

УТВЕРЖДЕНО

Приказом Генерального директора
ООО «СОСЬЕТЕ ЖЕНЕРАЛЬ
Страхование»
№ С-06 от «19» апреля 2013 года

_____ И.В.Большагин

П Р А В И Л А

добровольного медицинского страхования

г. Москва

1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ. СУБЪЕКТЫ СТРАХОВАНИЯ

1.1. Настоящие Правила добровольного медицинского страхования (далее – Правила страхования) разработаны и утверждены в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации для регулирования отношений, возникающих между Страховщиком и Страхователем, а также иными названными в обязательстве лицами, по поводу добровольного медицинского страхования.

1.2. Основные термины и понятия, используемые в настоящих Правилах:

Страховая сумма - определенная договором страхования денежная сумма, исходя из которой, устанавливается размер страховой премии (страхового взноса) в соответствии с выбранной программой медицинского страхования. Страховая сумма является пределом ответственности Страховщика по страховым выплатам.

Страховая премия (страховой взнос) - плата за страхование, которую Страхователь обязан уплатить Страховщику в порядке и в сроки, определенные договором страхования.

Страховой тариф - ставка страховой премии (страхового взноса) в процентах от страховой суммы с учётом объекта страхования и характера страхового риска.

Страховой случай - совершившееся событие, предусмотренное договором страхования, с наступлением которого возникает обязанность Страховщика произвести страховую выплату.

Страховая выплата - денежная сумма, которую Страховщик в соответствии с договором страхования обязан выплатить при наступлении страхового случая. Все страховые выплаты по договору страхования в совокупности не могут превышать страховую сумму, установленную в договоре страхования.

Лечение - врачебные консультации, врачебные и сестринские манипуляции, инструментальные и лабораторные обследования, медикаментозная терапия, оперативное вмешательство с анестезиологическим пособием, физиотерапевтические и бальнеологические процедуры, лечебная физкультура, применение изотопов, рентгеновских и иных видов излучения, иные виды лечения.

1.3. Субъекты страхования.

1.3.1. **Страховщик** – Общество с ограниченной ответственностью «СОСЬЕТЕ ЖЕНЕРАЛЬ Страхование», созданное в соответствии с законодательством Российской Федерации для осуществления страховой деятельности и получившее в установленном порядке лицензию.

1.3.2. **Страхователь** - дееспособное физическое или юридическое лицо любой организационно-правовой формы, заключившее со Страховщиком договор страхования.

1.3.3. **Застрахованный (Застрахованное лицо)** - физическое лицо, в отношении которого заключается договор страхования.

1.3.4. **Медицинские учреждения** - имеющие лицензии лечебно-профилактические учреждения, научно-исследовательские и медицинские институты, другие учреждения, оказывающие медицинскую помощь, а также физические лица, получившие лицензию на осуществление медицинской деятельности в установленном порядке, осуществляющие медицинскую деятельность как индивидуально, так и коллективно.

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

Конкретный перечень медицинских учреждений, в которые Застрахованный вправе обратиться за получением медицинской помощи, приводится в Договоре страхования.

1.3.5. **Выжидательный период** – срок, установленный в Договоре страхования, между уплатой страховой премии и датой начала страхования.

1.4. Страхование не подлежат граждане, состоящие на учете в наркологических, психоневрологических диспансерах, больные СПИДом и онкологическими заболеваниями в терминальной стадии.

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

1.6. Добровольное медицинское страхование осуществляется на основе программ добровольного медицинского страхования (Приложение 7 к настоящим Правилам) и обеспечивает Застрахованным в соответствии с настоящими Правилами страхования и Договором добровольного медицинского страхования (далее – Договор страхования) получение медицинских и иных, связанных с ними, услуг. В том случае, если Застрахованный, имеющий полис обязательного медицинского страхования, обратился в медицинское учреждение и получил медицинские и иные услуги, предусмотренные территориальной программой обязательного медицинского страхования, Страховщик оплачивает, только те медицинские и иные услуги, которые включены в программу добровольного медицинского страхования, сверх установленных территориальными программами обязательного медицинского страхования.

2. ОБЪЕКТ СТРАХОВАНИЯ

2.1. Объектом добровольного медицинского страхования являются имущественные интересы Застрахованного лица, связанные с его затратами на оказание ему медицинских услуг при возникновении страхового случая.

3. ПОНЯТИЕ СТРАХОВОГО РИСКА. СТРАХОВЫЕ СЛУЧАИ

3.1. Страховым риском, на случай наступления которого проводится настоящее страхование, является предполагаемое событие, обладающее признаками вероятности и случайности его наступления.

Страховым случаем является предусмотренное настоящими Правилами событие, свершившееся в период действия Договора страхования, с наступлением которого Страховщик обязуется организовывать и финансировать предоставление Застрахованному медицинской помощи определенного объема и качества и/или иных услуг, предусмотренных программой добровольного медицинского страхования.

3.2. В соответствии с настоящими Правилами страхования страховым случаем является обращение Застрахованного в течение срока страхования, установленного в Договоре страхования, в медицинское учреждение из числа предусмотренных Договором страхования, при возникновении состояний, требующих медицинской помощи и предусмотренных программой медицинского страхования, на условиях которой был заключен Договор страхования. При этом Страховщиком оплачиваются медицинские услуги, оказанные Застрахованному только в течение срока действия Договора страхования, за исключением случая помещения Застрахованного в стационар до истечения срока действия Договора. В последнем случае лечение Застрахованного оплачивается в соответствии с Программой медицинского страхования до выписки из стационара.

3.3. Договор страхования может быть заключен на следующих условиях:

3.3.1. 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 (программа “Амбулаторная помощь”).

3.3.2. Организации предоставления и оплаты медицинских услуг, предусмотренных программой медицинского страхования, в медицинских учреждениях, оказывающих стационарную помощь (программа “Стационарная помощь”).

3.3.3. Организации предоставления и оплаты медицинских услуг, предусмотренных программой медицинского страхования, в медицинских учреждениях, оказывающих амбулаторно-

поликлиническую и стационарную медицинскую помощь (программа “Комплексная медицинская помощь”).

3.3.4. Организации предоставления и оплаты стоматологической помощи (программа “Стоматология”).

3.3.5. Организации предоставления и оплаты скорой (неотложной) медицинской помощи (программа “Скорая (неотложная) медицинская помощь”).

3.3.6. Организации предоставления и оплаты медицинских услуг при обращении за медицинской помощью в период беременности и родов (программа “Ведение беременности и родовспоможение”).

3.3.7. Организации предоставления и оплаты медицинских услуг семейного врача, предусмотренных программой медицинского страхования, на дому и в медицинских учреждениях, оказывающих амбулаторно-поликлиническую помощь (программа “Семейный врач”).

3.3.8. Организации предоставления и оплаты медицинских услуг врачом офиса, предусмотренных программой медицинского страхования, на дому, на рабочем месте, в медицинских учреждениях, оказывающих амбулаторно-поликлиническую помощь (программа “Врач офиса”).

3.4. В программах “Амбулаторная помощь” и “Комплексная медицинская помощь” может предусматриваться возмещение расходов на лекарственные средства при амбулаторно-поликлиническом лечении (дополнительная программа “Лекарственная помощь”). Оплата лекарственных средств осуществляется на основании представленных копий счетов (чеков) об оплате лекарственных средств и рецепта врача, выписанного на лекарственные средства в связи с наступлением страхового случая, предусмотренного Договором страхования. Порядок предоставления и возмещения затрат на лекарственные средства определяется пп. 10.2 – 10.3 настоящих Правил.

3.5. В программах, перечисленных в п.п.3.3.1 – 3.3.3, может предусматриваться возмещение расходов на реабилитационно-восстановительное лечение после перенесенного заболевания, являющегося страховым случаем (дополнительная программа “Реабилитационно-восстановительное лечение”).

Не является страховым случаем:

1) Лечение психических, онкологических, венерических заболеваний, туберкулеза, ВИЧ-инфекции и ее осложнений, системных болезней соединительной ткани, хронической почечной недостаточности, заболеваний, связанных с последствиями радиоактивного облучения (за исключением событий, описанных в пункте 10.6.2. настоящих Правил страхования), 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.

2) Случаи обращения Застрахованного лица в медицинское учреждение в связи с получением травматического повреждения в состоянии алкогольного, наркотического или токсического опьянения.

3) Лечение заболеваний, связанных с причиной инвалидности или являющихся сопутствующими этому заболеванию, при заключении договора страхования в отношении инвалидов II и III группы.

4) случаи обращения Застрахованного лица в медицинское учреждение по поводу получения травматического повреждения или иного расстройства здоровья, наступившего в связи с совершением Застрахованным лицом действий, в которых судом установлены признаки умышленного преступления;

5) оказание медицинских услуг, прием препаратов, лечение, включая любой период пребывания в стационаре или амбулаторного лечения, которые не были рекомендованы, письменно засвидетельствованы уполномоченным представителем Страховщика или лечащим врачом Застрахованного лица как необходимые и разумные меры;

б) в случае применения косметической или пластической хирургии, кроме необходимости ее использования после несчастного случая или в других случаях, когда ее применение обусловлено прямыми медицинскими показаниями;

7) обращение в медицинские учреждения по поводу алкоголизма, токсикомании или наркомании;

8) обращение в медицинские учреждения по поводу коррекции зрения или его исследования с целью назначения линз или очков или их подбора, кроме факторов нарушения зрения в результате несчастного случая или в других случаях, определенных прямыми медицинскими показаниями.

3.7. Страховщик не оплачивает медицинскую помощь и медицинские услуги, полученные по инициативе Застрахованного лица в медицинских учреждениях, не определенных договором страхования, кроме случаев, предусмотренных пунктами 10.4 и 10.5 Правил страхования.

4. СТРАХОВАЯ СУММА

4.1. Страховой суммой является определенная договором страхования денежная сумма, исходя из которой, устанавливаются размеры страховой премии и страховой выплаты при наступлении страхового случая, и в пределах которой Страховщик выплачивает страховое возмещение.

4.2. Страховая сумма по Договору страхования определяется Страховщиком и Страхователем по их усмотрению исходя из определенных Договором страхования условий страхования (программ страхования), действующих на момент заключения Договора страхования, цен в медицинских учреждениях на медицинские услуги, возраста и состояния здоровья Застрахованного лица, срока действия Договора страхования и т.д., и не может быть ниже минимальной страховой суммы, установленной Страховщиком для каждой из программ страхования.

Минимальная страховая сумма для каждой из программ страхования устанавливается Страховщиком исходя из перечня медицинских услуг предусмотренных программой медицинского страхования и стоимости этих услуг в медицинских учреждениях, привлекаемых для обеспечения данной программы страхования.

4.3. В медицинском учреждении могут быть предусмотрены сервисные услуги, их перечень устанавливается индивидуально в каждом медицинском учреждении. Это может быть: одно-двух местная палата, телевизор, телефон, дополнительное питание, индивидуальный сестринский пост и другие, в зависимости от возможностей медицинского учреждения. В связи с этим, Договором страхования может быть предусмотрено предоставление Застрахованному таких сервисных услуг, что соответственно влечет за собой увеличение стоимости медицинских услуг и возрастание страховой суммы.

Предоставление Застрахованному сервисных услуг может служить основанием для повышения страхового тарифа (применения повышающих поправочных коэффициентов, предусмотренных в настоящих Правилах страхования).

4.4. Страховая сумма может быть определена на всех или на каждое Застрахованное лицо по Договору страхования.

4.5. В период действия Договора страхования Страхователь по согласованию со Страховщиком и Застрахованным лицом, выполнившим какую-либо обязанность по Договору страхования или предъявивший Страховщику требования о страховой выплате, вправе изменить страховую сумму и/или перечень медицинских услуг (программы медицинского страхования), а также поменять медицинские учреждения, предоставляющие медицинскую помощь по Договору страхования.

4.6. Указанные изменения оформляются в письменном виде в форме дополнительного соглашения к Договору страхования, которое подписывается Страховщиком и Страхователем с соответствующим перерасчетом страховой премии.

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

4.7. Страховщик, по согласованию со Страхователем, вправе устанавливать отдельные лимиты ответственности – по отдельным программам, видам медицинских услуг, группам Застрахованных лиц и т.п.

4.8. Страховщик вправе не оплачивать часть стоимости лечения, которая превышает установленную Договором страхования страховую сумму (лимиты ответственности).

При необходимости оказания Застрахованному Лицу медицинских услуг сверх страховой суммы (лимита ответственности) эти услуги могут быть оказаны Застрахованному Лицу только после увеличения страховой суммы по Договору страхования с соответствующим увеличением страховой премии. Размер дополнительной страховой премии определяется Страховщиком.

При отказе Страхователя в оплате дополнительной страховой премии решение вопроса о возможности получения Застрахованным Лицом медицинских услуг в медицинских учреждениях, определенных в Договоре страхования, за счет личных средств решается Застрахованным Лицом индивидуально.

4.9. Договором страхования может быть предусмотрена франшиза – условная или безусловная – в процентах от страховой суммы (лимита ответственности) либо от суммы убытка или в абсолютном размере. При условной франшизе Страховщик освобождается от обязанностей по страховой выплате, если размер выплаты не превышает размер франшизы, а если размер выплаты превышает франшизу, то Страховщик производит страховую выплату в полном размере. При безусловной франшизе Страховщик освобождается от страховой выплаты по каждому страховому случаю в оговоренном размере франшизы (в абсолютном или процентном отношении к размеру убытка).

Применение в Договоре страхования франшизы может служить основанием для снижения страхового тарифа.

5. СТРАХОВАЯ ПРЕМИЯ (СТРАХОВЫЕ ВЗНОСЫ). СТРАХОВОЙ ТАРИФ. ПОРЯДОК ПРИМЕНЕНИЯ ПОВЫШАЮЩИХ И ПОНИЖАЮЩИХ КОЭФФИЦИЕНТОВ

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

Страховая премия (страховые взносы) уплачивается Страхователем в валюте Российской Федерации.

5.2. При заключении конкретного договора медицинского страхования Страховщик применяет рассчитанные им по каждой медицинской программе базовые страховые тарифы (Приложение 1 к настоящим Правилам), определяющие страховую премию, взимаемую с единицы страховой суммы, с учетом объекта страхования и характера страхового риска.

5.3. Законом Российской Федерации “Об организации страхового дела в Российской Федерации” осуществление оценки страхового риска возложено на Страховщика. В связи с этим, основываясь на базовых тарифных ставках, Страховщик, в каждом конкретном случае при заключении договора страхования, в зависимости от степени страхового риска и с учетом особенностей страхования конкретного лица (лиц) вправе применять к базовым тарифным ставкам повышающие и понижающие коэффициенты в диапазонах применения, указанных в Приложении 1 к настоящим Правилам.

5.4. Решение о конкретном размере повышающего или понижающего коэффициента, принимается Страховщиком после изучения и оценки им информации и документов, представленных Страхователем, результатов медицинского обследования (если оно производилось), а также с учетом следующих факторов: возраста и состояния здоровья Застрахованного, профессии (рода деятельности) Застрахованного, количественного состава группы (при коллективном страховании), перечня медицинских услуг, включаемых в программу страхования, предоставление Застрахованному сервисных услуг (согласно п.3.3 настоящих Правил), применение франшизы и других обстоятельств, имеющих существенное значение для

определения степени страхового риска, указанных в заявлении на страхование, договоре страхования и (или) письменном запросе Страховщика.

5.5. Конкретный размер страхового тарифа определяется договором добровольного медицинского страхования по соглашению сторон.

В связи с отсутствием какой-либо утвержденной методики (рекомендаций) экономического обоснования повышающих и понижающих коэффициентов, применяемых при определении конкретного страхового тарифа по конкретному договору добровольного медицинского страхования, их минимальные и максимальные значения, диапазоны применения, а также основные факторы риска, указанные в Приложении 1 к настоящим Правилам, определены на основе анализа практической деятельности ряда страховых организаций по рисковому виду страхования и, в частности, добровольному медицинскому страхованию, а также с учетом многолетней практики применения системы повышающих (понижающих) коэффициентов российскими страховыми организациями.

Конкретный размер применяемых к базовой тарифной ставке повышающих или понижающих коэффициентов, в установленных настоящими Правилами диапазонах, а также факторы риска, увеличивающие вероятность наступления страхового случая, и обстоятельства, понижающие вероятность наступления страхового случая, указываются Страховщиком в конкретном договоре страхования.

5.6. При заключении договора страхования по нескольким программам добровольного медицинского страхования страховая премия определяется по каждой из включенных в договор программ добровольного медицинского страхования. Страховая премия определяется путем умножения страхового тарифа на страховую сумму.

Размер страховой премии по договору страхования, включающему несколько программ добровольного медицинского страхования, определяется путем суммирования премий по этим программам.

5.7. 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.

При страховании на срок более одного года, страховая премия по договору страхования исчисляется исходя из величины годового страхового тарифа, пропорционально сроку действия договора страхования.

5.8. Страховая премия по договору страхования может быть уплачена Страхователем единовременно или уплачиваться в рассрочку (в два срока: 50% - при заключении договора, 50% - не позднее 6-ти месяцев с начала действия договора), а также ежеквартально. Договором может быть предусмотрен иной порядок (сроки, периодичность) уплаты страховой премии в рассрочку. Конкретные сроки уплаты определяются сторонами в договоре страхования.

Страховая премия уплачивается наличными деньгами в кассу Страховщика или путем передачи представителю (агенту) Страховщика либо путем безналичных расчетов.

5.9. Страхователь обязан уплатить Страховщику страховую премию (или первый взнос при уплате страховой премии в рассрочку) в течение 5-ти рабочих дней после подписания договора страхования, или в иной срок, согласованный сторонами.

Моментом уплаты страховой премии (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.

5.10. В случае неуплаты Страхователем в установленный договором страхования срок страховой премии (при уплате страховой премии единовременно) или первого взноса (при уплате

страховой премии в рассрочку) договор страхования считается не вступившим в силу, если иное не предусмотрено договором страхования.

В случае неуплаты очередного страхового взноса в оговоренные Договором страхования сроки, действие Договора страхования досрочно прекращается (если иное не предусмотрено Договором страхования), без дополнительного уведомления Страхователя Страховщиком.

При этом стороны не вправе требовать возвращения того, что было исполнено ими по обязательству до момента расторжения договора.

5.11. Расчет страховой премии по дополнительному соглашению в связи с увеличением страховой суммы при изменении стоимости или расширении перечня медицинских услуг, а также увеличении страхового риска 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, если Договором страхования не предусмотрено иное);

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, если Договором страхования не предусмотрено иное), оставшихся до конца срока действия Договора страхования.

Результатом является величина страховой премии по основному Договору страхования 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").

5.12. В случае изменения по согласованию со Страховщиком условий Договора страхования, связанных с сокращением Застрахованным перечня медицинских услуг, предусмотренных медицинской(ими) программой(ами), Страховщик вправе, по согласованию со Страхователем, вернуть часть страховой премии пропорционально времени, в течение которого прекращается пользование исключаемыми медицинскими услугами в рамках программы (программ) или зачесть данную сумму в счет оплаты страховой премии при заключении (продлонгации) Договора страхования на новый срок. Указанные изменения условий Договора страхования оформляются сторонами в письменном виде.

6. СРОК СТРАХОВАНИЯ. ПОРЯДОК ЗАКЛЮЧЕНИЯ И ИСПОЛНЕНИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ

6.1. Взаимоотношения между Страховщиком и медицинским учреждением определяются Договором на предоставление медицинской (лекарственной) помощи (медицинских услуг) по добровольному медицинскому страхованию граждан, по которому медицинское учреждение обязуется предоставлять застрахованному контингенту медицинскую помощь определенного объема и качества в определенные сроки в рамках программ добровольного медицинского страхования.

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

6.3. Договоры страхования заключаются в пользу Застрахованных лиц в возрасте от рождения до 70 лет.

6.4. 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.

6.5. Договор страхования заключается в письменной форме. Договор страхования должен содержать:

6.5.1. наименование сторон, в том числе адрес и телефон Страхователя, фамилия, имя, отчество, пол, год рождения, подробный домашний адрес и телефон Застрахованного (если Страхователем является физическое лицо), адрес местонахождения, фактический адрес и банковские реквизиты Страхователя, список Застрахованных лиц (если Страхователем является юридическое лицо);

6.5.2. размер, сроки и порядок внесения страховых взносов;

6.5.3. права, обязанности, ответственность сторон;

6.5.4. контроль качества медицинской помощи;

6.5.5. условия, содержащиеся в пункте 6.6. настоящих Правил страхования, а также иные не противоречащие законодательству Российской Федерации условия.

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

- о Застрахованном лице (Застрахованных лицах), в том числе, их численности;

- о характере события, на случай наступления которого в жизни Застрахованного лица осуществляется страхование (страхового случая);

- о программе медицинского страхования и перечне медицинских учреждений, оказывающих медицинскую (лекарственную) помощь Застрахованным;

- о размере страховой суммы (либо в целом по Договору страхования либо по каждому Застрахованному);

- о сроке действия Договора страхования.

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

6.8. Заключение Договора с физическим лицом:

6.8.1. Для заключения Договора страхования Страхователь (физическое лицо) обращается к Страховщику с письменным или устным заявлением, содержащим следующие сведения:

фамилию, имя, отчество, Страхователя;

домашний адрес и телефон Страхователя;

фамилию, имя, отчество лица, в отношении которого заключается Договор страхования (если Договор страхования заключается в отношении лица, отличного от Страхователя);

возраст лица, подлежащего страхованию;

домашний адрес и телефон лица, подлежащего страхованию;

срок страхования;

предполагаемый перечень видов медицинской помощи и услуг (Программа медицинского страхования);

предполагаемый перечень медицинских учреждений.

6.9. Договор страхования заключается в форме страхового полиса (Приложение 4 к настоящим Правилам) или в виде единого документа, подписанного сторонами.

6.10. Страховщик принимает решение о заключении Договора страхования не позднее 7 (семи) рабочих дней со дня получения заявления от Страхователя. Если по требованию Страховщика Застрахованный должен пройти предварительное медицинское освидетельствование, предоставить медицинскую карту (выписку) или медицинскую анкету, решение о заключении Договора страхования принимается не позднее 5 (пяти) дней после прохождения Застрахованным такого освидетельствования, предоставления медицинской анкеты или выписки из медицинской карты.

6.11. В случае невозможности заключения Договора страхования Страховщик в течение 5 (пяти) рабочих дней со дня получения заявления о страховании или прохождения Застрахованным освидетельствования, предоставления медицинской анкеты или выписки из медицинской карты обязан поставить об этом в известность Страхователя, письменно мотивировав отказ в отношении всех или ряда лиц, подлежащих страхованию.

6.12. Заключение Договора страхования с юридическими лицами.

6.12.1. При заключении коллективных Договоров страхования на страхование принимается любое количество работников юридического лица.

6.12.2. Основанием для заключения Договора страхования является письменное заявление Страхователя по установленной Страховщиком форме (Приложение 2 к настоящим Правилам).

6.13. Заявление должно содержать:

полное наименование Страхователя;

адрес местонахождения, юридический адрес и банковские реквизиты Страхователя;

телефон, телефакс и иные средства связи, по которым можно связаться со Страхователем;

число лиц, подлежащих страхованию;

срок страхования;

предполагаемый перечень видов медицинской помощи и услуг (Программа медицинского страхования);

предполагаемый перечень медицинских учреждений.

6.14. Страхователь должен не позднее пяти дней со дня подачи заявления предоставить Страховщику список лиц, подлежащих страхованию, с указанием следующих обязательных сведений отдельно о каждом включенном в него лице:

фамилии, имени, отчества;

даты рождения;

домашнего адреса и телефона или должности и места работы;

Программы добровольного медицинского страхования (если по Договору страхования предусмотрено несколько программ медицинского страхования);

письменного согласия каждого Застрахованного на предоставление своих персональных данных и согласие на их обработку своей волей и в своем интересе (в соответствии с Федеральным законом от 27.07.2006 г. №152-ФЗ «О персональных данных»).

Все данные о Страхователе, Застрахованном, Выгодоприобретателе, которые стали известны Страховщику от кого бы то ни было в связи с заключением, исполнением и прекращением (расторжением) Договора страхования, являются конфиденциальными. Такие данные могут быть использованы исключительно в целях исполнения Договора страхования и не подлежат разглашению Страховщиком или его представителем, если иное не предусмотрено законодательством Российской Федерации.

6.15. После заключения Договора страхования этот список, подписанный с обеих сторон, становится его неотъемлемой частью. 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.

Отношения между Страховщиком и Страхователем оформляются путем составления договора страхования, подписанного сторонами, и выдачи страховых полисов на каждого Застрахованного (Приложения 4, 5 к настоящим Правилам).

6.16. Договор страхования оформляется в соответствии с требованиями действующего гражданского законодательства Российской Федерации в двух экземплярах, по одному для каждой стороны. К договору прилагается список Застрахованных лиц, являющийся неотъемлемой его частью.

6.17. Заключение Договора может быть удостоверено выдачей Застрахованному страхового полиса, содержащего те же сведения, которые указываются в Договоре страхования. Страховой полис выдается в течение пяти дней со дня вступления Договора в силу. При утрате Страхователем (Застрахованным) страхового Полиса он должен незамедлительно известить об этом Страховщика. Утраченные документы признаются недействительными и не могут являться основанием для получения медицинских услуг в соответствии с Договором страхования. Взамен утраченных документов Страхователю выдаются новые.

6.18. По требованию Страховщика Страхователь (как физическое, так и юридическое лицо), а также Застрахованный обязан предоставить медицинскую анкету, содержащую сведения о Застрахованном, по форме, установленной Страховщиком. Страховщик имеет право проверить достоверность указанных Страхователем (Застрахованным) в заявлении и (или) медицинской анкете сведений, а также потребовать предварительного медицинского освидетельствования Застрахованного или выписку из истории болезни.

6.19. 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 признаются во всяком случае обстоятельства, определенно оговоренные Страховщиком в стандартной форме договора страхования (страхового полиса) или в его письменном запросе, а также сведения, указанные Страхователем (Застрахованным) в медицинской анкете по установленной Страховщиком форме.

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

6.21. 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. В случае установления факта сообщения Страхователем (Застрахованным) заведомо ложных сведений при заключении Договора страхования, Страховщик имеет право отказать Страхователю в заключении Договора страхования.

6.22. В случае, если внутренним распорядком медицинского учреждения предусмотрен пропуск (для санаторно-курортного учреждения - путевка, курсовка) для прохода (въезда) на его территорию, Страховщик обеспечивает получение Застрахованным этих документов.

При утрате пропуска, путевки и иных документов медицинского учреждения со Страхователя взыскивается фактическая стоимость изготовления дубликата документов.

6.23. Договор страхования заключается сроком на один год, если условиями Договора не предусмотрено иное.

6.24. Если условиями Договора страхования не предусмотрено иное, Договор вступает в силу в случае уплаты Страхователем суммы страховой премии или первого ее взноса:

при уплате страховой премии наличными деньгами - с нуля часов дня, следующего за днем, в течение которого была уплачена премия (первый страховой взнос) Страховщику либо его представителю;

при уплате страховой премии (первого страхового взноса) путем безналичного перечисления - с нуля часов дня, следующего за днем зачисления средств на расчетный счет Страховщика.

6.25. 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.

6.26. Условия, содержащиеся в настоящих Правилах страхования и не включенные в текст договора страхования (страхового полиса), обязательны для Страхователя, если в договоре страхования (страховом полисе) прямо указывается на применение таких Правил и сами Правила изложены в одном документе в договоре (страховом полисе) или на его оборотной стороне, либо приложены к нему. В последнем случае вручение Страхователю при заключении договора Правил страхования должно быть удостоверено записью в договоре.

6.27. При заключении договора страхования Страхователь и Страховщик могут договориться об изменении или исключении отдельных положений Правил страхования и о дополнении Правил.

7. ПОРЯДОК ПРЕКРАЩЕНИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ

7.1. Договор страхования прекращается в случаях:

7.1.1. Истечения срока его действия – с 24 часов дня, определенного Договором страхования в качестве даты окончания срока его действия.

7.1.2. Исполнения Страховщиком обязательств перед Страхователем по Договору страхования в полном объеме – с момента такового.

7.2. Договор страхования прекращается досрочно в случаях:

7.2.1. 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 (Десяти) рабочих дней с момента принятия (выдачи) соответствующего акта государственного органа или вступления в законную силу судебного решения.

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

7.2.3. Неуплаты Страхователем очередного страхового взноса при уплате страховой премии в рассрочку, если стороны не договорились об отсрочке уплаты очередного взноса – с 00 часов суток, следующих за датой, определенной Договором страхования для его уплаты.

7.3. 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.

7.4. При досрочном прекращении Договора страхования в случаях, предусмотренных п.7.2 настоящих Правил страхования, Страховщик имеет право на часть страховой премии, пропорционально времени, в течение которого действовало страхование.

При досрочном отказе Страхователя от Договора страхования (п.7.3 настоящих Правил страхования) уплаченная страховая премия не подлежит возврату, если Договором страхования не предусмотрено иное (конкретный размер части страховой премии, подлежащей в данном случае возврату Страхователю, определяется Страховщиком в каждом конкретном случае с учетом срока

действия Договора страхования, наличия или отсутствия в этот период выплат, расходов на ведение дела Страховщика).

7.5. Изменение и расторжение сторонами Договора страхования осуществляется в порядке, предусмотренном Гражданским кодексом Российской Федерации.

Договор коллективного страхования между Страховщиком и Страхователем не может быть расторгнут или изменен без согласия Застрахованного лица в отношении данного Застрахованного лица.

7.6. 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 страхования не предусмотрены законом.

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

7.7. В случае отзыва лицензии Страховщик, в течение месяца со дня вступления в силу данного решения органа страхового надзора, уведомляет Страхователя об отзыве лицензии, о досрочном прекращении Договора страхования и/или о передаче обязательств, принятых по Договору страхования (страхового портфеля), с указанием страховщика, которому данный портфель может быть передан.

Обязательства по Договору страхования, по которому отношения сторон не урегулированы, по истечении трех месяцев со дня вступления в силу решения органа страхового надзора об отзыве лицензии подлежат передаче другому страховщику в установленном законодательством порядке.

8. ИЗМЕНЕНИЕ СТРАХОВОГО РИСКА

8.1. В период действия Договора страхования Страхователь (Застрахованный) обязан незамедлительно сообщить Страховщику о ставших ему известными значительных изменениях в обстоятельствах, сообщенных Страховщику при заключении Договора страхования, если эти изменения могут существенно повлиять на увеличение страхового риска (первичном диагностировании хронического заболевания, получении тяжелого увечья, установлении инвалидности).

8.2. При получении информации об обстоятельствах, влекущих увеличение страхового риска Страховщик вправе потребовать изменения условий Договора страхования или уплаты дополнительной страховой премии соразмерно увеличению риска. Расчет дополнительной страховой премии производится в порядке, определенном пунктом 5.11 настоящих Правил.

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 Российской Федерации.

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

9. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

9.1. Права и обязанности Застрахованного по договору страхования.

9.1.1. Застрахованный имеет право:

а) на своевременное и качественное получение медицинских услуг и лекарственной помощи в соответствии с избранными Страхователем Программой (программами) медицинского 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.

9.1.2. 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;

г) сообщить Страхователю и Страховщику об обстоятельствах, влекущих увеличение страхового риска.

9.2. Права и обязанности Страхователя по договору страхования.

9.2.1. 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.9.4 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. 9.5 настоящих Правил;

д) досрочно расторгнуть договор страхования в порядке, предусмотренном настоящими Правилами страхования и гражданским законодательством Российской Федерации.

е) потребовать расторжения Договора страхования в случае нарушения Страховщиком условий Договора страхования. В этом случае Страхователь имеет право на часть страховой премии пропорционально времени, в течение которого действовало страхование.

9.2.2. 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;

г) сообщить Страховщику об обстоятельствах, влекущих увеличение страхового риска.

9.3. Права и обязанности Страховщика.

9.3.1. Страховщик имеет право:

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

б) по согласованию со Страхователем и Застрахованным лицом, выполнившим какую-либо обязанность по договору страхования или предъявивший Страховщику требования о страховой выплате, изменить страховую сумму, срок действия договора страхования или иные условия

договора страхования при изменении цен на предоставляемые медицинские услуги в порядке, предусмотренном Договором страхования;

в) потребовать расторжения Договора страхования и возмещения убытков в порядке, предусмотренном гражданским законодательством Российской Федерации, при неисполнении Страхователем (Застрахованным) обязанностей по сообщению Страховщику об обстоятельствах, влекущих увеличение страхового риска;

г) потребовать расторжения Договора страхования в случае нарушения Страхователем (Застрахованным) условий Договора страхования и (или) Правил страхования. В случае расторжения Договора страхования по требованию Страховщика, если такое требование Страховщика обусловлено нарушением Страхователем (Застрахованным) условий Договора страхования и (или) Правил страхования, в этом случае Страховщик вправе требовать возмещения убытков, причиненных расторжением Договора страхования.

9.3.2. Страховщик обязан:

а) заключать договоры на оказание медицинских и иных услуг Застрахованным в соответствии с законодательством Российской Федерации и настоящими Правилами по добровольному медицинскому страхованию с любыми медицинскими 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.

9.4. 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, если Договором страхования не предусмотрено иное.

В случае уменьшения по инициативе Страхователя числа Застрахованных (исключение Застрахованных из списка производится только с их согласия) Договор страхования 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.

9.5. 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 на лиц, исключаемых из списка Застрахованных, вновь Застрахованным выдаются страховые полисы на условиях первоначально заключенного Договора страхования.

При этом производится пересчет размера страховой премии с учетом состояния здоровья Застрахованных за истекший срок страхования.

10. ПОРЯДОК ВЫПОЛНЕНИЯ ОБЯЗАТЕЛЬСТВ ПО ДОГОВОРУ. ОПЛАТА СТОИМОСТИ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ (ЛЕКАРСТВЕННОЙ ПОМОЩИ). СТРАХОВАЯ ВЫПЛАТА

10.1. 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 страховой премии (взносов) если иное не предусмотрено договором страхования.

10.2. Предоставление медицинской (лекарственной) помощи, обусловленной договором страхования, осуществляется путем обращения Застрахованного в медицинские учреждения, указанные в приложении к договору страхования.

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

При обращении Застрахованного (его представителя) в аптеку медицинского учреждения по поводу лекарственных средств предъявляется рецепт, установленной формы, выписанный врачом медицинского учреждения, с которым Страховщик состоит в договорных отношениях.

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

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

Перечисление производится после получения Страховщиком от медицинского учреждения 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 медицинского учреждения для оплаты лекарственных средств осуществляется Страховщиком после получения от медицинского учреждения реестра (счета) на оплату лекарственных средств с приложением копий рецептов. В реестре (счете) указываются номер полиса, фамилия, имя, отчество Застрахованного, фамилия врача, выписавшего рецепт.

Страховщик вправе проверить соответствие оказанных Застрахованному медицинских услуг (лекарственной помощи) их перечню по договору страхования.

10.4. В исключительных случаях (а именно, в медицинском учреждении, к которому прикреплен Застрахованный, отсутствует врач соответствующей специальности, необходимое медицинское оборудование или лекарственное средство; Застрахованному необходима экстренная медицинская помощь и т.п.) Страховщик вправе произвести оплату (компенсацию) произведенных с письменного согласия Страховщика Застрахованным лицом расходов по страховому случаю - на основании письменного заявления Застрахованного с приложением оригиналов документов, подтверждающих факт оказания Застрахованному медицинских услуг, диагноза, сроков лечения, перечня оказанных услуг (из числа предусмотренных договором страхования), понесённых расходов.

Для оплаты (компенсации) понесённых Застрахованным расходов по страховому случаю, он должен в течение 30-ти дней со дня оказания медицинской услуги представить Страховщику перечисленные выше документы.

Оплата лекарственных средств осуществляется на основании представленных копий счетов (чеков) об оплате лекарственных средств и рецепта врача, выписанного на лекарственные средства в связи с наступлением страхового случая, предусмотренного Договором страхования.

10.5. Страховщик не оплачивает медицинские услуги, полученные по инициативе Застрахованного в медицинских учреждениях, не указанных в договоре (полисе) страхования, за

исключением случаев, когда медицинские услуги получены в медицинском учреждении, не предусмотренном в договоре страхования, но обращение в которое согласовано (в письменном виде) и/или организовано Страховщиком.

Страховщик также не производит страховую выплату, если Застрахованный получил медицинские услуги, включая любой период пребывания в стационаре, которые не были рекомендованы и письменно засвидетельствованы медицинским учреждением (лечащим врачом), как необходимые и целесообразные меры.

10.6. Страховщик освобождается от страховой выплаты, когда страховой случай наступил вследствие:

10.6.1. Умысла Страхователя, Выгодоприобретателя или Застрахованного лица, за исключением случая смерти Застрахованного лица, наступившей в результате его самоубийства, при условии, что к этому времени договор страхования действовал уже не менее двух лет.

10.6.2. Воздействия ядерного взрыва, радиации или радиоактивного заражения.

10.6.3. Военных действий, а также маневров или иных военных мероприятий;

10.6.4 Гражданской войны, народных волнений всякого рода или забастовок;

10.6.5. В других случаях предусмотренных законодательством Российской Федерации.

11. ИСКОВАЯ ДАВНОСТЬ. ПОРЯДОК РАЗРЕШЕНИЯ СПОРОВ

11.1. Иск по требованиям, вытекающим из договора добровольного медицинского страхования, может быть предъявлен в сроки, предусмотренные гражданским законодательством Российской Федерации, в порядке, предусмотренном действующим законодательством Российской Федерации, и в соответствующий компетентный судебный орган.

11.2. Качество оказания медицинской помощи, соответствие ее условиям, предусмотренным в договоре страхования, контролируется врачами-экспертами Страховщика.

11.3. 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.

ТАБЛИЦА БАЗОВЫХ СТРАХОВЫХ ТАРИФОВ
(в % от страховой суммы в год)

Программа страхования	Тариф (в %)
1. Амбулаторная помощь	36,33
2. Стационарная помощь	8,56
3. Комплексная медицинская помощь	15,29
4. Стоматология	37,73
5. Скорая (неотложная) медицинская помощь	7,09
6. Ведение беременности и родовспоможение	71,14
7. Семейный врач	25,89
8. Врач офиса	20,73
9. Лекарственная помощь	61,26
10. Реабилитационно-восстановительное лечение (в дополнение к программе Амбулаторная помощь)	10,97
11. Реабилитационно-восстановительное лечение (в дополнение к программе Стационарная помощь)	3,99
12. Реабилитационно-восстановительное лечение (в дополнение к программе Комплексная медицинская помощь)	14,96

При заключении конкретного Договора страхования Страховщик имеет право применять к базовым тарифным ставкам повышающие (от 1,1 до 5,0) и понижающие (от 0,1 до 0,9) коэффициенты с учетом следующих факторов:

- возраст Застрахованного лица (в отношении лиц в возрасте от 1 года до 10 лет и старше 50 лет Страховщик вправе применять повышающий коэффициент от 1,1 до 2,5, для иных возрастных групп – понижающий коэффициент от 0,6 до 0,9);

- состояние здоровья Застрахованного лица (могут применяться как повышающие (от 1,1 до 5,0), так и понижающие (от 0,1 до 0,9) коэффициенты, в частности в отношении инвалидов II и III групп, лиц, имеющих хронические заболевания, применяется повышающий коэффициент от 1,1 до 2,5; в отношении лиц без отягощенной наследственности, без вредных привычек или при их умеренной выраженности – понижающий коэффициент от 0,6 до 0,9);

- профессия (род занятий) Застрахованного лица (в отношении лиц, работа или род занятий которых связаны с повышенным риском причинения вреда здоровью, применяется повышающий коэффициент от 1,1 до 3,0);

- количественный состав группы при заключении Договора страхования с юридическими лицами (по Договору страхования, предусматривающему страхование десяти и более лиц, применяется понижающий коэффициент от 0,3 до 0,9);

- перечень медицинских услуг, предусмотренных программой добровольного медицинского страхования (при уменьшении перечня медицинских услуг, предусмотренного программой, применяется понижающий коэффициент от 0,1 до 0,9);

- техническое оснащение медицинского учреждения; профессиональный уровень и практический опыт медицинского персонала (могут применяться как повышающий коэффициент от 1,1 до 3,0, так и понижающий от 0,5 до 0,9);

- предоставление сервисных услуг согласно п.4.3 Правил страхования (применяется повышающий коэффициент от 1,1 до 3,0).

- другие обстоятельства, имеющие существенное значение для определения степени страхового риска, указанные в заявлении на страхование, Договоре страхования и (или) письменном запросе Страховщика (могут применяться как повышающий коэффициент от 1,1 до 3,0, так и понижающий от 0,5 до 0,9).

Приложение 2
к Правилам добровольного
медицинского страхования
Образец

В Страховое общество “СОСЬЕТЕ ЖЕНЕРАЛЬ Страхование”

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

Страхователь _____,
(полное наименование предприятия, организации)

в лице _____,
(должность, Ф.И.О.)

юридический адрес: _____
_____. Телефон: _____ Факс: _____,

банковские реквизиты: _____

просит заключить договор добровольного медицинского страхования на срок с “___” _____ 20__ г.
по “___” _____ 20__ г. в отношении лиц согласно прилагаемому списку, по следующим
программам страхования:

Наименование программы добровольного медицинского страхования	Медицинское учреждение	Количество лиц, предлагаемых на страхование

Всего: _____ человек.

Руководитель _____ / _____ /

М.П. _____ “___” _____ 20__ г.

Приложение 1 к Заявлению на страхование

Список лиц, предлагаемых на страхование

Страхователь _____

Фамилия, имя, отчество Застрахованного лица	пол	Месяц и год рожде- ния	Паспортные данные	Домашний адрес и телефон	Программа страхования, медицинское учреждение	Другие данные, имеющие значение для установления страховой суммы и тарифа*:

* В том числе указать наличие инвалидности II и III группы

Всего: _____ человек.

Подтверждаю, что среди лиц, включенных в список, **нет**:

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

- инвалидов I группы или детей - инвалидов;

- больных онкологическими заболеваниями и системными заболеваниями крови.

Приложение 3
к Правилам добровольного
медицинского страхования
Образец

В Страховое общество "СОСЬЕТЕ ЖЕНЕРАЛЬ Страхование"

З А Я В Л Е Н И Е

о добровольном медицинском страховании

Я, _____,
(Фамилия, Имя, Отчество)

проживающий(ая) по адресу: _____,

_____ , телефон _____,

паспорт: серия _____ № _____, выдан "____" _____ г., _____

(кем выдан)

прошу заключить договор добровольного медицинского страхования на срок с "____" _____ 20__ г.
по "____" _____ 20__ г. в пользу:

Фамилия, имя, отчество лица, в пользу которого заключается договор страхования	пол	Месяц и год рождения	Паспортные данные	Домашний адрес и телефон	Желаемые условия страхования (программа страхования, медицинское учреждение)	Другие данные, имеющие значение для установления страховой суммы и тарифа*:

Подтверждаю, что указанные лица:

- не состоят на учете в наркологических, психоневрологических, противотуберкулезных, кожно-венерологических диспансерах, центрах по профилактике и борьбе со СПИДом;
- не являются инвалидами I группы или детьми - инвалидами;
- не имеют онкологических заболеваний и системных заболеваний крови.

СТРАХОВАТЕЛЬ: _____

(подпись)

"____" _____ г.

* В том числе указать наличие инвалидности II и III группы

Приложение 4
к Правилам добровольного
медицинского страхования
Образец

**ОБЩЕСТВО С ОГРАНИЧЕННОЙ ОТВЕТСТВЕННОСТЬЮ
“СОСЬЕТЕ ЖЕНЕРАЛЬ Страхование”**

Юридический адрес: _____
Банковские реквизиты: _____
Телефон: _____ Факс: _____ E-mail: _____

**П О Л И С
ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ
№ _____**

Страхователь: _____
(наименование юридического лица или Ф.И.О. физического лица)

в лице _____,
(должность, Ф.И.О.)

адрес: _____, телефон: _____ факс: _____

на условиях “Правил добровольного медицинского страхования” Страховщика заключил договор добровольного медицинского страхования в пользу Застрахованного лица: _____

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

проживающего по адресу: _____, телефон: _____

Страховым случаем является оказание Застрахованному лицу в течение срока действия договора страхования медицинских услуг при остром заболевании, обострении хронического заболевания, травме, отравлении и других несчастных случаях по следующим программам добровольного медицинского страхования:

Программа добровольного медицинского страхования	Адрес и телефон медицинских учреждений	Страховая сумма (руб.)	Страховой тариф (%)	Страховая премия (руб.)

Общая страховая премия _____ руб.
(сумма прописью)

_____ (сроки и порядок внесения)
Договор страхования заключен на срок с “___” _____ 20__ г. по “___” _____ 20__ г.
Особые условия: _____

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

Перечень видов медицинской помощи и медицинских услуг по программам страхования прилагаются.

Застрахованный с Правилами страхования ознакомлен и один экземпляр получил “___” _____ 20__ г.

_____ (подпись Застрахованного)

Страховщик:

_____ (наименование должности руководителя или представителя страховой организации)
М.П.

_____ (подпись)

_____ (фамилия и инициалы)

“___” _____ 20__ г.

Приложение 5
к Правилам добровольного
медицинского страхования
Образец

ДОГОВОР

коллективного добровольного медицинского страхования граждан

№ _____

г. _____ “___” _____ 20__ г.

Общество с ограниченной ответственностью “СОСЬЕТЕ ЖЕНЕРАЛЬ Страхование” (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” от «...» _____ 20__ г. 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, включенным в представленные Страхователем списки при наступлении страхового случая.

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

2. УСЛОВИЯ СТРАХОВАНИЯ

2.1. В соответствии с Правилами добровольного медицинского страхования страховым случаем является оказание Застрахованным лицам в течение срока действия договора страхования медицинских услуг при остром заболевании, обострении хронического заболевания, травме, отравлении и других несчастных случаях, по следующим программам добровольного медицинского страхования:

Наименование программы добровольного медицинского страхования	Медицинское учреждение	Количество лиц, предлагаемых на страхование

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

По настоящему договору установлены страховые суммы и страховые премии на каждого Застрахованного в следующем размере:

Программа добровольного медицинского страхования	Страховая сумма на одного Застрахованного, руб.	Страховой тариф (%)	Страховая премия на одного Застрахованного, руб.	Кол-во Застрахованных по программе	Страховая премия (руб.)

Общая страховая премия по договору: _____ руб.

(сумма прописью)

Страховая премия вносится: _____
(единовременно / в рассрочку – в два срока)

При единовременной оплате:

Страховая премия должна быть уплачена в срок до «__» _____ 20__ г. _____
(наличными деньгами, безналичным расчетом)

При оплате в рассрочку:

Первый страховой взнос в размере: _____ руб.

должен быть оплачен до «__» _____ 20__ г. _____
(наличными деньгами, безналичным расчетом)

Второй страховой взнос в размере: _____ руб.

должен быть оплачен до «__» _____ 20__ г. _____
(наличными деньгами, безналичным расчетом)

2.3. Общая численность Застрахованных на момент заключения договора составляет _____ человек.

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

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

2.4. Страховщик выдает каждому Застрахованному (через Страхователя) страховой полис установленного образца в течение 5 рабочих дней после поступления страховой премии или ее первого взноса на расчетный счет или в кассу Страховщика.

3. СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА

3.1. Договор заключается сроком _____.

3.2. Договор вступает в силу с “__” _____ 20__ г., 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.

Договор оканчивается в 24 часа 00 минут “__” _____ 20__ г.

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

3.4. Договор страхования может быть прекращен досрочно в порядке, предусмотренном гражданским законодательством Российской Федерации и Правилами страхования.

3.5. При досрочном расторжении договора страхования по инициативе Страхователя часть страховой премии _____ (указать: подлежит / не подлежит) возврату.

В случае возврата Страхователю части уплаченной им страховой премии, ее размер определяется Страховщиком в течение пяти рабочих дней с момента получения от Страхователя заявления о досрочном прекращении договора страхования (в произвольной форме) с учетом срока действия договора, наличия или отсутствия в этот период страховых выплат, расходов на ведение дела Страховщика.

4. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

4.1. Права и обязанности Застрахованного по договору страхования.

4.1.1. 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.

4.1.2. 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;

г) сообщить Страхователю и Страховщику об обстоятельствах, влекущих увеличение страхового риска.

4.2. Права и обязанности Страхователя по договору страхования.

4.2.1. 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.4.4 настоящего договора;

в) расширить список Застрахованных и (или) перечень медицинских услуг и медицинских учреждений для Застрахованных в пределах, предусмотренных Правилами страхования 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. 4.5 настоящего договора;

д) досрочно расторгнуть Договор страхования в порядке, предусмотренном Правилами страхования и гражданским законодательством Российской Федерации.

4.2.2. Страхователь обязан:

а) При заключении Договора страхования сообщить Страховщику известные 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 признаются во всяком случае обстоятельства, определенно оговоренные Страховщиком в стандартной форме Договора страхования (страхового полиса) или в его письменном запросе, а также сведения, указанные Страхователем (Застрахованным) в медицинской анкете по установленной Страховщиком форме.,

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

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

г) сообщить Страховщику об обстоятельствах, влекущих увеличение страхового риска.

4.3. Права и обязанности Страховщика.

4.3.1. *Страховщик имеет право:*

а) требовать от Страхователя предоставления полной и достоверной информации, необходимой для заключения договора страхования, в том числе обстоятельства, имеющие существенное значение для определения вероятности наступления страхового случая и размера возможных убытков от его наступления (страхового риска). При этом существенными признаются во всяком случае обстоятельства, определенно оговоренные Страховщиком в стандартной форме Договора страхования (страхового полиса) или в его письменном запросе, а также сведения, указанные Страхователем (Застрахованным) в медицинской анкете по установленной Страховщиком форме;

б) изменить страховую сумму, срок страхования или иные условия Договора страхования по Договору страхования при изменении цен на предоставляемые медицинские услуги путем составления дополнительного соглашения к Договору страхования на условиях Правил страхования и уплаты дополнительной страховой премии;

в) потребовать расторжения Договора страхования и возмещения убытков в порядке, предусмотренном гражданским законодательством Российской Федерации, при неисполнении Страхователем (Застрахованным) обязанностей по сообщению Страховщику об обстоятельствах, влекущих увеличение страхового риска;

Если основанием для расторжения договора послужило существенное нарушение Страхователем данного договора, Страховщик вправе требовать возмещения убытков, причиненных расторжением договора.

4.3.2. *Страховщик обязан:*

а) заключать договоры на оказание медицинских и иных услуг гражданам в соответствии с законодательством Российской Федерации и Правилами добровольного медицинского страхования с любыми медицинскими 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.

4.4. В случае увеличения списка Застрахованных при коллективной форме страхования Страхователь представляет Страховщику сведения, предусмотренные Правилами страхования, 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.

4.5. В случае замены Застрахованных лиц другими лицами 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 лиц, исключаемых из списка Застрахованных, вновь Застрахованным выдаются страховые полисы на условиях первоначально заключенного договора страхования.

При этом производится пересчет размера страховой премии с учетом состояния здоровья Застрахованных за истекший срок страхования.

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
“___” _____ 20__ г.

8. АДРЕСА И БАНКОВСКИЕ РЕКВИЗИТЫ СТОРОН

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

Расчетный счет _____

Реквизиты банка _____

Телефон: _____ Факс: _____ E-mail: _____

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

Расчетный счет _____

Реквизиты банка _____

Телефон: _____ Факс: _____ E-mail: _____

К настоящему договору прилагается: _____

СТРАХОВЩИК

СТРАХОВАТЕЛЬ

(подпись)
“___” _____ 20__ г.

(подпись)
“___” _____ 20__ г.

М.П.

М.П.

Приложение № ____
к договору коллективного добровольного
медицинского страхования граждан
от «__» _____ 20__ г.

Страхователь _____

СПИСОК ЗАСТРАХОВАННЫХ ЛИЦ,

принятых на обслуживание в _____

(название медицинского учреждения и адрес)

по программе _____

(название программы)

с «__» _____ 20__ г. по «__» _____ 20__ г.

№ п/п	Фамилия Имя Отчество	Дата рождения	Адрес проживания	Телефон дом.	Телефон служ.

Всего: _____ человек.

Страховщик _____

Страхователь _____

Приложение 6
к Правилам добровольного
медицинского страхования
Образец

ДОГОВОР

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

№ _____

г. _____ “___” _____ 20__ г.

Общество с ограниченной ответственностью “СОСЬЕТЕ ЖЕНЕРАЛЬ Страхование” (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 (лекарственную) помощь гражданам, которым Страховщиком выдан страховой полис, при наступлении страхового случая. Указанные граждане именуются в дальнейшем “Застрахованный контингент”.

1.2. Страховым случаем является оказание Застрахованному лицу в течение срока действия договора страхования медицинских услуг при остром заболевании, обострении хронического заболевания, травме, отравлении и других несчастных случаях, в рамках программ добровольного медицинского страхования, предусмотренных договором страхования.

1.3. При обращении Застрахованного в Учреждение предъявляется страховой полис, выданный Страховщиком, паспорт либо другой документ, удостоверяющий личность Застрахованного (при обращении по поводу лекарственных средств предъявляется рецепт, установленной формы, выписанный врачом медицинского учреждения).

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 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 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 расторгнуть договор в порядке, предусмотренном гражданским кодексом Российской Федерации.

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. Обо 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. (Аптека медицинского учреждения представляет реестр (счет) 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 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 (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 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. АДРЕСА И БАНКОВСКИЕ РЕКВИЗИТЫ СТОРОН

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

Расчетный счет _____

Реквизиты банка _____

Телефон: _____ Факс: _____ E-mail: _____

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

Расчетный счет _____

Реквизиты банка _____

Телефон: _____ Факс: _____ E-mail: _____

СТРАХОВЩИК

УЧРЕЖДЕНИЕ

(подпись)
“__” _____ 20__ г.
М.П.

(подпись)
“__” _____ 20__ г.
М.П.

ПРОГРАММЫ добровольного медицинского страхования

Программы добровольного медицинского страхования предусматривают дополнительные медицинские и иные услуги сверх установленных программами обязательного медицинского страхования.

“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;
- 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, указанном 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.

“Комплексная медицинская помощь”.

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

“Стоматология”.

Страховщик гарантирует Застрахованному предоставление и оплату терапевтической и хирургической стоматологической помощи.

Перечень медицинских услуг

- диагностические стоматологические мероприятия (рентгенологическое обследование, реография и др.) по показаниям врачей – стоматологов;
- консультативные услуги врачей – стоматологов;
- лечебные терапевтические мероприятия и процедуры, проводимые по медицинским показаниям (лечение кариеса, пульпита, периодонтита, стоматита, пломбирование, снятие зубных отложений и др.);
- лечебные хирургические мероприятия, проводимые по медицинским показаниям (обезболивание при удалении зуба, удаление зуба, цистэктомия, остановка кровотечения и др.);
- дополнительные лечебные мероприятия, проводимые по медицинским показаниям.

“Скорая (неотложная) медицинская помощь”.

Страховщик гарантирует Застрахованному круглосуточное предоставление и оплату медицинских услуг при обращении в соответствующие учреждения скорой (неотложной) медицинской помощи, определенные договором.

Скорая (неотложная) медицинская помощь предусматривает оказание скорой (неотложной) медицинской помощи при возникновении у Застрахованного угрожающих жизни состояний, вызванных острыми заболеваниями, обострениями хронических заболеваний, травмами, отравлениями и другими несчастными случаями.

При наступлении страхового случая Застрахованный обращается по телефону в диспетчерскую службу Страховщика или медицинского учреждения, с которым у Страховщика заключен договор на обслуживание скорой (неотложной) медицинской помощью.

При прибытии бригады скорой (неотложной) помощи Застрахованный должен предъявить страховой полис и паспорт или иное удостоверение личности. Передача страхового полиса другому лицу запрещается, а оказанные этому лицу медицинские услуги не будут оплачиваться.

Перечень медицинских услуг:

- выезд бригады скорой (неотложной) помощи и осмотр врача;
- проведение необходимой экспресс-диагностики;
- экстренные лечебные манипуляции;
- медицинская транспортировка в стационар в случае необходимости.

“Ведение беременности и родовспоможение”.

Страховщик гарантирует предоставление и оплату медицинских услуг при обращении за медицинской помощью в период беременности и родов в медицинские учреждения (в том числе специализированных центрах), указанные в договоре страхования.

Ведение беременности предусматривает:

- наблюдение закрепленного врача-гинеколога;
- консультативные приемы врачей-специалистов;
- необходимые лабораторно-диагностические, инструментальные, рентгенологические и ультразвуковые исследования;
- подготовку к предстоящим родам, включая занятия по психопрофилактике болевого синдрома в родах и ЛФК.

Родовспоможение включает:

- заблаговременную госпитализацию в родильный дом по показаниям;
- родоразрешение через естественные родовые пути (по медицинским показаниям - оперативное родоразрешение - кесарево сечение);
- послеродовое пребывания матери и новорожденного в стационаре: в случае неосложненных родов и послеродового периода от трех до восьми дней, в случае осложненных родов - до полного выздоровления, возможно совместное пребывание матери и ребенка;
- обследование новорожденного в детском отделении, уход и лечение под наблюдением неонатолога, выполнение плановых прививок;
- перевод беременной или родильницы в специализированные отделения клинических больниц в случае возникновения заболеваний, требующих специализированной помощи.

“Семейный врач”.

Программа предусматривает оказание и оплату терапевтической амбулаторной помощи Застрахованным (членам одной семьи и указанным в договоре страхования) закрепленным за семьей врачом-терапевтом в амбулаторно-поликлинических условиях и на дому.

Перечень медицинских услуг:

- наблюдение и лечение семейным врачом в период острых и обострения хронических заболеваний в амбулаторно-поликлинических условиях;
- лабораторные и инструментальные методы диагностики и лечения по назначению семейного врача;
- лечебно-диагностическая помощь семейного врача на дому у пациента с привлечением при необходимости консультантов - хирурга, невропатолога, кардиолога, гинеколога;
- лечебные манипуляции и физиотерапевтические процедуры: массаж, водо-, электро- и теплолечение, магнито- и лазеротерапия по назначению семейного врача;
- лечебно-консультативная и диагностическая помощь врачей специалистов (кардиолога, ревматолога, гастроэнтеролога, эндокринолога, невролога, травматолога, хирурга, уролога, проктолога, гинеколога, отоларинголога, офтальмолога, дерматолога, аллерголога, иммунолога, ортопеда, физиотерапевта) в медицинских учреждениях, предусмотренных договором страхования;
- ведение амбулаторной карты, выдача медицинской документации (больничные листы, справки, выписки из истории болезни);
- госпитализация по медицинским показаниям по направлению семейного врача с подготовкой всех документов для плановой госпитализации. Патронаж семейного врача во время пребывания в стационаре.

“Врач офиса”.

Программа предусматривает оказание терапевтической амбулаторной помощи Застрахованным (членам одного трудового коллектива и указанным в договоре страхования) закрепленным врачом-терапевтом.

Перечень медицинских услуг:

- наблюдение и лечение врачом офиса в период острых и обострения хронических заболеваний в амбулаторно-поликлинических условиях, на дому, непосредственно на рабочем месте;
- лабораторные и инструментальные методы диагностики и лечения по назначению врача;
- лечебные манипуляции и физиотерапевтические процедуры: массаж, водо-, электро- и теплолечение, магнито- и лазеротерапия по назначению врача;
- лечебно-консультативная и диагностическая помощь врачей специалистов (кардиолога, ревматолога, гастроэнтеролога, эндокринолога, невролога, травматолога, хирурга, уролога, проктолога, гинеколога, отоларинголога, офтальмолога, дерматолога, аллерголога, иммунолога, ортопеда, физиотерапевта) в медицинских учреждениях, предусмотренных договором страхования;
- ведение амбулаторной карты, выдача медицинской документации (больничные листы, справки, выписки из истории болезни);
- госпитализация по медицинским показаниям по направлению врача офиса с подготовкой всех документов для плановой госпитализации. Патронаж врача во время пребывания в стационаре.

Дополнительные программы добровольного медицинского страхования

“Лекарственная помощь”.

Программа “Лекарственная помощь” заключается в дополнение к программам “Амбулаторная помощь” или “Комплексная медицинская помощь”.

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 аптеке, указанной 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.

“Реабилитационно-восстановительное лечение ”

Программа *“Реабилитационно-восстановительное лечение”* заключается в дополнение к программам *“Амбулаторная помощь”*, *“Стационарная помощь”* или *“Комплексная медицинская помощь”*.

Программа предусматривает реабилитационно-восстановительное лечение, после перенесенного заболевания, являющегося страховым случаем, в следующих медицинских учреждениях:

- санаториях;
- санаториях-профилакториях;
- водо- и грязелечебницах;
- больницах и специализированных отделениях восстановительного лечения;
- физкультурных диспансерах;
- реабилитационных центрах;
- физио-кабинетах амбулаторно-поликлинических учреждений.

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

Перечень медицинских услуг:

- физиотерапевтические методы лечения (лазеротерапия, магнитотерапия, электросон, ультразвуковая терапия, КВЧ-терапия, индуктотермия, ингаляции, баротерапия и др.);
- лечебная физкультура;
- лечебное плавание;
- массаж;
- фитотерапия;
- гирудотерапия;
- лечение природными факторами (бальнеологическое, грязелечение, климатолечение, талассотерапия, терренкур, душ Шарко, подводное вытяжение и др.);
- лечебные процедуры и манипуляции, осуществляемые в условиях санаторно-курортного учреждения платно (лекарственные блокады, внутрисуставные инъекции, баночный массаж, промывание миндалин, кишечные промывания и др.);
- нетрадиционные методы лечения (иглорефлексотерапия, су-джок-терапия, мануальная терапия и постзимометрическая релаксация, гомеопатическое лечение, точечный массаж, аурикулодиагностика и аурикулотерапия, электропунктура и др.);
- психотерапия;
- лечение андрологической и сексологической патологии;
- лечебное голодание, разгрузочно-диетическая терапия, диетолечение.

МЕДИЦИНСКАЯ АНКЕТА

Фамилия Имя Отчество Застрахованного				дата рождения				пол	
Рост		см	Вес	кг	Артериальное давление:				Профессиональная сфера деятельности:
1.1. Наблюдаетесь (наблюдались) ли Вы:				При ответе "да", укажите, пожалуйста, наименование и адрес лечебного учреждения и Ф.И.О. лечащего врача; при ответе "нет" – наименование и адрес лечебного учреждения по месту жительства					
- в лечебном учреждении по месту жительства				<input type="checkbox"/>	Да	<input type="checkbox"/>	Нет		
- в лечебном учреждении по месту работы				<input type="checkbox"/>	Да	<input type="checkbox"/>	Нет		
- в других лечебных учреждениях (в т.ч. платных, коммерческих)				<input type="checkbox"/>	Да	<input type="checkbox"/>	Нет		
1.2. Представляли ли Вас на медико-социальную экспертизу, устанавливалась ли Вам группа инвалидности и получали ли Вы в связи с этим какие-либо пособия?				<input type="checkbox"/>	Да	<input type="checkbox"/>	Нет	Если да, приложите, пожалуйста, копии имеющихся у Вас документов	
1.3. Курите ли Вы? <input type="checkbox"/> Нет, никогда				<input type="checkbox"/>	Бросил(а)	_____ лет	<input type="checkbox"/>	Да	Сигареты _____ шт. в день
В течение скольких лет Вы курите (курили)?				<input type="checkbox"/>	назад		<input type="checkbox"/>	Да	Сигары _____ шт. в день
1.4. Употребляете ли Вы пиво, вино или крепкие спиртные напитки?				<input type="checkbox"/>	Да	<input type="checkbox"/>	Нет	Трубку _____ шт. в день	
Если да, укажите, пожалуйста, среднее дневное количество употребления и тип алкоголя:									
1.5. Связана ли Ваша профессиональная деятельность сейчас или была связана в прошлом с вредным производством (химическое производство, атомная энергетика, работа с вредными веществами: ртутью, кислотами и проч.)?				<input type="checkbox"/>	Да	<input type="checkbox"/>	Нет	Если да, поясните, пожалуйста, свой ответ	
1.6. Обращались ли Вы за медицинской помощью или Вам известно, что у Вас имеются заболевания и/или нарушения, повреждения следующих органов:				Если да, укажите, пожалуйста, известные Вам признаки заболевания, диагноз, даты, продолжительность лечения и заполните п.1.7					
А) Хронические заболевания дыхательных путей (носоглотки, бронхов, легких): бронхит, бронхиальная астма, эмфизема, плеврит, туберкулез легких или отдельные признаки заболеваний: постоянный кашель, одышка, кровь или гной в мокроте, прочие заболевания и симптомы				<input type="checkbox"/>	Да	<input type="checkbox"/>	Нет		
Б) Эпилепсия, головокружения, обмороки, потеря сознания, судорожные припадки, нарушение мозгового кровообращения, нарушение речи, параличи, невротические состояния, или другие нарушения психической или нервной систем, прочие заболевания и симптомы;				<input type="checkbox"/>	Да	<input type="checkbox"/>	Нет		
В) Боли в груди, высокое или пониженное кровяное давление, одышка, сердцебиение, сердечные приступы, нарушение сердечного ритма, пороки сердца или другие заболевания и нарушения сердечно-сосудистой системы;				<input type="checkbox"/>	Да	<input type="checkbox"/>	Нет		
Г) Расстройство желудка, хроническая или периодически повторяющаяся диарея (понос), язвенная болезнь, кровотечения из желудочно-кишечного тракта, геморрой, заболевания печени, желчного пузыря, поджелудочной железы, прочие заболевания и симптомы;				<input type="checkbox"/>	Да	<input type="checkbox"/>	Нет		
Д) Заболевания мочевыводящих путей (почек, мочеточников, мочевого пузыря); наличие в моче белка, крови, гноя, сахара; заболевания простаты, детородных органов (яичек, маточных труб, матки); венерические заболевания; прочие заболевания и симптомы;				<input type="checkbox"/>	Да	<input type="checkbox"/>	Нет		
Е) Заболевания опорно-двигательного аппарата (позвоночника, костей конечностей, суставов, мышц) - артрит, подагра, ревматизм, деформация суставов, конечностей или отсутствие последних;				<input type="checkbox"/>	Да	<input type="checkbox"/>	Нет		
Ж) Болезни кожи, подкожной клетчатки, лимфатических узлов; заболевания или нарушения деятельности кровеносных органов;				<input type="checkbox"/>	Да	<input type="checkbox"/>	Нет		

1.9. В течение последних 5 лет проходили ли Вы обследование, получали ли Вы консультацию, имели ли травмы, операции?	<input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> Нет	
1.10. В течение последних 5 лет находились ли Вы на лечении в больнице, санатории или другом медицинском учреждении?	<input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> Нет	
1.11. Страдали или умерли кто-либо из Ваших родных, братьев, сестер, родителей в результате следующих заболеваний: диабет, инсульт, сердечные заболевания, рак, туберкулез или психические заболевания?	<input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> Нет	Опишите подробно, включая возраст смерти
1.12. Состоите ли Вы (состояли) под динамическим наблюдением, на диспансерном учете и получаете ли (получали) какое-либо систематическое лечение?	<input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> Нет	
1.13. Советовали ли Вам обследоваться, лечь в больницу или сделать операцию, однако Вы не следовали этому совету?	<input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> Нет	
1.14. Принимаете ли Вы транквилизаторы, наркотические препараты, лекарства для снижения артериального давления, сердечные препараты? Как часто и в каких дозах?	<input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> Нет	
1.15. Вы занимаетесь регулярно каким-либо видом спорта? Каким видом?	<input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> Нет	

ДЕКЛАРАЦИЯ

Страхователь и Застрахованный подтверждают, что все ответы на вопросы настоящей анкеты являются правдивыми и полными и содержат полную информацию, включая ту, которая, по мнению Страхователя и/или Застрахованного, является несущественной.

Страхователь в дальнейшем согласен, что утверждения, сделанные в этом заявлении, будут являться основой для подписания договора страхования между ООО «СОСЬЕТЕ ЖЕНЕРАЛЬ Страхование» (далее - Страховщик) и Страхователем, если какое-либо заявление не будет правдивым или если любая информация, которая может воздействовать на оценку или принятие риска будет скрыта, Страховщик имеет право признать договор страхования (страховой сертификат) недействительным.

Страхователь и Застрахованный обязуются информировать Страховщика о каких-либо изменениях в состоянии здоровья Застрахованного в пределах дат: подписания этого заявления на страхование и даты начала действия страхования.

Застрахованный настоящим дает Страховщику право получать информацию от врачей, которые когда-либо Застрахованного лечили. Данное право действует как до даты подписания договора страхования, так и в течение срока действия договора страхования.

Застрахованный настоящим заявлением разрешает любому врачу поликлиники, больницы или другим медицинским работникам из других медицинских учреждений, имеющим информацию об истории заболевания Застрахованного, о физическом и психическом состоянии Застрахованного, диагнозе, лечении и прогнозе, предоставлять ее в случае необходимости Страховщику, в том числе в случае смерти Застрахованного.

Страхователь и Застрахованный разрешают Страховщику использовать эту информацию только для решения вопросов, связанных со страхованием и перестрахованием, в том числе для рассмотрения вопроса о выплате страхового обеспечения при наступлении страхового случая.

Дата	200 г.	Место (населенный пункт)	
ПОДПИСЬ СТРАХОВАТЕЛЯ		ПОДПИСЬ ЗАСТРАХОВАННОГО	КОД И ПОДПИСЬ АГЕНТА