

**ОБЩЕСТВО С ОГРАНИЧЕННОЙ ОТВЕТСТВЕННОСТЬЮ
“СТРАХОВАЯ КОМПАНИЯ “ПАРИТЕТ - СК”**

"У Т В Е Р Ж Д А Ю"

Генеральный директор

_____ Р.Ш. Садыков

“03” апреля 2000 г.

П Р А В И Л А

добровольного медицинского страхования

г. Москва

1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

1.1. В соответствии с законодательством Российской Федерации, Гражданским кодексом РФ, Законом “Об организации страхового дела в Российской Федерации”, нормативными документами федерального органа исполнительной власти по надзору за страховой деятельностью настоящие Правила регулируют отношения, возникающие между Страховщиком и Страхователем по поводу добровольного медицинского страхования граждан.

1.2. **Страховщик** - ООО “Страховая компания “ПАРИТЕТ - СК”, осуществляет страховую деятельность в соответствии с выданной федеральным органом исполнительной власти по надзору за страховой деятельностью Лицензией.

1.3. Субъектами добровольного медицинского страхования выступают:

а) **Страхователи** – юридические лица любых организационно-правовых форм, предусмотренных гражданским законодательством Российской Федерации, и дееспособные физические лица, заключившие со Страховщиком договор добровольного медицинского страхования.

Страхователи - юридические лица заключают со Страховщиком договоры о страховании третьих лиц в пользу последних (Застрахованные).

Страхователи - физические лица заключают со Страховщиком договоры страхования в свою пользу или о страховании третьих лиц в пользу последних (Застрахованные);

б) учреждения здравоохранения, включая аптеки, являющиеся их структурными подразделениями*.

Договоры страхования заключаются в пользу граждан в возрасте от 1 года до 70 лет, проживающих на территории Российской Федерации.

1.4. Страхование проводится в индивидуальной и коллективной форме.

1.5. На страхование не принимаются:

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

- инвалиды;

- больные онкологическими заболеваниями и системными заболеваниями крови;

- граждане старше 70 лет.

1.6. Страховщик не вправе разглашать полученные им в результате своей профессиональной деятельности сведения о Страхователе, Застрахованном, состоянии их здоровья и имущественном положении.

За нарушение тайны страхования Страховщик в зависимости от рода нарушенных прав и характера нарушения несет ответственность в порядке, предусмотренном гражданским законодательством Российской Федерации.

2. ОБЪЕКТ СТРАХОВАНИЯ

* Приказ Минздрава РФ № 142 от 29.04.98 г. «О перечне видов медицинской деятельности, подлежащих лицензированию».

Приказ Минздрава РФ № 395 от 03.11.99 «Об утверждении номенклатуры учреждений здравоохранения».

2.1. Объектом добровольного медицинского страхования является страховой риск, связанный с затратами на оказание медицинской, в том числе лекарственной, помощи при наступлении страхового случая.

3. СТРАХОВЫЕ СЛУЧАИ И ОБЪЕМ СТРАХОВОЙ ОТВЕТСТВЕННОСТИ

3.1. Страховым случаем признается обращение Застрахованного, документально подтвержденное учреждением здравоохранения, за получением консультативно-диагностической, лечебной, профилактической, лекарственной или иной медицинской помощи, указанной в страховой медицинской программе, при остром заболевании, возникшем у Застрахованного по не зависящим от него причинам, а также обострению хронического заболевания, травмы, отравления, ожога, полученного Застрахованным в результате несчастного случая, требующих оказания медицинских услуг в течение срока действия договора страхования.

3.2. Перечень медицинских услуг и объем страховой ответственности (страховая сумма) по договору страхования определяются программой медицинского страхования и списком учреждений здравоохранения, в которых Застрахованный вправе получить медицинскую (лекарственную) помощь.

Программа страхования и перечень учреждений здравоохранения, в которые Застрахованный вправе обратиться за медицинскими и иными услугами, является неотъемлемой частью договора страхования.

3.3. Страховщик гарантирует предоставление квалифицированной, своевременной и адекватной медицинской помощи в учреждениях здравоохранения, указанных в полисе, и покрытие расходов учреждений здравоохранения на ее оказание в соответствии со страховой медицинской программой, избранной Страхователем и указанной в договоре страхования.

3.4. Договор страхования может быть заключен на следующих условиях:

3.4.1. на условиях гарантированного предоставления медицинских услуг при амбулаторном лечении (“Амбулаторная помощь”).

Страховщик гарантирует Застрахованным предоставление медицинских услуг в соответствии со страховой медицинской программой при амбулаторном лечении в учреждениях здравоохранения, определенных договором страхования;

3.4.2. на условиях гарантированного предоставления медицинских услуг при стационарном лечении (“Стационарная помощь”).

Застрахованным гарантируется получение медицинской помощи при обращении в стационарные учреждения здравоохранения, определенные договором страхования, в объеме медицинской программы;

3.4.3. на условиях гарантированного предоставления медицинских услуг при амбулаторном и стационарном лечении (“Комплексная медицинская помощь”).

3.5. При коллективной форме проведения страхования договор может предусматривать:

а) организацию обеспечения и оплату лекарственных средств при амбулаторно-поликлиническом лечении в сумме не более 60 % от объема ответственности Страховщика по программе “Амбулаторная помощь” (“Лекарственная помощь”).

Обеспечение лекарственными средствами осуществляется по рецепту врача при наступлении страхового случая, предусмотренного договором страхования;

б) организацию и оплату санаторно-курортного восстановительного лечения после перенесенного заболевания, являющегося страховым случаем (“Санаторно-курортное лечение”);

в) организацию предоставления и оплату стоматологической помощи в амбулаторных условиях (“Стоматология”).

3.6. Страховщик не несет страховой ответственности, если Застрахованный обратился в учреждение здравоохранения:

а) по поводу получения травматического повреждения или иного расстройства здоровья, наступившего в связи с совершением действий, в которых судом установлены признаки умышленного преступления;

б) в связи с умышленным причинением Застрахованным вреда своему здоровью, в том числе в связи с покушением на самоубийство;

в) в связи с получением травматического повреждения в состоянии алкогольного, наркотического или токсического опьянения.

3.7. Страховщик не производит выплат в связи с заболеваниями и травмами, вызванными:

а) воздействием ядерного взрыва, радиации или радиоактивного заражения;

б) военными действиями, а также маневрами или иными военными мероприятиями;

в) гражданской войной, народными волнениями всякого рода или забастовками.

3.8. Решение об отказе в выплате страхового обеспечения принимается страховщиком на основании экспертного заключения и сообщается Страхователю.

3.9. При наступлении страхового случая Застрахованный обращается в учреждение здравоохранения, указанное в страховом полисе.

3.10. Если по каким-либо причинам указанное учреждение здравоохранения не может оказать необходимые медицинские услуги, входящие в страховую медицинскую программу, Застрахованный имеет право на обращение в другое учреждение здравоохранения и на выплату страхового обеспечения в сумме, указанной в счете или квитанции, но не свыше суммы стоимости данной услуги в учреждении здравоохранения приравненной категории.

Выплата производится по заявлению Застрахованного на основании представленного документа учреждения здравоохранения с указанием наименования услуги и ее стоимости, документа, подтверждающего, что прикрепленное учреждение не могло оказать эту услугу и заключения врача-эксперта Страховщика.

3.11. Отказ Страховщика в выплате страхового обеспечения может быть оспорен в порядке, предусмотренном законодательством и договором страхования.

4. СТРАХОВАЯ СУММА

4.1. Страховая сумма по договору страхования определяется Страховщиком и Страхователем по их усмотрению исходя из определенных договором условий страхования, возраста и состояния здоровья Застрахованного, формы проведения страхования, срока действия договора страхования, стоимости сервисных услуг,

включаемых в стоимость медицинских услуг, но не может быть менее установленной Страховщиком для конкретной программы страхования и категории учреждения здравоохранения, определенных договором страхования.

4.2. Страхователь вправе в период действия договора страхования по согласованию со Страховщиком расширить перечень медицинских услуг (лекарственной помощи), а также поменять медицинское (аптечное) учреждение в пределах, предусмотренных настоящими Правилами и утвержденными программами добровольного медицинского страхования.

Указанные изменения оформляются в письменном виде путем подписания соглашения к договору страхования с соответствующим перерасчетом страховой премии.

4.3. При заключении договора страхования по основным и дополнительной программе одновременно Страховщик несет ответственность в пределах страховой суммы по каждой из программ.

5. СТРАХОВАЯ ПРЕМИЯ

5.1. Под страховой премией понимается плата за страхование, которую Страхователь обязан уплатить Страховщику в порядке и в сроки, установленные договором страхования.

5.2. При определении размера страховой премии Страховщик применяет разработанные им и согласованные с федеральным органом исполнительной власти по надзору за страховой деятельностью РФ тарифы (Приложение 1 к настоящим Правилам), определяющие премию, взимаемую с единицы страховой суммы, с учетом условий страхования (пп. 3.4 – 3.5 настоящих Правил), выбранной Страхователем программы медицинского страхования, категории учреждения здравоохранения, срока страхования и иных условий, предусмотренных договором страхования.

Размер уплачиваемой страховой премии при заключении договора страхования исчисляется путем умножения тарифа на страховую сумму (в рублях) и деления на 100.

При заключении договора страхования на основных и дополнительных условиях размер страховой премии определяется путем суммирования премий по основным и дополнительным условиям.

При заключении договора страхования на неполный год размер страховой премии исчисляется пропорционально сроку действия договора.

5.3. Страховая премия может быть уплачена наличными деньгами представителю Страховщика или перечислена на расчетный счет Страховщика путем безналичных расчетов.

Форма проведения расчетов определяется в договоре страхования.

Уплата страховой премии производится единовременно за весь срок страхования, если договором страхования не предусмотрено иное.

5.4. Страхователь обязан уплатить Страховщику страховую премию в 10-дневный срок (если иное не предусмотрено договором страхования), после подписания договора страхования. Днем уплаты страховой премии при безналичных расчетах считается день поступления денежных средств на расчетный счет Страховщика.

5.5. Если договором страхования предусмотрено внесение страховой премии в рассрочку, договором могут быть определены последствия неуплаты в установленные сроки очередных страховых взносов.

6. ПОРЯДОК ЗАКЛЮЧЕНИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ

6.1. Договор страхования заключается сроком на 1 год, если иное не предусмотрено договором страхования.

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

- а) о Застрахованном лице (Застрахованных лицах);
- б) о характере события, на случай наступления которого в жизни Застрахованного лица осуществляется страхование (страхового случая);
- в) о программе страхования и перечне медицинских (аптечных) учреждений, оказывающих медицинскую (лекарственную) помощь Застрахованным;
- г) о размере страховой суммы;
- д) о сроке действия договора.

6.3. Страховщик обязан ознакомить Страхователя с содержанием Правил страхования и вручить ему один экземпляр вместе с документом, подтверждающим факт заключения договора страхования.

6.4. При заключении договора добровольного медицинского страхования Страховщик имеет право произвести медицинский осмотр страхуемого лица (страхуемых лиц) для оценки фактического состояния его (их) здоровья или потребовать выписку из истории болезни.

Предварительное медицинское освидетельствование производится за счет средств Страхователя.

В зависимости от результатов предварительного медицинского освидетельствования Застрахованному устанавливается соответствующая группа здоровья и категория полиса:

группа здоровья I - практически здоровые лица без отягощенной наследственности, имеющие в анамнезе детские болезни, простудные заболевания, аппендицит, грыжу; без вредных привычек или при их умеренной выраженности, не работающие на производстве с особо вредными условиями труда;

группа здоровья II - практически здоровые лица с повышенным риском заболевания, отягощенной наследственностью по диабету, сердечно-сосудистыми, почечно-желчнокаменной болезнями, психическими заболеваниями. В анамнезе - черепно-мозговые травмы, осложненные детские болезни, злоупотребление алкоголем, курение, работавшие или работающие на производстве с особо вредными условиями труда. Женщины детородного возраста;

группа здоровья III - лица трудоспособного возраста, имеющие хронические заболевания с тенденцией к обострению чаще двух раз в году, злоупотребляющие алкоголем, систематически употребляющие транквилизаторы, снотворные, страдающие выраженными неврозами, психопатиями, гипертонической болезнью I и II степени, ИБС без выраженной стенокардии, перенесшие полостные операции. Дети от 1 года до 5 лет и лица старше 60 лет.

6.5. Заключение договора страхования с юридическими лицами.

6.5.1. При заключении коллективных договоров на страхование принимается любое количество работников юридического лица.

6.5.2. Основанием для заключения договора является письменное заявление Страхователя (Приложение 2 к Правилам), в котором должны быть указаны:

- полное наименование и юридический адрес Страхователя, его банковские реквизиты;
- список страхуемых граждан с указанием имени, отчества, фамилии, пола, месяца и года рождения, домашнего адреса и телефона, отношения к Страхователю (работающий, член семьи, другие лица);
- желаемые условия страхования;
- срок страхования;
- другие данные, имеющие значение для установления страховой суммы и страхового тарифа.

6.5.3. Страховщик в течение 10 рабочих дней принимает решение о возможности заключения договора страхования и делает соответствующие отметки на заявлении Страхователя.

Отношения между Страховщиком и Страхователем оформляются путем составления договора коллективного страхования, подписанного сторонами, и выдачи Страхователю страховых полисов на каждого Застрахованного (Приложения 3, 4 к настоящим Правилам).

Договор страхования оформляется в соответствии с требованиями действующего гражданского законодательства РФ. К договору прилагается список Застрахованных, являющийся неотъемлемой его частью.

В страховом полисе указывается:

- наименование Страхователя, серия и номер коллективного договора страхования, на основании которого выдан полис;
- фамилия, имя, отчество Застрахованного, его пол, год и месяц рождения;
- условия страхования;
- перечень видов медицинской помощи и медицинских услуг, предоставляемых Застрахованному по данному полису (программа страхования);
- перечень медицинских (аптечных) учреждений, в которые Застрахованный имеет право обратиться за получением медицинской (лекарственной) помощи и медицинских услуг по данному полису;
- срок действия договора страхования;
- страховая сумма;
- тарифная ставка;
- размер страховой премии;
- другие сведения в соответствии с действующим законодательством.

6.6. Заключение договора страхования с физическими лицами.

6.6.1. Основанием для заключения договора страхования с физическим лицом является письменное заявление Страхователя (Приложение 2 к настоящим Правилам) с указанием:

- фамилии, имени и отчества Страхователя, его домашнего адреса и телефона;
- фамилии, имени и отчества Застрахованного, его пола, месяца и года рождения, домашнего адреса, телефона;
- желаемые условия страхования;
- срок действия договора страхования и другие желаемые условия заключения договора страхования, не противоречащие настоящим Правилам и действующему законодательству.

6.6.2. Страховщик принимает решение о возможности заключения договора страхования в течение 5 дней со дня подачи заявления от Страхователя и прохождения предварительного медицинского освидетельствования.

6.6.3. Договор страхования заключается в письменной форме и удостоверяется выдачей страхового медицинского полиса.

Страховой полис выдается в течение 5 рабочих дней после вступления договора в силу.

6.7. При заключении договора страхования Страхователь обязан сообщить Страховщику известные Страхователю обстоятельства, имеющие существенное значение для определения вероятности наступления страхового случая и размера возможных убытков от его наступления (страхового риска), если эти обстоятельства не известны и не должны быть известны Страховщику. При этом существенными могут быть признаны обстоятельства, определенно оговоренные Страховщиком в договоре страхования (страховом полисе) или в его письменном запросе.

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.

6.8. Если после заключения договора страхования будет установлено, что Страхователь сообщил заведомо ложные сведения об обстоятельствах, имеющих существенное значение для определения вероятности наступления страхового случая и размера возможных убытков от его наступления, Страховщик вправе потребовать признания договора недействительным и применения последствий в соответствии с законодательством Российской Федерации, за исключением случая, когда обстоятельства, о которых умолчал Страхователь, уже отпали.

6.9. Договор страхования вступает в силу с даты, указанной в договоре страхования, но не ранее уплаты страховой премии:

- *путем безналичного расчета* - с 24 часов дня поступления первого взноса страховой премии на расчетный счет Страховщика;
- *наличными деньгами* - с 24 часов того дня, когда была произведена оплата.

6.10. Условия, содержащиеся в настоящих Правилах страхования и не включенные в текст договора страхования (страхового полиса), обязательны для Страхователя, если в договоре (страховом полисе) прямо указывается на применение таких Правил и сами Правила изложены в одном документе с договором (страховым полисом) или на его оборотной стороне либо приложены к нему.

6.11. В соответствии с гражданским законодательством Российской Федерации при заключении договора страхования Страхователь и Страховщик могут договориться об изменении или исключении отдельных положений Правил страхования.

7. ПОРЯДОК ВЫПОЛНЕНИЯ ОБЯЗАТЕЛЬСТВ ПО ДОГОВОРУ

7.1. Право Застрахованного на получение и оплату медицинской, в том числе лекарственной, помощи, предусмотренной договором страхования, наступает с даты, указанной в договоре страхования, при условии выполнения обязательств Страхователя по уплате страховых взносов.

7.2. Предоставление медицинской (лекарственной) помощи, обусловленной договором страхования, осуществляется путем обращения Застрахованного в учреждения здравоохранения, с которыми Страховщик состоит в договорных отношениях.

При обращении Застрахованного в учреждение здравоохранения предъявляется страховой полис, выданный Страховщиком, паспорт либо другой документ, удостоверяющий личность Застрахованного.

При обращении Застрахованного (его представителя) в аптечное учреждение предъявляется рецепт, установленной формы, выписанный врачом учреждения здравоохранения, с которым Страховщик состоит в договорных отношениях.

В случае необходимости Застрахованный обращается по телефону, указанному в страховом полисе.

7.3. Оплата стоимости услуг, оказанных медицинскими (аптечными) учреждениями производится исходя из фактических затрат на оказание медицинской (лекарственной) помощи и медицинских услуг по ценам, согласованным между Страховщиком и медицинским (аптечным) учреждением, путем перечисления Страховщиком денежных средств на счет медицинского (аптечного) учреждения.

Перечисление производится после получения от медицинских учреждений счета с указанием диагноза, сроков лечения, перечня оказанных услуг, их стоимости и общей суммы расходов, понесенных по всем услугам, оказанным Застрахованному в пределах программы, предусмотренной договором страхования.

Перечисление денежных средств на счет аптечного учреждения осуществляется Страховщиком после получения от аптечного учреждения реестра на оплату лекарственных средств с приложением копий рецептов. В реестре указываются номер полиса, фамилия, имя, отчество Застрахованного, фамилия врача, выписавшего рецепт.

Взаимоотношения Страховщика с медицинским (аптечным) учреждением определяются соответствующим договором (Приложение 5 к настоящим Правилам).

8. ПОРЯДОК ПРЕКРАЩЕНИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ

8.1. Договор страхования прекращается в случаях:

- а) истечения срока его действия;
- б) исполнения Страховщиком обязательств перед Страхователем по договору в полном объеме;
- в) ликвидации Страхователя, являющегося юридическим лицом, или смерти Страхователя, являющегося физическим лицом;
- г) в случае смерти Застрахованного;
- д) нарушения Застрахованным предписаний лечащего врача;
- е) в других случаях, предусмотренных законодательными актами Российской Федерации.

8.2. Договор страхования может быть прекращен досрочно по требованию Страхователя или Страховщика, если это предусмотрено условиями договора страхования, а также по соглашению сторон.

8.3. Согласно гражданскому законодательству Российской Федерации Страхователь вправе отказаться от договора страхования в любое время, если к моменту отказа возможность наступления страхового случая не отпала по обстоятельствам, не отнесенным настоящими Правилами к страховым событиям.

При досрочном отказе Страхователя от договора страхования уплаченная Страховщику страховая премия не подлежит возврату, если договором не предусмотрено иное.

8.4. Если договор страхования прекращается досрочно в связи со смертью Застрахованного Страховщик возвращает Страхователю, если он не является Застрахованным, а в других случаях наследникам по закону, часть страховой премии, пропорционально не истекшему сроку действия договора страхования.

8.5. Страховщик о своем намерении досрочно прекратить договор страхования уведомляет Страхователя не менее чем за 30 дней до предполагаемой даты прекращения договора страхования, если договором не предусмотрено иное.

В случае прекращения договора страхования по требованию Страховщика он возвращает Страхователю внесенные им страховые взносы полностью, а если требование Страховщика обусловлено невыполнением Страхователем Правил страхования, то он возвращает Страхователю страховые взносы за не истекший срок договора за вычетом понесенных расходов.

9. НЕДЕЙСТВИТЕЛЬНОСТЬ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ

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

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

Признание договора страхования недействительным осуществляется в соответствии с гражданским законодательством Российской Федерации.

10. ИЗМЕНЕНИЕ СТЕПЕНИ РИСКА

10.1. В период действия договора страхования Страхователь (Застрахованный) обязан незамедлительно сообщить Страховщику о ставших ему известными значительных изменениях в обстоятельствах, сообщенных Страховщику при заключении договора, если эти изменения могут существенно повлиять на увеличение страхового риска. При этом значительными признаются изменения, оговоренные в договоре страхования (страховом полисе) и в переданных Страхователю Правилах страхования, в том числе отнесение Застрахованного к иной категории по состоянию здоровья и выявления обстоятельств, определенных п. 1.5 настоящих Правил.

10.2. При получении информации об обстоятельствах, влекущих увеличение страхового риска Страховщик вправе потребовать изменения условий договора страхования и уплаты дополнительной страховой премии соразмерно увеличению риска.

Если Страхователь (Застрахованный) возражает против изменения условий договора страхования или доплаты страховой премии, Страховщик вправе потребовать

расторжения договора в порядке, предусмотренном гражданским законодательством Российской Федерации.

При неисполнении Страхователем (Застрахованным) обязанностей по сообщению Страховщику об увеличении страхового риска последний вправе потребовать расторжения договора и возмещения убытков в порядке, предусмотренном гражданским законодательством РФ.

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

11. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

11.1. Права и обязанности Застрахованного по договору страхования.

11.1.1. Застрахованный имеет право:

- а) на получение медицинских услуг и лекарственной помощи в соответствии с условиями, указанными в договоре страхования, в медицинских (аптечных) учреждениях, перечень которых определен в договоре страхования;
- б) требовать от Страховщика в законном порядке соблюдения условий договора страхования.

11.1.2. Застрахованный обязан:

- а) соблюдать предписания лечащего врача;
- б) соблюдать порядок пользования страховым полисом.

11.2. Права и обязанности Страхователя по договору страхования.

11.2.1. Страхователь обязан:

- а) предоставить Страховщику полностью достоверную информацию, необходимую для заключения договора страхования;
- б) уплачивать взносы страховой премии в размерах и сроки, определенные договором (полисом) страхования.

11.2.2. Страхователь имеет право:

- а) требовать от Страховщика в законном порядке соблюдения условий договора страхования;
- б) при коллективном страховании изменить список Застрахованных лиц в соответствии с условиями, изложенными в п.11.4 настоящих Правил;
- в) по соглашению со Страховщиком расширить перечень медицинских услуг (лекарственной помощи) в пределах, предусмотренных настоящими Правилами и утвержденными программами добровольного медицинского страхования, путем подписания соглашения к договору страхования, с соответствующим перерасчетом страховой премии;
- г) в случае увольнения Застрахованного работника, Страхователь - юридическое лицо вправе заменить его другим в соответствии с условиями, изложенными в п. 11.5 настоящих Правил;
- д) досрочно расторгнуть договор страхования.

11.3. Права и обязанности Страховщика.

11.3.1. Страховщик обязан:

- а) своевременно вручить страховые полисы Страхователю на каждого Застрахованного;
- б) организовать предоставление Застрахованному медицинской (лекарственной) помощи и медицинских услуг, предусмотренных условиями договора страхования;
- в) обеспечить контроль за своевременным и полным обслуживанием Застрахованных.

11.3.2. *Страховщик имеет право:*

- а) требовать от Страхователя предоставления достоверной информации, необходимой для заключения договора страхования;
- б) досрочно расторгнуть договор страхования при несоблюдении Застрахованным или Страхователем своих обязанностей по договору страхования;
- в) изменить по согласованию со Страхователем страховую сумму по договору страхования при изменении цен на предоставляемые медицинские услуги путем составления соглашения к договору страхования на условиях настоящих Правил и уплаты дополнительного страхового взноса.

11.4. В случае изменения списка Застрахованных при коллективной форме страхования Страхователь представляет Страховщику сведения, предусмотренные настоящими Правилами, о дополнительно страхуемых лицах и уплачивает за них страховую премию за период с заключения договора страхования в отношении указанных лиц до окончания срока страхования. При этом страховая премия за неполный месяц уплачивается как за полный.

11.5. В случае замены Застрахованных лиц другими лицами при коллективной форме проведения страхования без увеличения числа Застрахованных Страхователь представляет Страховщику сведения об исключаемых из списка Застрахованных и включаемых в него.

После возврата Страховщику страховых полисов лиц, исключаемых из списка Застрахованных, вновь Застрахованным выдаются страховые полисы на условиях первоначально заключенного договора страхования.

При этом производится перерасчет размера страховой премии с учетом возраста Застрахованных за не истекший срок страхования.

12. ИСКОВАЯ ДАВНОСТЬ

12.1. Иск по требованиям, вытекающим из договора добровольного медицинского страхования, может быть предъявлен в сроки, предусмотренные гражданским законодательством Российской Федерации.

13. ПОРЯДОК РАЗРЕШЕНИЯ СПОРОВ

13.1. Качество оказания медицинской (лекарственной) помощи, соответствие ее условиям, предусмотренным в договоре страхования, контролируется врачами-экспертами Страховщика.

13.2. Спорные вопросы, возникающие в процессе оказания медицинской (лекарственной) помощи Застрахованным, решает согласительная комиссия, в состав которой входят представители Страхователя, Страховщика и независимые эксперты.

При несогласии с решением согласительной комиссии Страхователь (Застрахованный) вправе потребовать независимой экспертизы с оплатой за свой счет.

В других случаях споры, связанные со страхованием, разрешаются судом, арбитражным или третейским судами в соответствии с их компетенцией.

14. ПОРЯДОК ВНЕСЕНИЯ ИЗМЕНЕНИЙ И ДОПОЛНЕНИЙ В ПРАВИЛА СТРАХОВАНИЯ

14.1. Изменения и дополнения в настоящие Правила страхования с целью расширения объема обязательств Страховщика по договору страхования, включая

перечень объектов страхования и страховых рисков, в обязательном порядке предварительно согласовываются с федеральным органом исполнительной власти по надзору за страховой деятельностью.

Иные изменения в настоящие Правила страхования, не противоречащие законодательству, вносятся Страховщиком самостоятельно с уведомлением в установленный срок о внесенных изменениях федерального органа исполнительной власти по надзору за страховой деятельностью.

Приложение 1
к Правилам добровольного
медицинского страхования

ТАРИФЫ

по добровольному медицинскому страхованию

1. Базовые тарифы по коллективной форме проведения страхования

(в руб. со 100 руб. страховой суммы)

№	Программа страхования	Тариф
1.	Амбулаторная помощь	59,81
2.	Стационарная помощь	14,43
3.	Комплексная медицинская помощь	25,09
4.	Амбулаторная помощь, включая лекарственную помощь	67,45
5.	Комплексная медицинская помощь, включая лекарственную помощь	32,28
6.	Амбулаторная помощь, включая санаторно-курортное лечение	27,67
7.	Стационарная помощь, включая санаторно-курортное лечение	10,80
8.	Комплексная медицинская помощь, включая санаторно-курортное лечение	24,06
9.	Стоматология *	67,62

* Повышающие и понижающие коэффициенты не применяются.

Возрастные коэффициенты к базовым тарифам по коллективной
форме проведения страхования (ед.)

Группа Застрахованных по возрасту	Коэффициенты к базовым тарифам *
1 – 2	1,45
3 - 4	1,35
5 - 9	1,25
10 - 14	0,95
15 - 17	0,82
18 - 24	0,87
25 - 29	0,90
30 - 34	0,93
35 - 39	0,97
40 - 44	1,00
45 - 49	1,15
50 - 54	1,25
55 - 59	1,35
60 - 64	1,47
65 - 69	1,55

2. Тарифы по индивидуальной форме проведения страхования.

(в руб. со 100 руб. страховой суммы)

№	Программа страхования	Тарифы по группам здоровья Застрахованных		
		I группа	II группа	III группа
1.	Амбулаторная помощь	33,17	59,81	70,83
2.	Стационарная помощь	10,03	14,43	21,51
3.	Комплексная медицинская помощь	15,05	25,09	34,64

Примечание:

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

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

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

Генеральный директор

Р.Ш. Садыков

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

Приложение 2
к Правилам добровольного
медицинского страхования

В ООО "Паритет - СК"

З А Я В Л Е Н И Е
о добровольном медицинском страховании

Страхователь _____,
(наименование предприятия, организации)*

в лице _____,
(должность*, Ф.И.О.)

просит заключить на условиях, предусмотренных Правилами добровольного
медицинского страхования ООО "Паритет - СК" договор медицинского страхования
по Программе _____

с "____" _____ г. по "____" _____ г., в пользу**

адрес: _____.

Количество Застрахованных _____ человек.

С Правилами страхования, страховой программой и перечнем учреждений
здравоохранения, оказывающих помощь Застрахованным, ознакомлен _____
(подпись)

Дополнительные условия заключения договора

Банковские реквизиты Страхователя: _____

Юридический адрес : _____
Телефон: _____ Факс: _____

"____" _____ г. _____
(подпись)

РЕШЕНИЕ СТРАХОВЩИКА

Принимается на страхование _____ человек с "____" _____ г. по "____" _____ г.

Страховую премию в сумме _____
руб. следует уплатить до "____" _____ г.

СТРАХОВЩИК

СТРАХОВАТЕЛЬ

(подпись)

"____" _____ г.

(подпись)

"____" _____ г.

* * Заполняется при коллективной форме страхования.

* ** Ф.И.О. Застрахованного и его адрес или список Застрахованных и их адреса при коллективном страховании.

Приложение 3
к Правилам добровольного
медицинского страхования

ООО “СТРАХОВАЯ КОМПАНИЯ “ПАРИТЕТ - СК”

Юридический адрес: _____.
Банковские реквизиты: _____.
Телефон: _____ Факс: _____ Телекс: _____.

**ПОЛИС
ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ**

серия _____ № _____

Страхователь _____,
(наименование Страхователя)

в лице _____,
(должность, Ф.И.О.)

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

на условиях “Правил добровольного медицинского страхования” Страховщика
заключил(а) договор на организацию и оплату медицинской, в том числе
лекарственной, помощи на условиях _____

_____ ,
в пользу _____ ,

(Ф.И.О. Застрахованного, пол, год рождения)

проживающего по адресу: _____,
_____ , телефон: _____.

Особые условия: _____.

срок страхования		Страховая сумма (руб.)	тарифная ставка (%)	страховая премия (руб.)	подлежит уплате (руб.)
Начало	окончание				

Страховая премия в сумме _____
_____ руб.

вносится: наличными, перечислением (нужное подчеркнуть).

Срок уплаты страховой премии _____.

При досрочном отказе Страхователя от договора страхования ему возвращается
часть уплаченной страховой премии в размере ____ %, от суммы премии за неистекший
сок действия договора страхования.

Договор _____ (1 - первоначальный, 2 - возобновленный); _____ (1 - дубликат,
2 - дополнительный, 3 - переоформленный); _____ (1 - коллективный, 2 -
индивидуальный); _____ номер предыдущего полиса.

Изменение и расторжение договора страхования осуществляется в порядке,
предусмотренном гражданским законодательством и Правилами добровольного
медицинского страхования Страховщика.

Страхователь с Правилами страхования ознакомлен и один экземпляр их
получил “ _____ ” _____ г.

СТРАХОВЩИК

СТРАХОВАТЕЛЬ

(подпись)
“ _____ ” _____ г.
М.П.

(подпись)
“ _____ ” _____ г.
М.П.

Приложение 4
к Правилам добровольного
медицинского страхования

ДОГОВОР

коллективного добровольного медицинского страхования граждан № _____

г. _____ “ ____ ” _____ г.

ООО “Страховая компания “ПАРИТЕТ - СК” (в дальнейшем по тексту -
Страховщик), в лице _____

(должность, Ф.И.О. лица, подписавшего договор)
действующего на основании доверенности № _____ от “ ____ ” _____ г.,
Устава страховой организации и лицензии № _____ от “ ____ ” _____ г.,
с одной стороны, и _____

(наименование юридического лица)
(в дальнейшем по тексту - Страхователь), в лице _____

(должность, Ф.И.О. лица, подписавшего договор)
действующего на основании _____, с другой стороны, в соответствии
с “Правилами добровольного медицинского страхования” Страховщика заключили
настоящий договор о нижеследующем:

1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

1.1. Страхователь поручает, а Страховщик принимает на себя обязательства по организации предоставления и оплате медицинских услуг, оказываемых Застрахованным гражданам, включенным в представленные Страхователем списки при наступлении страхового случая.

1.2. Объем услуг, оказываемых Застрахованным, определяется предусмотренными Правилами страхования программами медицинского страхования, перечень которых прилагается к настоящему договору и является его неотъемлемой частью.

1.3. Страховщик выдает каждому Застрахованному (через Страхователя) в течение 3 рабочих дней после вступления в силу настоящего договора полис установленного образца.

1.4. Общая численность Застрахованных на момент заключения договора составляет _____ человек, в том числе:

по программе _____ составляет _____ чел.;

по программе _____ составляет _____ чел.;

по программе _____ составляет _____ чел.;

Списки Застрахованных с указанием фамилии, имени, отчества, года рождения, пола, места жительства каждого из них прилагаются к настоящему договору.

Все изменения в списках Застрахованных Страхователь согласовывает со Страховщиком с последующим переоформлением полисов.

2. СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА

2.1. Договор заключается сроком на один год.

2.2. Договор вступает в силу с “___” _____ г., но не ранее уплаты взноса: путем безналичного расчета - с 24 часов дня поступления страхового взноса на расчетный счет Страховщика;
наличными деньгами - с 24 часов того дня, когда был произведен платеж.

2.3. Действие договора может быть продлено на срок, установленный соглашением сторон.

3. СТРАХОВАЯ СУММА И СТРАХОВАЯ ПРЕМИЯ

3.1. Размер страховой суммы на одного Застрахованного _____ руб.

(сумма прописью)

Общая страховая сумма составляет _____ руб.

(сумма прописью)

3.2. Размер страховой премии за каждого Застрахованного определяется в соответствии с действующими тарифами.

Общая страховая премия _____ руб.

(сумма прописью)

Страховая премия вносится _____.

(порядок и сроки внесения)

4. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН

4.1. Страхователь обязуется:

- а) обеспечить достоверность и правильность списков Застрахованных лиц;
- б) обеспечить своевременную выдачу каждому Застрахованному страхового полиса, являющегося документом, удостоверяющим право Застрахованного на получение медицинских услуг.

4.2. Страховщик обязуется:

- а) не позднее, чем через три рабочих дня после уплаты премии передать Страхователю для каждого Застрахованного (согласно списку) страховой полис;
- б) назначить ответственного по договору доверенного врача.

5. ПРОЧИЕ УСЛОВИЯ ДОГОВОРА

5.1. В случае изменения цен на медицинские услуги, экономических и других непредвиденных условий, изменения в договор вносятся по согласованию сторон, а при недостижении согласия договор расторгается.

6. ИСКОВАЯ ДАВНОСТЬ

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

7. ПОРЯДОК РАЗРЕШЕНИЯ СПОРОВ

7.1. Качество и порядок оказания медицинской, в том числе лекарственной, помощи, соответствие ее условиям, предусмотренным в договоре страхования, контролируется врачами-экспертами Страховщика.

7.2. Спорные вопросы, возникающие в процессе оказания медицинской (лекарственной) помощи Застрахованным, решает согласованная комиссия, в состав которой входят представители Страхователя, Страховщика и независимые эксперты.

В других случаях споры, связанные со страхованием, разрешаются судом, арбитражным или третейским судами в соответствии с их компетенцией.

Страхователь с Правилами страхования ознакомлен и один экземпляр их получил “___” _____ г.

8. ЮРИДИЧЕСКИЕ АДРЕСА И БАНКОВСКИЕ РЕКВИЗИТЫ СТОРОН

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

Расчетный счет _____

Реквизиты банка _____

Телефон: _____ Факс: _____ Телекс: _____

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

Расчетный счет _____

Реквизиты банка _____

Телефон: _____ Факс: _____ Телекс: _____

К настоящему договору прилагается: _____

СТРАХОВЩИК

СТРАХОВАТЕЛЬ

(подпись)
“___” _____ г.

(подпись)
“___” _____ г.

М.П.

М.П.

Приложение 5
к Правилам добровольного
медицинского страхования

ДОГОВОР

**с медицинским (аптечным) учреждением на предоставление
медицинской (лекарственной) помощи (медицинских услуг)
по добровольному медицинскому страхованию граждан**

№ _____

г. _____ “ ___ ” _____ г.

ООО “Страховая компания “ПАРИТЕТ - СК” (в дальнейшем по тексту -
Страховщик), в лице _____

(должность, Ф.И.О. лица, подписавшего договор)
действующего на основании доверенности № _____ от “ ___ ” _____ г.,
Устава страховой организации и лицензии № _____ от “ ___ ” _____ г.,
с одной стороны, и медицинское (аптечное) учреждение _____

(наименование)
(в дальнейшем по тексту - Учреждение), имеющее лицензию № _____ от “ ___ ”
_____ г., выданную _____

(наименование комиссии, выдавшей лицензию)
и сертификат № _____ от “ ___ ” _____ г., выданный _____

(наименование органа, выдавшего сертификат)
в лице _____,
(должность, Ф.И.О. лица, подписавшего договор)

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

1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

1.1. Страховщик поручает, а Учреждение принимает на себя обязательство оказывать медицинскую (лекарственную) помощь гражданам, которым Страховщиком выдан страховой полис, при наступлении страхового случая. Указанные граждане именуются в дальнейшем “Застрахованный контингент”.

1.2. Страховым случаем является обращение Застрахованного в медицинское (аптечное) учреждение, из числа предусмотренных договором страхования, при остром заболевании или обострении хронического заболевания, травме, отравлении за получением медицинской (лекарственной) помощи, предусмотренной условиями договора страхования.

1.3. Основанием для обращения Застрахованного в медицинское (аптечное) учреждение является полис, выданный Страховщиком (рецепт, установленного образца).

1.4. Учреждение оказывает медицинскую помощь в объеме, определенном программами, указанными в полисе, в соответствии с существующими технологиями (лекарственную помощь в соответствии с назначением врача по рецепту).

2. ОБЪЕМ И КАЧЕСТВО ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

2.1. Учреждение обязано обеспечивать соответствие оказываемой медицинской помощи существующим технологиям.

2.2. Учреждение оказывает Застрахованному контингенту медицинские услуги (лекарственную помощь), виды, объем и сроки выполнения которых устанавливаются исходя из договора (полиса) страхования согласованным сторонами перечнем, являющимся неотъемлемой частью настоящего договора.

2.3. При невозможности Учреждением оказать медицинскую (лекарственную) помощь установленного вида, объема, стандарта в установленные сроки оно обязано за свой счет обеспечить Застрахованному контингенту получение такой помощи в другом медицинском (аптечном) учреждении или путем привлечения соответствующего специалиста.

О невозможности оказания медицинской (лекарственной) помощи установленного вида и объема Учреждение немедленно извещает Страховщика.

На оказание медицинской (лекарственной) помощи другим медицинским (аптечным) учреждением, выбранным Учреждением, должно быть получено согласие Застрахованного и Страховщика (за исключением случаев оказания срочной медицинской (лекарственной) помощи).

2.4. Учреждение должно поставить в известность Страховщика о возникших обстоятельствах, которые могут привести к нарушению требований пунктов 2.1 и 2.2 настоящего договора.

2.5. При невозможности Учреждением выполнить требования пунктов 2.1 - 2.2 настоящего договора Страховщик вправе по своему усмотрению расторгнуть в одностороннем порядке настоящий договор.

3. ЧИСЛЕННОСТЬ ЗАСТРАХОВАННЫХ

3.1. Численность Застрахованного контингента составляет _____ человек. Страховщик без согласования с Учреждением вправе изменить указанную численность не более, чем на _____ процентов.

3.2. О всех изменениях численности Застрахованного контингента Страховщик немедленно извещает Учреждение.

4. СТОИМОСТЬ РАБОТ И ПОРЯДОК РАСЧЕТОВ

4.1. Страховщик оплачивает медицинскую (лекарственную) помощь, оказываемую Учреждением Застрахованному контингенту.

4.2. Оплата стоимости услуг, оказанных Учреждением производится исходя из фактических затрат на оказание медицинской (лекарственной) помощи и медицинских услуг по ценам, согласованным между Страховщиком и Учреждением в пределах страховой суммы путем перечисления Страховщиком денежных средств на счет

Учреждения. Перечисление производится после получения от Учреждения счета с указанием диагноза, сроков лечения, перечня оказанных услуг, их стоимости и общей суммы расходов, понесенных по всем услугам, оказанным Застрахованным в пределах программы, предусмотренной договором страхования. (Аптечное учреждение представляет реестр на оплату лекарственных средств с приложением копий рецептов.)

4.3. Учреждение уведомляет Страховщика о каждом страховом случае с указанием ориентировочной стоимости оказания медицинской (лекарственной) помощи и медицинских услуг.

Если предполагаемая стоимость медицинской помощи (лекарственных средств) и медицинских услуг превышает страховую сумму, то вопрос о предоставлении и оплате указанной помощи решается в каждом конкретном случае по согласованию между Страховщиком, Учреждением и Застрахованным (Страхователем). Возможны следующие варианты:

- а) эта помощь не оказывается и не оплачивается в рамках данного договора;
- б) эта помощь оплачивается за счет уплаченной Страхователем Страховщику страховой премии по оформленному соглашению к договору (полису) страхования.

4.4. Страховщик в течение ___ дней после вступления настоящего договора в силу перечисляет Учреждению аванс в сумме _____ руб.,
(сумма прописью)

а в последующем осуществляет ежеквартальное авансирование Учреждения в размере ___ % предполагаемого годового объема услуг. Платежи производятся в срок до ___ числа соответствующего квартала.

4.5. В срок до _____ числа месяца, следующего за отчетным кварталом, стороны производят выверку взаиморасчетов по оплате оказанных медицинских услуг (лекарственной помощи) Застрахованному контингенту. Окончательная выверка взаиморасчетов производится не позднее _____ января года, следующего за отчетным.

Учреждение предоставляет Страховщику все необходимые для производства взаиморасчетов документы.

5. ПОРЯДОК ОКАЗАНИЯ ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

5.1. Учреждение оказывает медицинские и иные услуги, предусмотренные настоящим договором, Застрахованному контингенту согласно режиму работы, согласованному со Страховщиком.

6. УЧЕТ В УЧРЕЖДЕНИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

- 6.1. Учреждение обязано вести учет:
- а) Застрахованного контингента, обратившегося в Учреждение;
 - б) видов, объемов и сроков оказания медицинской (лекарственной) помощи Застрахованному контингенту;
 - в) средств, поступающих от Страховщика.
- Организация учета согласовывается со Страховщиком.

7. КОНТРОЛЬ

7.1. Страховщик вправе контролировать соответствие оказываемых Учреждением медицинских и иных услуг перечню, прилагаемому к настоящему договору.

7.2. Контроль осуществляется путем проверок, проводимых представителем Страховщика и Учреждения с участием в равных долях. Проверка осуществляется по мере необходимости.

7.3. Учреждение обязано обеспечить представителям Страховщика, осуществляющим проверку, свободное ознакомление с деятельностью Учреждения, связанную с исполнением настоящего договора.

8. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН

8.1. За просрочку платежей, предусмотренных настоящим договором Страховщик уплачивает Учреждению пени в размере ____% просроченной суммы за каждый день просрочки. Уплата пени не освобождает Страховщика от уплаты услуг, оказанных по его полисам. При просрочке Страховщиком платежа, не превышающей _____ дней, Учреждение обязано продолжать оказание лечебно-профилактической помощи Застрахованным лицам.

8.2. За нарушение требований п.6 настоящего договора Учреждение выплачивает Страховщику штраф в размере _____ рублей.

8.3. В случае нарушения требований п.7 настоящего договора Учреждение выплачивает Страховщику штраф в размере _____ рублей.

8.4. В случае неполно или некачественно оказанной услуги Страховщик вправе не возмещать Учреждению ее стоимость.

8.5. При разглашении одной из сторон сведений, составляющих коммерческую тайну, виновная сторона обязана возместить другой стороне понесенные ей в связи с этим убытки.

9. УВЕДОМЛЕНИЕ И СООБЩЕНИЕ

9.1. Все уведомления и сообщения, направленные сторонами в связи с исполнением настоящего договора, должны быть сделаны в письменной форме.

9.2. Стороны обязуются в течение _____ дней извещать друг друга о всех изменениях своих адресов и реквизитов.

10. ИЗМЕНЕНИЕ И ПРЕКРАЩЕНИЕ ДОГОВОРА

10.1. Настоящий договор может быть изменен только по письменному соглашению сторон.

10.2. Настоящий договор может быть прекращен до окончания срока его действия:

а) по соглашению сторон, совершенному в письменном виде;

б) при нарушении одной из сторон условий настоящего договора.

11. СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА

11.1. Настоящий договор вступает в силу с момента подписания его сторонами и действует в течение _____ .

12. ПРОЧИЕ УСЛОВИЯ

12.1. По вопросам, не предусмотренным настоящим договором, стороны руководствуются законодательством Российской Федерации.

12.2. _____
_____ .

13. ЮРИДИЧЕСКИЕ АДРЕСА И БАНКОВСКИЕ РЕКВИЗИТЫ СТОРОН

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

Расчетный счет _____

Реквизиты банка _____

Телефон: _____ Факс: _____ Телекс: _____

13.2. УЧРЕЖДЕНИЯ: _____
(индекс) (почтовый адрес)

Расчетный счет _____

Реквизиты банка _____

Телефон: _____ Факс: _____ Телекс: _____

СТРАХОВЩИК

УЧРЕЖДЕНИЕ

(подпись)
“ ” _____ Г.

(подпись)
“ ” _____ Г.

М.П.

М.П.

Приложение 6
к Правилам добровольного
медицинского страхования

ПРОГРАММЫ
добровольного медицинского страхования

Оказание медицинских услуг (лекарственной помощи) Застрахованным гарантируется за счет средств страхового взноса на добровольное медицинское страхование.

Добровольное медицинское страхование проводится по следующим программам:

Программа “Амбулаторная помощь”.

Страховщик гарантирует Застрахованному предоставление и оплату медицинских услуг в амбулаторно-поликлинических условиях и у врачей частной практики, определенных договором страхования, при обращении в медицинское учреждение или к представителю Страховщика.

Объем лабораторных и инструментальных методов диагностики и лечения устанавливается лечащим врачом в пределах следующего перечня:

- ЭКГ, велоэргометрия, реовазография, электро-энцефалография;
- рентгенологические исследования органов грудной клетки, брюшной полости, черепа, костной системы;
- УЗИ;
- эндоскопические исследования;
- клинические, биохимические и бактериологические исследования крови, мочи, мокроты.

Проведение исключительно по назначению врача в амбулаторных условиях лечебных манипуляций и физиотерапевтических процедур: массаж, водо-, электро- и теплотечение, магнито- и лазеротерапия.

Страховщик организует также лечебно-диагностическую помощь на дому у пациента с привлечением при необходимости консультантов - хирурга, невропатолога, кардиолога, гинеколога.

Амбулаторно-поликлиническая помощь оказывается по следующим специальностям:

- кардиология;
- ревматология;
- гастроэнтерология;
- пульмонология (за исключением туберкулеза и онкологических заболеваний);
- эндокринология;
- неврология;
- педиатрия;
- терапия (общая);
- инфекционные болезни;
- травматология;
- урология;
- торакальная хирургия;
- проктология;
- кардиохирургия, за исключением случаев указанных в Правилах страхования;

- сосудистая хирургия;
- хирургия (общая);
- гинекология;
- отоларингология;
- офтальмология;
- дерматология.

Программа “Стационарная помощь”.

Страховщик гарантирует предоставление и оплату в пределах страховой суммы высококвалифицированного обследования и лечения в стационарах, указанных в договоре страхования.

Определение показаний к госпитализации определяется врачом поликлиники, в которой наблюдается больной, врачом скорой помощи или врачом-консультантом Страховщика.

Обследование и лечение проводятся с применением медицинских технологий, применяемых в стационарах и клиниках, указанных в договоре страхования.

Длительность пребывания в стационаре, объем диагностических и лечебных мероприятий относятся к компетенции лечащего врача стационара.

Если Застрахованный госпитализирован в стационар, не указанный в договоре страхования, он по желанию, с учетом его состояния, может быть переведен в стационар, имеющий договор со Страховщиком. Расходы на транспортировку оплачиваются Страхователем.

Страховщик не оплачивает лечение психических, онкологических, венерических заболеваний, туберкулеза, ВИЧ-инфекции и ее осложнений, системных болезней соединительной ткани, хронической почечной недостаточности, заболеваний, связанных с последствиями радиоактивного облучения, заболеваний, явившихся следствием сахарного диабета (ангиопатии, нефропатии, ретинопатии и проч.), в случае патологии прерывания беременности в сроки до 30 недель с угрозой жизни матери или ребенка, а также лечение обострившихся в результате беременности хронических заболеваний; врожденных аномалий; наркологическую помощь, косметологическое и стоматологическое лечение, все виды протезирования.

В зависимости от качества сервисных услуг в стационарах, определенных договором (1 - 2-х местная палата, дополнительное питание, телевизор и т.д.), к исчисленному взносу применяются повышающие коэффициенты.

Программа “Комплексная медицинская помощь”.

Программа “Комплексная медицинская помощь” - включает услуги, определенные в программах “Амбулаторная помощь” и “Стационарная помощь”.
Программа “Лекарственная помощь”.

Программа предусматривает предоставление и оплату лекарственных средств при амбулаторном лечении, обусловленном страховым случаем.

Основанием для получения лекарственных средств является рецепт врача, установленного образца, на котором проставлен номер полиса, номер истории болезни (медицинской карты Застрахованного), подпись и личная печать лечащего врача, штамп медицинского учреждения.

В случае отсутствия необходимого препарата в аптечном учреждении, указанном в договоре страхования, Застрахованный, по согласованию со

Страховщиком, вправе самостоятельно оплатить лекарственные средства, назначенные ему в связи с заболеванием, являющимся страховым случаем.

Для получения страховой выплаты в связи с понесенными расходами Застрахованный предоставляет Страховщику:

- заявление произвольной формы;
- выписку из истории болезни с указанием о назначении ему медикаментов;
- рецепт с отметкой об оплате с указанием цены медикамента;
- страховой полис.

Застрахованному возмещается стоимость лекарственного средства по фактически уплаченной сумме, но не выше установленной прейскурантом аптеки, указанной в договоре страхования.

Программа “Санаторно-курортное лечение”.

Программа предусматривает проведение восстановительного лечения, после перенесенного заболевания, являющегося страховым случаем, в следующих учреждениях здравоохранения:

- санаториях;
- санаториях-профилакториях;
- водо- и грязелечебницах;
- больницах и специализированных отделениях восстановительного лечения;
- реабилитационных центрах.

Восстановительное лечение проводится по назначению лечащего врача, подтвержденного выпиской из медицинской карты Застрахованного.

Программа “Стоматология”.

Страховщик гарантирует Застрахованному предоставление и оплату терапевтической стоматологической помощи.

Договор по указанной программе заключается при коллективной форме проведения страхования.