

П Р А В И Л А

ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

1.1. В соответствии с действующим законодательством Российской Федерации настоящие Правила добровольного медицинского страхования (далее по тексту – Правила) регулируют отношения, возникающие между Обществом с ограниченной ответственностью «Транснациональная страховая компания» (далее – Страховщик), с одной стороны, и дееспособными физическими, либо юридическими лицами (далее – Страхователь) с другой стороны, заключившими со Страховщиком на основании настоящих Правил Договор добровольного медицинского страхования (далее – договор страхования).

1.2. Договор страхования, заключенный на основании настоящих Правил, должен отвечать общим условиям действительности сделки, предусмотренным действующим законодательством Российской Федерации. При исполнении договора страхования Страхователь и Страховщик руководствуются действующим законодательством Российской Федерации, настоящими Правилами и приложениями договора страхования.

1.3. При заключении договора страхования Страхователь и Страховщик могут договориться об изменении или исключении отдельных положений Правил страхования и о дополнении договора страхования условиями, отличными от тех, которые содержатся в настоящих Правилах, если такие изменения и дополнения не противоречат действующему законодательству Российской Федерации.

1.4. Добровольное медицинское страхование осуществляется на основе программ добровольного медицинского страхования и обеспечивает гражданам получение дополнительных медицинских услуг сверх установленных программ обязательного медицинского страхования.

1.5. При решении спорных вопросов положения договора страхования имеют преимущественную силу по отношению к настоящим Правилам.

1.6. Основные термины и определения, используемые в настоящих Правилах:

- **Страховщик** – Общество с ограниченной ответственностью «Транснациональная страховая компания» (ООО «ТСК»).
- **Страхователь** - юридическое или дееспособное физическое лицо, заключившее договор страхования со Страховщиком и обязанное уплатить страховую премию.
- **Застрахованное лицо** – физическое лицо, в пользу которого заключен договор страхования, и имущественные интересы которого являются объектом страхования по договору страхования между Страхователем и Страховщиком. На условиях настоящих Правил заключаются договоры страхования в пользу Застрахованных в возрасте от 0 до 90 лет, если иное не оговорено в договоре страхования. Страховщик имеет право отказать в заключении договора страхования в пользу лиц, старше 65 лет.
- **Медицинские услуги** - это мероприятия или комплекс мероприятий, проводимых медицинским персоналом и направленных на профилактику, диагностику, лечение

заболеваний, травм, имеющих самостоятельное законченное диагностическое или лечебное значение и определенную стоимость.

- **Договор добровольного медицинского страхования** – соглашение между Страхователем и Страховщиком о том, что Страховщик обязуется при наступлении страхового случая организовать предоставление Застрахованному лицу в пределах установленной страховой суммы медицинских услуг, предусмотренных договором страхования, а Страхователь обязуется уплатить страховую премию (страховые взносы) в установленные договором страхования сроки и в соответствующем размере.

- **Полис добровольного медицинского страхования** – документ, удостоверяющий факт заключения договора страхования на определенных условиях.

- **Страховая сумма** – денежная сумма, определенная договором страхования, исходя из которой устанавливается размер страховой премии, и в пределах которой Застрахованному лицу оказываются медицинские услуги, предусмотренные договором страхования.

- **Страховая премия** – плата за страхование, которую Страхователь обязан уплатить Страховщику в соответствии с договором страхования. Страховой взнос – часть страховой премии при ее уплате в рассрочку.

- **Страховой случай** – обращение Застрахованного лица в период действия договора страхования в медицинское учреждение за медицинскими услугами, включенными в предусмотренную договором страхования программу добровольного медицинского страхования.

- **Несчастный случай** – неожиданное событие, вызванное причиной, не зависящей от воли Застрахованного лица, повлекшее за собой телесное повреждение, расстройство здоровья и/или смерть Застрахованного лица.

- **Заболевание** – расстройство здоровья, нарушение деятельности организма, требующее оказания медицинской помощи (медицинских услуг).

- **Медицинские учреждения** – Под медицинскими учреждениями применительно к настоящим Правилам понимаются учреждения здравоохранения всех форм собственности, имеющие соответствующие лицензии на осуществление основной, обязательной, вспомогательной, научно-исследовательской и иных видов медицинской деятельности. К медицинским учреждениям относятся:

- лечебно-профилактические: больничные учреждения, диспансеры, амбулаторно-поликлинические учреждения, учреждения скорой медицинской помощи, учреждения охраны материнства и детства, санаторно-курортные учреждения, клиники и другие;

- аптечные учреждения: аптеки, аптеки медицинских учреждений, аптечные пункты, аптечные магазины, аптечные киоски и другие;

- иные учреждения, а также лица, осуществляющие медицинскую деятельность как индивидуально, так и коллективно.

- Страховщик гарантирует за соответствующую плату (страховую премию) оплату медицинских услуг, предусмотренных настоящими Правилами и соответствующими Программами, являющимися неотъемлемой частью Правил, предоставляемых медицинскими учреждениями в РФ и за рубежом. При этом организация оказания медицинских услуг в зарубежных медицинских учреждениях может осуществляться как на основе прямых Договоров Страховщика с медицинскими учреждениями, так и через российские медицинские учреждения либо при посредничестве сервисных медицинских компаний, однако во всех перечисленных случаях оплата таких услуг будет считаться обоснованной при надлежащем оформлении документов и наличии у медицинского учреждения, оказавшего медицинские услуги, соответствующих регистрационных сертификатов, лицензии (аккредитации, разрешения и т.п.), которые необходимы ему по законодательству местонахождения учреждения для осуществления им деятельности, и не противоречит действующему законодательству РФ с точки зрения признания его медицинским учреждением.

- Медицинское учреждение, с которым Страховщик заключил соответствующий Договор на оказание Застрахованным медицинских услуг, в случае отсутствия у него по преискуранту

и (или) роду деятельности (специализации) соответствующих услуг, может организовать оказание таких медицинских услуг в других медицинских учреждениях. При этом согласие Страховщика на этот счет является обязательным, если иное не предусмотрено Договором между Страховщиком и медицинским учреждением.

- **Программа добровольного медицинского страхования** – комплекс медицинских услуг и условия их оказания в медицинских учреждениях застрахованному лицу в соответствии с договором страхования.

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

2. СУБЪЕКТЫ СТРАХОВАНИЯ

2.1. Страховщик – Общество с ограниченной ответственностью «Транснациональная страховая компания» (ООО «ТСК»). Договоры страхования от имени Страховщика могут заключать его Филиалы, представительства, а также уполномоченные страховые агенты и брокеры (юридические и физические лица) на основании соответствующих договоров и доверенностей.

2.2. Страхователями могут выступать:

2.2.1. Дееспособные физические лица, заключающие договоры страхования в свою пользу или в пользу третьих лиц (в дальнейшем – Застрахованные).

2.2.2. Юридические лица любых организационно-правовых форм собственности, зарегистрированные и действующие в соответствии с законодательством Российской Федерации, заключающие договоры страхования в пользу третьих лиц (в дальнейшем - Застрахованные).

2.3. Выгодоприобретатель по договору страхования – Застрахованное лицо. Заключение договора страхования в пользу Застрахованного не освобождает Страхователя от выполнения обязанностей по этому договору, если только иное не предусмотрено договором, либо обязанности Страхователя выполнены лицом, в пользу которого заключен договор.

2.4. Застрахованное лицо – физическое лицо, в пользу которого заключен договор страхования и имущественные интересы которого являются объектом страхования по договору страхования между Страхователем и Страховщиком.

2.4.1. При заключении договора Страховщик вправе запросить информацию о фактическом состоянии здоровья застрахованных лиц, подлежащих страхованию.

2.4.2. Физические лица, состоящие на учете в наркологических, психоневрологических, туберкулезных, кожновенерологических, онкологических диспансерах, ВИЧ-инфицированные и ВИЧ-больные граждане, инвалиды I и II группы, больные сахарным диабетом могут приниматься на страхование в части, не обеспеченной соответствующими государственными медицинскими программами, в том числе программой обязательного медицинского страхования.

3. ОБЪЕКТ СТРАХОВАНИЯ

3.1. Объектом добровольного медицинского страхования являются не противоречащие законодательству Российской Федерации имущественные интересы Страхователя (Застрахованного лица), связанные с расходами, вызванными обращением Застрахованного в Медицинские учреждения за медицинскими услугами, включенными в программу добровольного медицинского страхования (далее – Программа страхования), предусмотренную настоящими Правилами.

4. СТРАХОВОЙ РИСК, СТРАХОВОЙ СЛУЧАЙ, ПРОГРАММА СТРАХОВАНИЯ

4.1. Страхованием является предполагаемое событие, обладающее признаками вероятности и случайности возникновения, на случай которого проводится страхование.

4.2. Страхованием является свершившееся событие, предусмотренное условиями договора страхования, с наступлением которого возникает обязанность Страховщика произвести страховую выплату.

4.3. Страхованием по договору страхования, заключенному на основании настоящих Правил является:

4.3.1. обращение Застрахованного в течение срока действия страхования в медицинское учреждение из числа предусмотренных договором страхования, по поводу заболевания, травмы, отравления и другого несчастного случая за получением консультативно-диагностической, лечебной, профилактической, реабилитационно-восстановительной, оздоровительной, фармакологической и иной медицинской помощи, требующей оказания медицинских услуг в рамках программы страхования, предусмотренной договором страхования;

4.3.2. обращение Застрахованного в течение срока действия страхования в медицинское учреждение из числа не предусмотренных договором страхования, если это обращение согласовано и/или организовано Страховщиком по поводу заболевания, травмы, отравления и другого несчастного случая за получением консультативно-диагностической, лечебной, профилактической, реабилитационно-восстановительной, оздоровительной, фармакологической и иной медицинской помощи, требующей оказания медицинских услуг в рамках программы страхования, предусмотренной договором страхования.

4.4. Если иное не предусмотрено договором страхования, Страховщик не производит страховую выплату по страховому случаю, возникшему в результате:

4.4.1. воздействия ядерной энергии, ядерного взрыва, радиоактивного, химического или бактериологического заражения местности, радиационного облучения;

4.4.2. военных действий всякого рода, а также маневров или иных военных мероприятий и их последствий;

4.4.3. гражданской войны, народных волнений всякого рода или забастовок и их последствий, чрезвычайных или особых положений, объявленных органами государственной власти в установленном порядке;

4.5. Договор страхования может быть заключен по следующим программам страхования (Приложение № 1):

4.5.1. «КОМПЛЕКСНАЯ ПРОГРАММА СТРАХОВАНИЯ».

При заключении договора страхования по комплексной программе Страховщик обеспечивает Застрахованному организацию и оплату медицинских услуг в амбулаторно-поликлинических, стационарных, реабилитационно-восстановительных (санаторно-курортных) условиях, а также возмещение расходов, связанных с получением медицинской помощи, в соответствии с перечнем услуг, выбранным Страхователем при заключении договора страхования.

4.5.2. Программа «АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ».

При заключении договора страхования по программе «АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ» Страховщик обеспечивает Застрахованному организацию и оплату медицинских услуг в амбулаторно-поликлинических условиях, а также возмещение расходов, связанных с получением медицинской помощи при амбулаторном лечении в соответствии с перечнем услуг, выбранным Страхователем при заключении договора страхования.

4.5.3. Программа «СТАЦИОНАРНАЯ ПОМОЩЬ».

При заключении договора страхования по программе «СТАЦИОНАРНАЯ ПОМОЩЬ» Страховщик обеспечивает Застрахованному организацию и оплату медицинских услуг в стационарных условиях, а также возмещение расходов, связанных с получением медицинской помощи при стационарном лечении в соответствии с перечнем услуг, выбранным Страхователем при заключении договора страхования.

4.5.4. Программа «РЕАБИЛИТАЦИОННО-ВОССТАНОВИТЕЛЬНОЕ (санаторно-курортное) ЛЕЧЕНИЕ».

При заключении договора страхования по программе «РЕАБИЛИТАЦИОННО-ВОССТАНОВИТЕЛЬНОЕ (санаторно-курортное) ЛЕЧЕНИЕ» Страховщик обеспечивает Застрахованному организацию и оплату медицинских услуг в санаторно-курортных условиях, в соответствии с перечнем услуг, выбранным Страхователем при заключении договора страхования.

5. ПОРЯДОК ОПРЕДЕЛЕНИЯ СТРАХОВОЙ СУММЫ, СТРАХОВОГО ТАРИФА, СТРАХОВОЙ ПРЕМИИ (СТРАХОВОГО ВЗНОСА)

5.1. Страховая сумма представляет собой предельный размер страховой выплаты, определяемый на основании программы страхования, предусмотренной договором страхования, исходя из перечня и стоимости медицинских услуг, и устанавливается по соглашению сторон.

5.1.1. Договором страхования может быть установлен лимит ответственности Страховщика по отдельной программе страхования, по отдельным элементам программы или по договору в целом.

5.1.2. Страховая сумма по Договору страхования может устанавливаться как на всех Застрахованных, так и на каждого Застрахованного отдельно.

5.1.3. Страхователь может по согласованию со Страховщиком для всех Застрахованных лиц выбрать программу страхования и установить одинаковую страховую сумму или установить ее размер индивидуально для каждого Застрахованного лица.

5.1.4. Страхователь по согласованию со Страховщиком имеет право в течение срока действия договора страхования изменить размер страховой суммы, программу страхования с соответствующим изменением страхового взноса, что оформляется дополнительным соглашением.

5.2. Страховой тариф (тарифная ставка) является ставкой страховой премии с единицы страховой суммы с учетом объекта страхования и характера страхового риска. Страховой тариф (тарифная ставка) выражается в процентах или в рублях со 100 рублей страховой суммы. (Приложение № 2).

5.2.1. При заключении договора страхования Страховщик имеет право применять повышающие и понижающие коэффициенты к базовым тарифным ставкам в зависимости от факторов, влияющих на степень страхового риска.

5.3. Страховая премия по договору страхования рассчитывается в зависимости от программы страхования, страховой суммы, срока страхования, тарифной ставки, с учетом информации, предоставленной Страхователем (Застрахованным лицом), результатов предварительного медицинского освидетельствования или иных условий, предусмотренных договором страхования.

5.3.1. При заключении договора на срок более одного года размер страховой премии рассчитывается по формуле:

$$СП = СП_{\text{год}} \times N_{\text{мес}} / 12,$$

где СП - страховая премия по договору страхования со сроком более 1-го года;

СП_{год} - годовая страховая премия;

N_{мес} - срок действия договора в месяцах. При этом неполный месяц принимается за полный.

5.3.2. При заключении договора страхования на срок менее одного года страховая премия оплачивается в следующем размере от годовой страховой премии:

- при страховании на срок до 3-х месяцев – 50 %;
- при страховании на срок от 3-х до 6-и месяцев – 70 %;
- при страховании на срок от 6-и до 9-и месяцев – 85 %;
- при страховании на срок более 9-и месяцев – 100 %, если договором страхования не предусмотрено иное.

При этом неполный месяц принимается за полный.

5.4. В договоре страхования может быть установлен выжидательный период – промежуток времени, в течение которого обращение Застрахованного лица за медицинскими услугами не является страховым случаем. При этом обязательства Страховщика по договору страхования возникают по окончании выжидательного периода.

5.5. Оплата страховой премии производится путем наличного или безналичного расчетов, единовременным платежом или в рассрочку, в размере и сроки, установленные договором страхования.

6. ПОРЯДОК ЗАКЛЮЧЕНИЯ, ИСПОЛНЕНИЯ И ПРЕКРАЩЕНИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ

6.1. Для заключения договора страхования Страхователь обращается к Страховщику с письменным заявлением, форма которого устанавливается Страховщиком (Приложение №3) либо иным допустимым способом заявляет о своем намерении заключить Договор страхования (устное заявление, факс и т.д.).

6.2. Договор страхования может быть заключен на условиях оказания медицинской помощи и связанных с ней услуг, предоставляемых Застрахованным в рамках Программ добровольного медицинского страхования, перечисленных в Приложении № 1 к настоящим Правилам.

6.2.1. При заключении Договора страхования на условиях Программ страхования Страховщик гарантирует Застрахованному предоставление и оплату медицинских услуг медицинскими учреждениями, состоящими со Страховщиком в Договорных отношениях и определенными в Договоре страхования, в соответствии с конкретным перечнем услуг и Программой страхования.

6.2.2. Договор страхования может содержать и другие условия, определяемые по соглашению Сторон и должны отвечать общим условиям действительности сделки, предусмотренным гражданским законодательством Российской Федерации.

6.2.3. Страхователь имеет право определить набор программ добровольного медицинского страхования в любой комбинации или выбрать определенный перечень услуг из любой программы.

6.2.4. Перечень медицинских услуг по Договору страхования может ограничиваться или расширяться (в рамках Правил страхования и Приложений к ним, не противореча действующему законодательству) по соглашению между Страхователем и Страховщиком.

6.2.5. Перечень медицинских услуг в рамках конкретной программы страхования, а также любое сочетание Программ может быть указано в Договоре страхования с оригинальным названием.

6.3. Договор страхования оформляется в письменном виде.

Факт заключения договора страхования удостоверяется либо в виде одного документа в 2-х экземплярах, скрепленного печатями и подписями Сторон (Приложения № 4, № 5), либо путем вручения Страхователю полиса, подписанного Страховщиком (Приложение № 6) с приложением Правил страхования в полном изложении или в сокращении (выдержки).

6.4. При оформлении договора страхования в виде одного документа, Страхователю вручаются индивидуальные страховые полисы (страховые медицинские карточки) для Застрахованных, удостоверяющие право Застрахованного на получение медицинских услуг в соответствии с договором страхования. В ряде случаев страховая карточка может использоваться как пропуск в лечебное учреждение.

6.4.1. При утрате страхового полиса (страховой медицинской карточки) Застрахованный должен незамедлительно письменно известить об этом Страховщика. Взамен утраченных страховых документов Застрахованному выдаются их дубликаты. На дубликаты страхового полиса делается соответствующая надпись. Утраченный полис считается недействительным со дня подачи заявления.

При повторной утрате страховых документов в течение действия договора страхования со Страхователя взыскивается платеж в размере фактической стоимости их изготовления.

6.4.2. Страхователю (Застрахованному) запрещается передавать страховой полис другому лицу с целью получения им услуг по договору страхования.

6.4.3. Страховой полис и страховая медицинская карточка выдаются Страхователю в течение пяти дней после уплаты страховой премии/первого ее взноса, если договором страхования не предусмотрено иное.

6.5. Срок действия договора страхования устанавливается по соглашению сторон.

6.6. Договор страхования, если в нем не предусмотрено иное, вступает в силу с 00 часов 00 минут дня, указанного в договоре (полисе) как день начала его действия, но не ранее 00 часов 00 минут дня, следующего за днем уплаты страховой премии или первого ее взноса (при уплате в рассрочку).

6.7. Если иное не предусмотрено договором страхования, под днем уплаты страховой премии (страхового взноса) считается день поступления денежных средств на расчетный счет Страховщика (при безналичной оплате) или день получения денежных средств (в соответствии с платежными документами) Страховщиком или его представителем (при наличной оплате).

6.8. Договор страхования прекращается в случаях:

6.8.1. Истечения срока его действия – с 00 часов суток, следующих за датой, определенной договором в качестве даты окончания срока его действия.

6.8.2. Исполнения Страховщиком обязательств перед Страхователем по договору в полном объеме – с момента такового.

6.8.3. Ликвидации Страхователя, являющегося юридическим лицом, или смерти Страхователя, являющегося физическим лицом, если Застрахованные не приняли на себя обязанности Страхователя по договору страхования в течение 10 рабочих дней с момента принятия (выдачи) соответствующего акта государственного органа или вступления в законную силу судебного решения.

6.8.4. Смерти Застрахованного (при индивидуальном договоре страхования с физическим лицом) – в день смерти, определенный соответствующим свидетельством.

6.8.5. Соглашения сторон – с даты, определенной соглашением.

6.8.6. Неуплаты Страхователем очередного страхового взноса при уплате страховой премии в рассрочку – с 00 часов суток, следующих за датой, определенной договором страхования для его уплаты.

6.8.7. Вступления в законную силу соответствующего судебного решения – со дня такового.

6.8.8. Одностороннего волеизъявления Страхователя или Страховщика при условии обязательного уведомления о намерении досрочного прекращения договора страхования не менее чем за тридцать дней до предполагаемой даты прекращения.

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

6.9. Договор страхования может быть прекращен 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.

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

6.10. Страхователь вправе отказаться от договора страхования в любое время, если к моменту отказа возможность наступления страхового случая не отпала по обстоятельствам, иным, чем страховой случай.

В этом случае, уплаченная Страховщику страховая премия не подлежит возврату, если договором не предусмотрено иное.

6.11. О намерении досрочного прекращения договора Страхователь обязан уведомить Страховщика не менее, чем за тридцать дней до предполагаемой даты прекращения договора страхования, если при заключении договора стороны не предусмотрели иной срок.

6.12. Изменение и расторжение сторонами договора страхования осуществляется в порядке, предусмотренном Гражданским кодексом Российской Федерации (глава 29 ГК РФ).

7. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТРОН

7.1. Страхователь имеет право:

7.1.1. Ознакомиться с Правилами;

7.1.2. Получить информацию о Страховщике в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации;

7.1.3. Досрочно расторгнуть договор страхования в соответствии с условиями настоящего договора, Правилами страхования и действующим законодательством Российской Федерации;

7.1.4. Требовать выполнения Страховщиком условий настоящего договора, Правил страхования и действующего законодательства Российской Федерации;

7.1.5. При наступлении страхового случая требовать своевременной организации и оплаты медицинских услуг, предоставляемых Застрахованному в соответствии с договором страхования;

7.1.6. Изменять условия настоящего договора страхования в порядке, предусмотренном Правилами страхования;

7.1.7. Отказаться от договора страхования, если к моменту отказа возможность наступления страхового случая отпала, и существование страхового риска прекратилось по обстоятельствам иным, чем страховой случай;

7.1.8. Получить дубликат договора страхования и/или полиса, в случае его утраты.

7.2. Страхователь обязан:

7.2.1. Своевременно и в полном размере уплачивать обусловленную договором страхования страховую премию (страховые взносы);

7.2.2. Своевременно предоставить Страховщику сведения, необходимые для заключения договора страхования, имеющие значение для оценки страхового риска, а также иную необходимую информацию, связанную с действием договора страхования;

7.2.3. Сообщать Страховщику о случаях не предоставления медицинских услуг в соответствии с условиями договора страхования, неполного или некачественного их предоставления;

7.2.4. Обеспечить сохранность документов по договору страхования;

7.2.5. Ознакомить Застрахованных с условиями договора страхования, программой страхования, своевременно выдать им страховые полисы (страховые медицинские карточки), полученные от Страховщика.

7.3. Страховщик имеет право:

7.3.1. Проверять достоверность сообщенных Страхователем данных, необходимых для заключения договора, в том числе проводить предстраховочное обследование Застрахованных;

7.3.2. Вносить в течение срока действия договора страхования предложения по изменению или уточнению условий договора;

7.3.3. Отказаться в оплате медицинских услуг в соответствии с Правилами и условиями договора страхования. Решение об оплате или отказе в оплате медицинских услуг принимается экспертной комиссией Страховщика;

7.3.4. Отказать Застрахованному в организации и оплате медицинских услуг по заболеванию, по которому со стороны Застрахованного был официальный отказ от предложенных методов лечения (операция, госпитализация);

7.3.5. На ознакомление с медицинской документацией Застрахованного, отражающей его историю заболевания, физическое и психическое состояние, диагноз, ход и прогноз результатов лечения, а также имеет право использовать данную информацию для решения вопросов,

связанных с реализацией Договора страхования, оплатой оказанных Застрахованному услуг, защитой прав Застрахованного;

7.3.6. Требовать от Страхователя возмещения в полном объеме убытков в размере превышения страховой суммы, понесенных в связи с оказанием Застрахованному(ым) медицинских услуг;

7.3.7. Требовать от Застрахованного выполнения обязательств по договору страхования, включая обязанности, лежащие на Страхователе, но не выполненные им;

7.3.8. При установлении факта передачи Застрахованным страхового полиса другому лицу с целью получения последним услуг по договору страхования, отказать в организации и оплате медицинских услуг Застрахованному до окончания срока действия договора;

7.3.9. Для организации медицинской помощи заключать договора с медицинскими учреждениями, сервисными, ассистанскими компаниями и иными учреждениями.

7.4. Страховщик обязан:

7.4.1. Ознакомить Страхователя с Правилами страхования и выдать ему на руки экземпляр правил в полном изложении или в сокращении (выдержки);

7.4.2. Вручить Страхователю договор, программу страхования, своевременно выдать Страхователю страховые полисы (страховые медицинские карточки);

7.4.3. Организовать и оплатить при наступлении страхового случая медицинскую помощь, оказанную Застрахованному в медицинских учреждениях, предусмотренных договором и программой страхования;

7.4.4. Организовать и оплатить предоставление медицинских услуг по программе страхования Застрахованному в другом медицинском учреждении в случае невозможности их оказания в медицинском учреждении, предусмотренном договором страхования;

7.4.5. Обеспечить конфиденциальность в отношениях со Страхователем (Застрахованным).

7.5. Застрахованный имеет право:

7.5.1. Требовать своевременной организации медицинских услуг, предоставляемых Застрахованному в соответствии с договором страхования;

7.5.2. Сообщить Страховщику о случаях не предоставления медицинских услуг, неполного или некачественного предоставления таких услуг;

7.5.3. Получить дубликат полиса (страховой медицинской карточки) в случае его (ее) утраты.

7.6. Застрахованный обязан:

7.6.1. Соблюдать предписанный лечащим врачом лечебно-охранительный режим;

7.6.2. Соблюдать дату и время посещения врача, заблаговременно информировать регистратуру о невозможности посещения врача *(в случае предварительной записи или назначения приема, процедуры)*;

7.6.3. Предоставить право Страховщику на проведение экспертизы оказанной медицинской помощи и ознакомление с первичной медицинской документацией;

7.6.4. Обеспечить сохранность страхового полиса (страховой медицинской карточки).

8. ПОРЯДОК ОРГАНИЗАЦИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ, ПОРЯДОК И УСЛОВИЯ ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЫ

8.1. Для получения медицинских услуг по договору страхования при наступлении страхового случая Застрахованное лицо обращается в медицинские учреждения, предусмотренные договором страхования, или непосредственно к Страховщику по телефонам, указанным в страховом полисе и/или страховой карточке, для получения информации о порядке предоставления медицинской помощи.

8.2. Медицинские учреждения, в соответствии с договором, заключенным со Страховщиком, оказывают медицинские услуги, предусмотренные договором и программой страхования.

8.3. Страховщик осуществляет страховые выплаты путем оплаты счетов медицинских учреждений за оказанные медицинские услуги, определенные договором страхования.

8.4. Страховщик возмещает Застрахованному документально подтвержденные затраты по оплате медицинских и иных услуг, включенных в программу медицинского страхования, если это предусмотрено Договором страхования и согласовано со Страховщиком.

8.4.1. Возмещение Застрахованному расходов, связанных с получением медицинской помощи в рамках программы страхования, осуществляется по согласованию со Страховщиком на основании заявления Застрахованного (Страхователя), с приложением оригинальных документов, подтверждающих факт получения медицинских и иных услуг и оплаты их за счет личных средств Застрахованного (счет, квитанция, кассовый, товарный чеки и проч.).

8.4.2. Страховщик оплачивает все разумно понесенные расходы Застрахованного лица в медицинском учреждении в соответствии со страховым случаем в рамках медицинской программы только в пределах страховой суммы (лимитов ответственности) по Договору страхования.

8.5. По окончании действия договора Страховщик оплачивает медицинские услуги, связанные со стационарным лечением Застрахованного, начало которого относится к периоду действия договора страхования до его завершения по медицинским показаниям.

9. СЛУЧАИ ОТКАЗА В СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЕ

9.1. Страховщик имеет право отказать Страхователю в организации и оплате медицинских услуг при обращении Застрахованного в медицинское учреждение в связи:

- с получением травматического повреждения в состоянии алкогольного, наркотического или токсического опьянения;

- с получением травматического повреждения или иного расстройства здоровья, наступившего в результате совершения Застрахованным умышленного преступления, находящегося в прямой причинной связи со страховым случаем;

- с покушением на самоубийство, за исключением тех случаев, когда Застрахованный был доведен до такого состояния противоправными действиями третьих лиц;

- с умышленным причинением себе телесных повреждений.

9.2. Страховщик вправе не организовывать и не оплачивать медицинские и иные услуги, не предусмотренные договором страхования.

10. ФОРС-МАЖОР

10.1. Страхователь и/или Страховщик освобождается от ответственности за частичное или полное неисполнение, а также ненадлежащее исполнение обязательств по договору страхования, если это неисполнение или ненадлежащее исполнение обязательств явилось следствием обстоятельств чрезвычайного характера, возникших после заключения договора страхования, которые Страхователь и/или Страховщик не могли ни предвидеть, ни предотвратить.

10.2. К обстоятельствам чрезвычайного характера относятся: наводнение, пожар, землетрясение, шторм, оседание почвы и иные явления природы, эпидемия, техногенные катастрофы, а также война и военные действия, забастовка в отрасли или регионе.

10.3. Возможное неисполнение обязательств по договору страхования должно находиться в непосредственной причинной связи с вышеуказанными обстоятельствами.

10.4. Сторона, для которой создалась невозможность исполнения обязательств, обязана в разумные сроки с момента наступления обстоятельств чрезвычайного характера в письменной форме уведомить другую сторону, а также сообщить о предполагаемом порядке действий для полного и надлежащего исполнения своих обязательств по договору страхования. Не уведомление или несвоевременное уведомление лишает не уведомившую сторону права ссылаться на какое-либо из вышеуказанных обстоятельств как основание, освобождающее ее от

ответственности за неисполнение или ненадлежащее исполнение обязательств по договору страхования.

11. ПРОЧИЕ УСЛОВИЯ

11.1. Споры по договору страхования и неурегулированные взаимоотношения, связанные с договором страхования, между Страховщиком и Страхователем (Застрахованным) разрешаются путем переговоров, а при не достижении согласия – в судебном порядке в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

* * *

КОМПЛЕКСНАЯ ПРОГРАММА ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

По настоящей программе Страховщик организует и оплачивает предоставление Застрахованному комплексного объема услуг при его обращении в медицинское учреждение по поводу заболевания, травмы, отравления или другого несчастного случая за получением консультативно-диагностической, лечебной, профилактической, реабилитационно-восстановительной, оздоровительной, фармакологической и иной медицинской помощи в пределах следующего перечня медицинских услуг:

1. Программа «АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ»

По настоящей Программе Страховщик гарантирует в период действия Договора страхования предоставление и оплату Застрахованному медицинских услуг, проведение мероприятий по профилактике (в том числе диспансерному наблюдению), диагностике и лечению заболеваний в амбулаторных условиях (и/или на дому) при обращении Застрахованного в медицинские учреждения, включенные в настоящую программу, либо непосредственно указанные в направлении Страховщика.

1.1. Медицинская помощь в амбулаторных условиях.

- Амбулаторный прием, консультации и другие профессиональные услуги по следующим специальностям: терапия, кардиология, ревматология, гастроэнтерология, пульмонология, эндокринология, нефрология, неврология, инфекционные болезни, травматология, урология, хирургия, нейрохирургия, сосудистая хирургия, кардиохирургия, проктология, гинекология, отоларингология, офтальмология, дерматология и др.;
- Общие манипуляции и процедуры;
- Профилактические прививки;
- Манипуляции хирургические, травматологические, ортопедические;
- Манипуляции проктологические;
- Манипуляции урологические;
- Манипуляции отоларингологические;
- Манипуляции офтальмологические;
- Манипуляции гинекологические;
- Манипуляции аллергологические;
- Манипуляции гематологические;
- Манипуляции пульмонологические;
- Манипуляции дерматологические;
- Манипуляции логопедические;
- Эндоскопическая диагностика;
- Функциональная диагностика;
- Общеклинические лабораторные исследования;
- Биохимические лабораторные исследования;
- Микробиологические (бактериологические) лабораторные исследования;
- Иммунологические лабораторные исследования;
- Гистологические исследования;
- Цитологические исследования;
- Биофизические лабораторно-диагностические исследования;
- Гормональные исследования;

- Рентгенологические исследования;
- Ангиография;
- Компьютерная томография;
- Магнитно-резонансная томография;
- Радионуклидные диагностические исследования;
- Радиоиммунологические диагностические исследования;
- Ультразвуковые диагностические исследования;
- Термография;
- Хирургические вмешательства поликлинического уровня;
- Анестезиологические пособия поликлинического уровня;
- Гипербарическая оксигенация;
- Физиотерапия, ЛФК, массаж, водолечение;
- Рефлексотерапия;
- Углубленное медицинское обследование;
- Диспансерное наблюдение и обследование;
- Медицинские осмотры с выдачей заключения;
- Прерывание беременности по медико-социальным показаниям;
- Медикаментозное лечение.

1.1.1. Стоматологическая помощь.

- Приемы, консультации специалистов (стоматолога-терапевта, пародонтолога, стоматолога-хирурга);
- Функциональная диагностика;
- Физиотерапия;
- Анестезиологические манипуляции;
- Терапевтическая стоматология, в т.ч.:
 - лечение кариеса, лечение пульпита, лечение периодонтита;
 - терапевтические методы лечения болезней тканей пародонта;
 - лечение заболеваний слизистой оболочки полости рта и языка;
- Хирургическая стоматология, в т.ч.:
 - лечение воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области;
 - лечение повреждений челюстно-лицевой области;
 - лечение заболеваний слюнных желез;
 - лечение заболеваний нервов челюстно-лицевой области;
 - удаление зубов;
 - хирургические методы лечения болезней тканей пародонта;
 - лечение доброкачественных новообразований челюстно-лицевой области.

1.2. Медицинская помощь на дому:

- первичные и повторные осмотры Застрахованного врачом-специалистом на дому;
- оказание медицинских услуг (в том числе процедуры и манипуляции);
- забор материала и проведение функциональных исследований;
- выполнение врачебных назначений на дому.

1.3. Скорая медицинская помощь.

- Выезд бригады скорой медицинской помощи;
- Проведение диагностических и лечебных мероприятий;
- Проведение реанимационных мероприятий;
- Транспортировка в лечебное учреждение в сопровождении и под наблюдением медицинского персонала.

1.4. Стационарзамещающие виды помощи.

- Медицинская помощь в условиях дневного стационара.

1.5. Лекарственное обеспечение.

- Лекарственное обеспечение при амбулаторно-поликлиническом лечении.

1.6. Услуги личного врача.

- консультации личного врача;
- оказание медицинской помощи личным врачом на дому и в офисе, выдача листов нетрудоспособности, медицинских справок, выписка рецептов (за исключением льготных);
- мониторинг состояния здоровья Застрахованного;
- ведение медицинской документации;
- разработка врачом индивидуальной медицинской программы для Застрахованного;
- медицинское сопровождение Застрахованного личным врачом;
- медицинский патронаж Застрахованного личным врачом;
- выполнение назначений врача на дому (снятие ЭКГ, инъекции, забор материалов для анализов и др.);
- курация Застрахованного личным врачом;

1.7. Услуги врача офиса.

- амбулаторный прием врача по месту работы (в офисе);
- оказание медицинской помощи по месту работы Застрахованного;
- вызов врача в офис, выдача листов нетрудоспособности, медицинских справок, выписка рецептов (за исключением льготных);
- медицинское сопровождение Застрахованного врачом офиса;
- ведение медицинской документации.

1.8. Ведение беременности (дородовое наблюдение).

По согласованию со Страхователем, услуги, указанные в п. 1.1. могут быть исключены из настоящей программы страхования.

По согласованию со Страхователем, услуги, указанные в п. 1.1.1. могут быть исключены из настоящей программы страхования.

По согласованию со Страхователем п. 1.2.-1.8. могут быть включены в программу страхования с применением поправочных повышающих коэффициентов.

2. Программа «СТАЦИОНАРНАЯ ПОМОЩЬ»

По настоящей Программе Страховщик гарантирует в период действия договора страхования предоставление и оплату Застрахованному медицинских услуг в условиях стационара при обращении в медицинские учреждения, включенные в настоящую программу, либо непосредственно указанные в направлении Страховщика.

По настоящей Программе Застрахованному могут оказываться следующие виды медицинской помощи:

2.1. Плановая стационарная медицинская помощь;

2.2. Экстренная стационарная медицинская помощь;

2.3. Акушерская помощь (родовспоможение);

2.4. Лекарственное обеспечение при стационарном лечении.

По согласованию со Страхователем, услуги, указанные в п. 2.1. или п. 2.2. могут быть исключены из настоящей программы страхования.

По согласованию со Страхователем, услуги, указанные в п. 2.3.и/или п. 2.4. могут быть включены в программу страхования с применением поправочных повышающих коэффициентов.

Перечень медицинских услуг, предоставляемых по программе:

- Диагностические лабораторные и инструментальные методы исследования;
- Консультации специалистов;
- Лечебные манипуляции и процедуры;
- Оперативные вмешательства;
- Анестезиологические пособия;
- Физиотерапия, ЛФК, массаж, водолечение и др.;
- Медикаментозная терапия;
- Медико-социальный уход в стационарных условиях;
- Услуги медицинского сервиса (палаты повышенной медицинской комфортности, индивидуальный медицинский пост, дополнительное лечебное питание, дополнительное обеспечение медикаментами и предметами медицинского назначения);
- Стационарное лечение за рубежом.

3. Программа «РЕАБИЛИТАЦИОННО-ВОССТАНОВИТЕЛЬНОЕ (санаторно-курортное) ЛЕЧЕНИЕ»

По настоящей Программе Страховщик гарантирует в период действия Договора страхования предоставление и оплату Застрахованному медицинских услуг, проведение мероприятий по профилактике (в том числе диспансерному наблюдению), диагностике и лечению заболеваний в амбулаторных и/или стационарных условиях при обращении Застрахованного в медицинские учреждения (в том числе в отделения реабилитации лечебно-восстановительных учреждений или в санаторно-курортные учреждения), включенные в настоящую программу, либо непосредственно указанные в направлении Страховщика.

Перечень медицинских услуг, предоставляемых по программе:

- Приемы, консультации специалистов;
- Диагностические манипуляции и процедуры;
- Лабораторные и инструментальные исследования;
- Лечебные манипуляции и процедуры;
- Медикаментозная терапия;
- Применение естественных и преформированных физических факторов;
- Лечебная физкультура, массаж, водолечение;
- Психотерапевтическое реабилитационное лечение, социальная адаптация;
- Лечебное питание;
- Лечение за рубежом.

Если договором не предусмотрено иное, в программу страхования не входит:

а) предоставление медицинских услуг по следующим заболеваниям:

- онкологические (злокачественных новообразований, в том числе кроветворной и лимфатической тканей, доброкачественных новообразований злокачественного течения) и их осложнений;
- врожденные и наследственные заболевания, в том числе крови и кроветворных органов, а также врожденные аномалии развития органов и их осложнения;
- венерические заболевания, ВИЧ-инфекция и ее осложнения;
- психические, в т.ч. органические психические расстройства;
- эпилепсия;
- алкоголизм, наркомания, токсикомания и их осложнения;
- сахарный диабет и его осложнения;
- системные поражения соединительной ткани: ревматоидный артрит, болезнь Бехтерева (анкилозирующий спондилит);
- демиелинизирующие болезни центральной нервной системы;
- туберкулез;

- хроническая почечная и печеночная недостаточность, требующие проведения экстракорпоральных методов лечения;
- острая и хроническая лучевая болезнь;
- профессиональные заболевания;
- бесплодие (мужское и женское), импотенция;
- беременность при сроках свыше 8 недель, родовспоможение; экстракорпоральное оплодотворение;
- протезирование всех видов, в том числе трансплантация органов.

б) организация и оплата следующих услуг:

- прерывание беременности, не обоснованное медицинскими показаниями, вне зависимости от срока беременности;
- устранение ортодонтических нарушений у детей и взрослых;
- устранение косметических дефектов лица, тела, конечностей независимо от времени их возникновения;
- проведение программного гемодиализа;
- зубопротезирование и подготовка к нему, включающая удаление и депульпирование зубов; замена старых пломб без медицинских показаний, восстановление коронки зуба при разрушении более чем на 50% с использованием штифтов;
- использование методов народной медицины с целью диагностики, лечения и оздоровления (аку-, аурикуло-, термо-, электро-пунктурная, иридодиагностика, пульсовая диагностика, мануальная терапия, энергоинформатика, гирудотерапия, гомеопатия, апитерапия, управление дыханием, музыкотерапия и пр.);
- услуги психотерапевта;
- услуги по планированию семьи.

**БАЗОВЫЕ ТАРИФНЫЕ СТАВКИ
ПО ДОБРОВОЛЬНОМУ МЕДИЦИНСКОМУ СТРАХОВАНИЮ
(в % от страховой суммы)**

ОСНОВНЫЕ ПРОГРАММЫ СТРАХОВАНИЯ	Тариф
1.Комплексная программа	30,33
2.Амбулаторно-поликлиническая помощь	28,96
3.Стационарная помощь	22,78
4.Реабилитационно-восстановительное (санаторно-курортное) лечение	25,64

**БАЗОВЫЕ ТАРИФНЫЕ СТАВКИ ПО МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ
(медицинским услугам), НЕ ВХОДЯЩИМ
В ОСНОВНЫЕ ПРОГРАММЫ СТРАХОВАНИЯ(1-4)**

<u>Стационарная помощь</u>	
Виды медицинских услуг	Тариф (%)
Предоставление медицинских и иных услуг по следующим заболеваниям:	
Онкологические заболевания (злокачественные новообразования, доброкачественные образования злокачественного течения) и их осложнения	3,60
Врожденные и наследственные заболевания, а также врожденные аномалии развития органов и их осложнения	2,00
Венерические заболевания, ВИЧ-инфекция и их осложнения	1,10
Психические, в т.ч. органические психические расстройства	4,23
Эпилепсия	0,42
Алкоголизм, наркомания, токсикомания и их осложнения	6,16
Сахарный диабет и его осложнения	3,92
Системные поражения соединительной ткани: ревматоидный артрит, болезнь Бехтерева (анкилозирующий спондилит)	2,67
Демиелинизирующие болезни центральной нервной системы	0,44
Туберкулез	0,34
Хроническая почечная и печеночная недостаточность, требующая экстракорпоральных методов лечения	0,52
Острая и хроническая лучевая болезнь	0,25
Профессиональные заболевания	0,73
Бесплодие (мужское, женское); импотенция	0,20
Беременность при сроке свыше 8 недель, родовспоможение; экстракорпоральное оплодотворение	5,64
Протезирование, трансплантация органов	0,17
Предоставление следующих медицинских услуг:	
Прерывание беременности, не обоснованное медицинскими показаниями, вне зависимости от срока беременности	4,36
Устранение косметических дефектов лица, тела, конечностей, независимо от времени их возникновения	0,19
Проведение программного гемодиализа	0,40

Использование методов народной медицины с целью лечения (гирудотерапия, гомеопатия, фитотерапия, апитерапия и пр.)	0,62
--	-------------

Амбулаторно-поликлиническая помощь

Виды медицинских услуг	Тариф(%)
Предоставление медицинских и иных услуг по следующим заболеваниям:	
Онкологические заболевания (злокачественные новообразования, доброкачественные образований злокачественного течения) и их осложнения	3,81
Врожденные и наследственные заболевания, а также врожденные аномалии развития органов и их осложнения	4,16
Венерические заболевания, ВИЧ-инфекция и их осложнения	0,29
Психические, в т.ч. органические психические расстройства	4,36
Эпилепсия	0,50
Алкоголизм, наркомания, токсикомания и их осложнения	1,84
Сахарный диабет и его осложнения	4,53
Системные поражения соединительной ткани: ревматоидный артрит, болезнь Бехтерева (анкилозирующий спондилит)	2,86
Демиелинизирующие болезни центральной нервной системы	0,47
Туберкулез	0,47
Хроническая почечная и печеночная недостаточность, требующая экстракорпоральных методов лечения	0,54
Острая и хроническая лучевая болезнь	0,25
Профессиональные заболевания	0,73
Бесплодие (мужское, женское); импотенция	0,25
Беременность при сроке свыше 8 недель	4,92
Организация и оплата следующих услуг:	
Прерывание беременности, не обоснованное медицинскими показаниями, вне зависимости от срока беременности	1,84
Устранение ортодонтических нарушений у детей и взрослых	3,69
Устранение косметических дефектов лица, тела, конечностей, независимо от времени их возникновения	1,14
Зубопротезирование и подготовка к нему	6,23
Использование методов народной медицины с целью диагностики, лечения, оздоровления (аку-, аурикуло-, иридо-, термодиагностика, электропунктурная, пульсовая, иридодиагностика, энергоинформатика, мануальная терапия, гирудотерапия, гомеопатия, фитотерапия, апитерапия, цугун-терапия, управление дыханием, музыкотерапия и др.)	2,45
Услуги психотерапевта	1,60
Услуги по планированию семьи	5,47

В зависимости от факторов, влияющих на степень страхового риска, Страховщик вправе применять понижающие (от 0,001 до 0,99) и повышающие (от 1,01 до 4,0) коэффициенты.