

**ОБЩЕСТВО С ОГРАНИЧЕННОЙ ОТВЕТСТВЕННОСТЬЮ
“Страховая Компания Доминанта”**

“УТВЕРЖДАЮ”

Генеральный директор



Ершиков А.Ю.

“08”

2021 г.

Приказ №7 от «08» ноября 2021 года
(Сведения о предыдущей редакции настоящих Правил: №1 от 22.05.2005 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. Субъектами договора страхования выступают:

1.2.1. Страховая организация - ООО “Страховая Компания Доминанта” (далее по тексту – “Страховщик”), осуществляющая страховую деятельность в соответствии с лицензией, выданной федеральным органом исполнительной власти по надзору за страховой деятельностью.

1.2.2. Дееспособные физические лица, в том числе индивидуальные предприниматели и (или) юридические лица любых организационно-правовых форм, заключающие договоры страхования (далее по тексту – “Страхователи”).

1.2.3. Физические лица, в пользу которых заключаются договоры страхования (далее по тексту – “Застрахованные”), при этом Страхователи – физические лица, заключившие такие договоры в свою пользу, являются одновременно Застрахованными.

1.2.4. Медицинские учреждения - имеющие лицензии лечебно-профилактические учреждения, научно-исследовательские и медицинские институты, другие учреждения, оказывающие медицинскую помощь, а также лица, осуществляющие медицинскую деятельность как индивидуально, так и коллективно.

1.3. Взаимоотношения между Страховщиком и медицинским учреждением определяются Договором на предоставление лечебно-профилактической помощи (медицинских услуг), по которому медицинское учреждение обязуется предоставлять застрахованному контингенту медицинскую помощь определенного объема и качества в конкретные сроки в рамках программ медицинского страхования. При этом указанный Договор должен содержать: наименование сторон; численность застрахованных; виды лечебно-профилактической помощи (медицинских услуг); стоимость работ и порядок расчетов; порядок контроля качества медицинской помощи и использования страховых средств; ответственность сторон и иные не противоречащие законодательству РФ условия (Приложение 5 к настоящим Правилам).

1.4. Договоры страхования заключаются в пользу граждан в возрасте от 1 года до 70 лет.

1.5. Страхование проводится в индивидуальной и коллективной форме. Договор коллективного страхования заключается в пользу работников юридического лица или индивидуального предпринимателя, членов семей таких работников и иных лиц.

До заключения договора страхования Страховщик вправе потребовать предварительного медицинского освидетельствования лиц, подлежащих страхованию.

1.6. Договор страхования может быть заключен на следующих условиях:

1.6.1. организации предоставления и оплаты медицинских услуг, предусмотренных программой медицинского страхования, в медицинских учреждениях и у частнопрактикующих врачей, имеющих лицензию установленного образца, оказывающих амбулаторно-поликлиническую помощь;

1.6.2. организации предоставления и оплаты медицинских услуг, предусмотренных программой медицинского страхования, в медицинских учреждениях, оказывающих стационарную помощь;

1.6.3. организации предоставления и оплаты медицинских услуг, предусмотренных программой медицинского страхования, в медицинских учреждениях, оказывающих амбулаторно-поликлиническую и стационарную медицинскую помощь (комплексная программа медицинского страхования).

1.7. На страхование не принимаются:

- граждане, состоящие на учете в наркологических, психоневрологических, противотуберкулезных, кожно-венерологических диспансерах, центрах по профилактике и борьбе со СПИДом;
- инвалиды I группы или дети - инвалиды;
- больные онкологическими заболеваниями и системными заболеваниями крови.

1.8. 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

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

3. СТРАХОВЫЕ СЛУЧАИ И ОБЪЕМ ОБЯЗАТЕЛЬСТВ СТРАХОВЩИКА

3.1. Страховым случаем является совершившееся событие, предусмотренное договором страхования, с наступлением которого возникает обязанность Страховщика осуществить страховую выплату.

3.2. Страховым случаем признается обращение Застрахованного в медицинское учреждение, из числа предусмотренных договором страхования, при остром заболевании, обострении хронического заболевания, травме, отравлении и других несчастных случаях за получением медицинской помощи, предусмотренной договором страхования.

3.3. Перечень медицинских услуг и объем обязательств Страховщика (страховая сумма) по договору страхования определяется программой медицинского страхования и перечнем медицинских учреждений, определенных договором страхования, в которых Застрахованный вправе получить медицинскую помощь.

3.4. Страховщик принимает на себя обязательство организовать предоставление и оплату медицинской помощи Застрахованным по технологиям, применяемым в медицинских учреждениях, определенных договором страхования, в соответствии с условиями договора страхования.

3.5. Не являются страховыми случаи обращения Застрахованного в медицинское учреждение по поводу:

3.5.1. Получения травматического повреждения или иного расстройства здоровья, наступившего в связи с совершением Страхователем (Застрахованным) действий, в которых судом установлены признаки умышленного преступления.

3.5.2. Умышленного причинения Застрахованным вреда своему здоровью, в том числе в связи с покушением на самоубийство.

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

3.6. Страховщик освобождается от ответственности по обязательствам, когда страховой случай наступил вследствие:

3.6.1. Воздействия ядерного взрыва, радиации или радиоактивного заражения.

3.6.2. Военных действий, а также маневров или иных военных мероприятий.

3.6.3. Гражданской войны, народных волнений всякого рода или забастовок.

3.7. Не является страховым случаем обращение за медицинской помощью в медицинские учреждения, не указанные в договоре страхования, за исключением случаев предварительно согласованных со Страховщиком. При этом оплата медицинских услуг, оказанных Застрахованному, осуществляется по прейскурантам, установленных для медицинских учреждений, указанных в договоре страхования.

3.8. При заключении договора страхования в отношении инвалидов II и III группы не покрываются страхованием возникновение или обострение заболеваний, связанных с причиной инвалидности или являющихся сопутствующими этому заболеванию.

4. СТРАХОВАЯ СУММА

4.1. Страховая сумма по договору страхования определяется Страховщиком и Страхователем по их усмотрению исходя из определенных договором условий страхования, состояния здоровья Застрахованного, срока действия договора страхования, стоимости сервисных услуг, включаемых в стоимость медицинских услуг, но не может быть менее установленной Страховщиком для конкретной программы страхования и категорий медицинских учреждений, определенных договором страхования.

4.2. В период действия договора страхования Страхователь по согласованию со Страховщиком вправе изменить страховую сумму при изменении цен на стоимость медицинских услуг, перечень медицинских услуг (программы медицинского страхования), а также поменять медицинские учреждения, предоставляющие медицинскую помощь по договору страхования.

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

О предполагаемом изменении стоимости медицинских услуг, гарантированных программами добровольного медицинского страхования, Страховщик уведомляет Страхователя за месяц до предполагаемого введения новых цен.

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 (п.1.6 настоящих Правил), выбранной Страхователем программы медицинского страхования, категории медицинского учреждения (в зависимости от цен на оказание медицинских услуг в медицинском учреждении, предусмотренном договором страхования), срока страхования.

При заключении договора страхования на неполный год размер страховой премии исчисляется в процентах от годовой суммы страховой премии. При сроке действия договора страхования до 2 месяцев - 30%; 3 месяца - 40%, 4 месяца - 50%, 5 месяцев - 60%, 6 месяцев - 70%, 7 месяцев - 75%, 8 месяцев - 80%, 9 месяцев - 85%, 10 месяцев - 90%, 11 месяцев - 95% от суммы годовой страховой премии.

В зависимости от наличия сервисных услуг в медицинском учреждении, определенном договором страхования (1-2-х местная палата, дополнительное питание, телевизор, индивидуальный сестринский пост и т.п.), размер страховой премии может быть увеличен на 10 – 50 процентов.

5.3. Страховая премия по договору страхования может быть уплачена Страхователем единовременно или уплачиваться в рассрочку, наличными деньгами либо безналичным путем.

Порядок уплаты страховой премии и форма проведения расчетов и определяется в договоре страхования.

5.4. Страхователь обязан уплатить Страховщику страховую премию (или первый взнос при уплате страховой премии в рассрочку) в 10-дневный срок (если иное не предусмотрено договором страхования), после подписания договора страхования.

Днем уплаты страховой премии (первого страхового взноса) считается:

- при безналичной оплате - день поступления денежных средств на расчетный счет Страховщика;

- при оплате наличными средствами - день уплаты страховой премии (взноса) в кассу Страховщика или их передачи представителю (агенту) страховой компании.

5.5. При неуплате страховой премии или очередного взноса (при уплате страховой премии в рассрочку) договор страхования расторгается по инициативе Страховщика в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации, если стороны не договорились об отсрочке уплаты очередного взноса (договоренность об отсрочке страхового взноса оформляется дополнительным соглашением к договору страхования).

Если страховой случай наступил до уплаты очередного страхового взноса, внесение которого по согласованию сторон отсрочено, Страховщик вправе при определении размера подлежащего выплате страхового возмещения зачесть сумму отсроченного страхового взноса.

5.6. Расчет страховой премии по дополнительному соглашению в связи с увеличением страховой суммы при изменении стоимости или расширении перечня медицинских услуг, производится в следующем порядке:

а) страховая премия по дополнительному соглашению делится на 12 месяцев и умножается на количество месяцев, оставшихся до конца действия основного договора страхования (неполный месяц считается за полный);

Результатом является величина страховой премии по дополнительному соглашению, полученная исходя из увеличенного размера страховой суммы на оставшийся период срока действия основного договора страхования;

б) страховая премия по договору страхования делится на 12 месяцев и умножается на количество месяцев (неполный месяц считается за полный), оставшихся до конца срока действия договора страхования.

Результатом является величина страховой премии по основному договору на оставшийся период срока его действия;

в) величина страховой премии, подлежащая уплате Страхователем по дополнительному соглашению к основному договору страхования, определяется путем вычитания из полученной величины страховой премии по дополнительному соглашению (п.п. "а") величины страховой премии за оставшийся период срока действия по основному договору страхования (п.п. "б").

6. ПОРЯДОК ЗАКЛЮЧЕНИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ

6.1. Договор страхования заключается сроком до одного года, на 1 год или на срок более одного года (с расчетом и уплатой страховой премии ежегодно в порядке, предусмотренном настоящими Правилами).

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

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

6.3. Страховщик обязан ознакомить Страхователя с содержанием Правил страхования и вручить ему один экземпляр вместе с договором страхования (страховым полисом).

6.4. При заключении договора добровольного медицинского страхования Страховщик имеет право произвести предварительное медицинское освидетельствование 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-желчнокаменными 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 (программа страхования, перечень медицинских учреждений) в отношении каждого из подлежащих страхованию лиц;
- срок страхования;
- другие данные, имеющие значение для установления страховой суммы и страхового тарифа.

6.5.3. Страховщик вправе потребовать от Страхователя – юридического лица документально подтвержденные сведения о заболеваемости с временной утратой трудоспособности на предприятии за последние 3-5 лет – общее количество дней нетрудоспособности и случаев таковой, среднегодовую фактическую численность штатных работников, а при отсутствии таких данных у Страхователя – определять размер подлежащей уплате страховой премии по базовому тарифу, основанному на общей медицинской статистике.

6.5.4. 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 страхования, подписанного сторонами, и выдачи 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 указываются:

- серия и номер;
- наименование Страхователя, серия и номер коллективного договора страхования, на основании которого выдан полис;
- фамилия, имя, отчество Застрахованного, его пол, год и месяц рождения;
- перечень видов медицинской помощи и медицинских услуг, предоставляемых Застрахованному по данному полису (программа страхования);

- перечень медицинских учреждений, в которые Застрахованный имеет право обратиться за получением медицинской 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.

6.6.2. Страховщик принимает решение о возможности заключения договора страхования в течение 5 рабочих дней со дня поступления заявления от Страхователя. До принятия заявления Страховщик вправе потребовать от Страхователя представления медицинского заключения о состоянии здоровья Застрахованного или провести соответствующее анкетирование.

6.6.3. Договор страхования заключается в письменной форме.

Страховой полис выдается каждому Застрахованному в течение 5 рабочих дней после вступления договора страхования 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 (при условии уплаты страховой премии или первого страхового взноса при уплате страховой премии в рассрочку) с даты, указанной в договоре страхования, но не ранее:

- при перечислении денежных средств безналичным порядком - с 00 часов дня, следующего за днем поступления страховой премии (первого страхового взноса) на расчетный счет Страховщика;

- при внесении наличных денежных средств в кассу или представителю Страховщика - с 00 часов дня, следующего за днем, в который 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. Согласно гражданскому законодательству при заключении договора страхования Страхователь и Страховщик могут договориться об изменении или исключении отдельных положений Правил страхования и о дополнении Правил, без расширения объема обязательств Страховщика, предусмотренного данными Правилами страхования.

7. ПОРЯДОК ВЫПОЛНЕНИЯ ОБЯЗАТЕЛЬСТВ ПО ДОГОВОРУ

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

7.2. Предоставление медицинской помощи, обусловленной договором страхования, осуществляется путем обращения Застрахованного в медицинские учреждения, указанные в договоре страхования.

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

По всем проблемным вопросам, возникшим в ходе реализации предоставленных полисом прав Застрахованный обращается по контактному телефону Страховщика, указанному в страховом полисе.

7.3. Оплата стоимости услуг, оказанных медицинскими учреждениями производится Страховщиком, исходя из фактических затрат на оказание медицинской помощи и медицинских услуг по ценам, согласованным между Страховщиком и медицинским учреждением, в пределах страховой суммы, установленной по договору страхования, путем перечисления Страховщиком денежных средств на счет медицинского 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.

8. ПОРЯДОК ПРЕКРАЩЕНИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ

8.1. Договор страхования прекращается в случаях:

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

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

8.1.3. 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.

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

8.1.5. Соглашения сторон – с даты, определенной соглашением.

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

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

8.1.8. 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.

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

8.2. 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.

8.3. 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.

8.4. 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.

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

8.6. Страхователь – физическое лицо вправе отказаться от договора страхования в течение 14-ти календарных дней со дня его заключения, при отсутствии в данном периоде событий, имеющих признаки страхового случая, с возвратом Страховщиком уплаченной Страхователем страховой премии на следующих условиях:

- если Страхователь отказался от договора страхования в течение 14-ти календарных дней со дня его заключения, и до даты возникновения обязательств Страховщика по

заключенному договору страхования (далее - дата начала действия страхования), уплаченная страховая премия подлежит возврату Страхователю в полном объеме.

- если Страхователь отказался от договора страхования в течение 14-ти календарных дней со дня его заключения, но после даты начала действия страхования, Страховщик при возврате уплаченной страховой премии Страхователю удерживает ее часть пропорционально сроку действия договора страхования, прошедшему с даты начала действия страхования до даты прекращения действия договора страхования.

Возврат страховой премии осуществляется в течение 10-ти рабочих дней со дня получения Страховщиком письменного заявления Страхователя об отказе от договора страхования наличными деньгами или в безналичном порядке в зависимости от способа уплаты премии при заключении договора страхования. Договор страхования считается прекратившим свое действие с 00 часов 00 минут даты получения Страховщиком письменного заявления Страхователя об отказе от договора страхования или иной даты, установленной по соглашению сторон, но не позднее 14-календарных дней со дня его заключения. Положения настоящего пункта применяются только к договорам, территорией страхования в которых определена территория РФ

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. 1.7 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 своевременное и качественное получение медицинских услуг и лекарственной помощи в соответствии с избранными Страхователем Программой (программами) страхования и медицинскими учреждениями, определенными договором страхования;

б) предъявлять претензии к Страховщику по качеству своего обслуживания в избранном медицинском учреждении и требовать от Страховщика немедленного проведения расследования по таким претензиям.

11.1.2. Застрахованный обязан:

- а) соблюдать предписания лечащего врача;
- б) соблюдать порядок, установленный в лечебном учреждении;
- в) обеспечить надлежащее хранение страхового полиса, исключающее возможность его использования для получения медицинских услуг третьими лицами.

11.2. Права и обязанности Страхователя по договору страхования.

11.2.1. Страхователь имеет право:

а) осуществлять контроль за соблюдением Страховщиком условий договора страхования;

б) при коллективном страховании в период действия договора страхования заменять Застрахованных, внося соответствующие изменения в список Застрахованных лиц в соответствии с условиями, изложенными в п.11.4 настоящих Правил;

в) расширить список Застрахованных и (или) перечень медицинских услуг и медицинских учреждений для Застрахованных в пределах, предусмотренных настоящими Правилами и утвержденными программами добровольного медицинского страхования, при условии подписания подготовленного Страховщиком письменного дополнительного соглашения к договору страхования и своевременной уплаты дополнительно рассчитанной Страховщиком 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 в порядке, предусмотренном настоящими Правилами страхования и гражданским законодательством РФ.

11.2.2. Страхователь обязан:

а) предоставить Страховщику полную и достоверную информацию, необходимую для заключения договора страхования;

б) уплатить страховую премию в размере и в сроки, определенные договором страхования;

в) довести до сведения каждого Застрахованного условия страхования, определенные договором страхования.

11.3. Права и обязанности Страховщика.

11.3.1. Страховщик имеет право:

а) требовать от Страхователя предоставления полной и достоверной информации, необходимой для заключения договора страхования;

б) изменить страховую сумму по договору страхования при изменении цен на предоставляемые медицинские услуги путем составления дополнительного соглашения к договору страхования на условиях настоящих Правил и уплаты дополнительной страховой премии;

в) досрочно расторгнуть договор в порядке, предусмотренном действующим законодательством и настоящими Правилами.

11.3.2. *Страховщик обязан:*

а) заключать договоры на оказание медицинских, оздоровительных и социальных услуг гражданам по добровольному медицинскому страхованию с любыми медицинскими или иными учреждениями;

б) обеспечить своевременную выдачу Застрахованным страховых медицинских полисов;

в) обеспечить предоставление Застрахованным медицинской помощи и услуг, определенных договором страхования;

г) защищать интересы Застрахованных посредством контроля за объемом, сроками и качеством оказываемой Застрахованным медицинской помощи в соответствии с условиями договора;

д) не разглашать полученные в результате своей профессиональной деятельности сведения о состоянии здоровья Застрахованных и их имущественном положении.

11.4. В случае увеличения 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.

В случае уменьшения по инициативе Страхователя числа Застрахованных (исключение Застрахованных из списка производится только с их согласия) договор в отношении этих лиц расторгается в порядке, предусмотренном Гражданским кодексом Российской Федерации. При этом уплаченная Страховщику страховая премия не подлежит возврату, если договором страхования не предусмотрено иное.

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. Замена Страхователем Застрахованного лица, названного в договоре страхования, другим лицом, может быть произведена с согласия самого Застрахованного и Страховщика.

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

При этом производится пересчет размера страховой премии с учетом состояния здоровья Застрахованных за неистекший 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 помощи, соответствие ее условиям, предусмотренным в договоре страхования, контролируется врачами-экспертами Страховщика.

13.2. Спорные вопросы, возникающие в процессе оказания медицинской 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.

Приложение 2
к Правилам добровольного
медицинского страхования
В ООО "СК Доминанта"

ЗАЯВЛЕНИЕ
о добровольном медицинском страховании

Страхователь _____,
(наименование предприятия, организации)¹
в лице _____,
(должность¹, Ф.И.О.)

просит заключить на условиях, предусмотренных Правилами добровольного
медицинского страхования ООО "Страховая Компания Доминанта" договор медицинского
страхования _____ по _____ Программе

с "___" _____ 20__ г. по "___" _____ 20__ г., в пользу ²

адрес: _____.

Количество Застрахованных _____ человек.

С Правилами страхования, страховой программой и перечнем лечебных
учреждений, оказывающих помощь Застрахованным, ознакомлен _____

(подпись)

Дополнительные условия заключения договора

Банковские реквизиты Страхователя: _____.

Юридический адрес : _____.

_____. Телефон: _____ Факс: _____.

"___" _____ 20__ г.

(подпись)

РЕШЕНИЕ СТРАХОВЩИКА

Принимается на страхование _____ человек с "___" _____ 20__ г. по "___" _____ 20__ г.

Страховую премию в сумме _____

_____ руб. следует уплатить до "___" _____ 20__ г.

СТРАХОВЩИК

СТРАХОВАТЕЛЬ

(подпись)

"___" _____ 20__ г.

(подпись)

"___" _____ 20__ г.

¹ Заполняется при коллективной форме страхования.

² 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 Доминанта"

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 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
срок 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
"____" _____ 20__ г.

СТРАХОВЩИК

(подпись)
"____" _____ 20__ г.
М.П.

СТРАХОВАТЕЛЬ

(подпись)
"____" _____ 20__ г.
М.П.

[illegible]

Приложение 4
к Правилам добровольного
медицинского страхования

ДОГОВОР

**коллективного добровольного медицинского
страхования граждан
№ _____**

г. _____

“ ____ ” _____ 20__ г.

ООО “Страховая Компания Доминанта” (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. По настоящему договору 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 “___” _____ 20__ 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. ОБЯЗАННОСТИ 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 не достижении 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 помощи, соответствие ее условиям, предусмотренным в договоре страхования, контролируется врачами-экспертами Страховщика.

7.2. Спорные вопросы, возникающие в процессе оказания медицинской 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
“ ____ ” _____ 20__ г.

8. ЮРИДИЧЕСКИЕ АДРЕСА И БАНКОВСКИЕ РЕКВИЗИТЫ СТОРОН

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

Расчетный счет _____

Реквизиты банка _____

Телефон: _____ Факс: _____ Телекс: _____

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

Расчетный счет _____

Реквизиты банка _____

Телефон: _____ Факс: _____ Телекс: _____

К настоящему договору прилагается: _____
_____.

СТРАХОВЩИК

СТРАХОВАТЕЛЬ

(подпись)
“ ____ ” _____ 20__ г.

М.П.

(подпись)
“ ____ ” _____ 20__ г.

М.П.

Приложение 5
к Правилам добровольного
медицинского страхования

ДОГОВОР

**с медицинским учреждением на предоставление медицинской помощи
(медицинских услуг) по добровольному медицинскому страхованию граждан
№ _____**

г. _____

“ ____ ” _____ 20 ____ г.

ООО “Страховая Компания Доминанта” (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 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. По настоящему договору Учреждение принимает на себя обязательство оказывать медицинскую 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 учреждение, из числа предусмотренных договором страхования, при остром заболевании или обострении хронического заболевания, травме, отравлении за получением медицинской помощи, предусмотренной условиями договора страхования.

1.3. Основанием для обращения Застрахованного в медицинское учреждение является полис, выданный Страховщиком.

1.4. Учреждение оказывает медицинскую помощь в объеме, определенном программами, указанными в полисе, в соответствии с существующими технологиями.

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, 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 помощь установленного вида, объема, стандарта в установленные сроки оно обязано за свой счет обеспечить Застрахованному контингенту получение такой помощи в другом медицинском учреждении или путем привлечения соответствующего специалиста.

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

На оказание медицинской помощи другим медицинским учреждением, выбранным Учреждением, должно быть получено согласие Застрахованного и Страховщика (за исключением случаев оказания срочной медицинской 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 помощь, оказываемую Учреждением Застрахованному контингенту.

4.2. Оплата стоимости услуг, оказанных Учреждением производится исходя из фактических затрат на оказание медицинской 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.

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

Если предполагаемая стоимость медицинской помощи 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 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 услуги, предусмотренные настоящим договором, Застрахованному контингенту согласно режиму работы, согласованному со Страховщиком.

6. УЧЕТ В МЕДИЦИНСКОМ УЧРЕЖДЕНИИ

6.1. Учреждение обязано вести учет:

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

7. КОНТРОЛЬ

7.1. Страховщик вправе контролировать соответствие оказываемых Учреждением медицинских 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 пеню 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)
“ ” _____ 20__ г.

(подпись)
“ ” _____ 20__ г.

М.П.

М.П.

Приложение 6
к Правилам добровольного
медицинского страхования

ПРОГРАММЫ
добровольного медицинского страхования

Оказание медицинских услуг Застрахованным гарантируется за счет средств страхового взноса на добровольное медицинское страхование.

Добровольное медицинское страхование проводится по следующим программам:

“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, холтеровское мониторирование;
- рентгенологические исследования органов грудной клетки, брюшной полости, черепа, костной системы;
- томография;
- тепловидение;
- УЗ методы исследования;
- эндоскопические исследования;
- клинические, биохимические, бактериологические и иммунологические исследования биологических жидкостей организма (крови, мочи, мокроты);
- другие исследования, оказываемые медицинским учреждением, указанном в договоре страхования.

Проведение (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, нефрология;

- стоматология;
- торакальная хирургия;
- проктология;
- кардиохирургия, за исключением случаев указанных в Правилах страхования;
- сосудистая хирургия;
- хирургия (общая);
- гинекология;
- отоларингология;
- офтальмология;
- дерматология;
- аллергология;
- ортопедия;
- андрология.

“Стационарная помощь”.

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

Стационарная терапевтическая и хирургическая помощь оказывается в следующих отделениях по соответствующим заболеваниям:

- Кожное;
- Урологическое;
- травматолого-ортопедическое;
- кардиологическое отделение острого инфаркта-миокарда;
- хирургическое;
- сосудистой хирургии;
- кардиологическое;
- гинекологическое;
- офтальмологическое;
- неврологическое;
- эндокринологическое;
- гастроэнтерологическое;
- терапевтическое;
- пульмонологическое;
- отоларингологическое;
- ревматологическое;
- проктологическое;
- физиотерапевтическое;
- анестезиологии и реанимации;
- реанимации – интенсивной терапии.

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

Объем лабораторных, диагностических и лечебных мероприятий устанавливается лечащим врачом в пределах следующего перечня:

лабораторно-диагностические исследования:

- клинические;
- биохимические;
- иммунологические;
- серологические;

- бактериологические;
- гормональные;

диагностические исследования:

- рентгенография, рентгеноскопия, в том числе хирургическая;
- компьютерная томография;
- радиоизотопная диагностика;
- функциональная диагностика, в том числе ультразвуковая.
- другие исследования, оказываемые медицинским учреждением, указанным в договоре страхования.

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 лечение, все виды протезирования.

“Комплексная медицинская помощь”.

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