным организациям, перечисленным в договоре страхования;

10.1.2. компенсации расходов Застрахованного лица (Страхователя), понесенных им при получении медицинских и иных услуг, оказанных при наступлении страхового случая и предусмотренных программой и (или) договором страхования, Страховщик производит оплату услуг только по тем страховым случаям, которые предусмотрены программой и (или) договором страхования, при предоставлении соответствующих документов.

Договор страхования может предусматривать осуществление страховой выплаты как в виде, установленном п.10.1.1., так и в видах, установленных п.п. 10.1.1. и 10.1.2. одновременно.

Выбор вида осуществления страховой выплаты производится при заключении договора страхования.

10.2. Порядок и условия осуществления страховых выплат медицинским и (или) аптечным организациям определяются соответствующими договорами, заключенными Страховщиком с ними.

10.3. Для получения страховой выплаты в форме компенсации расходов, понесенных с целью получения медицинских и иных услуг, Застрахованное лицо (Страхователь) или их представитель обращается к Страховщику с заявлением на страховую выплату. Подача заявления может быть произведена как лично, так и почтовым отправлением. Лицо, обратившееся с заявлением о страховой выплате предъявляет договор страхования или страховой полис (либо его копию), а также документ, удостоверяющий его личность (либо его надлежащим образом заверенную копию).

К заявлению должны быть приложены:

а) документы, подтверждающие оказание Застрахованному лицу соответствующих услуг (акт об оказании медицинских и иных услуг, счет-реестр медицинской организации, или заключение о проведенном обследовании или лечении, выписка из истории болезни, результаты обследования, амбулаторная карта, рецепты лечащего врача и др.);

б) документ, свидетельствующий об оплате Застрахованным лицом или Страхователем медицинских и иных услуг, предусмотренных программой страхования (копии платежных поручений, приходные ордера, кассовые и товарные чеки и др.);

в) банковские реквизиты для осуществления страховой выплаты;

г) документы, подтверждающих полномочия представителя застрахованного лица или страхователя (оригиналы либо надлежащим образом заверенные копии);

д) анкета (опросник) клиента, разработанная в соответствии с Правилами внутреннего контроля в целях противодействия легализации (отмыванию) доходов, полученных преступным путем, финансированию терроризма и финансирования распространения оружия массового уничтожения ООО «СМО «Спасение», заполненная/ые в отношении получателя страховой выплаты и лица, подавшего заявление на выплату.

Если получателем страховой выплаты не является лицо, обратившееся к Страховщику с заявлением на страховую выплату, Страховщику должен быть предоставлен документ,

удостоверяющий личность получателя выплаты. В этом случае, срок произведения страховой выплаты начинает отсчитываться после предоставления Страховщику документа, удостоверяющего личность получателя выплаты.

10.4. Размер страховой выплаты равен стоимости медицинских и иных услуг, оказанных в соответствии с программой страхования, и стоимости организации их оказания, за вычетом франшизы (если она предусмотрена договором страхования), но не превышает страховой суммы.

10.5. При первичном выявлении заболеваний, указанных в списке исключений из страхового покрытия, или установлении Застрахованному лицу I-II группы инвалидности в течение срока действия договора страхования, Страховщик оплачивает стоимость медицинских и иных услуг, оказанных Застрахованному лицу до момента установления диагноза, либо установления инвалидности. В дальнейшем, оказание медицинских и иных услуг по выявленному заболеванию может быть исключено Страховщиком из страхового покрытия в отношении данного Застрахованного лица с уведомлением Страхователя и Застрахованного лица и заключением соответствующего дополнительного соглашения к договору, либо договор страхования может быть расторгнут Страховщиком в отношении данных лиц с момента установления диагноза.

10.6. Если срок действия договора страхования закончился, а лечение по текущему заболеванию Застрахованного лица не завершено, Страховщик оплачивает стоимость оказанных медицинских и иных услуг, и организации их оказания: при амбулаторном лечении – до окончания острого периода заболевания; при госпитализации – до выписки из стационара, но не более чем в течение 10 дней. Плановая госпитализация осуществляется не менее чем за 20 дней до окончания действия последнего установленного договором периода страхования.

10.7. Если стоимость медицинских и иных услуг (за вычетом франшизы) превышает страховую сумму, оказанные услуги оплачиваются в пределах страховой суммы.

10.8. Страховая выплата или уведомление об отказе в выплате производятся в течение 20-ти рабочих дней после получения Страховщиком необходимых документов (если договором страхования не установлен иной срок). Уведомление об отказе в страховой выплате направляется Застрахованному лицу (Страхователю), их представителю, либо медицинской организации, либо аптечной организации, в зависимости от того, кто обратился за получением страховой выплаты.

10.9. Если страховая выплата не осуществлена в установленный срок по вине Страховщика, для него наступают последствия, предусмотренные законодательством Российской Федерации.

10.10. В случае выявления факта предоставления получателем страховых услуг документов, недостаточных для принятия страховщиком решения об осуществлении страховой выплаты, и (или) ненадлежащим образом оформленных документов в соответствии с требованиями правил страхования и (или) договора страхования, Страховщик:

- принимает их, при этом срок произведения страховой выплаты или отказа в ней, установленный п. 10.8. настоящих Правил, не начинает течь до предоставления последнего из необходимых и надлежащим образом оформленных документов.

- уведомляет об этом подавшее заявление на страховую выплату лицо с указанием перечня недостающих и (или) ненадлежащим образом оформленных документов в срок не превышающий 15 рабочих дней.

11. СЛУЧАИ ОТКАЗА В СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЕ

11.1. Страховщик вправе отказать в страховой выплате в следующих случаях:

11.1.1. Установлен факт передачи страхового полиса Застрахованного лица другому лицу для получения им медицинских и иных услуг;

11.1.2. Страхователь предоставил ложные или искаженные сведения о Застрахованном лице при заключении договора страхования;

11.1.3.Страховщик не был извещен в установленный п. 12.2.4. настоящих Правил срок о страховом случае, если не будет доказано, что Страховщик своевременно узнал о наступлении страхового случая либо что отсутствие у Страховщика сведений об этом не могло сказаться на его обязанности произвести страховую выплату;

11.1.4. Требование выплаты предъявлено по событиям, подпадающим под перечень исключений, установленных настоящими Правилами, договором и программами страхования.

11.1.5. Застрахованное лицо нарушало установленный медицинской организацией, из числа предусмотренных договором страхования, лечебный режим.

11.1.6. Застрахованное лицо отказывает Страховщику в праве ознакомиться с медицинской документацией, отражающей его историю заболевания, физическое и психическое состояние, диагноз и ход лечения.

11.1.7. Страхователь (Застрахованное лицо), медицинская организация или аптечная организация не предоставили Страховщику документы, необходимые для осуществления страховой выплаты.

11.2. Решение об отказе в страховой выплате сообщается в письменной форме с мотивированным обоснованием причин отказа в течение 20-ти рабочих дней после предоставления Страхователем (Застрахованным лицом), медицинской или аптечной организацией всех необходимых документов.

11.3. Страховщик не имеет права отказать в страховой выплате по причине утраты им представленных документов на страховую выплату (какого-либо из них), если имеются доказательства получения Страховщиком указанных документов.

В случае если Страховщик утратил документы на страховую выплату, он не вправе повторно требовать их предоставления от подавшего лица.

12. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

12.1. Страхователь имеет право:

12.1.1. Требовать предоставления Застрахованным лицам медицинских и иных услуг в медицинских и (или) аптечных организациях, определенных в договоре страхования, в соответствии с договором и программами страхования.

12.1.2. При наступлении страхового случая требовать осуществления страховой выплаты в порядке, предусмотренном договором страхования.

12.1.3. Проверять соблюдение Страховщиком условий договора страхования.

12.1.4. Изменить условия договора страхования в течение срока его действия по согласованию со Страховщиком, в том числе:

12.1.5. Увеличить страховую сумму, расширив перечень медицинских и иных услуг, предоставляемых по договору страхования, либо иным способом повысить уровень страхового обеспечения, заключив при этом дополнительное соглашение к договору страхования и уплатив дополнительный страховой взнос;

12.1.6. Уменьшить страховую сумму и страховую премию по договору страхования по соглашению сторон и получить неиспользованную часть страховой премии за вычетом расходов Страховщика;

12.1.7. Заявлять о внесении изменений в списки Застрахованных лиц (об исключении отдельных лиц из списков, о дополнении списков новыми лицами).

12.1.8. Расторгнуть договор страхования, обратившись к Страховщику с письменным заявлением об отказе от страхования, не менее чем за 3 месяца до предполагаемой даты расторжения, за исключением случая, предусмотренного п. 12.1.9 настоящих Правил.

12.1.9. Отказаться от договора страхования, обратившись к Страховщику с письменным заявлением об отказе от договора страхования в течение четырнадцати календарных дней со дня его заключения, если более длительный срок не установлен в договоре страхования, независимо от момента уплаты страховой премии, при отсутствии в данном периоде событий, имеющих признаки страхового случая.

12.1.10. Получить дубликат страхового полиса в случае его утраты. При утрате полиса (или его дубликата) Страхователь оплачивает Страховщику стоимость изготовления дубликата полиса. Стоимость изготовления дубликата полиса устанавливается внутренними распорядительными документами Страховщика.

12.2. Страхователь обязан:

12.2.1. Своевременно и в полном объеме уплачивать обусловленные договором страхования страховую премию (страховые взносы).

12.2.2. Ознакомить Застрахованных лиц с условиями договора страхования и настоящими Правилами и выдать Застрахованным лицам переданные Страховщиком страховые полисы.

12.2.3. Обеспечить сохранность документов по договору страхования.

12.2.4. В течение 30-ти календарных дней, если договором страхования не предусмотрено иное, известить Страховщика о наступлении события, которое может быть квалифицировано как страховой случай, предусматривающий компенсацию расходов Застрахованного лица (Страхователя) понесенных им при получении медицинских и иных услуг, в том случае, когда договором страхования предусмотрена страховая выплата в форме полной или частичной компенсации расходов Застрахованного лица (Страхователя) понесенных им при получении медицинских и иных услуг.

12.2.5. При заключении договора страхования сообщить Страховщику известные Страхователю обстоятельства, имеющие существенное значение для определения вероятности наступления страхового случая и (или) размера возможных убытков от его наступления. Не позднее десяти рабочих дней с момента изменения вышеуказанных обстоятельств, известить Страховщика о произошедших изменениях (ухудшение здоровья, перевод на производство с вредными условиями труда и т.п.).

12.2.6. Известить Страховщика о непредоставлении, несвоевременном, неполном или некачественном предоставлении медицинских и иных услуг, предусмотренных договором страхования, в течение 3-х дней с момента возникновения указанных обстоятельств.

12.2.7. Исполнение обязанностей Страхователя, предусмотренных п.п. 12.2.4 – 12.2.6 Правил, может быть возложено договором страхования на Застрахованное лицо.

12.2.8. Возместить по требованию Страховщика расходы, понесенные им в случае оплаты счетов за медицинские и иные услуги, оказанные незастрахованному лицу по вине Страхователя или Застрахованного лица.

12.2.9. Получить от Застрахованных лиц письменные согласия на обработку их персональных данных в целях исполнения договора страхования, в соответствии с пунктом 15.1 настоящих Правил и требованиями действующего законодательства Российской Федерации.

12.2.10. По запросу Страховщика предоставить ему указанные в п.12.2.9 настоящих Правил письменные согласия Застрахованных лиц.

12.3. Застрахованное лицо имеет право:

12.3.1. Требовать предоставления медицинских и иных услуг в соответствии с условиями договора страхования в перечисленных в нем медицинских и (или) аптечных организациях.

12.3.2. Выбрать для прикрепления любую медицинскую / аптечную организацию из перечисленных в договоре страхования, лечащего врача из числа врачей, привлекаемых для

осуществления программы страхования, и менять их не чаще одного раза в квартал, если договором не предусмотрено иное.

12.3.3. Обращаться к Страховщику за разъяснениями по особенностям оказания медицинских и иных услуг, а также при возникновении спорных ситуаций в связи с оказанием таких услуг.

12.3.4. Исполнить обязанности Страхователя по оплате страховой премии (взноса) частично или полностью.

12.3.5. Выполнить обязанности Страхователя, предусмотренные п.п. 12.2.4 – 12.2.6 настоящих Правил.

12.3.6. Принять на себя обязанности Страхователя, а также приобрести все его права в случае смерти Страхователя - физического лица, ликвидации Страхователя - юридического лица или индивидуального предпринимателя в порядке, предусмотренном законодательством.

12.3.7. Получить дубликат страхового Полиса в случае его утраты. При утрате Полиса (или его дубликата) Застрахованное лицо оплачивает Страховщику стоимость изготовления дубликата Полиса. Стоимость изготовления дубликата Полиса устанавливается внутренними распорядительными документами Страховщика.

12.3.8. Получить доступ к своим персональным данным, обрабатываемым Страховщиком.

12.4. Застрахованное лицо обязано:

12.4.1. При заключении договора страхования пройти предварительное медицинское освидетельствование, если на это есть требование Страховщика. В случае отказа Застрахованного лица от исполнения этой обязанности Страховщик вправе отказаться от заключения договора страхования.

12.4.2. Соблюдать предписания лечащего врача, полученные в ходе предоставления медицинских и иных услуг.

12.4.3. Заботиться о сохранности страховых документов и не передавать их другим лицам с целью получения ими медицинских и иных услуг.

12.4.4. Незамедлительно известить Страховщика об утрате страхового полиса. Утраченный документ признается недействительным и не может являться основанием для получения медицинских и иных услуг в соответствии с договором страхования.

12.4.5. Исполнить обязанности Страхователя, предусмотренные п.п. 12.2.4 – 12.2.6, если они возложены на него договором страхования.

12.5. Страховщик имеет право:

12.5.1. При заключении договора страхования потребовать представления лицами, подлежащими страхованию, сведений, позволяющих судить о степени вероятности наступления страхового случая и (или) размера убытков от его наступления по заключаемому договору, в том числе о состоянии их здоровья.

12.5.2. Проверить достоверность сведений, предоставленных при заключении договора Страхователем или лицом, в отношении которого заключается договор страхования.

12.5.3. Отказать Страхователю в заключении договора страхования в случае предоставления Страхователем или лицом, в отношении которого заключается договор страхования, ложных, неточных или неполных сведений.

12.5.4. Если после заключения договора страхования будет установлено, что Страхователь (Застрахованное лицо) при заключении договора сообщил Страховщику заведомо ложные сведения, Страховщик вправе потребовать признания договора недействительным и применения последствий его недействительности, за исключением случая, когда обстоятельства, о которых умолчал Страхователь (Застрахованное лицо), уже отпали.

12.5.5. Ознакомиться с медицинской документацией Застрахованного лица, отражающей историю его заболевания, физическое и психическое состояние, диагноз, и ход лечения, а также использовать данную информацию для решения вопросов, связанных с реализацией

Договора страхования, оплатой оказанных Застрахованному лицу медицинских и иных услуг, их организации, защитой прав Застрахованного лица.

12.5.6. Если в течение срока действия договора страхования у Застрахованных лиц выявляются заболевания или состояния, указанные в п. 4.1 настоящих Правил, а также в исключениях из страхового покрытия, установленных программами страхования, то оказание медицинских и иных услуг по выявленному заболеванию может быть исключено Страховщиком из страхового покрытия в отношении данного Застрахованного лица с уведомлением Страхователя и Застрахованного лица и заключением соответствующего дополнительного соглашения к договору, либо договор страхования может быть расторгнут Страховщиком в отношении данных лиц с момента установления диагноза.

12.5.7. Проверять исполнение Страхователем и Застрахованным лицом требований договора страхования.

12.5.8. Проводить экспертизу обоснованности, объема и качества оказанных медицинских услуг, включая экспертизу соответствия лекарственной помощи стандартам медикаментозного лечения.

12.5.9. Потребовать изменения условий договора страхования или уплаты дополнительной страховой премии при получении уведомления об обстоятельствах, влекущих увеличение вероятности наступления страхового случая и(или) размера убытков от его наступления. Если Страхователь возражает против изменения условий договора страхования или доплаты страховой премии, Страховщик вправе потребовать расторжения договора и возмещения убытков, причиненных его расторжением и увеличением степени риска.

12.5.10. Отказать в оплате медицинских и иных услуг, и их организации в случаях, предусмотренных настоящими Правилами или договором страхования.

12.5.11. Отложить решение вопроса о произведении или отказе в страховой выплате в случае возбуждения уголовного дела в отношении Застрахованного лица по факту событий, приведших к травматическому повреждению или иному расстройству здоровья Застрахованного лица, до принятия решения органами государственной власти.

12.5.12. При наличии обоснованных сомнений в подлинности документов, подтверждающих наступление страхового случая, отложить решение вопроса о страховой выплате до установления подлинности указанных документов.

12.5.13. Досрочно прекратить действие договора страхования в отношении Застрахованного лица в случае выявления факта передачи им другому лицу страхового полиса (договора страхования) с целью получения последним медицинских и иных услуг. Возврат страховых взносов в этом случае не производится.

12.5.14. Расторгнуть договор страхования в случае неисполнения Страхователем (Застрахованным лицом) обязанности по сообщению Страховщику сведений об обстоятельствах, влекущих увеличение вероятности наступления страхового случая и (или) размера убытков от его наступления. Страховщик не вправе требовать расторжения договора, если вышеуказанные обстоятельства уже отпали.

12.5.15. В одностороннем порядке уменьшить размер страховой премии (до фактически уплаченной) и пропорционально уменьшить размер страховой суммы, указанной в договоре страхования (с учетом произведенных страховых выплат), в случае неполной уплаты страховой премии в сроки, установленные договором. Если Страхователь возражает против изменения условий договора страхования Страховщик вправе потребовать расторжения договора и возмещения убытков, причиненных его расторжением.

12.6. Страховщик обязан:

12.6.1. До заключения договора страхования ознакомить Страхователя с Правилами и программами страхования.

12.6.2. При заключении договора коллективного страхования в течение 10 рабочих дней с момента вступления договора коллективного страхования в силу выдать на каждое Застрахованное лицо страховой полис с приложением Правил и программ страхования,

списка медицинских и (или) аптечных организаций, в которые Застрахованное лицо может обратиться за оказанием медицинских и иных услуг;

12.6.3.Защищать права Застрахованных лиц в отношениях с медицинскими / аптечными организациями в рамках договора страхования.

12.6.4. При наступлении страхового случая произвести:

- оплату медицинских и иных услуг, предусмотренных программой (программами) страхования, медицинской / аптечной организации, оказавшей такие услуги, и организации их оказания;
- либо возместить Застрахованному лицу (Страхователю) расходы, понесенные им для получения медицинских и иных услуг, предусмотренных программой (программами) страхования.

12.6.5. В случае отсутствия возможности предоставления Застрахованному лицу медицинских и иных услуг, предусмотренных программой страхования в медицинской и (или) аптечной организации, определенной Договором страхования, организовать предоставление необходимых и соответствующих по объему и качеству услуг Застрахованному лицу на базе иных медицинских и (или) аптечных организаций соответствующего профиля, имеющих договорные отношения со Страховщиком и определенных по усмотрению Страховщика.

12.6.6. Соблюдать тайну страхования. Страховщик несет ответственность за разглашение тайны страхования, включая врачебную тайну, его работниками в соответствии с законодательством Российской Федерации.

12.6.7. На стадии урегулирования требований о страховой выплате осуществлять идентификацию получателей страховых услуг, обратившихся за получением страховой выплаты (страхователей, застрахованных лиц или их представителей) в целях противодействия легализации (отмыванию) доходов, полученных преступным путем, и финансированию терроризма.

13. ПРЕКРАЩЕНИЕ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ

13.1. Договор страхования прекращает действие в следующих случаях:

13.1.1. Окончание срока действия договора;

13.1.2. Исполнение Страховщиком обязательств по договору в полном объеме;

13.1.3. Смерть Застрахованного лица (при индивидуальном договоре страхования);

13.1.4. Смерть Страхователя – физического лица, являющегося одновременно Застрахованным лицом;

13.1.5. Смерть Страхователя – физического лица, заключившего договор о страховании третьего лица, если Застрахованное или иное лицо не приняли на себя исполнение обязанностей Страхователя по уплате страховых взносов;

13.1.6. Ликвидация Страхователя – юридического лица или индивидуального предпринимателя, если Застрахованное или иное лицо не приняли на себя исполнение обязанностей Страхователя по уплате страховых взносов;

13.1.7.Ликвидация Страховщика;

13.1.8. Отказ Страхователя от уплаты дополнительной страховой премии при увеличении вероятности наступления страхового случая и(или) размера убытков от его наступления;

13.1.9. По соглашению сторон;

13.1.10. По требованию одной из сторон;

13.1.11. Отказ Страхователя от договора страхования в течение четырнадцати календарных дней со дня его заключения, если более длительный срок не установлен в договоре страхования, независимо от момента уплаты страховой премии, при отсутствии в данном периоде событий, имеющих признаки страхового случая.

13.1.12. Отказ Страхователя от добровольного страхования в случае непредоставления Страховщиком информации о договоре добровольного страхования, предоставления неполной или недостоверной информации.

13.1.13.В других случаях, предусмотренных законодательством Российской Федерации и настоящими Правилами.

13.2. Действие договора 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.

13.3. Действие коллективного договора страхования может быть прекращено в отношении отдельного Застрахованного лица (в случае отказа от страхования, увольнения и т.д.) при продолжении действия в отношении других Застрахованных лиц, если договором страхования не предусмотрено иное.

В случае досрочного прекращения действия коллективного договора страхования в части одного или нескольких застрахованных лиц по инициативе Страхователя, неиспользованная страховая премия за этих лиц определяется как страховая премия за этих лиц за оставшийся до окончания действия договора срок, за вычетом расходов Страховщика, если договором страхования не предусмотрено иное.

В случае досрочного прекращения действия коллективного договора страхования в части одного или нескольких застрахованных лиц по инициативе Страхователя, неиспользованная страховая премия за этих лиц возврату не подлежит, но может быть зачтена Страховщиком при последующем страховании новых лиц в рамках этого же действующего договора страхования и/или учтена им при оплате последующих страховых взносов по тому же договору, если договором страхования не предусмотрено иное.

13.4. При досрочном прекращении действия договора страхования по основаниям, указанным в п.п. 13.1.3, 13.1.6, 13.1.7, 13.1.9, 13.1.10, 13.1.12, 13.2 Страховщик возвращает Страхователю часть страховой премии (за оставшийся до окончания действия договора срок, за вычетом расходов Страховщика), если договором страхования не предусмотрено иное.

При досрочном отказе Страхователя от договора страхования уплаченная Страховщику страховая премия не подлежит возврату, если договором страхования не предусмотрено иное, за исключением случаев, предусмотренных пунктами 13.7, 13.8 настоящих Правил.

13.5. При досрочном прекращении действия договора страхования по основаниям, указанным в п.п. 13.1.4, 13.1.5, Страховщик возвращает часть страховой премии (за оставшийся до окончания действия договора срок, за вычетом расходов Страховщика) законным наследникам Страхователя, если это предусмотрено договором страхования.

13.6. При прекращении действия договора страхования по основаниям, указанным в п. 13.1.9 до начала периода страхования, Страховщик вправе вернуть Страхователю оплаченную им страховую премию за данный период в полном размере.

13.7. При прекращении действия договора страхования по основанию, указанному в п. 13.1.11, в случае если Страхователь отказался от договора страхования в срок, установленный п. 13.1.11, и до даты возникновения обязательств Страховщика по заключенному договору страхования (далее - дата начала действия страхования), Страховщик возвращает Страхователю уплаченную им страховую премию в полном размере.

13.8. При прекращении действия договора страхования по основанию, указанному в п. 13.1.11, в случае если Страхователь отказался от договора страхования в срок, установленный п. 13.1.11, но после даты начала действия страхования, Страховщик при возврате уплаченной страховой премии Страхователю вправе удержать ее часть пропорционально сроку действия договора страхования, прошедшему с даты начала действия страхования до даты прекращения действия договора страхования.

13.9. При прекращении действия договора страхования по основанию, указанному в п. 13.1.11, 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, но не позднее срока, определенного в соответствии с п. 13.1.11.

13.10. При прекращении действия договора страхования по основанию, указанному в п. 13.1.11, возврат страховой премии осуществляется по выбору Страхователя наличными деньгами или в безналичном порядке в срок, не превышающий 10 рабочих дней со дня получения Страховщиком письменного заявления.

Страхователь имеет право на возврат Страховщиком страховой премии (за вычетом части страховой премии, исчисляемой пропорционально времени, в течение которого действовало страхование) при отказе Страхователя от добровольного страхования в случае, указанном в п.13.1.12. В указанном случае срок возврата страховой премии составляет семь рабочих дней со дня получения заявления Страхователя об отказе от добровольного страхования.

13.11. Во всех случаях прекращения договора страхования Страхователь обязан вернуть Страховщику страховые полисы.

14. НЕДЕЙСТВИТЕЛЬНОСТЬ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ

14.1. Договор страхования может быть признан недействительным с момента его заключения по основаниям, предусмотренным Гражданским Кодексом Российской Федерации.

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

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

15. ПЕРСОНАЛЬНЫЕ ДАННЫЕ

15.1. Заключая договор страхования на основании настоящих Правил, Страхователь подтверждает получение согласия Застрахованных лиц на обработку их персональных данных Страховщиком, медицинскими и аптечными организациями, врачами-экспертами в целях исполнения договора страхования, в том числе для решения вопросов, связанных с осуществлением страховых выплат, контролем качества медицинских услуг и защитой прав Застрахованных лиц.

15.2. Согласие на обработку персональных данных с использованием средств автоматизации и без использования таких средств действительно в течение срока действия договора страхования и в течение 5 (Пяти) лет после окончания действия договора страхования.

15.3. В случае отзыва Застрахованным лицом своего согласия на обработку персональных данных действие договора страхования в отношении такого лица прекращается, а уплаченная Страховщику страховая премия за данное застрахованное лицо не подлежит возврату Страхователю или зачету при последующем страховании новых лиц.

16. ПОРЯДОК РАЗРЕШЕНИЯ СПОРОВ

16.1. Качество оказания медицинских и иных услуг, соответствие их условиям, предусмотренным в договоре страхования, контролируется Страховщиком.

16.2. В случае отказа медицинской и(или) аптечной организации от оказания медицинских и иных услуг, некачественного оказания таких услуг, Застрахованное лицо (Страхователь) может обратиться к Страховщику с заявлением о нарушении его прав по договору страхования. Заявление Застрахованного лица (Страхователя) рассматривается в соответствии с локальными нормативными документами Страховщика. При недостижении согласия по результатам рассмотрения заявления может быть создана согласительная комиссия из представителей Страховщика и медицинской и (или) аптечной организации. По требованию одной из сторон к участию в рассмотрении заявления могут быть привлечены независимые эксперты.

16.3. В других случаях споры, связанные с исполнением договора страхования, разрешаются в порядке, установленном действующим законодательством Российской Федерации.

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

Приложение № 1
к Правилам добровольного
медицинского страхования № 2

ПРОГРАММЫ СТРАХОВАНИЯ

ПРОГРАММА СТРАХОВАНИЯ
«Комплексная (партнер)»

Целевая аудитория: Действия программы распространяется на промышленные предприятия и организации, специализирующиеся на разработке и производстве высокотехнологичного оборудования двойного назначения и другие значимые предприятия, и работников указанных предприятий (организаций).

Застрахованные лица: в рамках данной программы страхования могут быть застрахованы лица в возрасте от 1 до 90 лет.

Страховой случай. Страховым случаем является обращение Застрахованного лица в медицинские организации, оказывающие амбулаторно-поликлиническую помощь, стационарную медицинскую помощь, стоматологическую помощь, скорую медицинскую помощь, проводящие реабилитационно-восстановительное лечение, за получением медицинских и иных услуг (в том числе по месту работы и на дому), в пределах перечня, предусмотренного настоящей программой страхования, либо в аптечную организацию, предусмотренную договором страхования, за получением лекарственных средств, по рецепту врача, выданному медицинской организацией, указанной в договоре страхования, при расстройствах здоровья застрахованного лица, относящихся к одному или нескольким из следующих классов заболеваний:

Класс по МКБ	Наименование класса
I)	Инфекционные и паразитарные болезни.
II)	Новообразования (кроме злокачественных новообразований)
III)	Болезни крови, кроветворных органов и отдельные нарушения, вовлекающие иммунный механизм.
IV)	Болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ.
VI)	Болезни нервной системы.
VII)	Болезни глаза и его придаточного аппарата.
VIII)	Болезни уха и сосцевидного отростка.
IX)	Болезни системы кровообращения.
X)	Болезни органов дыхания.
XI)	Болезни органов пищеварения.
XII)	Болезни кожи и подкожной клетчатки.
XIII)	Болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани.
XIV)	Болезни мочеполовой системы.
XVIII)	Симптомы, признаки и отклонения от нормы, выявленные при клинических и лабораторных исследованиях, не классифицированные в других рубриках
XIX)	Травмы, отравления и другие последствия воздействия внешних причин.
XXI)	Факторы, влияющие на состояние здоровья населения и обращения в организации здравоохране-

	ния

а так же в целях проведения профилактических мероприятий, снижающих степень опасных для жизни или здоровья застрахованного лица угроз и (или) устраняющих их, повлекшее за собой возникновение обязательств Страховщика произвести оплату оказанных медицинских и иных услуг, предусмотренных настоящей программой страхования, и организации их оказания в пределах страховой суммы.

Лекарственное обеспечение может быть исключено из программы страхования, о чем делается соответствующая запись в договоре страхования.

Объем предоставляемых медицинских и иных услуг (в том числе профилактических):

1. Приемы, консультации и другие профессиональные услуги врачей следующих специальностей: аллерголог, гастроэнтеролог, гинеколог, дерматолог, иммунолог; инфекционист, кардиолог, невролог, ортопед (только по медицинским показаниям, после несчастного случая (травмы), произошедшего в период действия договора страхования), отоларинголог, офтальмолог, проктолог, пульмонолог, ревматолог, стоматолог (терапевт и хирург), терапевт, педиатр (для лиц в возрасте до 18 лет), травматолог, уролог, хирург, эндокринолог и другие специалисты по медицинским показаниям;

2. Лабораторная диагностика по медицинским показаниям: общеклинические исследования, биохимические исследования, бактериологические исследования, иммунносерологические исследования, цитологические исследования, иные лабораторные методы исследования;

3. Инструментальная диагностика по медицинским показаниям: ультразвуковая диагностика; функциональная диагностика; лучевая диагностика: рентгеновская компьютерная томография, ядерно-магнитно-резонансные исследования; эндоскопические методы исследования; иные инструментальные методы исследования.

4. Физиотерапевтическое лечение по медицинским показаниям: гальванизация, электрофорез, фонофорез, магнитотерапия, лазеротерапия, СВЧ-терапия, УЗ-терапия, теплолечение, УВЧ-терапия, УФО-терапия; лечебный массаж, ЛФК, мануальная терапия, иглорефлексотерапия; иные методы физиотерапевтического лечения.

5. Приемы, консультации и другие профессиональные услуги среднего медицинского персонала по медицинским показаниям;

6. Проведение лечебных мероприятий и процедур по медицинским показаниям;

7. Экспертиза временной потери трудоспособности;

8. Отбор, обследование для реабилитационно-восстановительного лечения и реабилитационно-восстановительное лечение по медицинским показаниям;

9. Лечение в дневном стационаре;

10. Динамическое наблюдение лечащего врача;

11. Вызов врача и медицинской сестры на дом;

12. Дополнительные медицинские консультации специалистов – докторов и кандидатов медицинских наук;

13. Иммунопрофилактика по медицинским показаниям;

14. Лекарственное обеспечение по медицинским показаниям:

14.1. Получение лекарственных средств (веществ, применяемые для профилактики, диагностики и лечения согласно Государственному реестру лекарственных средств (медикаментов)) на основании выписанных лечащим врачом рецептов, по следующим клинико-фармацевтическим группам:

- сердечно-сосудистые средства;
- диуретики и препараты с диуретическим эффектом;
- средства, применяемые в неврологии;
- анальгетики (кроме наркотических);
- противовоспалительные средства; антибиотики;
- противомикробные средства;

•противовирусные средства;
•противопротозойные средства;
•противопаразитарные средства;
•противогрибковые средства;
•средства, применяемые в гастроэнтерологии и гепатологии;
•противоаллергические средства;
•бронхолегочные средства;
•анаболические стероиды.
•гормоны гипофиза и их аналоги;
•кортикотропины;
•средства, влияющие на различные виды обмена;
•средства для лечения заболеваний щитовидной железы;
•средства, влияющие на гемопоэз, гемостаз, гомеостаз;
•витамины и их аналоги, поливитамины,
•микроэлементы для системного применения;
•средства, влияющие на иммунитет;
•препараты иммуноглобулинов;
•средства, влияющие на тонус и сократительную активность миометрия;
•средства, применяемые в гинекологии;
•средства, применяемые в отоларингологии;
•средства, применяемые в офтальмологии;
•средства, применяемые в проктологии;
•средства, применяемые в урологии;
•средства для наружного применения;
•средства, применяемые в дерматологии;
•средства с дезинфицирующим и антисептическим действием;

14.2. Компенсация расходов застрахованных лиц на приобретение лекарственных средств в соответствии с п.п. 14.1 производится в случае, если страховые выплаты в виде компенсации расходов предусмотрены договором страхования.

15. Госпитализация (при наличии показаний) для стационарного обследования и лечения в профильных больницах, клиниках, отделениях:
гинекологических; гастроэнтерологических; кардиологических; реанимации (или кардиореанимации); терапевтических; нефрологических; урологических; пульмонологических; эндокринологических; хирургических; гнойной хирургии; проктологических; инфекционных; неврологических; офтальмологических; ЛОР; аллергологических; гематологических; педиатрических (для лиц в возрасте до 18 лет); иных, по медицинским показаниям;

16. Лечение в круглосуточном стационаре;

17. Ведение палатным врачом, необходимые консультации специалистов по профилю заболевания;

18. Реанимационные мероприятия, лечение в отделении интенсивной терапии по показаниям.

19. По скорой медицинской помощи: выезд бригады скорой медицинской помощи; первичный осмотр больного, диагностические мероприятия, неотложные лечебные мероприятия, купирование неотложных состояний, введение лекарственных препаратов, перевязка, иммобилизация и т.п.; неотложная транспортировка в стационар.

20. Иные услуги: медико-социальные, медико-транспортные, транспортные, сервисные услуги и др.

Ограничения страхового покрытия:

●Методы традиционной диагностики и лечения: акупунктурная диагностика, солярий, сауна, альфа-капсула, занятия на тренажерах и т.д. предоставляются строго по медицинским показаниям при обязательном письменном согласовании со Страховщиком;

●Страховщик имеет право ограничить объем услуг, предоставляемых в рамках настоящей программы страхования, по количеству и стоимости, в том числе в соответствии с договором, заключенным с медицинской/аптечной организацией.

Исключения из страхового покрытия: В рамках настоящей **программы страхования** Страховщик не рассматривает в качестве страхового случая и не компенсирует затраты на следующие медицинские услуги:

1. Любые назначения без медицинских показаний, либо предписанные медицинскими работниками организаций, не включенных в договор страхования;
2. Осмотры и консультации психоаналитика, психиатра, нарколога, врачей центров народной и традиционной медицины, экстрасенса, сексопатолога, гомеопата, косметолога;
3. Медицинский уход на дому, выполнение медицинских услуг на дому при отсутствии медицинских показаний;
4. Необоснованный вызов медицинских работников на дом, необоснованный вызов скорой медицинской помощи.

●Вызов на дом медицинских работников, вызов скорой медицинской помощи считается необоснованным, если:

●вызов осуществлен для медицинского обслуживания незастрахованного лица;

●при вызове, осуществленном Застрахованным или лицом, действующим в его интересах, преднамеренно представлена искаженная информация, касающаяся необходимости медицинского обслуживания и/или места пребывания Застрахованного лица;

●вызов осуществлен не в медицинских целях;

●вызов осуществлен к Застрахованному лицу, находящемуся в состоянии алкогольного, наркотического, токсического опьянения или абстинентного синдрома;

●при вызове Застрахованное лицо отсутствует по указанному адресу или отказывается от осмотра;

Вызов скорой медицинской помощи считается необоснованным, если у застрахованного лица, в отношении которого произведен вызов, отсутствуют состояния, требующие неотложного медицинского вмешательства и/или неотложной госпитализации.

В случае необоснованного вызова медицинского работника на дом, необоснованного вызова скорой медицинской помощи стоимость вызова оплачивается медицинской организации из внесенного страхового взноса, при этом страховая сумма уменьшается в соответствии с фактическими остатками поступившей страховой премии

5. Все виды медицинской помощи (в том числе лабораторная и инструментальная диагностика) в объеме, превышающем указанный в договоре на оказание медицинских услуг;
6. Лечение, являющееся по характеру экспериментальным или исследовательским (в т.ч. гипноз);
7. Компьютерная скрининг-диагностика общей патологии, методы традиционной диагностики: иридодиагностика, аурикулодиагностика, пульсодиагностика, диагностика по методу Фолля, дерматоглифика, электроакупунктура, термопунктура и т.д.;
8. Лечение методами традиционной медицины: аромотерапия, энергоинформатика, цуботерапия, гомеопатия, дзю-терапия, механотерапия и т.д.;
9. Устранение косметических дефектов: удаление папиллом, бородавок, моллюсков и пр.;
10. Коррекция речи; коррекция зрения или его исследование с целью назначения линз или очков или их подбора, кроме факторов нарушения зрения в результате несчастного случая или в других случаях, определенных медицинскими показаниями; коррекция слуха с помощью слуховых аппаратов, их имплантации;
11. Лечение онкологических заболеваний, в том числе злокачественных заболеваний крови и лимфы, а также обусловленных ими осложнений (кроме первичной диагностики);
12. Лечение приобретенного иммунодефицита, подтвержденных иммунодефицитных состояний, ВИЧ-инфекции (кроме первичной диагностики);
13. Лечение особо опасных инфекций;

14. Лечение туберкулеза, муковисцидоза; чесотки, педикулеза, псориаза, глубоких микозов, генерализованных форм хламидиоза, герпеса, цитомегаловирусной инфекции, хронического активного гепатита В, С и D (кроме первичной диагностики);
15. Лечение венерических заболеваний, генерализованных и повторных негенерализованных форм заболеваний, передающихся половым путем;
16. Лечение психических заболеваний, а также травм и соматических заболеваний, вызванных психическими расстройствами, рассеянного склероза;
17. Лечение заболеваний, сопровождающихся хронической печеночной или почечной недостаточностью, требующих проведения планового гемодиализа;
18. Зубопротезирование; подготовка к зубопротезированию – депульпирование интактных зубов; лечение хронического пародонтоза; профилактическое снятие зубных отложений с зубов, не подлежащих лечению; фторэлектрофорез; лечение у ортодонта (кроме лечения последствия травм); замена старых пломб без медицинских показаний; санация полости рта (в том числе покрытие зубов фторлаком (кроме зубов, подлежащих лечению) и профилактическая чистка зубов); косметология в стоматологии;
19. Подбор методов контрацепции (в том числе введение и удаление внутриматочной спирали); стерилизация; искусственное оплодотворение; аборты (за исключением вынужденного прерывания беременности вследствие несчастного случая или медицинских показаний); лечение бесплодия; импотенции;
20. Лечение наследственных заболеваний (в т.ч. врожденных пороков развития), деформаций и хромосомных нарушений,
21. Выписка льготных рецептов, медицинское освидетельствование с целью выдачи справок на автовождение, на право ношения оружия, для посещения спортивно-оздоровительных мероприятий; для поступления в учебные заведения; для оформления выезда за рубеж; оформление документов на МСЭК и т.п.;
22. Экстренная медицинская помощь;
23. Рецепт на лекарственные средства не соответствует установленному образцу или оформлен с нарушением действующих правил выписки рецептов;
24.Лекарственные средства получены по рецепту с истекшим сроком действия
25. Приобретение лекарственных средств назначенных при лечении, являющемся по характеру экспериментальным или исследовательским;
26. Приобретение лекарственных средств для устранения косметических дефектов (папиллом, бородавок, моллюсков и пр.);
27. Приобретение лекарственных средств для коррекции веса, речи; зрения (линз или очков), кроме факторов нарушения зрения в результате несчастного случая или в других случаях, определенных прямыми медицинскими показаниями; слуховых аппаратов;
28. Приобретение лекарственных средств для лечения онкологических заболеваний, в том числе злокачественных заболеваний крови и лимфы, а также обусловленных ими осложнений (кроме первичной диагностики);
29. Приобретение лекарственных средств для лечения приобретенного иммунодефицита, подтвержденных иммунодефицитных состояний, ВИЧ-инфекции (кроме первичной диагностики);
30. Приобретение лекарственных средств для лечения особо опасных инфекций;
31. Приобретение лекарственных средств для лечения туберкулеза, муковисцидоза; чесотки, педикулеза, псориаза, глубоких микозов, генерализованных форм хламидиоза, герпеса, цитомегаловирусной инфекции, хронического активного гепатита В, С и D (кроме первичной диагностики);
32. Приобретение лекарственных средств для лечения венерических заболеваний, генерализованных и повторных негенерализованных форм заболеваний, передающихся половым путем;

33. Приобретение лекарственных средств для лечения психических заболеваний, а также травм и соматических заболеваний, вызванных психическими расстройствами; рассеянного склероза.
34. Приобретение лекарственных средств для лечения профессиональных заболеваний и их осложнений, вызванных воздействием химических, физических, биологических производственных факторов; лазерного излучения; лучевой болезни;
35. Приобретение лекарственных средств для лечения сахарного диабета 1 и 2 типа (кроме первичной диагностики) и его осложнений;
36. Приобретение лекарственных средств для лечения заболеваний, сопровождающихся хронической печеночной или почечной недостаточностью, требующей проведения гемодиализа;
37. Приобретение лекарственных средств для контрацепции (в том числе внутриматочной спирали); стерилизации; искусственного оплодотворения; аборта (за исключением вынужденного прерывания беременности вследствие несчастного случая или медицинских показаний); лечения бесплодия; импотенции;
38. Приобретение лекарственных средств для лечения методами традиционной медицины: аромотерапия, энергоинформатика, цуботерапия, гомеопатия, дзю-терапия, механотерапия, мониторинговая очистка кишечника и т.д.;
39. Приобретение лекарственных средств для ведения беременности и ее осложнений, за исключением заболеваний, не связанных с течением беременности и родов;
40. Приобретение лекарственных средств для лечения наследственных заболеваний (в т.ч. врожденных пороков развития), деформаций и хромосомных нарушений,
41. Приобретение лекарственных средств для лечения системных заболеваний соединительной ткани;
42. Приобретение лекарственных средств для лечения демиелинизирующих заболеваний нервной системы;
43. Приобретение лекарственных средств для оказания экстренной медицинской помощи;
44. Иные исключения, предусмотренные правилами либо договором страхования.

Приложение № 2
к Правилам добровольного
медицинского страхования № 2

БАЗОВЫЕ ТАРИФНЫЕ СТАВКИ ПО ДОБРОВОЛЬНОМУ МЕДИЦИНСКОМУ СТРАХОВАНИЮ

2.1. в % к страховой сумме, при периоде страхования - 1 год

Наименование программ		Базовая тарифная ставка (брутто-тариф) руб. со 100 руб. страховой суммы
Комплексная (партнер)		
	включая лекарственное обеспечение	*0,421*
	исключая лекарственное обеспечение	*0,383*

Коэффициенты риска

Страховщик имеет право применять понижающие (от 0,01 до 0,99) и повышающие (от 1,01 до 100,0) коэффициенты риска, экспертно определяемые по результатам оценки степени вероятности наступления страхового случая и(или) размера убытков от его наступления в каждом конкретном случае. При применении повышающих коэффициентов риска страховой тариф не может превышать 90% от страховой суммы. Выбор коэффициента риска зависит от степени вероятности наступления страхового случая и(или) размера убытков от его наступления: количества Застрахованных, возраста Застрахованных, видов медицинской помощи (услуг), иных сведений важных, по мнению, Страховщика.

Наименование коэффициента	Диапазон значений
1. Поправочный коэффициент, применяемый в случае снижения комиссионного вознаграждения или изменения структуры тарифа в части снижения доли нагрузки	0,6-1,0
2. Коэффициент риска, применяемый с целью установления (неформирования) рисковой надбавки	0,84-1,3
3. Коэффициент риска, зависящего от возраста Застрахованного лица	0,08-1,7
4. Поправочный коэффициент, связанный с порядком уплаты страховой премии	1,0-1,2
5. Коэффициент риска, применяемый при наличии важных факторов, влияющих на наступление страхового события и его последствия	0,5-100,0
6. Поправочный коэффициент, применяемый в зависимости от характеристик медицинских организаций, услуги которых предусмотрены догово-	0,5-2,0

Наименование коэффициента	Диапазон значений
ром	
7. Поправочный коэффициент, применяемый для установления маркетинговой цены страхового продукта и (или) обеспечения достижения договоренности о стоимости страховых услуг со страхователем	0,9-1,1
8. Поправочный коэффициент, применяемый в случае снижения комиссионного вознаграждения или изменения структуры тарифа в части снижения доли нагрузки	0,6-1,0

Дополнительные поправочные коэффициенты:

1) ***При увеличении (или восстановлении) страховой суммы*** в течение действия договора страхования дополнительная страховая премия рассчитывается по следующей формуле:

$$ДСП = 0,01 * УСС * СТ * (M / N) * Кв, \text{ где:}$$

ДСП — дополнительная страховой премии,
УСС — размер увеличения страховой суммы,
СТ — страховой тариф в %, исчисленный на срок страхования *N*,
N — срок действия договора страхования (в сутках),
M — оставшийся срок действия договора страхования, считая с предполагаемой даты увеличения страховой суммы (в сутках);
Кв - повышающий коэффициент (в размере от 1,0 до 2,5), применяемый Страховщиком при восстановлении страховой суммы после страховой выплаты (при увеличении страховой суммы по иным причинам *Кв* = 1).

2) ***При увеличении срока страхования*** Страховщик вправе пропорционально увеличить страховую премию, исходя из размера суммы годовой страховой премии, на величину:

$$ДСП = СП_{год} * N / 365,$$

или

$$ДСП = СП_{год} * n/12,$$

где:

ДСП — дополнительная страховой премии,
$СП_{год}$ = 0,01 * СС *
$Ти_{год}$ — годовая страховая премия,
СС — страховая сумма,
$Ти_{год}$ — годовой страховой тариф в %;
N — увеличение срока страхования в абсолютном выражении (в сутках);
n — увеличение срока страхования в абсолютном выражении (в месяцах).

3) ***При изменении условий страхования в части включения и (или) исключения Застрахованных лиц*** в течение срока действия договоров страхования из перечня Застрахованных лиц, Общество может, если иное не предусмотрено договором страхования или иными внутренними документами Общества, применять к базовому тарифу поправочный коэффициент К, определяемый по формуле:

$$К=Т/Тб \times h \times (1-f/100) \times (M / N) \times (-1)^h,$$

где

Т – страховой тариф, определённый для Застрахованного лица;

f- нагрузка;

Тб – базовый страховой тариф по программе страхования;

N — срок действия договора страхования (в сутках);

M — оставшийся срок действия договора страхования, считая с предполагаемой даты изменения условий (в сутках);

h=1, если застрахованное лицо исключается из перечня, *h=0,* если застрахованное лицо включается в перечень из списка.

Приложение № 3
к Правилам добровольного
медицинского страхования № 2

ДОГОВОР
ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ
№ _____.

г._____ «____» _____ 20__г.

ООО «СМО «Спасение» (далее - Страховщик) (Лицензия №____ от____), в лице _____ _____, действующего (ей) на основании _____, с одной стороны, и _____ (далее - Страхователь), ____ _____,
с другой стороны, заключили настоящий договор о нижеследующем:

1.ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

1.1. Страховщик за обусловленную настоящим договором плату (страховую премию), уплачиваемую Страхователем, обязуется при наступлении страхового случая обеспечить организацию и оказание Застрахованным по настоящему Договору лицам медицинских и иных услуг, предусмотренных программой(ами) страхования (Приложение № 2 к настоящему договору), и произвести страховую выплату. *(В случае, если по договору застрахован один человек, в п. 1.1. может быть указано следующее:*

Страховщик за обусловленную настоящим договором плату (страховую премию), уплачиваемую Страхователем, обязуется при наступлении страхового случая обеспечить организацию и оказание Застрахованному по настоящему Договору лицу медицинских и иных услуг, предусмотренных программой (ами) страхования (Приложение № 2 к настоящему договору), и произвести страховую выплату.

1.2. Страховой случай и объем медицинских и иных услуг, оказываемых Застрахованным лицам, определяется программой (ами) страхования (Приложение № 2 к настоящему договору).

1.3. Медицинские и (или) аптечные организации *(в случае если программами либо договором не предусмотрено лекарственное обеспечение, здесь и далее по тексту договора может быть указано «медицинские организации», если предусмотрено только лекарственное обеспечение – «аптечные организации»)*, в которые может обратиться Застрахованное лицо для получения медицинских и иных услуг, перечислены в Приложении № 3 к настоящему Договору).

1.4. Общая численность Застрахованных лиц по настоящему Договору _____.

(В случае, если по договору застрахован один человек, в п. 1.4. может быть указано следующее:

1.4. Застрахованным лицом по настоящему договору является_____

при этом Приложение № 4 исключается из списка приложений к договору)

1.5. Правила добровольного медицинского страхования (далее - Правила страхования) являются неотъемлемой частью настоящего договора (Приложение №1 к настоящему договору).

1.6. Страховые полисы на каждое застрахованное лицо выдаются _____ в течение ____ рабочих дней с _____.
(В случае, если по договору застрахован один человек, в п. 1.6. может быть указано следующее:
1.6. Страховой(ые) полис(ы) на застрахованное лицо выдается(ются) _____ в течение ____ рабочих дней с _____.*)*

2. СТРАХОВАЯ СУММА. РАЗМЕР, СРОКИ И ПОРЯДОК ВНЕСЕНИЯ СТРАХОВОЙ ПРЕМИИ.

2.1. Страховая сумма на каждое Застрахованное лицо _____
(В случае, если по договору застрахован один человек, п. 2.1. может быть изложен в следующей редакции:
2.1.Страховая сумма на Застрахованное лицо равна общей страховой сумме по настоящему договору.*)*
2.2. Общая страховая сумма по всем Застрахованным лицам по договору _____, в том числе:
(В случае, если по договору застрахован один человек, п. 2.2. может быть изложен в следующей редакции:
2.2. Общая страховая сумма по договору _____, в том числе:)
(количество пунктов 2.2.. соответствует количеству указанных в договоре программ страхования)*
2.2.1. по программе страхования _____ страховая сумма составляет _____ рублей,
(В случае, если страховая сумма по договору устанавливается по каждому периоду страхования отдельно в п. 2.2.1. может быть дополнительно указано следующее:
из них за первый период страхования _____ рублей, за второй период страхования ____ рублей и т.д. или в том числе за каждый период страхования_____ рублей.

В данный раздел могут быть добавлены пункты, устанавливающие предусмотренные Правилами отдельные страховые суммы по группам заболеваний, видам медицинских услуг, по группам (спискам) Застрахованных лиц, по медицинским / аптечным организациям, на один страховой случай и т.д., а нумерация последующих пунктов - соответственно изменена

2.3. Общая величина страховой премии по договору _____ *(В случае, если страховая премия по договору исчисляется по каждому периоду страхования отдельно в п.2.3. может быть указано следующее:*
Общая величина страховой премии по договору _____, из них за первый период страхования _____, за второй период страхования _____, в том числе за каждый период страхования:
(количество пунктов 2.3.. соответствует количеству указанных в договоре программ страхования)*
2.3.1. по программе страхования «_____» страховая премия составляет _____ .
Страховая премия может быть указана как по каждой из программ страхования, так и только в целом по договору. В данный раздел могут быть добавлены пункты, устанавливающие отдельные страховые премии по группам (спискам) Застрахованных лиц, а нумерация последующих пунктов - соответственно изменена.

2.4. Уплата страховой премии по настоящему договору производится: _____
(в рассрочку/единовременно)
2.5.Страховая премия уплачивается путем _____
2.6. В случае единовременной уплаты страховой премии, страховая премия должна быть внесена в срок _____.
2.7. В случае уплаты страховой премии в рассрочку страховые взносы должны быть внесены:
_____
_____
(в зависимости от выбранного порядка в п.2.4. порядка уплаты страховой премии, из текста договора может быть исключен п. 2.6. или п. 2.7., а нумерация пунктов - соответственно изменена)

Страховщик информирует Страхователя о факте просрочки уплаты очередного страхового взноса или факте его уплаты не в полном объеме, а также о последствиях таких нарушений. Способ информирования:_____.

2.8. По настоящему договору устанавливается _____ франшиза _____.

(в случае, если франшиза не устанавливается пункт 2.8. может быть исключен из текста договора)

3. СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА

3.1. Срок действия настоящего договора _____.

Настоящий договор вступает в силу _____.

Период(ы) страхования по настоящему договору устанавливается(ются) _____.

3.2. По настоящему договору установлен(ы) выжидательный(ые) период(ы) _____ _____. *(в случае, если выжидательный(ые) период(ы) не устанавливается(ются) пункт 3.2. может быть исключен из текста договора, а нумерация пунктов - соответственно изменена)*

3.3. Договор прекращает действие и Застрахованное лицо теряет право на получение медицинских и иных услуг в случаях предусмотренных разделом 13 Правил страхования.

3.4. Действие настоящего договора может быть прекращено в отношении каждого отдельного застрахованного лица (в случае отказа от страхования, увольнения и т.д.) при условии продолжения его действия в отношении других застрахованных лиц. *(в случае, если заключается индивидуальный договор страхования пункт 3.4. может быть исключен из текста договора, а нумерация пунктов - соответственно изменена)*

(в случае, если в договоре страхования предусмотрено дополнительное условие об оплате страховой премии (страховых взносов) Страхователем за счет средств Застрахованных лиц, либо в иных случаях по соглашению сторон, п.3.4. может быть изложен в следующей редакции: «Действие настоящего договора не может быть прекращено в отношении каждого отдельного Застрахованного лица» - если необходимо, то с уточнением причины.

3.5. При досрочном прекращении действия настоящего договора в соответствии с п.п. 13.1.3, 13.1.6, 13.1.7, 13.1.9, 13.1.10, 13.1.12, 13.2. *(из данного пункта может быть исключено упоминание одного или нескольких пунктов Правил страхования)* Правил страхования, Страховщик

(при заключении договора в нем указывается один из следующих вариантов (могут быть предусмотрены отдельные варианты возврата страховой премии при прекращении действия договора по разным основаниям):)

- возвращает Страхователю часть полученной страховой премии за оставшийся до окончания действия договора страхования срок, за вычетом расходов Страховщика.
- возвращает Страхователю часть полученной страховой премии за оставшийся до окончания действия договора страхования срок
- возвращает Страхователю полученную страховую премию за вычетом расходов Страховщика
- возвращает Страхователю _____ % от полученной страховой премии.
- не возвращает Страхователю полученную страховую премию.

При досрочном отказе Страхователя от договора страхования уплаченная Страховщику страховая премия не подлежит возврату, за исключением случаев, предусмотренных пунктами 13.7, 13.8 Правил страхования *(настоящий абзац может быть исключен из текста договора).*

В данный пункт также могут быть внесены уточнения по порядку возврата страховой премии в случае досрочного прекращения действия договора по основаниям, предусмотренным п. 12.5.15 Правил и иным основаниям.

3.6. При досрочном прекращении действия настоящего договора в соответствии с п.п. 13.1.4, 13.1.5. Правил страхования, Страховщик

(при заключении договора в нем указывается один из следующих вариантов)

- возвращает законным наследникам Страхователя часть полученной страховой премии за оставшийся до окончания действия договора срок, за вычетом расходов Страховщика.
- не возвращает законным наследникам Страхователя полученную страховую премию.

(в случае, если заключается договор страхования с юридическим лицом или индивидуальным предпринимателем, а также по соглашению сторон договора пункт 3.6. может быть исключен из текста договора, а нумерация пунктов - соответственно изменена).

3.7. При досрочном прекращении действия настоящего договора в соответствии с п. 13.1.10. Правил страхования (по требованию Страховщика) по основаниям, предусмотренным п. 12.5.15. Правил страхования, возврат страховой премии не производится.

(пункт 3.7. может быть исключен из текста договора)

3.8. При досрочном прекращении действия настоящего договора в соответствии с п. 13.1.11. Правил страхования, возврат страховой премии производится в соответствии с п.п. 13.7, 13.8 Правил страхования.
3.9. При прекращении действия договора Страхователь (Застрахованное лицо) обязан вернуть Страховщику страховые Полисы, выданные последним, в соответствии условиями настоящего договора.

4. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН.

4.1. Страхователь имеет права, установленные п. 12.1. Правил страхования и обязанности, установленные п. 12.2. Правил страхования.
4.2. Страхователь в _____ дневный срок обязуется известить Страховщика о наступлении события, которое может быть квалифицировано как страховой случай, требующий полной или частичной компенсации расходов Застрахованного лица (Страхователя) на получение медицинских и иных услуг. Эта обязанность может быть исполнена Застрахованным лицом. *(в случае, если условия заключаемого договора страхования не предусматривают компенсацию расходов застрахованному лицу пункт 4.2. может быть исключен из текста договора, а нумерация пунктов - соответственно изменена)*
4.3. Страхователь имеет право отказаться от договора страхования, обратившись к Страховщику с письменным заявлением об отказе от договора страхования в течение четырнадцать календарных дней со дня его заключения *(в данном пункте может быть установлен более длительный срок)*, независимо от момента уплаты страховой премии, при отсутствии в данном периоде событий, имеющих признаки страхового случая.
4.4. Застрахованное лицо имеет права, установленные п. 12.3. Правил страхования и обязанности, установленные п. 12.4. Правил страхования.
4.5. Страховщик имеет права, установленные п. 12.5. Правил страхования и обязанности, установленные п. 12.6. Правил страхования.

5. ПОРЯДОК И УСЛОВИЯ ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЫ

5.1. Страховая выплата осуществляется в пределах страховой суммы установленной настоящим договором в виде:

5.1.1. оплаты медицинских и иных услуг, оказанных при наступлении страхового случая и предусмотренных программой (ами) страхования и (или) договором, и оплаты организации их оказания, организациями, перечисленными в Приложении № 3 к настоящему договору;

5.1.2. компенсации расходов Застрахованного лица (Страхователя), понесенных им при получении медицинских и иных услуг, оказанных при наступлении страхового случая и предусмотренных программой и (или) договором страхования *(в случае, если условия заключаемого договора страхования не предусматривают компенсацию расходов застрахованному лицу (страхователю) данный подпункт исключается из текста договора).*

5.2. Страховщик производит страховую выплату только по страховым случаям, предусмотренным Программой(ами) страхования (Приложение № 2 к настоящему договору), при предоставлении соответствующих документов.
5.3. Для получения медицинских и иных услуг Застрахованное лицо обращается в медицинские и (или) аптечные организации, предусмотренные настоящим договором (Приложение № 3), или к Страховщику в порядке, указанном в страховом Полисе. Медицинские и иные услуги Застрахованному лицу оказываются медицинскими и (или) аптечными организациями при условии предъявления документа, удостоверяющего личность, а также страхового Полиса, если медицинская и (или) аптечная организация не имеет предоставленной Страховщиком базы данных Застрахованных лиц.
5.4.Страховые выплаты медицинским и (или) аптечным организациям осуществляются в порядке и на условиях, установленных договором между Страховщиком и медицинской и (или) аптечной организацией.
5.5. Для получения страховой выплаты в форме компенсации расходов, Застрахованное лицо (Страхователь) обращается к Страховщику с заявлением и предъявляет настоящий договор или страховой Полис, а также документ, удостоверяющий его личность.
К заявлению должны быть приложены:
а) документы, подтверждающие оказание Застрахованному лицу соответствующих услуг (акт об оказании медицинских услуг, счет-реестр медицинской организации, или заключение о прове-

денном обследовании или лечении, выписку из истории болезни, результаты обследования, амбулаторную карту, рецепты лечащего врача и др.);
б) документ, свидетельствующий об оплате Застрахованным лицом (Страхователем) медицинских и/или иных услуг, предусмотренных программой страхования (копии платежных поручений, приходные ордера, кассовые и товарные чеки и др). *(в случае, если условия заключаемого договора страхования не предусматривают компенсацию расходов застрахованному лицу, пункт 5.5. может быть исключен из текста договора, а нумерация пунктов - соответственно изменена)*
5.6. Размер страховой выплаты равен стоимости медицинских и иных услуг, оказанных в соответствии с программой страхования (Приложение № 2 к настоящему договору), и стоимости организации их оказания, за вычетом франшизы (если она предусмотрена настоящим договором), но не превышает страховой суммы.
5.7. Страховщик не рассматривает в качестве страхового случая и не оплачивает медицинские и иные услуги, оказанные Застрахованному лицу в случаях, предусмотренных п. 4.2. Правил страхования.
5.8. Не рассматривается как страховой случай получение медицинских и иных услуг в случаях, предусмотренных п. 4.3. Правил страхования.
5.9. Если Застрахованному лицу показаны медицинские и иные услуги, выходящие за рамки программы страхования, обусловленной настоящим договором, Страховщик не несет обязанности по решению вопросов их назначения и финансирования.
5.10. Страховщик вправе отказать в страховой выплате в случаях, установленных разделом 11 Правил страхования.
5.11. Страховая выплата или уведомление об отказе в выплате производятся в течение _____ дней после получения Страховщиком необходимых документов. Уведомление об отказе в страховой выплате направляется Застрахованному лицу (Страхователю), либо медицинской организации, либо аптечной организации, в зависимости от того, кто обратился за получением страховой выплаты.

6. ПОРЯДОК РАЗРЕШЕНИЯ СПОРОВ.

6.1. Споры, вытекающие из настоящего договора страхования, рассматриваются в порядке, установленном Правилами страхования и действующим законодательством Российской Федерации.

7. ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ.

7.1. Настоящий договор составлен в 2-х экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу.
7.2. К отношениям Сторон, возникающим по поводу и в связи с исполнением настоящего договора, применяются положения Правил добровольного медицинского страхования ООО «СМО «Спасение», утвержденных приказом генерального директора ООО «СМО «Спасение» №___ от _____.
7.3. Все изменения и дополнения могут быть внесены в настоящий договор только путем составления и подписания Сторонами договора двустороннего дополнительного соглашения, за исключением изменений, установленных п. 12.5.15. Правил страхования.
Дополнительные условия _____
_____

Страховщик вправе заключить договор добровольного медицинского страхования по результатам проведения торгов в форме запроса предложений, конкурса, аукциона, в том числе аукциона в электронной форме, по форме, предусмотренной конкурсной документацией, без дополнительного уведомления органов страхового надзора.

Страховщик вправе вносить дополнительные положения в договор добровольного медицинского страхования (изменять его условия) при условии, что данные положения не меняют положения, установленные Правилами добровольного медицинского страхования и программами страхования, без дополнительного уведомления органов страхового надзора.

Страхователь с Правилами страхования ознакомлен, согласен, Правила получил.

К настоящему договору прилагаются и являются его неотъемлемой частью:
1. Правила добровольного медицинского страхования ООО «СМО «Спасение» (утверждены приказом генерального директора ООО «СМО «Спасение» №___ от ____).
2. Программа(ы) страхования (утверждена(ы) приказом генерального директора ООО «СМО «Спасение» №___ от ____).

3. Перечень медицинских и (или) аптечных организаций, в которые могут обратиться Застрахованные лица за получением медицинских и иных услуг.
4. Список Застрахованных лиц *(может отсутствовать, если Застрахованное лицо указано в тексте договора).*
5. Заявление о заключении договора страхования (*при подаче в письменной форме)*
В качестве приложений по согласованию сторон, а также согласно требований законодательства, к полису могут быть приложены дополнительно и иные документы

АДРЕСА И БАНКОВСКИЕ РЕКВИЗИТЫ СТОРОН.

СТРАХОВЩИК:	**СТРАХОВАТЕЛЬ:**
_____/_____/	_____/_____/
Ф.И.О.	Ф.И.О.
М.П.	

Приложение № 4
к Правилам добровольного
медицинского страхования № 2

**Заявление составляется в произвольной форме с указанием предусмотренных п.п. 7.7.1., 7.7.2. Правил данных, приведенная форма заявления не является обязательной к соблюдению.*

Генеральному директору
ООО «СМО «Спасение»

ЗАЯВЛЕНИЕ
о заключении договора добровольного
медицинского страхования

Я, _____,
прошу заключить договор добровольного медицинского страхования по Программе(ам) страхования _____, сроком на _____, на условиях Правил добровольного медицинского страхования ООО «СМО Спасение» в отношении _____. *(в случае, если заключается коллективный договор страхования фраза «в отношении _____» может быть исключен из текста заявления)*
Условия страхования мне известны. Я обязуюсь ознакомить с условиями страхования всех Застрахованных лиц. *(в случае, если заключается индивидуальный договор страхования фраза «Я обязуюсь ознакомить с условиями страхования всех Застрахованных лиц.» может быть исключен из текста заявления)*
Общее количество Застрахованных лиц _____ (_____ _____) человек.

Общая страховая сумма по договору: _____ (_____) *рублей* _____ *копеек.*
Общий страховой взнос (премию) по договору в сумме _____ (_____) *рублей* _____ *копеек* обязуюсь _____.
Дополнительные условия: _____
_____*(в случае, если в данный пункт не вносятся никакие сведения, пункт может быть исключен из текста заявления)*
Списки Застрахованных лиц обязуюсь приложить к договору добровольного медицинского страхования. *(в случае, если заключается индивидуальный договор страхования и застрахованное лицо уже указано в тексте заявления фраза «Списки Застрахованных лиц обязуюсь приложить к договору добровольного медицинского страхования.» может быть исключен из текста заявления)*

Реквизиты:

_____

_____

_____

Страхователь:

_____/_____ /

«___» _____ 20__ г.

М.П. *(если Страхователь имеет печать)*

Приложение № 5
к Правилам добровольного
медицинского страхования № 2

**Список застрахованных лиц составляется в произвольной форме с указанием всех предусмотренных п. 7.7.2. Правил данных*

СПИСОК ЗАСТРАХОВАННЫХ ЛИЦ №_____

._____
(наименование Страхователя)

№ п/п	Фамилия, имя, отчество Застрахованного лица	Место жительства Застрахованного лица	Дата рождения	Программа страхования	Страховая сумма (руб.)	*(*1)*
1						
2						

Общая страховая сумма согласно списку составляет _____ *(*_____*) рублей* _____ *копеек.*

Страхователь: _____ /_____/

М.П.

Лицо, составившее список _____ /_____/

**1 Столбец *1 содержит иные необходимые сведения о застрахованных лицах. Количество столбцов *1 определяется объемом иных необходимых сведений о каждом Застрахованном лице. В случаях если в указании таких сведений нет необходимости, данный столбец(цы) может исключаться из Списка застрахованных лиц.*

Приложение № 6
к правилам добровольного
медицинского страхования № 2

Форма 6.1.

ПОЛИС КОЛЛЕКТИВНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

(может выдаваться дополнительно к договору страхования)

Логотип Страховщика

Общество с ограниченной ответственностью
«Страховое медицинское общество «Спасение»

Юридический адрес
Телефон, факс, электронная почта
Банковские реквизиты
Лицензия

ПОЛИС ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

Серия _____ № _____

Страховщик ООО «СМО «Спасение»

Страхователь _____

Настоящий полис удостоверяет факт заключения договора добровольного медицинского страхования _____

Застрахованные лица _____

Срок действия договора с _____

по _____

*Программа страхования _____

Выжидательный период _____

Период страхования _____

Страховая сумма _____

**(количество пунктов соответствует количеству указанных в договоре программ страхования)*

Франшиза _____

(в случае, если франшиза не устанавливается данный пункт может быть исключен из текста полиса)

Общая страховая сумма _____

Страховая премия _____

Уплачивается
наличными ☐ перечислением ☐ единовременно ☐ в рассрочку ☐
Первый взнос (единовременный) уплачен
в размере _____ рублей « ____ » _____ 20___ г.
Второй взнос в размере _____ рублей
должен быть уплачен не позднее « ____ » _____ 20___ г.

Договор страхования может быть изменен и прекращен в соответствии с Правилами страхования и законодательством РФ
Страховым случаем _____
_____
Дополнительные условия_____
_____
Полис выдан в г. _____ "___" _____ 20__ г.
Страховщик
Должность (для работника страховщика)
(Данные документа, подтверждающего полномочия лица, подписывающего от имени страховщика договор страхования)

_____**Фамилия, Инициалы**
(подпись)
М.П.

Форма 6.2.
(может заключаться вместо договора страхования)

ПОЛИС КОЛЛЕКТИВНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

Логотип Страховщика

Общество с ограниченной ответственностью
«Страховое медицинское общество «Спасение»

Юридический адрес
Телефон, факс, электронная почта
Банковские реквизиты
Лицензия

ПОЛИС ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

Серия _____ № _____
Страховщик ООО «СМО «Спасение»
Страхователь _____
Общая численность Застрахованных лиц по настоящему Полису определяется в соответствии со списком Застрахованных лиц (Приложение № 4 к настоящему Полису)
Срок действия полиса с _____
по _____
*Программа страхования_____
Выжидательный период_____
(Если выжидательный период не устанавливается, фраза «выжидательный период _____) может быть исключена из текста Полиса)
Период страхования_____
Страховая сумма_____

(количество пунктов соответствует количеству указанных в договоре программ страхования)

Франшиза _____

(в случае, если франшиза не устанавливается данный пункт может быть исключен из текста полиса)

Общая страховая сумма_____

Страховая сумма на каждое Застрахованное лицо определяется согласно Приложению № 4 к настоящему Полису.

Страховая премия_____

Уплачивается

наличными ☐ перечислением ☐ единовременно ☐ в рассрочку ☐

Первый взнос (единовременный) уплачен

в размере _____ рублей « ____ » _____ 20___ г.

Второй взнос в размере _____ рублей

должен быть уплачен не позднее « ____ » _____ 20___ г.

Страховщик информирует Страхователя о факте просрочки уплаты очередного страхового взноса или факте его уплаты не в полном объеме, а также о последствиях таких нарушений.

Способ информирования:_____.

Полис страхования может быть изменен и/или действие его прекращено в соответствии с Правилами страхования и законодательством РФ

Страховым случаем по настоящему Полису является _____

_____

Дополнительные условия

_____

Для справок: _____

E-mail: _____ Тел./факс _____

Дополнительные сведения _____

_____

Полис выдан в г. _____ “___” _____ 20__ г.

ПРИЛОЖЕНИЯ:

1. Правила добровольного медицинского страхования (утверждены приказом генерального директора ООО «СМО «Спасение» №___ от ____);
2. Программа(ы) страхования (утверждена(ы) приказом генерального директора ООО «СМО «Спасение» №___ от ____);
3. Перечень медицинских и (или) аптечных организаций, в которые могут обратиться Застрахованные лица за получением медицинских и иных услуг;
4. Список Застрахованных лиц.
5. Заявление о заключении договора страхования (*при подаче в письменной форме)*

В качестве приложений по согласованию сторон, а также согласно требований законодательства, к полису могут быть приложены дополнительно и иные документы

АДРЕСА И БАНКОВСКИЕ РЕКВИЗИТЫ СТОРОН.

СТРАХОВЩИК: **СТРАХОВАТЕЛЬ**:

Должность (для работника страховщика)
(Данные документа, подтверждающего полномочия лица, подписывающего от имени страховщика договор страхования)

_____

_____/_____/
Ф.И.О.

_____/_____/
Фамилия, Инициалы

М.П.

Приложение № 7
к Правилам добровольного
медицинского
страхования № 2

ПОЛИС ЗАСТРАХОВАННОГО ЛИЦА
(при индивидуальном страховании или по договорам страхования, заключенным со Страхователем - физическим лицом)
(образец)

Лицевая сторона

Полис действителен при условии предъявления застрахованным лицом документа удостоверяющего личность В случае утраты настоящего полиса Застрахованное лицо имеет право получить его дубликат. _____ _____ _____ К настоящему Полису прилагаются: _____ _____ _____ _____. **Страховщик** Юридический адрес _____ Телефон_____, e. mail _____	**Общество с ограниченной ответственностью «Страховое медицинское общество «Спасение»** **СТРАХОВОЙ ПОЛИС добровольного медицинского страхования** Логотип Страховщика

Оборотная сторона (внутренняя сторона)

Серия _____ **№** _____

Страховщик - ООО "СМО "Спасение", подтверждает, что застрахованное лицо:

_____

_____

Дата рождения _____ адрес: _____

_____

иные данные _____

застрахован(а) по Договору добровольного медицинского страхования

№ _____ ***от*** _____

в период с «__» _____ ***по «__»*** _____

по Программе(ам) страхования:

Программа страхования: _____

_____

Страховая сумма _____

_____

Программа страхования: _____

_____

Страховая сумма _____

_____

Иные условия и оговорки:

_____

_____

Перечень медицинских организаций: _____

_____

_____

С Правилами страхования и Программой(ами) страхования, указанными в настоящем Полисе, ознакомлен(а) и согласен(сна).
Согласие на обработку моих персональных данных в соответствии с пунктом 15.1. Правил страхования подтверждаю.

Застрахованное лицо:

_____ /_____/
(подпись) *(Ф.И.О. Застрахованного лица)*

Страховщик
Должность (для работника страховщика)
(Данные документа, подтверждающего полномочия лица, подписывающего от имени страховщика договор страхования)

_____**Фамилия, Инициалы**
(подпись)

М.П.

Лицензия _____

Полис выдан: _____ ____

По всем вопросам Вы можете обращаться _____

_____

тел. _____ **e-mail:** _____

ПОЛИС ЗАСТРАХОВАННОГО ЛИЦА.
(при коллективном страховании или по договорам страхования, заключенным со Страхователем - юридическим лицом)
(образец)

Лицевая сторона

По настоящему полису застрахованное лицо имеет право получать медицинскую помощь по договору добровольного медицинского страхования в соответствии с указанной(ыми) в настоящем полисе программой(ами) страхования.

Полис действителен при условии предъявления застрахованным лицом документа удостоверяющего личность

В случае утраты настоящего полиса Застрахованное лицо имеет право получить его дубликат.

_____

_____

_____

К настоящему Полису прилагаются:

_____

_____

_____

_____.

Страховщик

Юридический адрес _____

Телефон_____, e. mail _____

Общество с ограниченной ответственностью
«Страховое медицинское общество
«Спасение»

СТРАХОВОЙ ПОЛИС
добровольного медицинского страхования

Логотип
Страховщика

Оборотная сторона (внутренняя сторона)

Серия _____ **№** _____

Страхователь _____

Договор страхования **№** _____ ***от*** _____

Застрахованное лицо: _____

_____

Дата рождения _____ адрес: _____

_____

иные данные _____

Срок действия полиса _____

Программа страхования: _____

_____

Страховая сумма _____

Программа страхования: _____

_____

Страховая сумма _____

Программа страхования: _____

_____

Страховая сумма _____

Иные условия и оговорки:

_____

_____

_____

_____

_____

С Правилами страхования и Программой(ами) страхования, указанными в настоящем Полисе, ознакомлен(а) и согласен(сна). Согласие на обработку моих персональных данных в соответствии с пунктом 15.1. Правил страхования подтверждаю.

Застрахованное лицо:

_____/_____/
(подпись) *(Ф.И.О. Застрахованного лица)*

Страховщик
Должность (для работника страховщика)
(Данные документа, подтверждающего полномочия лица, подписывающего от имени страховщика договор страхования)

_____**Фамилия, Инициалы**
(подпись)

М.П.
Лицензия _____

Полис выдан: _____ ____

По всем вопросам Вы можете обращаться _____

_____

_____

тел. _____ **e-mail:** _____

Приложение № 8
к Правилам добровольного
медицинского страхования № 2

ПОЛИС МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

при индивидуальном страховании или для Страхователя - физического лица

(образец)

Логотип Страховщика

Общество с ограниченной ответственностью «Страховое медицинское общество «Спасение»

Юридический адрес
Телефон, факс, электронная почта
Банковские реквизиты
Лицензия

ПОЛИС ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

Серия _____ № _____

Страховщик ООО «СМО «Спасение»
Страхователь _____
Паспорт _____ серия_____ номер_____ выдан _____
Телефон _____ Адрес_____
Срок действия полиса с _____
по _____
Период страхования_____
Выжидательный период_____

(в случае, если выжидательный период не устанавливается данный пункт может быть исключен из текста полиса)

*Застрахованное лицо _____

Дата рождения _____ Телефон_____ Адрес_____

**Программа страхования_____

Страховая сумма_____

Страховая премия _____

***(количество пунктов соответствует количеству указанных в полисе программ страхования)*

** (количество пунктов соответствует количеству застрахованных по полису лиц)*

Франшиза _____

(в случае, если франшиза не устанавливается данный пункт может быть исключен из текста полиса)

Общая страховая сумма_____

Страховая премия_____

Уплачивается

наличными ☐ перечислением ☐ единовременно ☐ в рассрочку ☐

В случае уплаты страховой премии в рассрочку (количество строчек равно количеству взносов) заполняется:

Первый взнос (единовременный) уплачен

в размере _____ рублей « ____ » _____ 20___ г.

Второй взнос в размере _____ рублей

должен быть уплачен не позднее « ____ » _____ 20___ г.

Третий взнос в размере _____ рублей

должен быть уплачен не позднее « ____ » _____ 20___ г.

Страховщик информирует Страхователя о факте просрочки уплаты очередного страхового взноса или факте его уплаты не в полном объеме, а также о последствиях таких нарушений.

Способ информирования:_____.

В случае единовременной уплаты страховой премии заполняется:

Страховая премия уплачена в размере _____ рублей « ____ » _____ 20___ г.

Полис страхования может быть изменен и прекращен в соответствии с Правилами страхования и законодательством РФ

Страховым случаем по настоящему Полису является _____

_____

_____

Дополнительные условия

_____

Приложения:

_____

_____

Для справок: _____

E-mail: _____ Тел./факс _____

Дополнительные сведения _____

_____

Настоящий полис действителен при предъявлении документа, удостоверяющего личность.

С Правилами страхования и Программой(ами) страхования, указанными в настоящем Полисе, ознакомлен, согласен.

Обязуюсь ознакомить с ними застрахованных лиц, указанных в настоящем полисе***

*** *Вписывается, если по полису застрахованы иные лица, кроме страхователя*

Согласие на обработку персональных данных в соответствии с пунктом 15.1. Правил страхования подтверждаю.

ПРИЛОЖЕНИЯ:

1. Правила добровольного медицинского страхования (утверждены приказом генерального директора ООО «СМО «Спасение» №___ от ____);
2. Программа(ы) страхования (утверждена(ы) приказом генерального директора ООО «СМО «Спасение» №___ от ____);
3. Перечень медицинских и (или) аптечных организаций, в которые могут обратиться Застрахованные лица за получением медицинских и иных услуг;
4. Заявление о заключении договора страхования (*при подаче в письменной форме)*
В качестве приложений по согласованию сторон, а также согласно требований законодательства, к полису могут быть приложены дополнительно и иные документы

Страхователь

_____
(подпись)
« ___ » _____ 20___ г.

Страховщик
Должность (для работника страховщика)
(Данные документа, подтверждающего полномочия лица, подписывающего от имени страховщика договор страхования)

_____Фамилия, Инициалы
(подпись)
М.П.
« ___ » _____ 20___ г.

Приложение № 9
к Правилам добровольного
медицинского страхования № 2

СТРУКТУРА СТРАХОВОГО ТАРИФА

№ п/п	Наименование правил страхования	Структура тарифных ставок (%)				
		Нетто- ставка	Нагрузка			
			Рисковая надбавка	Расходы на ведение дела и прибыль		
				Всего	В том числе на комиссионное вознаграждение	Прибыль и РВД
1	Правила добровольного медицинского страхования № 2	60	16	24	До 20	От 4

Структура тарифной ставки по конкретному договору страхования может отличаться от приведенной в таблице (**Ошибка! Источник ссылки не найден.**), так как согласно требованиям пункта 2 статьи 11 Закона РФ «Об организации страхового дела в Российской Федерации» от 27.11.1992 № 4015-1, определяется по соглашению сторон и Общество может варьировать показатели прибыли и нагрузки.