

АКЦИОНЕРНОЕ ОБЩЕСТВО «СТРАХОВАЯ КОМПАНИЯ МЕТЛАЙФ»

УТВЕРЖДАЮ:

Президент Акционерного общества «Страховая компания МетЛайф»

Зарецкий А.М.

01 декабря 2015 года

П Р А В И Л А
ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

ОПРЕДЕЛЕНИЯ	2
1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ	5
2. ОБЪЕКТ СТРАХОВАНИЯ.....	6
3. СТРАХОВЫЕ СЛУЧАИ И ПРОГРАММЫ СТРАХОВАНИЯ	6
4. ИСКЛЮЧЕНИЯ ИЗ ОБЪЕМА СТРАХОВОГО ПОКРЫТИЯ	7
5. СТРАХОВАЯ СУММА	10
6. ФРАНШИЗА.....	10
7. СТРАХОВАЯ ПРЕМИЯ И ПОРЯДОК ЕЕ ОПЛАТЫ	11
8. ДОГОВОР СТРАХОВАНИЯ: ПОРЯДОК ЗАКЛЮЧЕНИЯ, СРОК ДЕЙСТВИЯ ПРЕКРАЩЕНИЕ	12
9. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН.....	16
10. ВЗАИМООТНОШЕНИЯ СТОРОН ПРИ НАСТУПЛЕНИИ СТРАХОВОГО СЛУЧАЯ	17
11. ОТКАЗ В ВЫПЛАТЕ СТРАХОВОГО ВОЗМЕЩЕНИЯ	19
12. ПОРЯДОК РАЗРЕШЕНИЯ СПОРОВ	20
Приложение 1	21
Приложение 2	22
Приложение 3	24
Приложение 4	26
Приложение 5	28
Приложение 6	35
Приложение 7	39

ОПРЕДЕЛЕНИЯ

Вид страхования и виды договоров страхования

Добровольное медицинское страхование охватывает весь спектр страховых услуг, который Страховщик оказывает потребителям страховых услуг на основе настоящих Правил страхования. Отдельные виды договоров страхования, заключаемые на основе настоящих Правил страхования, могут отражать в названии конкретный вид страховой услуги.

Кроме того, Страховщик вправе отражать в названии договоров страхования и при кодификации договоров страхования, заключенных на основе настоящих Правил страхования, их принадлежность к тому или иному виду программы страхования, при условии, что указанная программа страхования, полисные условия к ней и сам договор страхования сформированы на основе настоящих Правил страхования.

Договор на предоставление Медицинских услуг

Соглашение между медицинским учреждением и Страховщиком, по которому медицинское учреждение обязуется предоставлять Застрахованным помощь определенного объема и качества в конкретные сроки в рамках программ добровольного медицинского страхования. Договором на предоставление медицинских услуг должны быть установлены стоимость работ и порядок расчетов.

Застрахованное Лицо

Физическое лицо, чьи имущественные интересы застрахованы по договору страхования, заключенному между Страхователем и Страховщиком на основе настоящих Правил страхования, и имеющее право получать предусмотренные договором страхования медицинские услуги при наступлении страхового случая.

Медицинская помощь

Первичная медико-санитарная помощь, скорая и неотложная медицинская помощь, медико-транспортная помощь, специализированная медицинская помощь: врачебные консультации, врачебные и сестринские манипуляции, диагностика, лечение как таковое, включая медикаментозное и инструментальное обеспечение, профилактическое и восстановительное лечение и иные виды медицинского, медико-санитарного, восстановительного, профилактического вспоможения.

Медицинские услуги

Перечень конкретных видов (наименований) Медицинской помощи, включённых в договор страхования.

Медицинские учреждения

Учреждения здравоохранения всех форм собственности, имеющие соответствующие лицензии на осуществление основной, обязательной, вспомогательной, научно-исследовательской и иных видов медицинской деятельности, в том числе медицинский менеджмент, и с которыми Страховщик состоит в договорных отношениях по оказанию медицинских услуг Застрахованным лицам.

К медицинским учреждениям относятся:

- лечебные, лечебно-профилактические учреждения: а) **больничные учреждения**, в том числе стационары, госпитали, больницы; б) диспансеры; в) **амбулаторно-поликлинические учреждения**, в том числе амбулаторные медицинские центры; г) учреждения скорой медицинской помощи; д) учреждения охраны материнства и детства; е) **реабилитационно-восстановительные учреждения**, в частности реабилитационные центры, восстановительные, санаторно-курортные учреждения, и другие;

- **аптечные учреждения**: аптеки, аптечные киоски медицинских учреждений;
- иные учреждения, в том числе зарубежные медицинские учреждения, **сервисные медицинские компании** (компании по медицинскому менеджменту и (или) содействию), однако при условии, что у медицинского учреждения, оказавшего медицинские услуги, имеются соответствующие регистрационные сертификаты, лицензии (аккредитации, разрешения и т.п.), которые необходимы ему по законодательству местонахождения учреждения для осуществления им деятельности и не противоречат действующему законодательству РФ с точки зрения признания его медицинским учреждением.

- а также лица, осуществляющие медицинскую деятельность как индивидуально, так и коллективно, кроме случаев, когда Страховщик устанавливает в отношении таких лиц определенные ограничения (например, что такие лица должны состоять в трудовых, гражданско-правовых отношениях с медицинским учреждением и т.п.).

Конкретный перечень медицинских учреждений, в которые Застрахованное Лицо вправе обратиться за получением медицинской помощи, приводится в приложении к договору страхования.

При этом **Сервисная компания** – специализированная компания, с которой у Страховщика имеются договорные отношения, и которая по поручению Страховщика обеспечивает консультирование и организацию оказания услуг, предусмотренных настоящей Дополнительной программой страхования. Страховщик самостоятельно определяет Сервисную компанию и вправе заменить Сервисную компанию без согласования со Страхователем. С целью оказания услуг по «Медицинскому консъержу» Сервисная компания имеет право привлекать медицинские организации и квалифицированных специалистов в области здравоохранения и вспомогательных отраслях в дополнение к списку, прилагаемому к настоящим Дополнительным полисным условиям страхования.

Недостоверные сведения

Заведомо ложные и (или) недостоверные и (или) неполные сведения.

Период ожидания

Промежуток времени, только по истечении которого свершившееся событие, предусмотренное договором страхования, может быть рассмотрено в качестве страхового случая.

Программа страхования

Программа добровольного медицинского страхования, отражающая перечень Медицинских услуг, стоимость которых Страховщик возмещает на условиях предоставления страховой защиты по добровольному медицинскому страхованию. Программа страхования содержится в Приложении III к настоящим Правилам. Программа страхования, на условиях которой предоставляется страховое покрытие по добровольному медицинскому страхованию, прилагается к заключаемому договору страхования.

Расходы

Расходы, несение которых вызвано необходимостью обращения Застрахованного Лица за Медицинской помощью и оказания ему Медицинской помощи в объеме, перечне и пределах, предусмотренных договором страхования.

Страхователь

Дееспособное физическое лицо, предприниматель без образования юридического лица или юридическое лицо любой организационно-правовой формы, заключившее со Страховщиком договор страхования в соответствии с настоящими Правилами. При этом Страхователями могут выступать как российские, так и иностранные юридические и физические лица, а также лица без гражданства при условии, что они обладают имущественным интересом, который может быть застрахован Страховщиком.

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

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

Страхователи – предприниматели без образования юридического лица заключают со Страховщиком договоры страхования, как в свою пользу, так и о страховании третьих лиц в пользу последних (Застрахованных Лиц). Для Страхователей – предпринимателей без образования юридического лица применяются положения настоящих Правил, относящиеся:

а) к Страхователям – физическим лицам, если предприниматель без образования юридического лица заключает со Страховщиком договор страхования в свою пользу, либо

б) к Страхователям – юридическим лицам, если предприниматель без образования юридического лица заключает со Страховщиком договор страхования в пользу третьих лиц (Застрахованных лиц).

Страховая выплата

Денежная сумма, которую Страховщик в соответствии с договором страхования обязан выплатить при наступлении страхового случая.

Страховая премия (взнос)

Плата за страхование, которую Страхователь обязан уплатить Страховщику в порядке и в сроки, установленные договором страхования. Размер страховой премии рассчитывается на основе тарифов, разработанных компанией с учетом статистических данных по событиям с Застрахованным Лицом, а также по тем программам, где это применимо, - в зависимости от степени риска при принятии его на страхование.

Страховая сумма

Определенная договором страхования денежная сумма, устанавливаемая по каждому страховому событию отдельно и (или) по всем страховым событиям совокупно, исходя из которой, определяются размеры страховой премии и страхового обеспечения.

Страховой риск

Предполагаемое событие, обладающее признаками случайности и вероятности, на случай которого осуществляется страхование.

Страховой случай

Свершившееся событие (реализованный страховой риск), предусмотренное договором страхования, с наступлением которого возникает обязанность Страховщика произвести страховую выплату.

Страховой тариф

Ставка страховой премии (страхового взноса) в процентах от страховой суммы.

Страховщик

АО «Страховая Компания МетЛайф», действующая в соответствии с законодательством РФ.

Террористический Акт

Применение или угроза применения силы или насилия против личности или имущества, либо совершение действия, угрожающего человеческой жизни или имуществу, либо совершение действия, приводящего к нарушению или срыву работы электронного оборудования или систем связи, осуществленное лицом или группой лиц, независимо от того, действуют ли они от имени или в связи с какой-либо организацией, правительством, органом власти или вооруженными силами, с целью запугивания, устрашения или нанесения ущерба правительству, гражданскому населению или части его, либо нарушения деятельности какой-либо отрасли экономики. Терроризм также включает любое действие, подтвержденное или признанное в качестве террористического акта правительством страны, где это действие совершено.

Форс-мажор (обстоятельства непреодолимой силы)

Под обстоятельствами непреодолимой силы стороны понимаются:

- военные действия, вторжения, внезапные военные нападения, действия вражеской армии, нации или врага,
- конфискация, реквизиция, арест, повреждение либо уничтожение имущества по распоряжению органов государственной власти, и иные действия органов государственной власти, существенно ограничивающие возможность исполнения обязательств сторонами по договору страхования, в том числе и вступление в силу соответствующих законных и подзаконных актов.
- бунт, восстание против законной власти, гражданские волнения, забастовки, беспорядки, восстание, организованное вооруженное сопротивление правительству, военный переворот, гражданская война,
- террористический акт, либо преднамеренное применение военной силы с целью пресечения, предотвращения или сдерживания ставшего известным или предполагаемого террористического акта,
- ядерное, химическое или биологическое воздействие либо заражение.

В конкретном договоре страхования или для группы договоров страхования Страховщик вправе разрабатывать и использовать и иные определения, а также вносить дополнения, уточнения, изменения в вышеперечисленные определения, - в той мере, в какой это не противоречит действующему законодательству РФ.

1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

1.1. Настоящие Правила определяют общий порядок и условия добровольного медицинского страхования, осуществляемого Страховщиком в соответствии с законодательством Российской Федерации. В соответствии с настоящими Правилами и действующим законодательством Российской Федерации Страховщик заключает со Страхователями договоры добровольного медицинского страхования.

1.2. По договору страхования могут быть застрахованы имущественные интересы, связанные с оплатой организации и оказания медицинской и лекарственной помощи (медицинских услуг) и иных услуг вследствие расстройства здоровья физического лица или состояния физического лица, требующих организации и оказания таких услуг, а также проведения профилактических мероприятий, снижающих степень опасных для жизни или здоровья физического лица угроз и (или) устраняющих их (медицинское страхование).

1.3. При заключении договора страхования на условиях, содержащихся в настоящих Правилах, эти Правила становятся неотъемлемой частью договора страхования и обязательны для исполнения Страхователем и Страховщиком. Страхователь и Страховщик вправе согласовать любые иные дополнения, исключения, уточнения к договору страхования, не запрещенные действующим законодательством, исключить из текста договора страхования отдельные положения настоящих Правил, не относящихся к конкретному договору, закрепив это в тексте договора страхования.

Страховщик также вправе на основе настоящих Правил формировать Полисные условия страхования, страховые медицинские программы к отдельному договору или отдельной группе договоров страхования, заключаемых на основе настоящих Правил страхования, ориентированные на конкретного Страхователя, - в той мере, в какой это не противоречит действующему законодательству и настоящим Правилам. Такие Полисные условия прилагаются к договору страхования, и являются его неотъемлемой частью.

Страховщик вправе присваивать маркетинговые названия страховым услугам (продуктам), разработанным на основе настоящих Правил страхования, - в той мере и в том порядке, как это не противоречит действующему законодательству РФ.

Договор страхования считается заключенным на условиях, содержащихся в настоящих Правилах в том случае, если в нем прямо указывается на их применение и сами Правила прилагаются к договору. Вручение Страхователю Правил страхования при заключении договора удостоверяется соответствующей записью в тексте договора.

1.4. Страховщик осуществляет страховую защиту Застрахованных Лиц в объеме принятой на себя страховой ответственности, компенсируя дополнительные Расходы Страхователя (Застрахованного Лица) путем частичной или полной оплаты медицинских услуг, предоставляемых Застрахованному Лицу.

1.5. Страховщик принимает на себя обязательство организовать и оплатить или возместить Расходы, понесенные в связи с оказанием Застрахованному Лицу Медицинской помощи по технологиям, применяемым в Медицинских учреждениях, указанных в договоре страхования, заключенном со Страхователем.

1.6. Страховщик заключает договоры страхования со Страхователями – физическими лицами (индивидуальные договоры страхования) и со Страхователями - юридическими лицами (коллективные договоры страхования). Коллективные договоры страхования заключаются в пользу работников Страхователя, а также их родственников. Со Страхователями – предпринимателями без образования юридического лица могут заключаться как индивидуальные, так и коллективные договоры страхования, в зависимости от того, связан ли имущественный интерес с личностью самого Страхователя, или же с личностью работающих у него сотрудников.

1.7. Субъектами добровольного медицинского страхования выступают:

- а) Страховщик,
- б) Страхователь,
- в) Застрахованное Лицо,
- г) Исполнитель медицинских услуг (Медицинское учреждение).

1.8. Для обеспечения оказания Застрахованным Лицам Медицинской помощи по отдельным или одновременно по нескольким программам страхования Страховщик заключает с Медицинскими учреждениями договоры на оказание Застрахованным Лицам Страховщика Медицинских услуг.

1.9. Страховая выплата осуществляется:

- а) либо в порядке оплаты Медицинскому учреждению Расходов за оказанную Застрахованному Лицу Медицинскую помощь,
- б) либо в порядке возмещения (полностью или частично) Страхователю (Застрахованному Лицу) Расходов, понесенных им в связи с получением Медицинской помощи у Исполнителей медицинских услуг.

1.10. Страховщик может предусмотреть в договоре страхования, что при наступлении страхового случая Страхователь (Застрахованное Лицо) для получения Медицинской помощи Застрахованным Лицом должен обратиться:

- а) к Страховщику – по соответствующему номеру телефона, указанному в договоре страхования,

б) непосредственно в Медицинское учреждение – по соответствующему адресу и (или) номеру телефона, указанному в договоре страхования,

в) в Сервисную медицинскую компанию – по соответствующему номеру телефона, указанному в договоре страхования. При этом в случае обращения Страхователя (Застрахованного Лица) к Сервисной медицинской компании, она в данном конкретном случае выступает единственным представителем Страховщика по организации оказания необходимой Застрахованному Лицу Медицинской помощи. Сервисная компания, руководствуясь обстоятельствами страхового события, и инструкциями Страховщика (в случаях, когда по условиям договора, заключенного между Страховщиком и Сервисной компанией требуется предварительное согласие Страховщика), для организации оказания Медицинской помощи Застрахованному Лицу использует средства и услуги, наиболее подходящие для физического состояния Застрахованного Лица.

1.11. Предусмотренные договором страхования выплаты производятся Страховщиком независимо от сумм, причитающихся Застрахованному Лицу по государственному социальному страхованию, социальному обеспечению, сумм, выплачиваемых в порядке возмещения вреда по другим договорам страхования.

2. ОБЪЕКТ СТРАХОВАНИЯ

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

3. СТРАХОВЫЕ СЛУЧАИ И ПРОГРАММЫ СТРАХОВАНИЯ

3.1. Страховым случаем является предусмотренное настоящими Правилами событие, свершившееся в период действия договора страхования, с наступлением которого возникает обязанность Страховщика осуществить страховую выплату в размере полной или частичной компенсации Расходов Застрахованного Лица, вызванных обращением его в Медицинские учреждения за Медицинской помощью.

3.2. Под Страховым Случаем понимается обращение Застрахованного Лица в Медицинское учреждение при остром заболевании, обострении хронического заболевания, травме, отравлении и других состояниях, требующих Медицинской помощи, за получением Медицинских Услуг в объеме программы страхования (см. Приложение 4 к настоящим Правилам), с учетом исключений, указанных в Разделе 4 настоящих Правил, если вышеуказанное обращение произошло в течение срока действия договора страхования.

3.3. Договор страхования может заключаться на условиях предоставления страховой защиты в отношении одной, всех или нескольких (в любой комбинации – по усмотрению Страховщика и, руководствуясь его андеррайтерской политикой) Программ страхования, предусмотренных в пункте 3.4 настоящих Правил.

3.4. Программы страхования (см. Приложение 4 к настоящим Правилам):

3.4.1. Амбулаторно-поликлиническая помощь (кроме стоматологии) с вызовом врача на дом или без такового.

3.4.2. Госпитализация и лечение в стационаре.

3.4.3. Скорая помощь.

3.4.4. Стоматологическое лечение.

3.4.5. Аптечное обслуживание.

3.4.6. Медико-транспортная и сервисная помощь.

Договор страхования может включать все или часть из указанных в п.п.3.4.1-3.4.4, 3.4.6 Программ страхования, а Программа страхования, указанная в п.п. 3.4.5 Правил, может быть предоставлена только в качестве дополнительной Программы страхования к ним.

3.5. Перечень медицинских услуг по договору страхования может ограничиваться или расширяться по индивидуальному соглашению между Страхователем и Страховщиком, в той мере, в какой такое расширение или ограничение не противоречит действующему законодательству РФ и настоящим Правилам страхования.

3.6. По Договору страхования Страховщик принимает на себя обязательство при наступлении страхового случая организовать предоставление и произвести оплату Медицинской помощи и связанных с ней Медицинских услуг необходимого объема и надлежащего качества в Медицинских учреждениях, предусмотренных договором страхования, в соответствии с условиями договора страхования и выбранной Программой страхования.

По договору страхования Страховщик гарантирует оплату Медицинских услуг, предусмотренных настоящими Правилами и соответствующими Программами страхования, предоставляемых Медицинскими учреждениями в РФ и за рубежом.

При этом организация оказания Медицинских услуг в зарубежных Медицинских учреждениях может осуществляться как на основе прямых договоров Страховщика с зарубежными Медицинскими учреждениями, так и через российские Медицинские учреждения либо при посредничестве Сервисных медицинских компаний, однако во всех перечисленных случаях оплата таких услуг будет считаться обоснованной при надлежащем оформлении документов и наличии у Медицинского учреждения, оказавшего Медицинские услуги, соответствующих регистрационных сертификатов, лицензии (аккредитации, разрешения и т.п.), которые необходимы ему по законодательству местонахождения учреждения для осуществления им деятельности.

Медицинское учреждение, с которым Страховщик заключил соответствующий договор на оказание Застрахованным Лицам Медицинских услуг, в случае отсутствия у него по преискуранту и (или) роду деятельности (специализации) соответствующих Медицинских услуг, может организовать оказание таких Медицинских услуг в других Медицинских учреждениях. При этом письменное согласие Страховщика на этот счет является обязательным, если иное не предусмотрено договором между Страховщиком и Медицинским учреждением.

3.7. Договоры страхования заключаются, как правило, без предварительного медицинского освидетельствования потенциальных Застрахованных Лиц.

Однако Страховщик оставляет за собой право в каждом конкретном случае или при заключении отдельных групп договоров добровольного медицинского страхования перед заключением договора страхования потребовать проведения предварительного медицинского освидетельствования или медицинского анкетирования. Медицинское освидетельствование проводится, как правило, за счет Страховщика. Однако, договором страхования может быть также предусмотрена возможность несения Страхователем расходов по проведению медицинского освидетельствования Застрахованных Лиц в какой-то части или в полном объеме.

В зависимости от результатов предварительного медицинского освидетельствования или медицинского анкетирования Застрахованному Лицу устанавливается соответствующая группа здоровья (группа риска) в соответствии с андеррайтерскими стандартами и требованиями Страховщика.

При определении группы здоровья (группы риска) учитываются различные факторы риска, в частности, но, не ограничиваясь следующими: производственные, бытовые, генетические, образ жизни (стрессы, нервные перегрузки, курение, употребление алкоголя, малоподвижный образ жизни и т.д.).

Указанные факторы риска Страховщик вправе учитывать при исчислении страховых тарифов по конкретным договорам страхования и группам договоров страхования, однако в любом случае тарифная политика Страховщика не должна выходить за рамки согласованной с органом страхового надзора, в той мере, в какой такое согласование предусмотрено действующим законодательством РФ.

В случае отказа потенциального Застрахованного Лица от прохождения медицинского освидетельствования договор страхования может быть заключен только с согласия Страховщика и на условиях, предусматривающих применение к страховому тарифу повышающих коэффициентов, если договором не предусмотрено иное.

4. ИСКЛЮЧЕНИЯ ИЗ ОБЪЕМА СТРАХОВОГО ПОКРЫТИЯ

4.1. В зависимости от выбранных Программ страхования, их комбинирования в одном договоре страхования, сегментов потребителей страховых услуг, и прочих факторов, Страховщик вправе применять один из двух указанных ниже Перечней исключений из объема страхового покрытия:

4.1.1. Перечень исключений 1:

4.1.1.1. Не возмещаются Расходы, понесенные в связи с оказанием Застрахованному лицу Медицинской помощи, необходимость которой вызвана:

- получением травматического повреждения в результате управления транспортным средством в состоянии алкогольного, наркотического или токсического опьянения или передачи управления другому лицу, находящемуся в состоянии алкогольного, наркотического или токсического опьянения,

- получением травматического повреждения или иного расстройства здоровья, наступившего в результате совершения Застрахованным лицом какого-либо действия, которое впоследствии в установленном судебном порядке было признано умышленным преступлением, при этом совершение такого преступления явилось прямой или косвенной причиной наступления страхового случая,

- получением травматического повреждения или иного расстройства здоровья, наступившего в результате участия Застрахованного лица в качестве активной стороны в общественных беспорядках, в военных действиях,

- попыткой самоубийства,

- умышленным причинением телесных повреждений себе,

4.1.1.2. Страховщик не оплачивает стоимость Медицинских услуг, оказанных Застрахованному лицу в случаях, когда:

- Застрахованным лицом получены Медицинские услуги, которые не предусмотрены Программой страхования, предусмотренной договором страхования,

- Застрахованным лицом получены Медицинские услуги в Медицинских учреждениях, не указанных в договоре страхования,

4.1.1.3. Состояния, приведенные в п. 4.1.1.1, определяет Страховщик, основываясь на документах скорой помощи, приемного отделения Медицинского учреждения, а также суда, правоохранительных и (или) иных компетентных органов.

4.1.1.4. Страховщик не оплачивает стоимость Медицинских услуг, указанных в Перечне исключений, кроме случаев, когда оказание Медицинской помощи необходимо для спасения жизни Застрахованного лица, в той мере, в какой это предусмотрено условиями договора страхования.

4.1.2. **Перечень исключений 2:**

4.1.2.1. Не возмещаются расходы Страхователя (Застрахованного Лица), связанные с оказанием Медицинских услуг (Медицинской помощи) Застрахованному Лицу, если они были вызваны следующими событиями и (или) действиями:

- вторжением, внезапным военным нападением, действиями вражеской армии, нации или врага,
- бунтом, восстанием против законной власти, гражданскими волнениями, беспорядками, восстаниями, организованным вооруженным сопротивлением правительству, военным переворотом, гражданской войной.

4.1.2.2. Не возмещаются также расходы, если они были вызваны событиями, наступление которых:

- намеренно спровоцировано Застрахованным Лицом, Страхователем или Выгодоприобретателем,
- вызвано употреблением Застрахованным Лицом любых лекарств, медицинских препаратов или средств, не предписанных квалифицированным врачом,
- вызвано употреблением Застрахованным лицом алкоголесодержащих и наркотических веществ, за исключением медицинских препаратов, предписанных квалифицированным врачом,
- произошло в результате попытки самоубийства Застрахованного лица, и договор страхования к моменту наступления страхового случая действует менее двух лет,
- нахождения Застрахованного Лица в составе вооруженных сил любого государства,
- участия Застрахованного Лица в совершении уголовного преступления,
- управления Застрахованным Лицом транспортным средством любой категории, когда Застрахованное Лицо не имеет права управления таким транспортным средством (право управления подтверждается водительским удостоверением установленного образца), либо случаев, когда Застрахованное Лицо управляло транспортным средством в состоянии алкогольного или наркотического опьянения.

4.2. Только если специально предусмотрено договором страхования, события, указанные в пункте 3.2. настоящих Правил, признаются страховыми случаями, если они произошли в результате:

- участия Застрахованного Лица в любом соревновании, где было использовано моторизованное наземное, водное или воздушное транспортное средство,
- поездки или управления Застрахованным Лицом транспортным средством категории «А» с объемом двигателя более 125 см. куб.,
- если Застрахованное Лицо выступало в качестве Пассажира по Договору Авиаперевозки, кроме случаев, когда Договор Авиаперевозки был заключен с нарушением требований Воздушного кодекса РФ и иных нормативных актов (в том числе и международных), регулирующих отношения, возникающих в связи с заключением Договора Авиаперевозки,
- управления Застрахованным Лицом любым воздушным судном или летательным аппаратом, либо перелета в качестве Пассажира на любом воздушном судне принадлежащем или находящемся в распоряжении Страхователя,
- управления Застрахованным Лицом парашютом, планером, дельтапланом, либо воздушного полета Застрахованного Лица совместно с инструктором на вышеуказанных летательных.

4.3. Страховщик освобождается от исполнения обязательств по договору страхования, заключенному в соответствии с настоящими Правилами, если страховое событие наступило в результате болезни, которая была вызвана:

- тем, что Застрахованное Лицо находилось под воздействием алкоголя или наркотических средств, не относящихся к лекарствам, принимавшимся по назначению квалифицированного врача,
- любой болезнью, смертью, убытком или издержками прямо или косвенно относящимися к ВИЧ (Вирус Иммунодефицита Человека) и/или любой болезнью, связанной с ВИЧ, включая СПИД (Синдром Приобретенного Иммунодефицита) и/или любой мутантной производной или вариациями данных заболеваний,
- лечением нервных или умственных заболеваний Застрахованного Лица, вне зависимости от их классификации, психиатрических отклонений, умственной депрессии, или умственного психического расстройства (психоза),

- плановыми периодическими медицинскими обследованиями Застрахованного Лица в целях контроля или наблюдения, вне зависимости от того, имеют ли они отношение к какой-либо болезни, существовавшей до или после даты вступления в силу договора страхования,

- лечением любого вида, которому подвергалось Застрахованное Лицо, и всеми пребываниями Застрахованного Лица в учреждениях для длительного лечения (домах престарелых, наркологических центрах, и т.д.),

- всеми болезнями Застрахованного Лица, имевшимися до начала действия договора страхования, которые когда-либо требовали госпитализации, амбулаторного лечения или были диагностированы до наступления первого дня срока действия договора страхования, либо если между последним обращением к врачу и (или) лечением данного заболевания и началом действия Договора страхования прошел определенный установленный Договором страхования срок.

4.4. Страховщик освобождается от исполнения обязательств по договору страхования, заключенному в соответствии с настоящими Правилами, в случае если операция и (или) госпитализация прямо связаны:

- с врожденными аномалиями или возникшими вследствие них заболеваниями,
- с косметической или пластической хирургией, за исключением случаев, когда операция сделана в результате события, которое признается несчастным случаем в соответствии с настоящими Правилами,
- с результатами объективного обследования или другими осмотрами (в том числе с результатами лабораторной диагностики или применения рентгенологической аппаратуры), где нет показаний реальных ухудшений нормального здоровья, за исключением нетрудоспособности, установленной во время предыдущего медицинского обследования.
- с любыми психическими или нервными расстройствами или восстановительными курсами лечения, или лечением алкоголизма и наркомании,
- с любой инфекционной болезнью, возникшей во время ухода за инфицированным больным,
- с любым курсом лечения в оздоровительном центре, институте или реабилитационном центре.

4.5. Если договором страхования специально не предусмотрено иное, Страховщик также освобождается от исполнения обязательств по договору страхования, заключенному в соответствии с настоящими Правилами, в случае если операция и (или) госпитализация прямо связаны:

- с беременностью, родами, выкидышем, аборт, гинекологическими заболеваниями,
- с любыми хирургическими процедурами по любому заболеванию, проведенными в течение первых 60 дней с момента вступления договора страхования в силу,

4.6. Если иное не предусмотрено договором страхования, Страховщик освобождается от исполнения обязательств по договору страхования, заключенному в соответствии с настоящими Правилами в случае, если:

- события произошли в результате террористического акта либо преднамеренного применения военной силы с целью пресечения, предотвращения или сдерживания ставшего известным или предполагаемого террористического акта,
- события произошли в результате ядерного, химического или биологического воздействия либо заражения,
- события произошли в результате участия Застрахованного лица в любых видах спорта в качестве профессионального игрока,
- страховой случай наступил в результате болезни, которая была вызвана беременностью Застрахованного Лица или рождением ребенка,
- операция и (или) госпитализация прямо связаны с лечением или проведением хирургической операции по удалению аденоидов или миндалин в течение первых ста восьмидесяти (180) дней с начала действия договора страхования для Застрахованного Лица.

4.7. В конкретном договоре страхования Страховщик вправе увеличить объем исключений из страхового покрытия, если такое решение продиктовано соображениями андеррайтерской политики. При этом если увеличение объема исключений из страхового покрытия продиктовано соображениями андеррайтерской политики, то оно не влечет за собой изменения базовых страховых тарифов, а является условием принятия риска на страхование.

4.8. Договором страхования может быть предусмотрено ограничение по размеру страховой выплаты в случае, если наступление одного страхового события повлекло за собой наступление другого страхового события в течение определенного договором страхования периода времени.

4.9. Любое увеличение объема исключений из страхового покрытия, ограничение по размеру страховой выплаты, изменение страховой премии и иные условия договора страхования прямо или косвенно влияющие на применение раздела 3 настоящих Правил к конкретному договору страхования, допускаются по соглашению сторон в случае, если такие изменения не противоречат законодательству РФ и настоящим Правилам.

4.10. Если условиями конкретного договора страхования предусмотрено положение подпунктов а) и (или) в) пункта 1.10 настоящих Правил, Страховщик оставляет за собой право отказать в выплате, если Застрахованное Лицо не связалось со Страховщиком или Сервисной медицинской компанией до обращения в Медицинское учреждение и (или) не следовало рекомендациям уполномоченного представителя Страховщика или Сервисной медицинской компании.

5. СТРАХОВАЯ СУММА

5.1. Страховая сумма по договору страхования определяется Страховщиком и Страхователем по соглашению сторон на всех Застрахованных Лиц или на каждое Застрахованное Лицо в отдельности, исходя из:

а) Программы страхования, выбранной Страхователем,

б) возраста Застрахованного Лица,

в) срока действия договора страхования,

г) средневзвешенного или максимального уровня Расходов, которые Страхователь может понести при различных заболеваниях или иных причинах обращения за Медицинской помощью, при оказании ему Медицинских услуг в рамках выбранной Страхователем Программы страхования, и иных факторов.

По соглашению Сторон страховая сумма может устанавливаться по отдельным Программам страхования, а также по отдельным категориям расходов, предусмотренным Программой страхования. По соглашению Сторон может также устанавливаться максимальная страховая сумма (лимит выплаты) по договору страхования, в том числе:

- по одному страховому случаю (обращению за Медицинской помощью),

- по всем Программам страхования, включенным в один договор страхования,

- по всем категориям расходов, предусмотренным Программами страхования, включенным в один договор страхования.

5.2. Страховщик оплатит расходы, связанные с оказанием Застрахованному Лицу Медицинской помощи, в пределах страховой суммы, установленной по соответствующей Программе страхования, или совокупной страховой суммы, установленной для всех Программ страхования, по всем категориям расходов, предусмотренным Программами страхования, предусмотренных договором страхования.

5.3. Страхователь вправе в период действия договора страхования по согласованию со Страховщиком изменить страховую сумму и/или расширить перечень предоставляемых Программой страхования услуг, в той мере, в какой это не противоречит действующему законодательству РФ и настоящим Правилам. Изменения вносятся путем оформления дополнительного соглашения с указанием соответствующих изменений и условий их действия.

5.4. Страховщик вправе устанавливать отдельные лимиты возмещения – по отдельным Программам страхования, видам Медицинских услуг, группам Застрахованных Лиц и т.п.

Страховщик также вправе установить в договоре страхования временной лимит возмещения по одному событию или совокупно по всем событиям, произошедшим в период действия договора страхования, иными словами ограничить период времени, в течение которого Застрахованному Лицу оказываются Медицинские услуги, Расходы по которым подлежат возмещению (оплате) Страховщиком на условиях заключенного договора страхования. В случае превышения указанного временного лимита возмещения Страхователь (Застрахованное Лицо) самостоятельно несет Расходы, связанные с оказанием ему Медицинской помощи, превышающие размер установленного лимита.

5.5. Страховая сумма устанавливается в российских рублях. По соглашению сторон в договоре страхования страховая сумма может быть указаны в иностранной валюте, эквивалентом которой является соответствующая сумма в рублях (в дальнейшем – «страхование с валютным эквивалентом»).

6. ФРАНШИЗА

6.1. Договором страхования может быть предусмотрена франшиза – условная или безусловная – в процентах от страховой суммы либо от суммы выплаты или в абсолютном размере.

6.2. В договоре страхования может быть также установлена временная франшиза, то есть период времени (в днях или месяцах) - между вступлением договора страхования в силу и началом ответственности Страховщика по организации Медицинской помощи и оплате Медицинских услуг, - в течение которого оплата полученных Застрахованным Лицом Медицинских услуг не оплачивается Страховщиком, и находится на собственном удержании Страхователя.

6.3. Применение в договоре страхования франшизы может служить основанием для снижения страхового тарифа за счет применения поправочных коэффициентов, предусмотренных в настоящих Правилах, кроме случаев, когда применение франшизы является непременным условием принятия риска на страхование.

7. СТРАХОВАЯ ПРЕМИЯ И ПОРЯДОК ЕЕ ОПЛАТЫ

7.1. Страховой премией является плата за добровольное медицинское страхование, которую Страхователь обязан внести Страховщику в соответствии с условиями договора страхования.

Размер страховой премии определяется, исходя из размеров страховой суммы (лимитов возмещения), страховых тарифов, Программ страхования, указанных в договоре страхования, срока страхования, стоимости обслуживания в выбранных Страхователем Медицинских учреждениях, состояния здоровья и возраста Застрахованных Лиц.

Если договором страхования не предусмотрено иное, при расчете страховой премии в отношении каждого Застрахованного Лица, включенного Страхователем в список Застрахованных Лиц, Страховщик в праве применять поправочные коэффициенты в зависимости возраста, состояния здоровья Застрахованного Лица, условий труда, образа жизни, профессиональной занятости, характера увлечений и других факторов, влияющих на степень риска возникновения и развития хронических заболеваний.

7.2. Размеры коэффициентов определяются экспертным путем в соответствии с внутренними регламентами принятия риска на страхование и (или) андеррайтерскими процедурами Страховщика, а также в той мере, в какой они не противоречат расчетам и экономическому обоснованию тарифов для настоящих Правил страхования.

При определении страховой премии могут применяться различные поправочные коэффициенты, зависящие от возраста, состояния здоровья Застрахованного Лица профессиональной занятости, образа жизни, характера увлечений и иных факторов риска.

7.3. Страховая премия по договору страхования может быть уплачена Страхователем единовременно или в рассрочку (ежемесячно, ежеквартально, раз в полгода, ежегодно), наличными денежными средствами или безналичным платежом, почтовым переводом или иным способом, согласованным в договоре страхования, в рублях РФ (либо в валюте в предусмотренных законодательством случаях) по банковским реквизитам, указанным в договоре страхования.

Договором страхования может быть предусмотрена иная форма уплаты страховой премии в той мере, в какой это не противоречит действующему законодательству РФ.

7.4. Если единовременная страховая премия или ее первый взнос не уплачены к сроку, указанному в договоре страхования, договор страхования считается не вступившим в силу.

7.5. Страховая премия (взносы) уплачиваются в сроки и в размере, указанном в договоре страхования.

7.6. Последствия несвоевременной и (или) неполной оплаты очередного (рассроченного) взноса:

7.6.1. Если к предусмотренному в договоре (полисе) сроку очередной (рассроченный) страховой взнос не будет внесен, то Страхователю предоставляется льготный период, не превышающий 30 (тридцати) дней, если договором страхования (полисом) не предусмотрен иной период, для погашения задолженности по уплате просроченного страхового взноса. При этом Страховщик не осуществляет выплату по событиям, произошедшим в течение льготного периода и до момента погашения Страхователем задолженности по уплате взноса.

7.6.2. Если к предусмотренному в договоре сроку очередной (рассроченный) страховой взнос внесен в меньшей сумме, чем предусмотрено договором страхования (полисом), то Страхователю предоставляется льготный период, не превышающий 30 (тридцати) дней, если договором страхования (полисом) не предусмотрен иной период, для погашения задолженности по уплате просроченного страхового взноса. При этом Страховщик имеет право, либо не осуществлять страховую выплату по событиям, произошедшим в течение льготного периода и до момента погашения Страхователем задолженности по уплате взноса, либо осуществить страховую выплату по событиям, произошедшим в течение льготного периода и до момента погашения Страхователем задолженности по уплате взноса, с удержанием непогашенной задолженности.

7.6.3. Датой погашения задолженности по оплате очередного (рассроченного взноса) считается 00 ч. 00 мин. дня, следующего за датой поступления очередного (рассроченного) страхового взноса на счет (или в кассу) Страховщика, если договором страхования (полисом) не предусмотрено иное.

7.6.4. Если в льготный период для уплаты очередного (рассроченного) взноса задолженность по оплате взноса не будет погашена, договор страхования (полис) считается прекращенным с даты, когда очередной (рассроченный) взнос должен был быть оплаченным Страхователем без предоставления льготного периода для оплаты взноса. При этом Страховщик не осуществляет страховую выплату по событиям, произошедшим после даты, когда очередной (рассроченный) взнос должен был быть оплаченным Страхователем без предоставления льготного периода для оплаты взноса. Если очередной (рассроченный) взнос был внесен не полностью, а задолженность по его оплате не погашена в течение льготного периода, Страховщик возвращает Страхователю взнос, оплаченный не полностью, за вычетом понесенных расходов и (или) убытков, если договором не предусмотрено иное.

7.6.5. Условиями договора страхования могут быть предусмотрены и иные последствия несвоевременной уплаты страховой премии (взносов), не противоречащие действующему законодательству РФ.

7.7. В случае оплаты страховой премии в рассрочку, сумма страхового взноса может быть увеличена Страховщиком. При этом условие об увеличении суммы страхового взноса должно быть зафиксировано в договоре страхования либо дополнительном соглашении к договору страхования.

7.8. Страхователь вправе в период действия договора страхования по согласованию со Страховщиком изменить страховую сумму и (или) расширить перечень предоставляемых услуг, в той мере, в какой это не противоречит действующему законодательству РФ и настоящим Правилам. Изменения вносятся путем оформления дополнительного соглашения с указанием соответствующих изменений и условий их действия.

7.9. Страхователь обязан сохранять документы, подтверждающие уплату им страховой премии и предъявлять их по требованию Страховщика.

7.10. Если страховую премию по поручению Страхователя уплачивает другое лицо, то никаких прав по Договору страхования в связи с этим такое лицо не приобретает.

7.11. При страховании на срок менее одного года страховая премия уплачивается в размерах от исчисленной суммы годовой страховой премии пропорционально продолжительности периода страхования, если иное не предусмотрено Договором страхования.

7.12. Страховая премия устанавливаются в российских рублях. По соглашению сторон в договоре страхования страховая премия может быть указана в иностранной валюте, эквивалентом которой является соответствующая сумма в рублях (в дальнейшем – «страхование с валютным эквивалентом»).

7.13. При страховании с валютным эквивалентом, страховая премия уплачивается в рублях по курсу Центрального Банка РФ, установленному для иностранной валюты на дату уплаты (перечисления), если договором страхования не предусмотрено иное.

8. ДОГОВОР СТРАХОВАНИЯ: ПОРЯДОК ЗАКЛЮЧЕНИЯ, СРОК ДЕЙСТВИЯ ПРЕКРАЩЕНИЕ

8.1. Для заключения договора страхования Страхователь обращается к Страховщику с письменным или устным заявлением и сообщает следующие сведения:

8.1.1. Если Страхователем выступает физическое лицо:

- фамилия, имя, отчество Страхователя;
- фамилия, имя, отчество лица, подлежащего страхованию (если договор страхования заключается в пользу третьего лица);
- возраст лица, подлежащего страхованию;
- домашний адрес и телефон лица, подлежащего страхованию;
- срок страхования;
- предполагаемый перечень видов Медицинской помощи и Медицинских услуг (Программа страхования);
- предполагаемое Медицинское учреждение или предполагаемый перечень Медицинских учреждений.

8.1.2. Если Страхователем выступает юридическое лицо:

- полное наименование Страхователя;
- адрес местонахождения, фактический 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 Медицинских услуг (Программа страхования);
- по возможности - предполагаемый перечень Медицинских учреждений.

Если договором страхования не предусмотрено иное, Страхователь – юридическое лицо 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;
- Программы страхования.

Объем указанной информации может быть уменьшен (увеличен) – по усмотрению Сторон и в зависимости от условий конкретного договора или отдельной группы договоров страхования.

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

8.2. Страховщик имеет право проверить достоверность указанных Страхователем в заявлении и (или) медицинской анкете сведений. В случае установления того, что Страхователь сообщил недостоверные сведения, Страховщик имеет право отказать Страхователю в заключении договора страхования.

Если недостоверность сведений, сообщенных при заключении договора страхования и влияющих на степень риска, будет обнаружена после вступления договора страхования в силу, Страховщик имеет право незамедлительно досрочно прекратить действие договора страхования с письменным уведомлением Страхователя о причинах расторжения договора.

При этом если договором не предусмотрено иное, действует следующая процедура:

- а) такой договор страхования является недействительным,
- б) страховая премия, уплаченная по договору, не подлежит возврату,

в) если в период с даты вступления договора страхования в силу и до момента обнаружения факта предоставления недостоверных сведений наступило страховое событие, но по которому урегулирование страхового требования не завершено и страховая выплата не осуществлена, то по такому договору страхования страховая премия, уплаченная по договору, не возвращается и выплата не производится,

г) если в период с даты вступления договора страхования в силу и до момента обнаружения факта предоставления недостоверных сведений имел место страховой случай, по которому осуществлена страховая выплата, то Страховщик вправе взыскать со Страхователя ущерб, понесенный Страховщиком в связи с такой страховой выплатой.

8.3. Если по требованию Страховщика Застрахованное Лицо должно пройти предварительное медицинское освидетельствование, решение о заключении договора страхования принимается только после прохождения Застрахованным Лицом такого освидетельствования.

8.4. Договор страхования заключается в письменной форме.

В Договоре страхования указываются:

8.4.1. Если Страхователем выступает физическое лицо:

- фамилия, имя, отчество Страхователя;
- фамилия, имя, отчество, пол, год рождения, подробный домашний адрес и телефон Застрахованного Лица;
- Программа страхования;
- срок действия договора;
- размер страховой суммы;
- размер страховой премии, форма и порядок ее уплаты;
- сущность застрахованных и исключенных рисков.
- другие условия страхования.

8.4.2. Если Страхователем выступает юридическое лицо:

- наименование Страхователя;
- адрес местонахождения, фактический адрес и банковские реквизиты Страхователя;
- численность Застрахованных Лиц;
- фамилия, имя, отчество, пол, год рождения, подробный домашний адрес и телефон Застрахованных Лиц;
- Программа страхования;
- срок действия договора;
- сущность застрахованных и исключенных рисков.
- размер страховой суммы (страховых сумм);
- размер страховой премии, форма и порядок ее уплаты;
- другие условия страхования.

Объем информации, отражаемой в договоре страхования, может быть уменьшен (увеличен) – по усмотрению Сторон, однако, в любом случае в договоре страхования должны содержаться все существенные условия договора страхования, предусмотренные действующим законодательством РФ.

8.5. Заключение договора страхования может быть удостоверено выдачей Застрахованному Лицу полиса, либо составлением и подписанием договора в виде единого документа. Договор страхования может также состоять из спецификации полиса (сертификата), Полисных условий, составленных на основе настоящих Правил и иных приложений, которые могут являться неотъемлемой частью договора страхования, если это специально отражено в условиях страхования

При заключении коллективного договора страхования каждому Застрахованному Лицу выдается также именная (или идентификационная) страховая карточка (страховой полис, страховой сертификат) или иной аналогичный документ, удостоверяющий право Застрахованного Лица на получение Медицинских услуг, если иное не оговорено в договоре страхования.

8.6. Застрахованному Лицу запрещается передавать именную (или идентификационную) страховую карточку (страховой полис, страховой сертификат) или иной аналогичный документ другим лицам с целью получения ими Медицинских услуг по договору страхования.

Если будет установлено, что Застрахованное Лицо передало другому лицу именную (или идентификационную) страховую карточку (страховой полис, страховой сертификат) или иной аналогичный документ с целью получения им Медицинских услуг по договору страхования, Страховщик имеет право досрочно прекратить действие договора страхования в отношении такого Застрахованного Лица. К таким случаям применяются общие последствия досрочного прекращения договора страхования, предусмотренные настоящими правилами и (или) договором страхования.

8.7. При утрате Застрахованным Лицом именной (или идентификационной) страховой карточки (страхового полиса, страхового сертификата) или иного аналогичного документа он или Страхователь должен незамедлительно известить об этом Страховщика. Утраченные документы и носители информации признаются недействительными и не могут являться основанием для получения Медицинских услуг в соответствии с заключенным договором страхования. Взамен утраченных документов Страхователю выдаются новые.

При повторной утрате страховых документов в течение действия договора страхования Страховщик вправе, если это специально предусмотрено договором страхования, взыскать со Страхователя дополнительно расходы в размере фактической стоимости их изготовления.

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

8.9. Если Договором страхования специально не предусмотрено иное, договор страхования вступает в силу с момента уплаты в полном объеме Страховой премии или первого ее взноса, если договором страхования предусмотрено внесение страховой премии в рассрочку:

– при уплате страховой премии наличными деньгами – с 00 часов 00 минут дня, следующего за днем, уплаты страхового взноса в кассу Страховщика (или его представителю);

– при уплате страховой премии путем перечисления на расчетный счет Страховщика – с 00 часов 00 минут дня, следующего за днем зачисления средств на расчетный счет Страховщика.

8.10. Договор страхования прекращается в случаях:

8.10.1. истечения срока его действия;

8.10.2. исполнения Страховщиком своих обязанностей по договору страхования в полном объеме;

8.10.3. смерти Застрахованного Лица;

8.10.4. принятия судом решения о признании договора недействительным;

8.10.5. ликвидации Страховщика в порядке, установленном действующим законодательством;

8.10.6. ликвидации Страхователя - юридического лица, в случае если Застрахованное Лицо не приняло на себя исполнение обязанностей Страхователя по уплате взносов;

8.10.7. в других случаях, предусмотренных действующим законодательством РФ.

8.11. При реорганизации Страхователя, являющегося юридическим лицом, его права и обязанности по договору страхования переходят с согласия Страховщика к соответствующему правопреемнику в порядке, определяемом законодательством Российской Федерации.

8.12. Договор страхования может быть расторгнут досрочно по требованию Страхователя или Страховщика, если Договором не предусмотрено иное, а также по соглашению сторон.

8.13. О намерении досрочного расторжения договора Сторона-инициатор расторжения, обязана уведомить другую сторону не менее чем за 30 дней до предполагаемой даты расторжения договора страхования, если договором не предусмотрено иное.

8.14. В случае расторжения договора по требованию Страхователя Страховщик возвращает ему уплаченную страховую премию за неистекший срок действия договора страхования за вычетом фактически понесенных расходов и (или) убытков, если договором не предусмотрено иное.

Премия, подлежащая возврату Страхователю, возвращается ему только после того, как Страховщик получит подтверждение, что вся премия, подлежащая уплате к дню досрочного расторжения договора страхования, должным образом уплачена.

Если ранее было осуществлена какая-либо выплата по Застрахованному Лицу, страховая премия по данному Застрахованному Лицу возврату не подлежит, если договором страхования не предусмотрено иное.

Если требование Страхователя обосновано нарушением Страховщиком условий страхования, страховая премия возвращается в полном объеме, если договором страхования не предусмотрено иное.

- 8.15. Если иное не предусмотрено договором страхования, при действии договора страхования в отношении одного или нескольких Застрахованных Лиц менее года страховая премия исчисляется в процентах, указанных в договоре страхования, от годовой суммы взносов.
- 8.16. В случае расторжения договора по требованию Страховщика, если такое требование Страховщика обосновано нарушением Страхователем (Застрахованным Лицом) условий страхования, Страховщик не возвращает уплаченную страховую премию, если договором не предусмотрено иное.
- 8.17. Договор страхования прекращается до наступления срока, на который он был заключен, если после его вступления в силу возможность наступления страхового случая отпала, и существование страхового риска прекратилось по обстоятельствам иным, чем страховой случай.
- 8.18. Любое мошенничество, ложное заявление или утаивание информации, предоставление недостоверной информации, на которых основано страховое покрытие или которое имеет прямое или косвенное отношение к какому-либо событию, влияющему на обязанность Страховщика предоставить страховое покрытие и (или) осуществить страховую выплату является основанием для признания договора недействительным и применения к нему последствий недействительности договора, предусмотренных действующим законодательством РФ.
- 8.19. Страхование распространяется на страховые случаи, произошедшие на территории РФ. Такими случаями признаются также и те, которые произошли на территории РФ, однако, требуют оказания Застрахованному лицу Медицинской помощи в Медицинских учреждениях, расположенных за рубежом, в той мере в какой это не противоречит настоящим Правилам, условиям заключенного договора страхования и действующему законодательству РФ.
- 8.20. Страхование распространяется на страховые случаи, произошедшие за пределами территории РФ, при условии, что Медицинская помощь Застрахованному лицу оказывается в Медицинских учреждениях, расположенных на территории РФ, если иное не указано в Договоре страхования.

9. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

В период действия договора страхования:

9.1. Страхователь имеет право:

9.1.1. получать Медицинские услуги (Медицинскую помощь) в соответствии с настоящими Правилами и условиями договора страхования.

В случае непредоставления Медицинским учреждением Медицинских услуг, предусмотренных договором страхования, Страхователь (Застрахованное Лицо) обязан незамедлительно поставить в известность об этом Страховщика.

При наличии обоснованной жалобы на отказ в оказании соответствующей Медицинской помощи или на несвоевременность ее предоставления, Страховщик производит расследование по жалобе. Обоснованность жалобы подтверждает экспертная комиссия, создаваемая Страховщиком и Исполнителем медицинских услуг.

Эта же экспертная комиссия правомочна вынести заключение по факту причинения вреда здоровью Застрахованного Лица по вине Медицинского учреждения и определить сумму, которую необходимо выплатить Страхователю (Застрахованному Лицу) для возмещения такого вреда.

9.1.2. в течение срока действия договора страхования увеличить страховую сумму, изменить состав Застрахованных Лиц (в случае исключения из списка Застрахованных Лиц – с согласия самих Застрахованных Лиц), подписав дополнительное соглашение к договору страхования и осуществив соответствующий перерасчет страховой премии. Договор страхования на новых условиях начинает действовать со дня, предусмотренного договором страхования или дополнительным соглашением к нему.

9.1.3. досрочно прекратить договор с обязательным письменным уведомлением Страховщика о дате предполагаемого прекращения; при коллективном страховании (коллективные договоры страхования) возможно прекращение договора страхования в отношении только одного или нескольких Застрахованных Лиц;

9.1.4. получить дубликат полиса в случае его утраты.

9.1.5. получить от Страховщика сведения и (или) документы, характеризующие его платежеспособность и финансовую устойчивость.

9.2. Страхователь обязан:

9.2.1. сообщить Страховщику достоверную информацию, имеющую значение для определения степени риска;

9.2.2. уплачивать страховой взнос в сроки, определенные договором страхования (дополнительным соглашением к договору страхования);

9.2.3. уведомлять об обстоятельствах, повышающих степень риска;

9.2.4. при наступлении страхового события в течение 30 (тридцати) дней, если иное не предусмотрено условиями Договора страхования, с момента, когда у него появилась возможность, сообщить о случившемся, известить Страховщика любым доступным ему способом, позволяющим объективно зафиксировать факт поступления сообщения;

9.2.5. предоставлять по запросу Страховщика необходимую дополнительную документацию для оценки качества Медицинской помощи, оказанной Застрахованным Лицам, и контроля за исполнением условий Договора страхования.

9.3. Страховщик имеет право:

9.3.1. проверять сообщенную Страхователем информацию, а также выполнение Страхователем требований и условий договора;

9.3.2. по мере необходимости в процессе исполнения своих обязанностей по договору страхования направлять запросы в компетентные органы;

9.3.3. отказать в оплате расходов на получение Медицинской помощи в случае, если Застрахованное Лицо или Страхователь умышленно скрыли или исказили информацию о состоянии здоровья Застрахованного Лица или не представили в установленный договором страхования срок документы и сведения, необходимые для установления причин, характера страхового события и его связи с наступившим ухудшением (нарушением) здоровья, или представили заведомо ложные сведения;

9.3.4. контролировать соответствие Программе страхования оказываемых Застрахованным Лицам Медицинских услуг путем проверок счетов из Медицинских учреждений, которые могут осуществляться в пределах всего срока действия Договора страхования и в течение 3 месяцев после даты его завершения;

9.3.5. потребовать признания Договора страхования недействительным в случае, если обнаружится, что Страхователь сообщил при заключении договора страхования недостоверные сведения о Застрахованном Лице.

9.4. Страховщик обязан:

- 9.4.1. ознакомить Страхователя с правилами и порядком предоставления Медицинских услуг;
- 9.4.2. обеспечить конфиденциальность в отношениях со Страхователем и (или) Застрахованным Лицам;
- 9.4.3. при наступлении страхового случая компенсировать расходы на получение Медицинской помощи в пределах указанной в договоре страховой суммы или дать в письменной форме обоснованный отказ на компенсацию расходов, если произошедшее событие не признано страховым случаем, в течение оговоренного в договоре срока после получения всех необходимых документов.
- 9.4.4. При наличии у Застрахованного Лица претензий к качеству и объему Медицинских услуг принять надлежащие меры по устранению недостатков и уведомить Застрахованное Лицо о принятых мерах и их результатах в срок не позднее 3 (трех) дней с момента получения претензии от Застрахованного Лица, если договором страхования не предусмотрен иной срок для мотивированного ответа.

9.5. Застрахованное Лицо имеет право:

- 9.5.1. на получение Медицинских услуг в соответствии с условиями, указанными в договоре страхования, в Медицинских учреждениях, перечень которых определен в договоре страхования;
- 9.5.2. требовать от Страховщика в законном порядке соблюдения условий договора страхования;
- 9.5.3. на получение дубликата страховой карточки (страхового полиса, страхового сертификата), иного аналогичного документа в случае его утраты.

9.6. Застрахованное Лицо обязано:

- 9.6.1. соблюдать предписания лечащего врача, полученные в ходе предоставления Медицинской помощи, соблюдать распорядок, установленный Медицинским учреждением;
- 9.6.2. соблюдать порядок пользования страховой карточкой (страховым полисом, страховым сертификатом), иным аналогичным документом, не передавать их другим лицам, при утрате - незамедлительно сообщить Страховщику;
- 9.6.3. не передавать страховую карточку (страховой полис, страховой сертификат), иной аналогичный документ другим лицам с целью получения ими Медицинских услуг.

10. ВЗАИМООТНОШЕНИЯ СТОРОН ПРИ НАСТУПЛЕНИИ СТРАХОВОГО СЛУЧАЯ

- 10.1. Размер страховой выплаты определяется стоимостью Медицинской помощи и услуг, оказанных Застрахованному Лицу при наступлении страхового случая.

Страховая выплата осуществляется в соответствии с условиями договора на предоставление Медицинских услуг и на основании счета Медицинского учреждения за оказание Медицинских услуг путем безналичного перечисления денежных средств на расчетный счет Медицинского учреждения, либо посредством компенсации Застрахованному Лицу его документально подтвержденных затрат по оплате Медицинских услуг, включенных в Программу страхования. Основанием для выплат в последнем случае является Заявление Застрахованного (Страхователя) с приложением документа об оплате Медицинской помощи и услуг, оказанных Медицинским учреждением.

- 10.2. Оплата Медицинских услуг производится по тарифам и ценам, согласованным между Страховщиком и Медицинским учреждением, в порядке, установленном договором на предоставление Медицинских услуг.
- 10.3. Для получения Медицинской помощи Застрахованное Лицо обращается в Медицинские учреждения, предусмотренные договором страхования, или к Страховщику по контактному телефону, указанным в договоре страхования.
- 10.4. При обращении в Медицинское учреждение Застрахованное Лицо предъявляет паспорт или иной документ, удостоверяющий его личность, а также Страховой именную (или идентификационную) страховую карточку (страховой полис, страховой сертификат) или иной аналогичный документ и (или) пропуск установленного для этого Медицинского учреждения образца.
- 10.5. В случае если договором страхования установлена страховая сумма и (или) лимиты выплаты, размер страховых выплат за период действия договора страхования не может превышать страховой суммы (лимитов выплаты).

Страховщик вправе не оплачивать часть стоимости Медицинских услуг (Медицинской помощи), которая превышает установленную договором страховую сумму.

- 10.6. При необходимости оказания Застрахованному Лицу Медицинской помощи (Медицинских услуг) сверх страховой суммы (лимита выплаты) эта помощь (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 Застрахованного Лица решается самостоятельно Застрахованным лицом.

- 10.7. Если по договору страхования установлена франшиза, размер страховых выплат по договору страхования или каждому страховому случаю выплачивается с учетом франшизы.
- 10.8. При наступлении страхового события Страхователь должен в течение 10 дней, если иное не предусмотрено условиями договора, с момента, когда у него появилась возможность, сообщить о случившемся, известив Страховщика любым доступным ему способом, позволяющим объективно зафиксировать факт поступления сообщения (письмо с нарочным, телеграмма, иное, позволяющее получить письменное подтверждение сообщения).
- 10.9. Если условиями договора и Программы страхования предусмотрено страховое покрытие в отношении плановой госпитализации, вопрос о необходимости плановой госпитализации Застрахованного Лица решает его лечащий врач.
- 10.10. Помимо базовых Медицинских учреждений, указанных в договоре страхования, Страховщик может, при необходимости, направлять Застрахованное Лицо в любые другие Медицинские учреждения с оплатой Медицинских услуг в пределах страховой суммы.
- 10.11. Медицинское учреждение собирает статистику по обратившимся и получившим Медицинскую помощь Застрахованным Лицам и выставляет счета Страховщику на оплату оказанных Медицинских услуг в соответствии с тарифами, согласованными в договоре между Страховщиком и Медицинским учреждением.
- 10.12. Страховщик оплачивает Расходы в связи с оказанными Застрахованному Лицу Медицинскими услугами путем перечисления соответствующих сумм непосредственно Исполнителю медицинских услуг. Оплата производится за фактически оказанную Медицинскую помощь и Медицинские услуги в пределах установленной договором страхования страховой суммы и, если договором страхования была предусмотрена франшиза, с учетом франшизы.
- 10.13. Договором страхования может быть предусмотрена оплата Медицинских услуг лично Страхователем (Застрахованным Лицом). В этом случае страховая выплата осуществляется в порядке компенсации понесенных Страхователем (Застрахованным Лицом) расходов. Выплата осуществляется либо в кассе Страховщика Страхователю и (или) Застрахованным Лицам, либо в порядке перечисления на соответствующий банковский счет. При этом такая выплата осуществляется только после предоставления Страхователем (Застрахованным Лицом) следующих документов, подтверждающих произведенные Расходы:
- а) подлинников счетов Медицинского учреждения (или удостоверенных Медицинским учреждением копий), в которых должны быть указаны фамилия, имя, отчество Застрахованного Лица, номер договора страхования (или его страховой карточки, страхового полиса, страхового сертификата или иного аналогичного документа), наименование (код) болезни и/или услуги, перечень оказанных Медицинских услуг, даты их получения, стоимость предоставленных Медицинских услуг;
 - б) рецептов на лекарственные препараты вместе с относящимися к ним счетами (с датами получения лекарств);
 - в) иных документов, предусмотренных в качестве документов, подтверждающих обоснованность выплаты.
- 10.14. Требуемые документы должны быть представлены Страховщику для оплаты не позднее десяти дней после окончания лечения, если договором страхования не установлен иной срок.
- 10.15. Для обоснования страховой выплаты Страховщик вправе потребовать представление следующих документов:
- а) документ, подтверждающий причину обращения за Медицинской помощью (код болезни, выписку из истории болезни, эпикриз и (или) иной аналогичный документ);
 - б) подлинники счетов Медицинского учреждения (или удостоверенных Медицинским учреждением копий), в которых должны быть указаны фамилия, имя, отчество Застрахованного Лица, номер договора страхования (или его страховой карточки, страхового полиса, страхового сертификата или иного аналогичного документа), наименование (код) болезни и (или) перечень оказанных Застрахованному Лицу Медицинских услуг, даты их оказания, их стоимость, в том числе общая стоимость оказанных Медицинских услуг;
 - в) рецептов на лекарственные препараты вместе с относящимися к ним счетами (с датами получения лекарств).
- 10.16. Медицинские услуги оплачиваются в соответствии с прейскурантами цен, которые зафиксированы в договорах Страховщика с Медицинскими учреждениями.
- 10.17. Страховая выплата осуществляется на основе Страхового акта, составляемого на основе письменного заключения врача-эксперта Страховщика и подписываемого Страховщиком в течение 15

рабочих дней с даты получения всех, необходимых документов для принятия решения по Страховому событию, если иной срок не предусмотрен Договором страхования.

10.18. Страховая выплата осуществляется Страховщиком через Центральный офис Страховщика (в России), если в договоре страхования не предусмотрено иное.

10.19. Выплата осуществляется в сроки, указанные в договоре страхования, при этом срок для исполнения Страховщиком обязательства по осуществлению страховой выплаты начинается с даты составления и подписания Страховщиком Страхового акта.

10.20. Выплата, осуществленная Страховщиком в полном объеме по наступившим и признанным страховым случаям, освобождает Страховщика от дальнейшей ответственности в связи с возможными требованиями или их последствиями.

10.21. В порядке осуществления страховой выплаты компенсируются следующие Расходы, возникшие в связи с оказанием Застрахованным Лицам Медицинской помощи (Медицинских услуг):

а) Расходы в связи с оказанием собственно Медицинских услуг (по тем видам Медицинской помощи, которая предусмотрена Программой страхования и на условиях, предусмотренных договором страхования);

б) Расходы в связи со следующими услугами, непосредственно связанными с Медицинскими услугами, оказанными Застрахованному Лицу:

- плата за комнату и питание в 2-х местной палате, если иной стандарт палаты не предусмотрен условиями договора страхования, за использование операционной, реанимации и амбулаторного медицинского центра и иные аналогичные виды расходов (услуг);

- расходы по осуществлению лабораторных исследований;

- расходы по услугам скорой и (или) неотложной помощи, услуг по транспортировке в Медицинское учреждение или из него, услуги по медицинской эвакуации и прочие аналогичные услуги, предусмотренные договором и Программой страхования;

- расходы по оплате лекарств и препаратов, предписанных врачом, обезболивания (включая проведение анестезии), переливания крови, искусственных конечностей или глаза (исключая починку или замену этих элементов), рентгена, применение протезирования и прочие аналогичные расходы;

- расходы по оплате услуг дипломированного сестринского персонала;

- иные расходы, прямо и непосредственно связанные с оказанием Застрахованному Лицу Медицинских услуг и без которых оказание Медицинских услуг невозможно.

10.22. При страховании с валютным эквивалентом, страховая выплата осуществляется в рублях по курсу Центрального Банка России, установленному для данной валюты на дату выплаты (перечисления). При этом с целью осуществления контроля за валютным риском Страховщик вправе применять ограничения на величину изменения курса валют, принимаемого Страховщиком в качестве допустимого для применения страхования с валютным эквивалентом. Применение таких ограничений будет означать, что Страховщик при изменении курса валюты, в эквиваленте которой отражены обязательства Страховщика в отношении страховой суммы, при наступлении страхового события будет исчислять размер страховой выплаты, исходя из рублевого эквивалента той суммы в валюте, которая закреплена в договоре страхования, и увеличенной на величину изменения курса валют, но не более установленного в договоре ограничения в отношении такого изменения.

11. ОТКАЗ В ВЫПЛАТЕ СТРАХОВОГО ВОЗМЕЩЕНИЯ

11.1. Страховщик имеет право не оплачивать Медицинские услуги Застрахованному Лицу, если:

- Застрахованное Лицо не выполняло предписания лечащего врача или нарушало определенный Медицинским учреждением внутренний распорядок;

- Застрахованное Лицо получило Медицинские услуги, не предусмотренные договором страхования;

- Застрахованное Лицо получило Медицинские услуги в Медицинских учреждениях, не предусмотренных договором страхования;

- Установлен факт передачи Застрахованным Лицом именной (или идентификационной) страховой карточки (страхового полиса, страхового сертификата) или иного аналогичного документа другому лицу для получения им Медицинской услуги;

- Страхователь предоставил искаженные сведения о Застрахованном Лице при заключении договора страхования;

- Страховщик не был извещен в срок о страховом событии, если не будет доказано, что Страховщик своевременно узнал о наступлении страхового события либо, что отсутствие у Страховщика сведений об этом не могло сказаться на его обязанности произвести страховую выплату;

- Требование выплаты предъявлено по событиям, подпадающим под перечень исключений.

- 11.2. Решение об отказе в страховой выплате принимается Страховщиком и сообщается Страхователю (Застрахованному Лицу) в письменной форме с мотивированным обоснованием причин отказа в течение пяти рабочих дней со дня наступления страхового события, если договором страхования не установлен иной срок.

При несогласии Страхователя (Застрахованного Лица) с решением об отказе, действия Страховщика могут быть оспорены в порядке, предусмотренном действующим законодательством РФ.

- 11.3. Не оплачиваются Страховщиком расходы, возникшие в связи с оказанием Медицинских услуг по причинам, возникшим по окончании срока действия договора страхования, за исключением расходов, связанных с госпитализацией Застрахованного Лица, начавшейся в течение срока действия договора страхования, до момента устранения угрозы жизни Застрахованному Лицу, если в отношении последнего положения договором страхования не предусмотрено иное. При этом Страховщик вправе ограничить период оказания Медицинской помощи по такой госпитализации, расходы по которой Страховщик будет согласен возместить (конкретный период указывается в договоре страхования).

12. ПОРЯДОК РАЗРЕШЕНИЯ СПОРОВ

- 12.1. Споры, возникающие между сторонами в период действия договора страхования, разрешаются в соответствии с действующим законодательством РФ.

- 12.2. Исковые требования, вытекающие из условий договора страхования, рассматриваются компетентным судом в порядке, предусмотренном действующим законодательством РФ.

СТРАХОВЫЕ ТАРИФЫ
по добровольному медицинскому страхованию

СТРАХОВЫЕ ТАРИФЫ	
по основным условиям (базовым программам) страхования	
Программа страхования	Тариф, %
Амбулаторно-поликлиническая помощь (кроме стоматологии)	0,83
Госпитализация и лечение в стационаре	0,28
Скорая помощь	0,07
Стоматологическое лечение	0,4
Аптечное обслуживание	0,08
Медико-транспортная и сервисная помощь при оказании Медицинской помощи	0,005

Для программы Амбулаторно-поликлиническая помощь (кроме стоматологии) расчет тарифов сделан для варианта страхования с выездом врача на дом, для варианта страхования без выезда врача на дом к указанному тарифу применяются понижающие коэффициенты от 0,8 до 1,0.

При условии расширения объема страхового покрытия в соответствии с пунктом 3.1.2.2. Правил страхования к указанным тарифным ставкам применяются повышающие коэффициенты от 1,0 до 2,0.

При условии расширения объема страхового покрытия в соответствии с пунктом 3.1.2.4. Правил страхования к указанным тарифным ставкам применяются повышающие коэффициенты от 1,0 до 2,0.

При условии расширения объема страхового покрытия в соответствии с пунктом 3.1.2.5. Правил страхования к указанным тарифным ставкам применяются повышающие коэффициенты от 1,5 до 3,0.

В зависимости от условий страхования (объема и качества медицинских услуг, медицинского учреждения) и других обстоятельств, влияющих на степень риска (возраста (возрастные поправочные коэффициенты приведены ниже), пола, состояния здоровья Застрахованного лица, условий труда, образа жизни, профессиональной занятости, характера увлечений Застрахованного лица, количества Застрахованных лиц по договору страхования и др.) Страховщик применяет к базовым тарифам повышающие (от 1,0 до 10,0) или понижающие (от 1,0 до 0,01) коэффициенты.

Возрастные коэффициенты к базовым тарифам

Возраст застрахованных	Коэффициенты к базовым тарифам
0-1,5	от 1,00 до 3,00
1,5-3	от 1,00 до 2,50
3-56	от 1,00 до 2,00
56-60	от 1,00 до 2,50
61-65	от 1,00 до 5,00

Примерный образец

ЗАО «Страховая компания МетЛайф»

Адрес: _____
 ИНН _____ Р/с _____ в
 банке _____
 кор. счет _____, БИК _____

ПОЛИС**добровольного медицинского страхования**

Серия: _____ №: _____

«__» _____ 200__ года г. _____

ЗАО «Страховая компания МетЛайф» на основании "Правил добровольного медицинского страхования" принимает на себя обязательство при наступлении страхового случая организовать предоставление и произвести оплату Медицинской помощи и связанных с ней Медицинских услуг необходимого объема и надлежащего качества в Медицинских учреждениях, предусмотренных настоящим договором страхования, в соответствии с условиями настоящего договора страхования и выбранной Программой страхования.

По договору страхования Страховщик гарантирует _____
 (ф. и. о. или наименование Страхователя, его адрес)

оплату Медицинских услуг, предусмотренных настоящим договором и соответствующими Программами страхования.

(заявление N _____ от «__» _____ 200__ г.) по обеспечению медицинской помощью Застрахованных лиц, в соответствии с Правилами и Программой добровольного медицинского страхования (прилагаются).

Объект страхования: имущественный интерес лица, о страховании которого заключен договор страхования (Застрахованного Лица), связанный с несением дополнительных расходов, вызванных необходимостью получения Застрахованным Лицом в Медицинских учреждениях, указанных в договоре страхования, Медицинских услуг (Медицинской помощи), включенных в Программу страхования.

Страховой случай: предусмотренное настоящим договором страхования событие, свершившееся в период действия договора страхования, с наступлением которого возникает обязанность Страховщика осуществить страховую выплату в размере полной или частичной компенсации расходов Застрахованного Лица, вызванных обращением его в Медицинские учреждения за Медицинской помощью.

Программа страхования	Компенсируемые расходы	Страховые суммы

Общая страховая сумма: _____ рублей.

(прописью)

Страховая премия _____ рублей.

(прописью)

Срок действия договора страхования: с __ часов «__» _____ 200__ г.

до __ часов «__» _____ 200__ г.

Особые условия договора: _____

Полис выдан «__» _____ 200__ г.

- Приложения:
1. Список Застрахованных
 2. Правила добровольного медицинского страхования
 3. Программа добровольного медицинского страхования

ПОДПИСИ СТОРОН:

Страхователь
М. П.

(подпись)

Страховщик
М. П.

(подпись)

Примерный образец

ДОГОВОР № ____

на оказание медицинских услуг гражданам
по добровольному медицинскому страхованию

г. _____

«__» _____ 200__ г.

ЗАО «Страховая компания МетЛайф», именуемое в дальнейшем «Заказчик», в лице _____ действующее на основании _____ (лицензия № _____ от «__» _____ 200 г.), и медицинское учреждение _____

(наименование лечебного учреждения)

менуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице _____, действующее на основании _____, (лицензия N _____ от «__» _____ 200 г.), заключили настоящий договор о нижеследующем.

1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

1.1. Заказчик поручает, а Исполнитель принимает на себя предоставление застрахованным Заказчиком лицам медицинской помощи в рамках программы медицинского страхования по следующим направлениям:

_____.

1.2. Медицинская помощь должна оказываться в следующие сроки: _____.

2. ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН.

2.1. Исполнитель обязуется:

качественно и в установленные сроки оказать медицинские, оздоровительные и другие услуги всем застрахованным Заказчиком лицам, которые следует оказывать застрахованным лицам в соответствии со страховой программой и договором страхования;

по мере оказания услуг выставлять Заказчику счета на их оплату, документально обосновывать (по требованию Заказчика) правильность указанных в счетах сумм;

ежеквартально, в срок не позднее 25 числа следующего после окончания квартала месяца производить с Заказчиком сверку взаимных расчетов, а окончательную сверку взаимных расчетов производить по истечению финансового года не позднее 25 января года, следующего за отчетным.

в случае изменения цен на медицинские и иные услуги, лекарства, продукты и пр. поставить в известность Страховщика не позднее чем за ____ дней до момента изменения цен; до истечения этого срока расчеты между сторонами производятся по ранее имеющимся ценам.

2.2. Заказчик обязуется:

представить Исполнителю список застрахованных лиц в течение _____ дней после подписания сторонами договора;

производить оплату выставленных счетов в течение 10 дней с момента их поступления.

3. ЧИСЛЕННОСТЬ ЗАСТРАХОВАННЫХ ЛИЦ.

3.1. Численность застрахованных Заказчиком лиц составляет ____ человек. Заказчик без согласования с Исполнителем вправе изменить указанную численность не более чем на ____%.

Обо всех изменениях численности застрахованного контингента Заказчик немедленно извещает Исполнителя.

4. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН.

4.1. В случае необоснованного отказа от оплаты предъявляемого счета, Заказчик уплачивает Исполнителю штраф в размере 10 % от суммы счета, что не освобождает его от выполнения своих обязательств.

4.2. В случае отказа Исполнителем в предоставлении застрахованному лицу услуг, предусмотренных программой медицинского страхования, договором страхования (полисом), а также неполного или некачественного предоставления таких услуг (хотя бы и по болезни работника Исполнителя или выхода из строя диагностической или лечебной аппаратуры, отсутствия расходного материала или лекарств), равно как в случае нарушения медработником правил деонтологии и вежливого обращения с застрахованным лицом - Исполнитель уплачивает Заказчику штраф в размере двукратной стоимости конкретной услуги и кроме того, возмещает Заказчику убытки, причиненные ненадлежащим исполнением своих обязанностей.

4.3. В случае установления факта выставления необоснованного счета (имеющего приписки), Исполнитель возвращает полученные по данному счету средства и уплачивает Заказчику штраф в размере 100 % от суммы выставленного счета.

5. ОБСТОЯТЕЛЬСТВА, ОСВОБОЖДАЮЩИЕ ОТ ОТВЕТСТВЕННОСТИ.

5.1. Стороны освобождаются от ответственности за частичное или полное неисполнение обязательств по настоящему договору, если это неисполнение явилось следствием действия непреодолимой силы, возникшей после заключения настоящего договора (пожар, наводнение, землетрясение, иные стихийные бедствия, а также – война, забастовки и другие чрезвычайные обстоятельства).

5.2. При наступлении указанных в п.5.1. обстоятельств, сторона, для которой наступили эти обстоятельства, должна немедленно известить другую сторону.

Наличие обстоятельств непреодолимой силы должно быть впоследствии подтверждено документом, выданным компетентным органом.

Освобождение от ответственности за неисполнение обязательств ввиду действия обстоятельств непреодолимой силы не освобождает стороны от исполнения самих обязательств.

6. УВЕДОМЛЕНИЕ И СООБЩЕНИЕ.

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

6.2. Стороны обязуются незамедлительно извещать друг друга о всех изменениях своих адресов и реквизитов.

7. ИЗМЕНЕНИЕ И ПРЕКРАЩЕНИЕ ДОГОВОРА.

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

7.2. Настоящий договор может быть прекращен до окончания срока действия:

- а) по соглашению сторон, оформленному в письменном виде;
- б) по инициативе одной из сторон при условии письменного уведомления другой стороны не позднее, чем за ____ дней до прекращения договора.

8. СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА.

8.1. Настоящий договор вступает в силу с даты подписания его сторонами и действует в течение _____.

9. ПРОЧИЕ УСЛОВИЯ.

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

10. АДРЕСА И РЕКВИЗИТЫ СТОРОН.

Заказчик

Адрес: _____

Банковские реквизиты:

Заказчик:

М. П.

Исполнитель

Адрес: _____

Банковские реквизиты:

Исполнитель:

М. П.

ПОДПИСИ СТОРОН:

ПРОГРАММЫ

добровольного медицинского страхования, осуществляемого
ЗАО «Страховая компания МетЛайф»

Программа	Перечень медицинских услуг
1	2
1. Амбулаторно-поликлиническая помощь (кроме стоматологии)	Проведение необходимого поликлинического обслуживания, включая консультации врачей общей практики и специалистов. При необходимости, направление на консультацию в другие медицинские учреждения и на госпитализацию. Врачебное обслуживание Застрахованных на дому.
2. Госпитализация и лечение в стационаре	Госпитализация Застрахованных Лиц в стационарное медицинское учреждение в палаты повышенной комфортности (2-4 местные) с предоставлением следующих медицинских услуг: консультации и другие профессиональные услуги врачей, проведение диагностических обследований, хирургические операции, в том числе реконструктивные, проведение лабораторных исследований, питание, уход среднего медицинского персонала, пребывание в отделении интенсивной терапии, использование операционной и послеоперационных палат, услуги и товары, обычно предоставляемые стационарным учреждением, лечебные манипуляции (перевязка, туалет ран, инъекции и т.п.), кислород, другие газы и их использование, анестетики и их введение.
3. Стоматологическое лечение	Стоматологическая терапевтическая и хирургическая помощь в полном объеме.
4. Скорая помощь	Скорая медицинская и неотложная помощь (оказание медицинской помощи на дому, транспортировка застрахованного в медицинские учреждения).
5. Аптечное обслуживание	Поиск, доставка и оплата лекарств, необходимых для лечения Застрахованных по рецепту лечащего врача, за исключением тех случаев, когда для лечения требуется лекарственное средство, не сертифицированное Министерством Здравоохранения РФ или другими, уполномоченными на это, государственными органами.
6. Медико-транспортная и сервисная помощь при оказании Медицинской помощи	Скорая медицинская и неотложная помощь, транспортировка в Медицинское учреждение или из него, услуги по медицинской эвакуации и прочие аналогичные услуги; помощь дипломированного сестринского персонала; иные виды помощи, прямо и непосредственно связанные с оказанием Застрахованному Лицу Медицинских услуг и без которых оказание Медицинских услуг невозможно.

Объем медицинских услуг предусматривает:

1. Консультации врачей-специалистов: терапевта, кардиолога, хирурга, окулиста, невропатолога, эндокринолога, гинеколога, физиотерапевта, уролога, инфекциониста, психиатра, психотерапевта, психолога, отоларинголога, дерматолога и др.

2. Разнообразные методы обследования и лечения: клиническая лаборатория, биохимическая лаборатория, рентгеновское обследование, ЭКГ, РВГ, РЭГ, ЭЭГ, ультразвуковое исследование, анализ желудочного сока, дуоденальное зондирование, ЭГДС, РРС, колоноскопия и др.; электросон, иглотерапия, ЛФК, массаж, мануальная терапия, иридодиагностика, физиотерапия, психотерапия и пр.

3. Стоматологическое лечение /терапевтические и хирургические заболевания твердых и мягких тканей полости рта/.

4. Проведение предварительного и периодических осмотров, а также целевых осмотров на выявление онкологических заболеваний, туберкулеза, глаукомы, ИБС, гипертонической болезни и пр. заболеваний.

5. Проведение диспансеризации, включающей современные виды лабораторного и инструментального обследования.

6. Лечение выявленных больных.

7. Динамическое наблюдение за больными, взятыми на диспансерный учет.

8. Оказание помощи на дому.

9. Проведение врачебно-трудовой экспертизы, с выдачей листков нетрудоспособности.

10. Осуществление санаторно-курортного отбора.

11. Проведение реабилитационных мероприятий после перенесенного острого или обострения хронического заболеваний.

Примерный образецДОГОВОР № ____
добровольного медицинского страхования

г. _____ «__» _____ 200__ г.

ЗАО «Страховая компания МетЛайф» в лице _____
_____ (далее по тексту – «СТРАХОВЩИК»), действующе__ на основании _____, с
одной стороны, и _____

(ф. и. о. физического лица или наименование юридического)

в лице _____ (далее по тексту –
«СТРАХОВАТЕЛЬ»), действующе__ на основании _____, с другой стороны, заключили настоящий
договор о нижеследующем:

1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА.

1.1. На основании "Правил добровольного медицинского страхования" (далее по тексту – «Правила» в редакции от _____ 2003 года) СТРАХОВЩИК принимает на себя обязательство при наступлении страхового случая организовать предоставление и произвести оплату Медицинской помощи и связанных с ней Медицинских услуг необходимого объема и надлежащего качества в Медицинских учреждениях, предусмотренных настоящим договором страхования, в соответствии с условиями настоящего договора страхования и выбранной Программой страхования, а СТРАХОВАТЕЛЬ обязуется оплатить страховую премию в сроки, в размере и в порядке, установленном в настоящем Договоре.

1.2. По договору страхования Страховщик гарантирует _____
(ф. и. о. или наименование Страхователя, его адрес)

оплату Медицинских услуг, предусмотренных настоящим договором и соответствующими Программами страхования.

(заявление N _____ от «__» _____ 200__ г.) по обеспечению медицинской помощью Застрахованных (список прилагается), в соответствии с Правилами и Программой добровольного медицинского страхования (прилагаются).

1.3. Взаимоотношения сторон регламентируются Правилами, которые являются неотъемлемой составной частью настоящего договора.

2. ОБЪЕКТ СТРАХОВАНИЯ

2.1. Объект страхования: имущественный интерес лица, о страховании которого заключен договор страхования (Застрахованного Лица), связанный с несением дополнительных расходов, вызванных необходимостью получения Застрахованным Лицом в Медицинских учреждениях, указанных в договоре страхования, Медицинских услуг (Медицинской помощи), включенных в программу страхования.

3. СТРАХОВЫЕ СЛУЧАИ. ПРОГРАММЫ СТРАХОВАНИЯ. СТРАХОВЫЕ СУММЫ

3.1. Страховой случай: предусмотренное настоящим договором страхования событие, свершившееся в период действия договора страхования, с наступлением которого возникает обязанность Страховщика осуществить страховую выплату в размере полной или частичной компенсации расходов Застрахованного Лица, вызванных обращением его в Медицинские учреждения за Медицинской помощью.

3.2. Программы страхования:

Программа страхования	Компенсируемые расходы	Страховые суммы

3.3. Общая страховая сумма: _____ рублей.
(прописью)

3.4. Подробное описание программы страхования дано в приложении к настоящему Договору.

4. РАЗМЕР СТРАХОВОЙ ПРЕМИИ И ПОРЯДОК ЕЕ ОПЛАТЫ.

4.1. Страховой тариф _____ % от страховой суммы.

4.2. Общий размер страховой премии по договору установлен в размере _____ рублей.
(прописью).

4.3. Страхователь перечисляет _____
(ежеквартально, ежемесячно, иное)

не позднее _____ числа _____ месяца _____ года страховые взносы в размере _____ рублей.

(прописью)

на расчетный счет Страховщика: _____.

5. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН ПО ДОГОВОРУ.

В период действия договора страхования:

5.1. Страхователь имеет право:

5.1.1. получать Медицинские услуги (Медицинскую помощь) в соответствии с Правилами и условиями договора страхования.

В случае непредоставления Медицинским учреждением Медицинских услуг, предусмотренных договором страхования, Страхователь (Застрахованное Лицо) обязан незамедлительно поставить в известность об этом Страховщика.

При наличии обоснованной жалобы на отказ в оказании соответствующей Медицинской помощи или на несвоевременность ее предоставления, Страховщик производит расследование по жалобе. Обоснованность жалобы подтверждает экспертная комиссия, создаваемая Страховщиком и Исполнителем медицинских услуг.

Эта же экспертная комиссия правомочна вынести заключение по факту причинения вреда здоровью Застрахованного Лица по вине Медицинского учреждения и определить сумму, которую необходимо выплатить Страхователю (Застрахованному Лицу) для возмещения такого вреда.

5.1.2. в течение срока действия договора страхования увеличить страховую сумму, изменить состав Застрахованных Лиц (в случае исключения из списка Застрахованных Лиц – с согласия самих Застрахованных Лиц), подписав дополнительное соглашение к договору страхования и осуществив соответствующий перерасчет страховой премии. Договор страхования на новых условиях начинает действовать со дня, предусмотренного договором страхования или дополнительным соглашением к нему.

5.1.3. досрочно прекратить договор с обязательным письменным уведомлением Страховщика о дате предполагаемого прекращения;

5.1.4. получить дубликат полиса в случае его утраты.

5.1.5. получить от Страховщика сведения и (или) документы, характеризующие его платежеспособность и финансовую устойчивость.

5.2. Страхователь обязан:

5.2.1. сообщить Страховщику достоверную информацию, имеющую значение для определения степени риска;

5.2.2. уплачивать страховой взнос в сроки, определенные договором страхования (дополнительным соглашением к договору страхования);

5.2.3. уведомлять об обстоятельствах, повышающих степень риска;

5.2.4. при наступлении страхового события в течение семи дней, если иное не предусмотрено условиями договора страхования, с момента, когда у него появилась возможность, сообщить о случившемся, известить Страховщика любым доступным ему способом, позволяющим объективно зафиксировать факт поступления сообщения.

5.3. Страховщик имеет право:

5.3.1. проверять сообщенную Страхователем информацию, а также выполнение Страхователем требований и условий договора;

5.3.2. по мере необходимости в процессе исполнения своих обязанностей по договору страхования направлять запросы в компетентные органы;

5.3.3. отказать в оплате расходов на получение Медицинской помощи в случае, если Застрахованное Лицо или Страхователь умышленно скрыли или исказили информацию о состоянии здоровья Застрахованного Лица или не представили в установленный договором страхования срок документы и сведения, необходимые для установления причин, характера страхового события и его связи с наступившим ухудшением (нарушением) здоровья, или представили заведомо ложные сведения.

5.3.4. потребовать признания договора страхования недействительным в случае, если обнаружится, что Страхователь сообщил при заключении договора страхования недостоверные сведения о Застрахованном Лице.

5.4. Страховщик обязан:

5.4.1. ознакомить Страхователя с правилами и порядком предоставления Медицинских услуг;

5.4.2. обеспечить конфиденциальность в отношениях со Страхователем и (или) Застрахованным Лицом;

5.4.3. при наступлении страхового случая компенсировать расходы на получение Медицинской помощи в пределах указанной в договоре страховой суммы или дать в письменной форме обоснованный отказ на компенсацию расходов, если произошедшее событие не признано страховым случаем, в течение оговоренного в договоре срока после получения всех необходимых документов.

5.4.4. При наличии у Застрахованного Лица претензий к качеству и объему Медицинских услуг принять надлежащие меры по устранению недостатков и уведомить Застрахованное Лицо о принятых мерах и их результатах в срок не позднее 3 (трех) дней с момента получения претензии от Застрахованного Лица, если договором страхования не предусмотрен иной срок для мотивированного ответа.

5.5. Застрахованное Лицо имеет право:

5.5.1. на получение Медицинских услуг в соответствии с условиями, указанными в договоре страхования, в Медицинских учреждениях, перечень которых определен в договоре страхования;

5.5.2. требовать от Страховщика в законном порядке соблюдения условий договора страхования;

5.5.3. на получение дубликата страховой карточки (страхового полиса, страхового сертификата), иного аналогичного документа в случае его утраты.

5.6. Застрахованное Лицо обязано:

5.6.1. соблюдать предписания лечащего врача, полученные в ходе предоставления Медицинской помощи, соблюдать распорядок, установленный Медицинским учреждением;

5.6.2. соблюдать порядок пользования страховой карточкой (страховым полисом, страховым сертификатом), иным аналогичным документом, не передавать их другим лицам, при утрате - незамедлительно сообщить Страховщику;

5.6.3. не передавать страховую карточку (страховой полис, страховой сертификат), иной аналогичный документ другим лицам с целью получения ими Медицинских услуг.

6. ПОРЯДОК И УСЛОВИЯ ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ ВЫПЛАТЫ СТРАХОВОГО ВОЗМЕЩЕНИЯ

6.1. Страховая выплата осуществляется в соответствии с условиями договора на предоставление Медицинских услуг и на основании счета Медицинского учреждения за оказание Медицинских услуг путем безналичного перечисления денежных средств на расчетный счет Медицинского учреждения, либо посредством компенсации Застрахованному Лицу его документально подтвержденных затрат по оплате Медицинских услуг, включенных в Программу страхования. Основанием для выплат в последнем случае является Заявление Застрахованного (Страхователя) с приложением документа об оплате Медицинской помощи и услуг, оказанных Медицинским учреждением.

6.2. Оплата Медицинских услуг производится по тарифам и ценам, согласованным между Страховщиком и Медицинским учреждением, в порядке, установленном договором на предоставление Медицинских услуг.

6.3. Для получения Медицинской помощи Застрахованное Лицо обращается в Медицинские учреждения, предусмотренные договором страхования, или к Страховщику по контактным телефонам, указанным в договоре страхования.

При обращении в Медицинское учреждение Застрахованное Лицо предъявляет паспорт или иной документ, удостоверяющий его личность, а также Страховой именную (или идентификационную) страховую карточку (страховой полис, страховой сертификат) или иной аналогичный документ и (или) пропуск установленного для этого Медицинского учреждения образца.

6.4. Страховщик имеет право не оплачивать Медицинские услуги Застрахованному Лицу, если:

– Застрахованное Лицо не выполняло предписания лечащего врача или нарушало определенный Медицинским учреждением внутренний распорядок;

– Застрахованное Лицо получило Медицинские услуги, не предусмотренные договором страхования;

– Застрахованное Лицо получило Медицинские услуги в Медицинских учреждениях, не предусмотренных договором страхования;

– Установлен факт передачи Застрахованным Лицом именной (или идентификационной) страховой карточки (страхового полиса, страхового сертификата) или иного аналогичного документа другому лицу для получения им Медицинской услуги;

– Страхователь предоставил искаженные сведения о Застрахованном Лице при заключении договора страхования;

– Страховщик не был извещен в срок о страховом событии, если не будет доказано, что Страховщик своевременно узнал о наступлении страхового события либо, что отсутствие у Страховщика сведений об этом не могло сказаться на его обязанности произвести страховую выплату;

– Требование выплаты предъявлено по событиям, подпадающим под перечень исключений.

6.5. Решение об отказе в страховой выплате принимается Страховщиком и сообщается Страхователю (Застрахованному Лицу) в письменной форме с мотивированным обоснованием причин отказа в течение пяти рабочих дней со дня наступления страхового события, если договором страхования не установлен иной срок.

При несогласии Страхователя (Застрахованного Лица) с решением об отказе, действия Страховщика могут быть оспорены в порядке, предусмотренном действующим законодательством РФ.

6.6. Не оплачиваются Страховщиком расходы, возникшие в связи с оказанием Медицинских услуг по причинам, возникшим по окончании срока действия договора страхования, за исключением расходов, связанных с госпитализацией Застрахованного Лица, начавшейся в течение срока действия договора страхования, до момента устранения угрозы жизни Застрахованному Лицу, если в отношении последнего положения договором страхования не предусмотрено иное. При этом Страховщик вправе ограничить период оказания Медицинской помощи по такой госпитализации, расходы по которой Страховщик будет согласен возместить (конкретный период указывается в договоре страхования).

6.7. Помимо базовых Медицинских учреждений, указанных в договоре страхования, Страховщик может, при необходимости, направлять Застрахованное Лицо в любые другие Медицинские учреждения с оплатой Медицинских услуг в пределах страховой суммы.

6.8. Страховщик оплачивает Расходы в связи с оказанными Застрахованному Лицу Медицинскими услугами путем перечисления соответствующих сумм непосредственно Исполнителю медицинских услуг. Оплата производится за фактически оказанную Медицинскую помощь и Медицинские услуги в пределах установленной договором страхования страховой суммы и, если договором страхования была предусмотрена франшиза, с учетом франшизы.

6.9. Для обоснования страховой выплаты Страховщик вправе потребовать представление следующих документов:

а) документ, подтверждающий причину обращения за Медицинской помощью (код болезни, выписку из истории болезни, эпикриз и (или) иной аналогичный документ);

б) подлинники счетов Медицинского учреждения (или удостоверенных Медицинским учреждением копий), в которых должны быть указаны фамилия, имя, отчество Застрахованного Лица, номер договора страхования (или его страховой карточки, страхового полиса, страхового сертификата или иного аналогичного документа), наименование (код) болезни и (или) перечень оказанных Застрахованному Лицу Медицинских услуг, даты их оказания, их стоимость, в том числе общая стоимость оказанных Медицинских услуг;

в) рецептов на лекарственные препараты вместе с относящимися к ним счетами (с датами получения лекарств).

Медицинские услуги оплачиваются в соответствии с прейскурантами цен, которые зафиксированы в договорах Страховщика с Медицинскими учреждениями.

Страховая выплата осуществляется на основе Страхового акта, составляемого на основе письменного заключения врача-эксперта Страховщика и подписываемого Страховщиком.

6.10. Страховая выплата осуществляется Страховщиком через Центральный офис Страховщика (в России), если в договоре страхования не предусмотрено иное.

6.11. Выплата осуществляется в сроки, указанные в договоре страхования, при этом срок для исполнения Страховщиком обязательства по осуществлению страховой выплаты начинается с даты составления и подписания Страховщиком Страхового акта.

6.12. Выплата, осуществленная Страховщиком в полном объеме по наступившим и признанным страховым случаям, освобождает Страховщика от дальнейшей ответственности в связи с возможными требованиями или их последствиями.

6.13. В порядке осуществления страховой выплаты компенсируются следующие Расходы, возникшие в связи с оказанием Застрахованным Лицам Медицинской помощи (Медицинских услуг):

а) Расходы в связи с оказанием собственно Медицинских услуг (по тем видам Медицинской помощи, которая предусмотрена Программой страхования и на условиях, предусмотренных договором страхования);

б) Расходы в связи со следующими услугами, непосредственно связанными с Медицинскими услугами, оказанными Застрахованному Лицу:

- плата за комнату и питание в 2-х местной палате, если иной стандарт палаты не предусмотрен условиями договора страхования, за использование операционной, реанимации и амбулаторного медицинского центра и иные аналогичные виды расходов (услуг);

- расходы по осуществлению лабораторных исследований;

- расходы по услугам скорой и (или) неотложной помощи, услуг по транспортировке в Медицинское учреждение или из него, услуги по медицинской эвакуации и прочие аналогичные услуги, предусмотренные договором и Программой страхования;

- расходы по оплате лекарств и препаратов, предписанных врачом, обезболивания (включая проведение анестезии), переливания крови, искусственных конечностей или глаза (исключая починку или замену этих элементов), рентгена, применение протезирования и прочие аналогичные расходы;

- расходы по оплате услуг дипломированного сестринского персонала;

- иные расходы, прямо и непосредственно связанные с оказанием Застрахованному Лицу Медицинских услуг и без которых оказание Медицинских услуг невозможно.

7. ПОРЯДОК И УСЛОВИЯ ПРЕКРАЩЕНИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ.

7.1. Договор страхования прекращается в случаях:

7.1.1. истечения срока его действия;

7.1.2. исполнения Страховщиком своих обязанностей по договору страхования в полном объеме;

7.1.3. смерти Застрахованного Лица;

7.1.4. принятия судом решения о признании договора недействительным;

7.1.5. ликвидации Страховщика в порядке, установленном действующим законодательством;

7.1.6. ликвидации Страхователя - юридического лица, в случае если Застрахованное Лицо не приняло на себя исполнение обязанностей Страхователя по уплате взносов;

7.1.7. в других случаях, предусмотренных действующим законодательством РФ.

7.2. При реорганизации Страхователя, являющегося юридическим лицом, его права и обязанности по договору страхования переходят с согласия Страховщика к соответствующему правопреемнику в порядке, определяемом законодательством Российской Федерации.

7.3. Договор страхования может быть расторгнут досрочно по требованию Страхователя или Страховщика, если Договором не предусмотрено иное, а также по соглашению сторон.

7.4. О намерении досрочного расторжения договора Сторона-инициатор расторжения, обязана уведомить другую сторону не менее чем за 30 дней до предполагаемой даты расторжения договора страхования, если договором не предусмотрено иное.

7.5. В случае расторжения договора по требованию Страхователя Страховщик возвращает ему уплаченную страховую премию за неистекший срок действия договора страхования за вычетом фактически понесенных расходов и (или) убытков, если договором не предусмотрено иное.

Премия, подлежащая возврату Страхователю, возвращается ему только после того, как Страховщик получит подтверждение, что вся премия, подлежащая уплате к дню досрочного расторжения договора страхования, должным образом уплачена.

Если ранее было осуществлена какая-либо выплата по Застрахованному Лицу, страховая премия по данному Застрахованному Лицу возврату не подлежит, если договором страхования не предусмотрено иное.

Если требование Страхователя обосновано нарушением Страховщиком условий страхования, страховая премия возвращается в полном объеме, если договором страхования не предусмотрено иное.

7.6. В случае расторжения договора по требованию Страховщика, если такое требование Страховщика обосновано нарушением Страхователем (Застрахованным Лицом) условий страхования, Страховщик не возвращает уплаченную страховую премию, если договором не предусмотрено иное.

7.7. Договор страхования прекращается до наступления срока, на который он был заключен, если после его вступления в силу возможность наступления страхового случая отпала, и существование страхового риска прекратилось по обстоятельствам иным, чем страховой случай.

7.8. Любое мошенничество, ложное заявление или утаивание информации, предоставление недостоверной информации, на которых основано страховое покрытие или которое имеет прямое или косвенное отношение к какому-либо событию, влияющему на обязанность Страховщика предоставить страховое покрытие и (или) осуществить страховую выплату здесь и далее станет основанием для признания договора недействительным и применения к нему последствий недействительности договора, предусмотренных настоящими Правилами и действующим законодательством РФ.

8. СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА.

8.1. Срок действия договора установлен с «___» _____ 200__ г. по «___» _____ 200__ г.

8.2. Договор вступает в силу с момента _____

(условие вступления договора в силу)

8.3. Настоящий договор составлен в двух экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу. Один экземпляр находится у Страхователя, другой - у Страховщика.

9. ПОРЯДОК РАЗРЕШЕНИЯ СПОРОВ.

Все неурегулированные между сторонами споры по настоящему договору рассматриваются в порядке, установленном Законодательством Российской Федерации.

10. ОСОБЫЕ УСЛОВИЯ.

АДРЕСА И БАНКОВСКИЕ РЕКВИЗИТЫ СТОРОН

СТРАХОВЩИК:

СТРАХОВАТЕЛЬ:

К настоящему договору прилагаются:

1. "Правила добровольного медицинского страхования".
2. Полис серия _____ N _____, выданный " __ " _____ 200_ г.
3. Заявление Страхователя.
4. Список Застрахованных (Приложение I).

СТРАХОВЩИК

(подпись)

СТРАХОВАТЕЛЬ

(подпись)

СПИСОК
застрахованных лиц

(полное название организации)

№	Фамилия, имя, отчество	Адрес, телефон	Лицевой счет №,	Возраст, должность	Срок страхования	Страховая сумма (руб.)	Страховая премия (руб.)

Итого:

Общая страховая сумма по договору составляет _____
_____ рублей.
(сумма прописью)

Руководитель _____

(подпись)

Главный бухгалтер

(подпись)

М.П.

ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ ПОЛИСНЫЕ УСЛОВИЯ СТРАХОВАНИЯ ПО ДОПОЛНИТЕЛЬНОЙ ПРОГРАММЕ СТРАХОВАНИЯ «МЕДИЦИНСКИЙ КОНСЬЕРЖ»



MetLife®

Настоящие Дополнительные полисные условия страхования по дополнительной программе страхования «Медицинский консьерж» (далее - Дополнительная программа страхования или Дополнительные полисные условия) составляют неотъемлемую часть Договора страхования и являются документом, связывающим стороны (здесь и далее - Страхователь и Страховщик) обязательствами по Договору. Содержащиеся в тексте Дополнительных полисных условий комментарии и пояснения в рамках не являются частью Договора страхования и носят исключительно информационный характер.

1. ОСНОВНЫЕ ОПРЕДЕЛЕНИЯ

1.1. **Медицинский консьерж (далее – Консьерж)** – медицинская консультация (заключение), организация медицинской и лекарственной помощи (медицинских услуг) и иных услуг в следствии расстройства здоровья Застрахованного лица при диагностировании/наступлении в период действия Договора страхования заболеваний/состояний, указанных в пункте 3.3. настоящих Дополнительных полисных условий страхования и признанных Страховым случаем по Дополнительной программе страхования. Перечень услуг, предоставляемых в соответствии с настоящими Дополнительными полисными условиями страхования, указан в пункте 3.1. настоящих Дополнительных полисных условий страхования.

1.2. **Сервисная компания** – специализированная компания, с которой у Страховщика имеются договорные отношения, и которая по поручению Страховщика обеспечивает консультирование и организацию оказания услуг, предусмотренных настоящей Дополнительной программой страхования. Страховщик самостоятельно определяет Сервисную компанию и вправе заменить Сервисную компанию без согласования со Страхователем. С целью оказания услуг по «Медицинскому консьержу» Сервисная компания имеет право привлекать медицинские организации и квалифицированных специалистов в области здравоохранения и вспомогательных отраслях без согласования со Страхователем... При этом Застрахованное лицо или его официальный представитель имеет право выбрать медицинское учреждение для дальнейшего прохождения лечения из списка, предложенного Сервисной компанией.

1.3. **Медицинское учреждение** – имеющее соответствующее разрешение на оказание медицинских услуг в стране регистрации лечебно-профилактической организация, научно-исследовательский или медицинский институт, другое учреждение, оказывающее медицинскую помощь (амбулаторно-поликлиническую, скорую медицинскую, стационарную (больничную), а также лица, осуществляющие медицинскую деятельность как индивидуально, так и коллективно. В соответствии с настоящими Полисными условиями к Медицинским учреждениям относятся больничные, амбулаторно-поликлинические учреждения, диспансеры, станции скорой и неотложной медицинской помощи, станции переливания крови, а также иные Медицинские учреждения и квалифицированные специалисты в области здравоохранения и вспомогательных отраслях, учреждения охраны материнства и детства. Страховщик самостоятельно определяет список Медицинских учреждений для предоставления

«Медицинского консьержа» Застрахованному лицу и в праве выбрать/заменить Медицинское учреждение для проведения Медицинской консультации без согласования со Страхователем

1.4. **Врач** – лицо с необходимым медицинским образованием, имеющее право оказывать медицинскую помощь в соответствии с законодательством страны, в которой предоставляется лечение, не являющееся Застрахованным лицом.

1.5. **Больница** – стационарная медицинская организация, имеющая соответствующие разрешения в стране регистрации на оказание медицинской помощи пациентам, осуществляющая лечение больных и/или специализированную углубленную дифференциальную диагностику заболеваний в стационарных условиях, т. е. в условиях изоляции и/или постоянного круглосуточного/дневного наблюдения и лечения. В настоящих Дополнительных полисных условиях понятие «Больница» не включает в себя организации для длительного пребывания (дома престарелых и интернаты, хосписы, диетологические центры и клиники, дома инвалидов, наркологические центры и больницы, психиатрические клиники и психоневрологические диспансеры, противотуберкулезные санатории и диспансеры, социально-реабилитационные центры), если иное не предусмотрено Договором страхования.

Страховая сумма - организация оказания медицинских услуг и иных услуг вследствие расстройства здоровья физического лица или состояния физического лица, требующих организации и оказания таких услуг Застрахованному лицу в объеме, предусмотренном Спецификацией полиса.

2. ОБЪЕКТ СТРАХОВАНИЯ

2.1. Объектом страхования являются не противоречащие законодательству Российской Федерации имущественные интересы Застрахованного лица, связанные с оплатой услуг по организации медицинской и лекарственной помощи и иной помощи при диагностировании/наступлении в период действия Договора страхования заболеваний/состояний, указанных в пункте 3.3. настоящих Дополнительных полисных условий страхования, и признанных Страховым случаем по Договору страхования, а также имущественных интересов Застрахованного лица, связанных с оплатой услуг по организации транспортировки Застрахованного лица (останков в случае смерти), проведения профилактических мероприятий, снижающих степень опасных для жизни или здоровья Застрахованного лица угроз и/или устраняющих их.

3. СТРАХОВЫЕ СОБЫТИЯ (РИСКИ). СТРАХОВЫЕ СЛУЧАИ

3.1. Под Страховым событием по настоящей Дополнительной программе страхования понимается обращение Застрахованного лица к Страховщику с целью получения консультации по организации медицинской и лекарственной помощи и получению иных услуг, предусмотренных настоящей Дополнительной программой страхования, вследствие расстройства здоровья Застрахованного лица в результате диагностирования/наступления в период действия Договора страхования заболеваний/состояний, указанных в пункте 3.3. настоящих Дополнительных полисных условий страхования и признанных страховым случаем по Дополнительной программе страхования, а именно:

3.1.1. Медицинской и лекарственной помощи (медицинских услуг) и иных услуг вследствие расстройства здоровья физического лица, основанное на изучении и анализе медицинской информации о состоянии здоровья Застрахованного лица, в том числе составление рекомендации в форме медицинского отчета на русском языке по Перечню медицинских организаций для прохождения лечения, по предварительному плану лечения Застрахованного лица и его стоимости в предложенных медицинских организациях, по объему необходимой медицинской помощи, по порядку и условиям оказания медицинской помощи, по способам оплаты медицинских и иных услуг, а также координация и контроль всех этапов прохождения лечения, проверка счетов, предъявленных Застрахованному лицу за медицинские услуги, оказанные Застрахованному лицу;

3.1.2. При этом стоимость медицинской и лекарственной помощи (медицинских услуг), стоимость пребывания в больнице и другие услуги медицинских организаций/врачей оплачиваются Застрахованным лицом самостоятельно, напрямую в медицинскую организацию/врачу, и не подлежат возмещению Страховщиком.

3.1.3. Медико-транспортной и транспортной помощи, которая включает:

- организацию медицинской транспортировки/транспортировки Застрахованного лица с целью прохождения лечения и обратно к месту его постоянного жительства или до ближайшей медицинской организации по месту его постоянного проживания. При этом стоимость медико-транспортных/транспортных услуг Страховщиком не оплачивается;
- организацию транспортировки останков Застрахованного лица, включая проведение необходимых мероприятий по подготовке останков к транспортировке, в случае смерти Застрахованного лица во время прохождения лечения в медицинской организации по месту временного пребывания Застрахованного лица. При этом стоимость услуг по транспортировке останков, стоимость ритуальных услуг, в том числе услуг по погребению, Страховщиком не оплачиваются.

3.1.4. Услуги Медицинского учреждения/Сервисной компании Страховщика по предоставлению/организации медицинской и иной помощи, связанной с расстройством здоровья Застрахованного лица и предусмотренной Дополнительной программой страхования, в том числе организация услуг по дистанционному медицинскому переводу, организация визовых приглашений медицинских организаций для Застрахованного лица и сопровождающих лиц. Другие переводы, организованные по требованию Застрахованного лица, а также стоимость услуг по оформлению въездной визы для Застрахованного лица в соответствии с законодательством страны, в которой предоставляется лечение Застрахованному лицу, Страховщиком не оплачиваются.

3.2. Оказание вышеперечисленных услуг Застрахованному лицу осуществляется в соответствии с режимом работы, территорией обслуживания и стандартами оказания медицинской помощи и иных услуг местных медицинских

организаций, врачей и иных организаций, оказывающих данные услуги. Застрахованное лицо обязано следовать предписаниям, выданным врачом, и соблюдать режим, установленный в медицинское учреждение, выбранной для прохождения лечения.

3.3. Медицинское учреждение/Сервисная компания по поручению Страховщика предоставляет/организовывает необходимые услуги, предусмотренные пунктами 3.1.1–3.1.3 настоящих Дополнительных полисных условий после признания их Страховым случаем по Договору страхования, при диагностировании/наступлении у Застрахованного лица в период действия Дополнительной программы страхования следующих заболеваний/состояний:

- 3.3.1. аортокоронарное шунтирование;
- 3.3.2. апаллический синдром (вегетативное состояние);
- 3.3.3. апластическая анемия;
- 3.3.4. менингит;
- 3.3.5. болезнь Альцгеймера/Тяжелое слабоумие в возрасте до 60 (шестидесяти) лет;
- 3.3.6. болезнь Паркинсона;
- 3.3.7. слепота (Потеря зрения);
- 3.3.8. воспалительные заболевания кишечника (неспецифический язвенный колит, болезнь Крона);
- 3.3.9. глухота (Потеря слуха);
- 3.3.10. доброкачественная опухоль головного мозга;
- 3.3.11. диабет;
- 3.3.12. заболевания коронарных сосудов (артерий), требующие хирургического вмешательства;
- 3.3.13. инсульт;
- 3.3.14. инфаркт миокарда;
- 3.3.15. кома;
- 3.3.16. молниеносный вирусный гепатит;
- 3.3.17. меланома;
- 3.3.18. нейродегенеративные заболевания;
- 3.3.19. обширные ожоги;
- 3.3.20. паралич;
- 3.3.21. первичная лёгочная гипертензия;
- 3.3.22. показания к ампутации или ампутация;
- 3.3.23. полиомиелит;
- 3.3.24. потеря речи;
- 3.3.25. почечная недостаточность;
- 3.3.26. прогрессирующая склеродермия;
- 3.3.27. рак;
- 3.3.28. рассеянный склероз;
- 3.3.29. ревматоидный артрит;
- 3.3.30. системная красная волчанка с люпус нефритом;
- 3.3.31. терминальная стадия заболевания легких;
- 3.3.32. терминальная стадия заболевания печени;
- 3.3.33. трансплантация жизненно важных органов, включая трансплантацию костного мозга;
- 3.3.34. тромбоз/эмболия;
- 3.3.35. тяжелая травма головы (черепно-мозговая травма за исключением сотрясения головного мозга и ушиба головного мозга легкой степени тяжести);
- 3.3.36. хирургическое лечение заболеваний аорты;
- 3.3.37. хирургическое лечение клапанов сердца;
- 3.3.38. хронические заболевания печени;
- 3.3.39. хронические обструктивные болезни легких;
- 3.3.40. эмфизема;
- 3.3.41. энцефалит;
- 3.3.42. бесплодие;
- 3.3.43. острая ревматическая лихорадка;

- 3.3.44. хронический вирусный гепатит (для Застрахованных лиц в возрасте до 23 лет);
- 3.3.45. инфицирование вирусом иммунодефицита человека при переливании крови (для Застрахованных лиц в возрасте до 23 лет);
- 3.3.46. приобретенные хронические заболевания сердца (для Застрахованных лиц в возрасте до 23 лет);
- 3.3.47. столбняк (для Застрахованных лиц в возрасте до 23 лет);
- 3.3.48. эпилепсия (для Застрахованных лиц в возрасте до 23 лет).
- 4. ДЕЙСТВИЯ СТОРОН ПРИ НАСТУПЛЕНИИ СТРАХОВОГО СОБЫТИЯ. ПОРЯДОК ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЫ**
- 4.1. При наступлении с Застрахованным лицом событий, требующих организации услуг, предусмотренных Дополнительной программой страхования, Медицинское учреждение/Сервисная компания по поручению Страховщика предоставляет/организовывает необходимые услуги, предусмотренные пунктом 3.1. настоящих Дополнительных полисных условий. При этом в соответствии с Дополнительными полисными условиями оплата услуг по предоставлению/организации «Медицинского консъержа» осуществляется Страховщиком напрямую в Медицинское учреждение/Сервисную компанию. Услуги, самостоятельно оплаченные Застрахованным лицом напрямую в Медицинское учреждение /Врачу или иным лицам, не подлежат возмещению Страховщиком.
- 4.2. При наступлении события, требующего организации услуг «Медицинского консъержа», Застрахованное лицо может обратиться к Страховщику за получением «Медицинского консъержа» в течение 2 (двух) лет после даты диагностирования/наступления заболевания/состояния, указанного в пункте 3.3. настоящих Дополнительных полисных условий страхования при условии, что диагностирование/наступление заболевания/состояния произошло в период действия Дополнительной программы страхования. Количество обращений Застрахованного лица за получением услуги «Медицинский консъерж» в рамках настоящей Дополнительной программы страхования составляет 2 (две) консультации/обращения за 1 (один) год в течение максимально 2 (двух) лет с даты первичного диагностирования в период действия Дополнительной программы страхования заболевания/состояния, указанного в п.3.3. Дополнительных полисных условий. Максимальное количество консультаций, оказанных Застрахованному лицу по настоящей Дополнительной программе страхования, составляет не более 6 (шести) за весь период действия Договора страхования. При этом обращение Застрахованного лица за первичным получением услуг «Медицинского консъержа» должно произойти в течение первых 6 (шести) месяцев после диагностирования/наступления заболевания/состояния при условии признания его Страховым случаем по Дополнительной программе страхования.
- 4.3. Если на момент обращения Застрахованного лица к Страховщику за получением «Медицинского консъержа» период действия Дополнительной программы страхования окончен, Дополнительная программа страхования продлевается автоматически максимально на 2 (два) года с учетом п.4.2. настоящих Дополнительных полисных условий. При этом Дополнительная программа страхования продолжает действовать в части предоставления 1 (одной) Медицинской консультации по заболеванию/состоянию, указанному в п. 3.3. Дополнительных полисных условий, при условии, что диагностирование/наступление заболевания/состояния произошло в период действия Дополнительной программы страхования.
- 4.4. Перечень документов для организации услуг «Медицинского консъержа», которые должны быть представлены Застрахованным лицом Страховщику, включает в себя следующие документы:
- 4.4.1. Письменное заявление от Застрахованного лица на организацию услуг «Медицинского консъержа» (далее – Заявление) по установленной Страховщиком форме;
- 4.4.2. Выписку о состоянии здоровья Застрахованного лица из медицинского учреждения (датированную периодом не более 3 (трех) месяцев до момента оформления Заявления);
- 4.4.3. Детальную историю болезни с указанием анамнеза заболевания, послужившего основанием для подачи Заявления для получения услуг «Медицинского консъержа», и указанием даты первичного установления диагноза. История болезни должна быть датирована периодом не более 3 (трех) месяцев до даты оформления запроса на организацию услуг «Медицинского консъержа», и должна включать описание процедур, симптомов, хронологию приступов, данные рентгеновских и лабораторных исследований, а также результаты компьютерной томографии, магнитно-резонансного обследования, ультразвукового и магнитно-ядерных исследований, маммографии, результаты гистологического исследования (если проводились), назначенный курс лечения, медикаменты, операции и терапию, результаты этого лечения, датированные периодом не более 2 (двух) месяцев до даты оформления запроса на организацию услуг «Медицинского консъержа»;
- 4.4.4. Краткую историю других предшествующих заболеваний, включая диагностику, лечение (операции, медикаменты или другую терапию), результаты лечения и текущий статус заболевания, а также историю болезни семьи;
- 4.4.5. Заверенную выдавшим лечебным учреждением или нотариально заверенную копию или оригинал Амбулаторной карты/Карты стационарного больного.
- 4.5. Страховщик или уполномоченные им Медицинское учреждение или Сервисная компания имеет право запросить у Застрахованного лица, Страхователя или Выгодоприобретателя дополнительные документы, не указанные в пункте 4.3. настоящих Дополнительных полисных условий страхования, но необходимые для организации услуг «Медицинского консъержа».
- 5. ИСКЛЮЧЕНИЯ. ОСНОВАНИЯ ДЛЯ ОСВОБОЖДЕНИЯ СТРАХОВЩИКА ОТ СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЫ**
- 5.1. Список исключений и оснований для освобождения Страховщика от Страховой выплаты указан в Договоре страхования и Полисных условиях, приложенных к Договору страхования. При этом Страховым случаем по настоящей Дополнительной программе страхования не признаются события, указанные в Спецификации полиса, произошедшие в том числе в результате болезни, непосредственной причиной которых являются:
- 5.1.1. лечение Застрахованного лица, связанное с психическими заболеваниями и/или невротическими расстройствами, депрессивными состояниями;
- 5.1.2. лечение зубов, заболевания зубов и их последствия;
- 5.1.3. лечение глазных болезней (за исключением повреждений, полученных в результате несчастного случая, а также операций, необходимость которых обусловлена заболеваниями, указанными в п.3.3. Дополнительных полисных условий);
- 5.1.4. врожденные аномалии, наследственные заболевания или заболевания, возникшие вследствие них, вне зависимости от времени их диагностирования;
- 5.1.5. последствия лечения Застрахованного лица у специалистов, практикующих нетрадиционную медицину;
- 5.1.6. любая инфекционная болезнь, возникающая во время ухода за инфекционными больными;
- 5.1.7. лечение алкоголизма, наркомании, токсикомании;

- 5.1.8. венерические заболевания, их последствия, а также заболевания, передающиеся преимущественно половым путем;
- 5.1.9. употребление Застрахованным лицом любых лекарств, медицинских препаратов или средств, не предписанных врачом.

6. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН

- 6.1. Ответственность за правильность подготовки, оформления и передачи медицинских документов, предоставленных Застрахованным лицом для получения услуг «Медицинского консьержа», несет само Застрахованное лицо. Ответственность за качество услуг по организации медицинской и лекарственной помощи (медицинских услуг) и иных услуг, предусмотренных Дополнительной программой страхования, несет Страховщик. Ответственность за качество медицинских услуг и лекарственной помощи несет медицинское учреждение, которое оказывает данные услуги Застрахованному лицу.

- 6.2. Страховщик не несет никакой ответственности за любые разногласия, возникшие в связи с переводом медицинских документов на русский или другой язык. Страховщик обязан нести расходы за Застрахованное лицо, связанные с организацией услуг «Медицинского консьержа» Сервисной компанией. Медицинские консультации, а также обработка медицинских данных и техническое обслуживание сети больниц, обеспечиваются и остаются под ответственностью Сервисной компании, Медицинского учреждения или иного учреждения, а также иной третьей стороны по предоставлению услуги, и не связаны с деятельностью Страховщика. При этом Медицинское заключение (консультация), включая план лечения при его предоставлении Медицинским учреждением/Сервисной компанией, носит рекомендательный характер.

Примечание: данные *Дополнительные полисные условия разработаны на основании Правил добровольного медицинского страхования в текущей редакции.*

PEANUTS© 2015 Peanuts Worldwide

ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ ПОЛИСНЫЕ УСЛОВИЯ СТРАХОВАНИЯ «ТЕЛЕМЕДИЦИНА»



MetLife®

Содержащиеся в тексте Дополнительных полисных условий комментарии и пояснения в рамках не являются частью Договора страхования и носят исключительно информационный характер.

1. ОСНОВНЫЕ ОПРЕДЕЛЕНИЯ

Медицинская консультация (Консультация) – медицинское заключение в отношении Застрахованного лица, предоставляемая **Медицинским учреждением** в письменной форме, основанное на изучении и анализе медицинской информации относительно Застрахованного лица по факту диагностирования/наступления у Застрахованного лица заболеваний/состояний, указанных в п.4.1.1 Дополнительных полисных условий страхования.

Сервисная компания – специализированная компания или сеть Медицинских учреждений, с которой у Страховщика имеются договорные отношения, и которая по поручению Страховщика, обеспечивает проведение и/или организацию оказания Медицинской консультации Застрахованному лицу в соответствии с Дополнительной программой страхования по факту диагностирования/наступления у Застрахованного лица заболеваний/состояний, указанных в п.4.1.1 Дополнительных полисных условий. Страховщик самостоятельно определяет список Медицинских учреждений для предоставления Медицинской консультации Застрахованному лицу и вправе выбрать/заменить Медицинское учреждение для проведения Медицинской консультации без согласования со Страхователем.

Медицинское учреждение - имеющее соответствующее разрешение на оказание медицинских услуг в стране регистрации лечебно-профилактической организации, научно-исследовательский или медицинский институт, другое учреждение, оказывающее медицинскую помощь (амбулаторно-поликлиническую, скорую медицинскую, стационарную (больничную)), а также лица, осуществляющие медицинскую деятельность как индивидуально, так и коллективно. В соответствии с настоящими Полисными условиями к Медицинским учреждениям относятся больничные, амбулаторно-поликлинические учреждения, диспансеры, станции скорой и неотложной медицинской помощи, станции переливания крови, а также иные Медицинские учреждения и квалифицированные специалисты в области здравоохранения и вспомогательных отраслях, учреждения охраны материнства и детства.

Врач – лицо с необходимым медицинским образованием, имеющее право оказывать медицинскую помощь в соответствии с законодательством страны, в которой предоставляется лечение, не являющееся Страхователем и/или Застрахованным лицом, его супругой/супругом или родственником, если иное не предусмотрено Договором страхования.

Страховая сумма - организация оказания медицинских услуг Застрахованному лицу в объеме, предусмотренном Спецификацией полиса.

2. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

2.1. По Договору страхования Страховщик обязуется при наступлении Страхового случая оплатить медицинские расходы

при обращении Застрахованного лица за получением Медицинской консультации.

2.2. К Дополнительной программе страхования «Телемедицина» применяются положения Полисных условий страхования от несчастных случаев и болезней, если иное не указано в настоящих Дополнительных полисных условиях страхования «Телемедицина» (далее по тексту - **Дополнительные полисные условия**).

2.3. В случае противоречия между Полисными условиями страхования от несчастных случаев и болезней и Дополнительными полисными условиями преимущественную силу имеют положения **Дополнительных полисных условий**.

3. ОБЪЕКТЫ СТРАХОВАНИЯ

Объектами страхования по **Дополнительным полисным условиям** являются не противоречащие законодательству Российской Федерации имущественные интересы Застрахованного лица, связанные с оплатой организации и оказания медицинской и лекарственной помощи (медицинских услуг) и иных услуг вследствие расстройства здоровья физического лица или состояния физического лица, требующих организации и оказания таких услуг, а также проведения профилактических мероприятий, снижающих степень опасных для жизни или здоровья физического лица угроз и (или) устраняющих их.

4. СТРАХОВЫЕ СОБЫТИЯ (РИСКИ). СТРАХОВЫЕ СЛУЧАИ

4.1. Страховым случаем по **Дополнительным полисным условиям** признается обращение Застрахованного лица за получением Медицинской консультации при диагностировании/наступлении в период действия **Дополнительной программы страхования** заболеваний/состояний, указанных ниже (не являющихся исключениями в соответствии с разделом 6 настоящих **Дополнительных полисных условий**):

- 4.1.1. аортокоронарное шунтирование;
- 4.1.2. апаллический синдром (вегетативное состояние);
- 4.1.3. апластическая анемия;
- 4.1.4. менингит;
- 4.1.5. болезнь Альцгеймера/Тяжелое слабоумие в возрасте до 60 (шестидесяти) лет;
- 4.1.6. болезнь Паркинсона;
- 4.1.7. слепота (Потеря зрения);
- 4.1.8. воспалительные заболевания кишечника (неспецифический язвенный колит, болезнь Крона);
- 4.1.9. глухота (Потеря слуха);
- 4.1.10. доброкачественная опухоль головного мозга;
- 4.1.11. диабет;
- 4.1.12. заболевания коронарных сосудов (артерий), требующие хирургического вмешательства;
- 4.1.13. инсульт;
- 4.1.14. инфаркт миокарда;

- 4.1.15. кома;
- 4.1.16. молниеносный вирусный гепатит;
- 4.1.17. меланома;
- 4.1.18. нейродегенеративные заболевания;
- 4.1.19. обширные ожоги;
- 4.1.20. паралич;
- 4.1.21. первичная лёгочная гипертензия;
- 4.1.22. показания к ампутации или ампутация;
- 4.1.23. полиомиелит;
- 4.1.24. потеря речи;
- 4.1.25. почечная недостаточность;
- 4.1.26. прогрессирующая склеродермия;
- 4.1.27. рак;
- 4.1.28. рассеянный склероз;
- 4.1.29. ревматоидный артрит;
- 4.1.30. системная красная волчанка с люпус нефритом;
- 4.1.31. терминальная стадия заболевания легких;
- 4.1.32. терминальная стадия заболевания печени;
- 4.1.33. трансплантация жизненно важных органов, включая трансплантацию костного мозга;
- 4.1.34. тромбоз эмболия;
- 4.1.35. тяжелая травма головы (черепно-мозговая травма за исключением сотрясения головного мозга и ушиба головного мозга легкой степени тяжести);
- 4.1.36. хирургическое лечение заболеваний аорты;
- 4.1.37. хирургическое лечение клапанов сердца;
- 4.1.38. хронические заболевания печени;
- 4.1.39. хронические обструктивные болезни легких;
- 4.1.40. эмфизема;
- 4.1.41. энцефалит;
- 4.1.42. бесплодие;
- 4.1.43. острая ревматическая лихорадка;
- 4.1.44. хронический вирусный гепатит (для Застрахованных лиц в возрасте до 23 лет);
- 4.1.45. инфицирование вирусом иммунодефицита человека при переливании крови (для Застрахованных лиц в возрасте до 23 лет);
- 4.1.46. приобретенные хронические заболевания сердца (для Застрахованных лиц в возрасте до 23 лет);
- 4.1.47. столбняк (для Застрахованных лиц в возрасте до 23 лет);
- 4.1.48. эпилепсия (для Застрахованных лиц в возрасте до 23 лет).

5. ДЕЙСТВИЯ СТОРОН ПРИ НАСТУПЛЕНИИ СТРАХОВОГО СОБЫТИЯ. ПОРЯДОК ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЫ

5.1.1. Если при диагностировании/наступлении заболеваний/состояний, перечисленных в п. 4.1. Дополнительных полисных условий, в течение срока действия Дополнительной программы страхования Застрахованное лицо обратится за получением Медицинской консультации, Медицинское учреждение /Сервисная компания по поручению Страховщика предоставит или организует предоставление Медицинской консультации в объеме, определяемом п. 5.1.3. Дополнительных полисных условий. При этом в соответствии с Дополнительными полисными условиями оплата расходов по представлению Медицинской консультации или ее организации осуществляется Страховщиком напрямую в Медицинское учреждение/Сервисную компанию. Услуги, самостоятельно оплаченные Застрахованным лицом напрямую в Медицинское учреждение/Врачу или иным лицам, не подлежат возмещению Страховщиком.

5.1.2. По Договору страхования Медицинской консультацией при диагностировании/наступлении заболеваний/состояний, указанных в п. 4.1. Дополнительных полисных условий, признается:

- о медицинское заключение на основании предоставленных данных;
- о одна повторная Медицинская консультация при условии, что она необходима для уточнения результатов первичной, которая была предоставлена Медицинским учреждением / Сервисной компанией ранее. Данная Медицинская консультация будет рассматриваться как повторная только в случае, если Застрахованное лицо запрашивает дополнительную диагностическую или консультационную информацию по тому же диагнозу в течение 30 (тридцати) дней после получения письменного заключения специалистов Медицинского учреждения в рамках оказания первичной Медицинской консультации;
- о диагноз и/или план лечения (если это применимо).

5.1.3. Количество Медицинских консультаций, под-лежащих оказанию Застрахованному лицу в связи с диагностированием/наступлением заболеваний/состояния, указанного в п.4.1. настоящих Дополнительных полисных условий, составляет 2 (две) Медицинских консультации за 1 (один) год действия Договора страхования. При этом максимальное количество Медицинских консультаций, оказанных Застрахованному лицу за наступлением Дополнительной программы страхования в течение всего срока ее действия, составляет не более 6 (шести), с учетом положений Раздела 6. Дополнительных полисных условий, а также при условии того, что обращение Застрахованного лица за получением Медицинской консультации произошло в период действия Договора страхования или в течение 6 (шести) месяцев после диагностирования/наступления в течение срока действия Договора страхования заболевания/состояния, предусмотренного п.4.1. Дополнительных полисных условий.

5.1.4. Перечень медицинских документов для получения Медицинской консультации при диагностировании/наступлении заболеваний/состояний, указанных в п.4.1. Дополнительных полисных условий, а также другая дополнительная информация по Страховому случаю, которая должна быть представлена Застрахованным лицом или его лечащим врачом для получения Медицинской консультации, формируется непосредственно по каждому Страховому случаю при участии уполномоченных лиц Медицинского учреждения /Сервисной компании. При этом основной список документов включает:

- 5.1.4.1. письменное Заявление установленной Страховщиком формы на получение Медицинской консультации;
- 5.1.4.2. медицинское обоснование для получения Медицинской консультации;
- 5.1.4.3. описание цели получения Медицинской консультации;
- 5.1.4.4. выписку о состоянии здоровья Застрахованного лица (датированную периодом не более 3 (трех) месяцев до момента оформления запроса на получение Медицинской консультации);
- 5.1.4.5. детальную историю болезни с указанием анамнеза заболевания и даты установления диагноза впервые (датированную периодом не более 3 (трех) месяцев до момента оформления запроса на получение Медицинской консультации), включая описание процедур, симптомов, хронологию приступов, данные рентгеновских и лабораторных исследований (датированные периодом не более 3 (трех) месяцев до момента оформления запроса на получение Медицинской консультации), а также результаты компьютерной томографии, магнитно-резонансного обследования, ультразвукового и ядерных исследований, маммографии, результаты гистологического исследования (если проводились), назначенный курс лечения, медикаменты, операции и терапию, результаты этого лечения и историю болезни семьи;
- 5.1.4.6. краткую историю других предшествующих заболеваний, если были, включая диагностику, лечение (операции, медикаменты или другую терапию), результаты лечения и текущий статус заболевания.
- 5.1.5. По требованию Страховщика или Медицинского учреждения/Сервисной компании Застрахованное лицо предоставляет документы из перечня ниже:
 - 5.1.5.1. оригинал или заверенная нотариально или Бюро Медико-социальной Экспертизы (БМСЭ) копия Справки об инвалидности;
 - 5.1.5.2. оригинал или заверенная нотариально или БМСЭ копия Направления на медицинское освидетельствование инвалидности;
 - 5.1.5.3. заверенная выдавшим лечебным учреждением копия Амбулаторной карты/Истории болезни;
 - 5.1.5.4. протокол правоохранительных органов, Справка о содержании алкоголя.
- 5.1.6. В случае обращения Застрахованного лица за получением Медицинской Консультации при диагностировании/наступлении заболеваний/состояний, указанных в п.4.1. Дополнительных полисных условий, медицинские документы по Страховому случаю должны быть представлены Страховщику в течение 30 (тридцати) дней с даты получения Страховщиком запроса на организацию этой Медицинской консультации. Предоставление медицинских документов и другой запрашиваемой информации, а также дополнительные обращения в к Страховщику по Страховому случаю по истечении 30 (тридцати) дней, будут признаваться запросом на организацию и получение другой Медицинской консультации, вне зависимости от того, связана ли данная Медицинская консультация с тем же самым заболеванием или состоянием здоровья Застрахованного лица.

6. ИСКЛЮЧЕНИЯ. ОСНОВАНИЯ ДЛЯ ОСВОБОЖДЕНИЯ СТРАХОВЩИКА ОТ СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЫ

6.1. Список исключений и оснований для освобождения Страховщика от Страховой выплаты указан в Договоре страхования и Полисных условиях, приложенных к Договору страхования. При этом Страховым случаем по настоящей Дополнительной программе страхования не признаются события, указанные в Спецификации полиса, произошедшие в том числе в результате болезни, непосредственной причиной которых являются:

- 6.1.1. лечение Застрахованного лица, связанное с психическими заболеваниями и/или невротическими расстройствами, депрессивными состояниями;
- 6.1.2. лечение зубов, заболевания зубов и их последствия;
- 6.1.3. лечение глазных болезней (за исключением повреждений, полученных в результате несчастного случая, а также операций, необходимость которых обусловлена заболеваниями, указанными в п.4.1 Дополнительных полисных условий);
- 6.1.4. врожденные аномалии, наследственные заболевания или заболевания, возникшие в следствие них, вне зависимости от времени их диагностирования;
- 6.1.5. последствия лечения Застрахованного лица у специалистов, практикующих нетрадиционную медицину;
- 6.1.6. любая инфекционная болезнь, возникшая во время ухода за инфекционными больными;
- 6.1.7. лечение алкоголизма, наркомании, токсикомании;
- 6.1.8. венерические заболевания, их последствия, а также заболевания, передающиеся преимущественно половым путем;
- 6.1.9. употребление Застрахованным лицом любых лекарств, медицинских препаратов или средств, не предписанных в рачом.

7. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН

7.1. Ответственность за правильность подготовки, оформления и передачи медицинских документов,

предоставленных Застрахованным или иным официальным представителем лицом для получения Медицинской консультации, несет само Застрахованное лицо или его официальный представитель. Ответственность за качество услуг по организации Медицинской консультации, предусмотренных Дополнительной программой страхования, несет Страховщик. Ответственность за качество медицинской консультации несет Медицинское учреждение/ Сервисная компания, ко-торые оказывает данные услуги Застрахованному лицу. При этом, Медицинское заключение (консультация), включая план лечения при его предоставлении Медицинским учреждением/Сервисной компанией, носит рекомендательный характер.

7.2. Страховщик не несет никакой ответственности за любые разногласия, возникшие в связи с переводом Медицинской консультации или других основных документов на русский или другой язык. Страховщик обязан нести расходы за Застрахованное лицо, связанные с обеспечением Медицинской консультации Медицинским учреждением/Сервисной компанией. Медицинская консультация, а также обработка медицинских данных и техническое обслуживание сети больниц обеспечив аются и остаются под ответственностью Медицинского учреждения/Сервисной компании, а также иной третьей стороны по предоставлению услуги Медицинской консультации, и не связаны с деятельностью Страховщика. В соответствии с Дополнительной программой страхования Страховщик не несет ответственность за полноту и содержание предоставляемых Медицинских консультаций третьими лицами.

Примечание: данные *Дополнительные полисные условия разработаны на основании Правил Добровольного Медицинского Страхования*