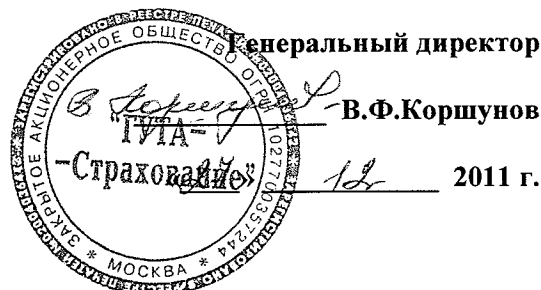


УТВЕРЖДАЮ



ПРАВИЛА ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

1.1. В соответствии с гражданским законодательством Российской Федерации, нормативными документами федерального органа исполнительной власти, к компетенции которого относится осуществление государственного надзора за деятельностью субъектов страхового дела, настоящие Правила регулируют отношения, возникающие между Страховщиком и Страхователем по поводу осуществления добровольного медицинского страхования.

1.2. **Страховщик** – ЗАО «ГУТА-Страхование», осуществляющее страховую деятельность в соответствии с лицензией, выданной в соответствие с законодательством Российской Федерации.

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

Страхователи - юридические лица заключают со Страховщиком договор страхования в пользу третьих лиц (Застрахованных), физические лица заключают со Страховщиком договор страхования в пользу себя или третьих лиц (Застрахованных).

1.4. **Застрахованными** по договору страхования могут являться граждане Российской Федерации, иностранные граждане в возрасте до 80 лет на момент заключения Договора страхования.

1.5. Страхованию не подлежат граждане, состоящие на учете в наркологических, психоневрологических, противотуберкулезных, кожно-венерологических диспансерах, больные СПИДом, онкологическими заболеваниями, системными заболеваниями, инвалиды I и II группы, если иное не предусмотрено Договором страхования.

1.6. **Медицинские учреждения** (включая аптеки, являющиеся их структурными подразделениями) – имеющие лицензии лечебно – профилактические учреждения, научно-исследовательские и медицинские институты, другие учреждения, оказывающие медицинскую помощь, а также лица, осуществляющие медицинскую деятельность как индивидуально, так и коллективно.

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

1.7. Страховщик не вправе разглашать полученные им в результате своей профессиональной деятельности сведения о Страхователе (Застрахованном). За нарушение тайны страхования Страховщик несет ответственность в порядке, предусмотренном гражданским законодательством Российской Федерации.

2. ОБЪЕКТ СТРАХОВАНИЯ

2.1. Объектом добровольного медицинского страхования являются не противоречащие действующему законодательству имущественные интересы Застрахованного, связанные с оказанием ему медицинских и иных услуг в объеме, предусмотренном Программой добровольного медицинского страхования, в порядке и на условиях, указанных в Договоре страхования (Приложение 3 и 4).

3. СТРАХОВЫЕ СЛУЧАИ И ОБЪЕМ СТРАХОВОЙ ОТВЕТСТВЕННОСТИ

3.1. В соответствии с настоящими Правилами страховым случаем является обращение Застрахованного в течение периода действия Договора страхования в медицинское, профилактическое, санаторно-курортное учреждение, сервисную компанию, (из числа предусмотренных Договором страхования) при остром заболевании, обострении хронического заболевания, инфекции, травме, отравлении, при родах и других состояниях за получением консультативной, лечебной, профилактической, восстановительной, медикаментозной и иной помощи, предусмотренной Договором страхования и оказание данными учреждениями медицинской и иной помощи.

Страховым случаем также признается обращение Застрахованного за получением медицинской помощи в течение срока действия Договора страхования в соответствии с программой страхования в другие медицинские учреждения, помимо предусмотренных Договором страхования, если это обращение согласовано и/или организовано Страховщиком.

3.2. Договор страхования может быть заключен на условиях оказания медицинской помощи и связанных с ней услуг, предоставляемых Застрахованным в рамках основных и дополнительных программ добровольного медицинского страхования, приведенных в Приложении 1 и на основании тарифов, приведенных в Приложении 2 к настоящим Правилам, а именно:

3.2.1. Программа №1 «Амбулаторно-поликлиническая помощь»;

3.2.2. Программа №2 «Стационарная помощь экстренная и/или плановая, в том числе в условиях дневного стационара»;

3.2.3. Программа №3 «Стоматологическая помощь»;

3.2.4. Программа №4 «Скорая и неотложная медицинская помощь»;

3.2.5. Программа №5 «Санаторно-курортное и реабилитационно-восстановительное лечение»;

3.2.6. Программа № 6 «Комплексная медицинская помощь»;

3.2.7. Программа №7 «Медико-транспортные услуги и услуги по репатриации»;

3.2.8. Программа №8 «Клещевой энцефалит - 1»;

3.2.9. Программа №9 «Клещевой энцефалит - 2»;

3.2.10. Программа №10 «Дородовое наблюдение беременных женщин»;

3.2.11. Программа №11 «Акушерская помощь»;

3.2.12. Программа №12 «Медикаментозное лечение»;

3.2.13. Программа №13 «Диагностика лечения»;

3.2.14. Программа №14 «Сестринский уход»;

3.2.15. Программа №15 «Лечение за рубежом»

3.3. Программы, поименованные в пунктах 3.2.10. – 3.2.15. могут быть включены в Договор страхования как дополнительные к Программам, поименованным в пунктах 3.2.1 – 3.2.6, настоящих Правил, в любом их объеме, предусмотренном соответствующей программой.

3.4. По индивидуальному соглашению между Страхователем и Страховщиком перечень медицинских услуг по Программе может ограничиваться или расширяться.

3.5. Договор страхования может быть заключен как на условиях одной Программы, так и комбинироваться из нескольких различных Программ.

3.6. Не является страховым случаем обращение Застрахованного в медицинское учреждение с целью получения медицинской помощи, связанной с:

3.6.1. травматическим повреждением или иным расстройством здоровья, полученным вследствие алкогольного, наркотического или токсического опьянения;

3.6.2. травматическим повреждением или иным расстройством здоровья, наступившим в результате совершения Застрахованным действий, в которых судом или следственными органами установлены признаки умышленного преступления;

3.6.3 умышленным причинением себе телесных повреждений, суицидальными попытками, за исключением тех случаев, когда Застрахованный был доведен до такого состояния противоправными действиями третьих лиц;

3.6.4 оплатой услуг, препаратов, лечения, включая любой период пребывания в стационаре или амбулаторного лечения, которые не были назначены врачом или выполнены по просьбе Застрахованного;

3.6.5 применением косметической или пластической хирургии, кроме необходимости ее использования после несчастного случая или в других случаях, когда ее применение обусловлено прямыми медицинскими показаниями;

3.6.6 лечением алкоголизма, токсикомании или наркомании;

3.6.7. лечением венерических заболеваний и заболевания любой формой СПИДа в любой его стадии;

3.6.8. лечением онкологических заболеваний 3 и 4 стадии.

3.7. Страховщик не оплачивает и не несет ответственность за качество медицинских услуг, полученных Застрахованным по собственной инициативе в медицинских учреждениях, не предусмотренных Договором страхования, кроме случаев, когда такое обращение было согласовано и (или) организовано Страховщиком.

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

- а) воздействием ядерного взрыва, радиации или радиоактивного заражения;
- б) военными действиями, а также маневрами или иными военными мероприятиями, террористическими актами;
- в) гражданской войной, народными волнениями всякого рода или забастовками;
- г) стихийными бедствиями;
- д) чрезвычайными ситуациями природного или техногенного характера, экологическими катастрофами.

4. СТРАХОВАЯ СУММА

4.1. Страховой суммой является денежная сумма, которая определена договором страхования и, исходя из которой устанавливаются размер страховой премии (страхового взноса) и размер страховой выплаты при наступлении страхового случая.

Страховая сумма определяется по соглашению между Страхователем и Страховщиком, исходя из перечня и стоимости медицинских услуг, предусмотренных Договором страхования, и указывается в Договоре страхования.

4.2. Страховые суммы устанавливаются в российских рублях. По соглашению сторон в договоре страхования могут быть указаны страховые суммы в иностранной валюте, эквивалентом которых являются соответствующие суммы в рублях (в дальнейшем – страхование с валютным эквивалентом).

4.3. При заключении Договора страхования в пределах общей страховой суммы могут устанавливаться отдельные страховые суммы по программам, видам медицинских услуг, на одного Застрахованного или по группам Застрахованных и т.п.

4.4. В период действия Договора страхования Страхователь по соглашению со Страховщиком может изменить страховую сумму и/или расширить перечень предоставляемых медицинских услуг путем оформления письменного дополнительного соглашения к Договору страхования.

4.5. Стоимость медицинских услуг, возмещаемых Страховщиком по Договору страхования, не может превышать страховую сумму.

5. СТРАХОВАЯ ПРЕМИЯ

5.1. Страховой премией (страховыми взносами) является плата за страхование, которую Страхователь обязан уплатить Страховщику в порядке и в сроки, установленные Договором страхования.

5.2. Страховая премия устанавливается в зависимости от выбранной Страхователем программы добровольного медицинского страхования, страховой суммы, группы здоровья Застрахованного, срока страхования и иных условий, предусмотренных Договором страхования.

5.3. Страховая премия по Договору страхования может быть уплачена Страхователем одновременно или в рассрочку наличными деньгами либо безналичным платежом.

5.4. Если страховую премию уплачивает другое лицо по доверенности, выданной ему Страхователем, то никаких прав по Договору страхования в связи с этим оно не приобретает.

5.5. Днем уплаты страховой премии (страхового взноса) считается день, следующий за днем поступления денежных средств на расчетный счет или в кассу Страховщика, если иное не предусмотрено Договором страхования.

5.6. По Договорам, заключенным на срок менее одного года, страховая премия (страховой взнос) уплачивается в следующих размерах от суммы годовой премии (страхового взноса): за 1 месяц -20%; за 2 месяца -30%; за 3 месяца -40%; за 4 месяца -50%; за 5 месяцев - 60%; за 6 месяцев-70%; за 7 месяцев - 75%; за 8 месяцев -80%; за 9 месяцев -85%; за 10 месяцев -90%; за 11 месяцев - 95%, если иное не предусмотрено Договором страхования.

При этом неполный месяц принимается за полный.

5.7. При страховании с валютным эквивалентом страховая премия (страховой взнос) уплачивается в рублях по курсу Центрального банка Российской Федерации, установленному для данной валюты на дату уплаты денежных средств в кассу Страховщика (представителю Страховщика) или на дату перечисления денежных средств на расчетный счет Страховщика, если иное не предусмотрено Договором страхования.

6. ДОГОВОР СТРАХОВАНИЯ

6.1. Договор страхования является соглашением между Страхователем и Страховщиком, в соответствии с которым Страховщик обязуется организовывать и финансировать предоставление Застрахованному медицинской помощи определенного объема, в пределах страховой суммы, а Страхователь обязуется уплатить страховую премию в установленном Договором страхования порядке.

6.2. При заключении Договора страхования Страховщик имеет право в каждом конкретном случае направить на медицинского освидетельствования за счет средств Страхователя или провести медицинское анкетирование физических лиц подлежащих страхованию.

Однако Договоры страхования могут заключаться и без предварительного медицинского освидетельствования и медицинского анкетирования физических лиц, подлежащих страхованию.

6.3. По результатам предварительного медицинского освидетельствования или медицинского анкетирования Застрахованному устанавливается соответствующая группа здоровья:

- **группа здоровья I** – здоровые лица, не предъявляющие никаких жалоб, имеющие в анамнезе детские болезни, простудные заболевания, аппендицит, грыжу, без хронических заболеваний или нарушений функций отдельных органов и систем, без вредных привычек или при их умеренной выраженности, не работающие на производстве с особо вредными условиями труда;

- **группа здоровья II** - практически здоровые лица с повышенным риском заболевания;

- **группа здоровья III** - лица, имеющие хронические заболевания с тенденцией к обострению чаще двух раз в году, злоупотребляющие алкоголем, курением, систематически употребляющие транквилизаторы, снотворные, страдающие выраженными неврозами, психопатиями, перенесшие полостные операции. Дети от рождения до 5 лет и лица старше 60 лет.

При определении группы здоровья учитываются следующие факторы риска: производственные, бытовые, генетические, образ жизни (курение, употребление алкоголя, малоподвижный образ жизни и т.д.). В зависимости от указанных факторов риска (а также от иных факторов риска), Страховщик вправе формировать и иные группы (подгруппы) риска.

6.4. В случае отказа лица, подлежащего страхованию, от прохождения медицинского освидетельствования или медицинского анкетирования Договор страхования может быть заключен только на условиях, предусмотренных для группы здоровья III.

6.5. В случае, когда Страховщиком не проводилось медицинское освидетельствование или медицинское анкетирование лица, подлежащего страхованию Договор страхования заключается на условиях, предусмотренных для группы здоровья I.

7. ПОРЯДОК ЗАКЛЮЧЕНИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ

7.1. Для заключения Договора страхования Страхователь обращается к Страховщику с устным или письменным заявлением. Форма письменного заявления устанавливается Страховщиком. Страхователь сообщает Страховщику следующие сведения, если иное не предусмотрено Договором страхования:

7.1.1. Если Страхователем выступает физическое лицо:

- фамилия, имя, отчество, Страхователя;
- домашний адрес и телефон Страхователя;
- фамилия, имя, отчество лица, подлежащего страхованию (если Договор страхования заключается в пользу третьего лица);

- полную дату рождения лица, подлежащего страхованию;

- домашний адрес и телефон лица, подлежащего страхованию;

- срок страхования.

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

- предполагаемый перечень медицинских учреждений (при необходимости).

7.1.2. Если Страхователем выступает юридическое лицо:

- полное наименование Страхователя;
- юридический адрес, адрес места нахождения, банковские реквизиты Страхователя;
- телефон, телефакс и иные средства связи, по которым можно связаться со Страхователем;
- число лиц, подлежащих страхованию;
- срок страхования;
- предполагаемый перечень видов медицинской помощи и услуг (Программа медицинского страхования);
- предполагаемый перечень медицинских учреждений (при необходимости).

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

- фамилии, имени, отчества;
- полной даты рождения;
- домашнего адреса и телефона;
- Программы медицинского страхования (если по Договору страхования предусмотрено несколько программ медицинского страхования).

После заключения Договора страхования этот список, подписанный Страхователем, становится его неотъемлемой частью.

7.2. Страховщик имеет право проверить достоверность указанных Страхователем в заявлении и/или медицинской анкете сведений. В случае установления того, что Страхователь сообщил заведомо ложные сведения, Страховщик имеет право отказать Страхователю в заключении Договора страхования.

Если после заключения Договора страхования будет установлено, что Страхователь сообщил заведомо ложные сведения, Страховщик вправе потребовать признания Договора недействительным и применения последствий в соответствии с законодательством Российской Федерации.

7.3. Если по требованию Страховщика Застрахованный должен пройти предварительное медицинское освидетельствование, решение о заключении Договора страхования принимается после прохождения Застрахованным такого освидетельствования.

В случае невозможности заключения Договора страхования Страховщик обязан поставить об этом в известность Страхователя, письменно мотивировав отказ в отношении всех или ряда лиц, подлежащих страхованию.

7.4. Договор страхования может быть заключен путем составления одного документа (договора), подписанного сторонами, либо вручения Страховщиком Страхователю на основании его письменного или устного заявления полиса, подписанного Страховщиком.

При коллективной форме страхования, если иное не предусмотрено Договором страхования, каждому Застрахованному выдается также именная страховая карточка, удостоверяющая право Застрахованного на получение медицинских услуг.

7.5. Застрахованному запрещается передавать именную страховую карточку другим лицам с целью получения ими медицинских услуг по Договору страхования.

Если будет установлено, что Застрахованный передал другому лицу страховую карточку с целью получения им медицинских услуг по Договору страхования, Страховщик имеет право досрочно в одностороннем порядке расторгнуть Договор страхования в отношении такого Застрахованного. Возврат страховых взносов в этом случае не производится, если иное не предусмотрено Договором страхования.

В случае если будет установлено, что в отношении такого Застрахованного производились страховые выплаты, то Страхователь обязан возместить суммы произведенных страховых выплат.

7.6. В случае утраты страхового полиса или страховой карточки Страховщик выдает Страхователю (Застрахованному) на основании его письменного заявления дубликат. После выдачи дубликата утерянные страховые документы считаются недействительными и никаких выплат по ним не производится.

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

7.8. Договор страхования заключается сроком на один год, если Договором не предусмотрено иное.

7.9. Договор страхования вступает в силу с 00 часов 00 минут (местного времени) дня уплаты страховой премии (первого страхового взноса), если иное не предусмотрено Договором страхования.

Договор страхования оканчивается в 24 часа 00 минут дня, указанного в Договоре страхования как день окончания, если иное не предусмотрено Договором страхования.

8. ПРЕКРАЩЕНИЕ ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ

8.1. Действие Договора страхования прекращается в случаях:

8.1.1. истечения срока, на который был заключен договор;

8.1.2. исполнения Страховщиком обязательств перед Страхователем по Договору страхования в полном объеме;

8.1.3. ликвидации Страхователя - юридического лица в установленном законом порядке (смерти Застрахованного – физического лица);

8.1.4. ликвидации Страховщика в порядке, установленном действующим законодательством РФ;

8.1.5. в других случаях, предусмотренных действующим законодательством РФ.

8.2. Договор страхования может быть прекращен досрочно по требованию Страхователя или Страховщика, либо по соглашению сторон в случаях, предусмотренных Договором или законодательством Российской Федерации.

О намерении досрочного прекращения Договора страхования стороны обязаны уведомить друг друга в письменной форме, не менее чем за 30 дней до предполагаемой даты прекращения Договора страхования, если Договором страхования не предусмотрено иное.

8.3. При досрочном прекращении Договора страхования Страхователю возвращается часть страховой премии, пропорционально не истекшему времени действия договора, за вычетом понесенных Страховщиком расходов на ведение дела и сумм произведенных (подлежащих выплате) страховых выплат, если иное не предусмотрено договором страхования.

Возврат страховых взносов Страхователю при досрочном прекращении Договора страхования производится по истечении 60 дней с дня подачи заявления на досрочное прекращение договора страхования, если иное не предусмотрено договором страхования.

8.4. 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, в частности смерть Застрахованного лица.

В этом случае Страховщик имеет право на часть страховой премии, пропорционально времени, в течение которого действовал Договор страхования, если Договором страхования не предусмотрено иное.

8.5. Договор страхования может быть признан недействительным с момента его заключения по основаниям, предусмотренным гражданским законодательством Российской Федерации, а также, если он ставит Страхователя в худшее положение по сравнению с тем, которое предусмотрено законодательством Российской Федерации или Договор заключен после наступления страхового случая.

Признание Договора страхования недействительным осуществляется в соответствии с нормами гражданского законодательства Российской Федерации.

9. ИЗМЕНЕНИЕ СТЕПЕНИ РИСКА

9.1. В период действия, Договора страхования Страхователь (Застрахованный) обязан незамедлительно (в течение 1 рабочего дня) сообщить Страховщику о ставших ему известными значительных изменениях в обстоятельствах, сообщенных Страховщику при заключении Договора путем подачи заявления, если эти изменения могут существенно повлиять на увеличение страхового риска. (Страховым риском является предполагаемое событие, на случай наступления которого проводится страхование.)

При этом к значительным изменениям существенных обстоятельств в частности относится, изменение сведений оговоренных в Договоре страхования (страховом полисе), в заявлении – анкете и иные обстоятельства прямо указанные в письменном запросе Страховщика, а также сведения, влияющие на отнесение Застрахованного к иной группе здоровья.

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

Если Страхователь (Застрахованный) возражает против изменения условий Договора страхования или доплаты страховой премии, Страховщик вправе потребовать расторжения Договора в порядке, предусмотренном гражданским законодательством Российской Федерации.

При неисполнении Страхователем (Застрахованным) обязанности предусмотренной в п. 9.1. настоящих Правил Страховщик вправе потребовать расторжения Договора и возмещения убытков в порядке, предусмотренном гражданским законодательством РФ.

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

10. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

10.1. Страхователь вправе:

10.1.1. требовать предоставления Застрахованному в медицинских учреждениях, предусмотренных Договором страхования, медицинских и иных услуг в соответствии с условиями Договора страхования;

10.1.2. изменить, в период действия Договора страхования, по согласованию со Страховщиком размер страховой суммы, программу страхования или иные условия Договора страхования, путем заключения дополнительного соглашения к Договору страхования и уплачивая, в случае необходимости, дополнительные страховые взносы. Дополнительное соглашение вступает в силу со дня уплаты страховой премии (страхового взноса), если иное не предусмотрено Дополнительным соглашением;

10.1.3. расторгнуть досрочно Договор страхования;

10.1.4. изменить список Застрахованных в соответствии с условиями, изложенными в п.10.8 настоящих Правил;

10.1.5. заменить Застрахованного другим лицом в соответствии с условиями, изложенными в п. 10.9. настоящих Правил.

10.2. Застрахованный вправе:

10.2.1. получить медицинские услуги в соответствии с условиями, указанными в Договоре страхования и в медицинских учреждениях, перечень которых определен в Договоре страхования;

10.2.2. получить дубликат страхового полиса в случае его утраты;

10.2.3. получать разъяснения о Правилах страхования и условиях Договора страхования, порядке предоставления услуг в медицинских учреждениях;

10.2.4. сообщать Страховщику о случаях непредставления услуг, неполного или некачественного предоставления услуг.

10.3. Страховщик вправе:

10.3.1. проверить сообщенную Страхователем (Застрахованным) информацию, а также выполнение Страхователем (Застрахованным) требований и условий Договора страхования;

10.3.2. расторгнуть досрочно Договор страхования, в случаях предусмотренных настоящими Правилами и действующим законодательством Российской Федерации, а также в отношении конкретного Застрахованного, при несоблюдении им своих обязанностей по Договору страхования, с письменным уведомлением Страхователя о причинах расторжения Договора страхования.

10.3.3. изменить по согласованию со Страхователем страховую сумму по Договору страхования при изменении цен на предоставляемые медицинские услуги и медицинскую помощь.

10.4. Страхователь обязан:

10.4.1. предоставлять Страховщику необходимые для заключения Договора страхования полные и достоверные сведения, а также иную информацию, связанную с исполнением Договора страхования;

10.4.2. уплатить страховую премию (страховые взносы) в размере и в сроки, установленные в Договоре страхования;

10.4.3. ознакомить Застрахованных с их правами и обязанностями по Договору страхования, с условиями получения медицинских услуг, программами добровольного медицинского страхования, Правилами страхования.

10.5. Застрахованный обязан:

10.5.1. соблюдать требования Правил страхования, условий Договора страхования, предписания лечащего врача, полученные в ходе предоставления медицинской помощи, соблюдать распорядок, установленный медицинским учреждением;

10.5.2. не передавать страховой полис (страховую карточку) другим лицам с целью получения ими медицинских услуг.

10.6. Страховщик обязан:

10.6.1. ознакомить Страхователя с Правилами страхования и выдать ему экземпляр;

10.6.2. произвести страховые выплаты при наступлении страхового случая в порядке, установленном в разделе 11 настоящих Правил;

10.6.3. обеспечить конфиденциальность в отношениях со Страхователем и Застрахованным;

10.6.4. обеспечить предоставление Застрахованному лицу медицинских услуг и иных услуг, в соответствии с Договором страхования.

10.7. Договором страхования могут быть предусмотрены также и другие права и обязанности сторон.

10.8. В случае расширения списка Застрахованных Страхователь представляет Страховщику сведения о дополнительно принимаемых на страхование лицах и уплачивает за них дополнительную страховую премию. При этом страховая премия за неполный месяц уплачивается как за полный, если иное не предусмотрено договором страхования

10.9. В случае замены Застрахованного другим лицом без увеличения числа Застрахованных Страхователь представляет Страховщику сведения об исключаемых из списка Застрахованных и включаемых в него лицах. Замена Страхователем Застрахованного производится только с согласия самого Застрахованного и Страховщика.

11. УСЛОВИЯ И ПОРЯДОК СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЫ

11.1. Размер страховой выплаты определяется стоимостью медицинской помощи и услуг, оказанных Застрахованному при наступлении страхового случая.

Страховая выплата осуществляется в соответствии с условиями Договора на предоставление медицинских услуг и на основании счета медицинского и иного учреждения за оказание консультативной, диагностической, лечебной, реабилитационной, профилактической, медикаментозной и иной медицинской помощи и услуг путем уплаты денежных средств на расчетный счет медицинского и иного учреждения.

Договор на предоставление медицинских услуг – это 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.

11.2. Оплата за оказание медицинской помощи и услуг производится по тарифам и ценам (прейскурантам), согласованным между Страховщиком и медицинским учреждением, в порядке, установленном Договором на предоставление медицинских услуг.

11.3. Для получения медицинских услуг Застрахованный обращается в медицинские учреждения, предусмотренные Договором страхования, или к Страховщику по контактными телефонам, указанным в полисе (страховой карточке).

11.4. При обращении в медицинское учреждение Застрахованный предъявляет паспорт или иной документ, удостоверяющий его личность, а также полис (страховую карточку) и (или) пропуск установленного для этого медицинского учреждения образца. При обращении Застрахованного в санаторно-курортное учреждение предъявляется путевка (курсовка).

11.5. Предусмотренные Договором страхования выплаты производятся Страховщиком независимо от сумм, причитающихся Застрахованному по государственному социальному страхованию, социальному обеспечению, сумм, выплачиваемых в порядке возмещения вреда по другим Договорам страхования.

11.6. Размер страховых выплат за период действия Договора страхования не может превышать страховой суммы.

11.7. Страховщик не оплачивает медицинские услуги, если:

- Застрахованным получены медицинские услуги, не предусмотренные Договором страхования;

- Застрахованным получены медицинские услуги в медицинских учреждениях, не предусмотренных Договором страхования.

11.8. Решение об отказе в страховой выплате принимается Страховщиком и сообщается Страхователю (Застрахованному) в письменной форме с мотивированным обоснованием причин отказа.

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

11.9. Не оплачивается Страховщиком без предварительной договоренности стоимость трансплантатов, эндопротезов, протезов, имплантатов, а также расходы на приобретение

медицинского оборудования, изделий медицинского назначения и предметов по уходу за больными при любых заболеваниях.

11.10. При страховании с валютным эквивалентом, страховая выплата выплачивается в рублях по курсу Центрального банка РФ, установленному для данной валюты на дату выплаты (перечисления), если иное не предусмотрено договором страхования.

12. ПОРЯДОК РАССМОТРЕНИЯ СПОРОВ

12.1. Все споры по Договору страхования между Страховщиком и Страхователем разрешаются путем переговоров, а при недостижении согласия в порядке, установленном законодательством Российской Федерации.

Программа № 1 «Амбулаторно-поликлиническая помощь»

1.1. Поликлиническое обслуживание

- Приемы, консультации специалистов
- Общие манипуляции и процедуры
- Профилактические прививки детям вакцинами отечественного и импортного производства (в соответствии с календарем профилактических прививок)
- Услуги по специальности акушерство и гинекология
- Услуги по специальности аллергология и иммунология
- Услуги по специальности анестезиология и реаниматология
- Услуги по специальности гастроэнтерология
- Услуги по специальности гематология
- Услуги по специальности генетика
- Услуги по специальности гериатрия
- Услуги по гипер- (гипо) барической оксигенации
- Услуги по специальности гистология
- Услуги по специальности дерматовенерология
- Услуги по специальности диабетология
- Услуги по диализу
- Услуги по специальности диетология
- Услуги по специальности инфекционные болезни
- Услуги по специальности кардиология
- Услуги по специальности клиническая лабораторная диагностика
- Услуги по специальности клиническая фармакология
- Услуги по специальности колопроктология
- Услуги по косметологии терапевтической, хирургической
- Услуги по специальности лабораторная генетика
- Услуги по специальности лечебная физкультура и спортивная медицина
- Услуги по специальности логопедия
- Услуги по специальности мануальная терапия и рефлексотерапия
- Услуги по медикаментозной терапии
- Услуги по специальности медицинский массаж
- Услуги по специальности наркология
- Услуги по специальности неврология
- Услуги по специальности нейрохирургия
- Услуги по специальности неонатология
- Услуги по специальности нефрология
- Услуги по специальности общая врачебная практика (семейная медицина)
- Услуги по специальности онкология
- Услуги по специальности отоларингология
- Услуги по специальности офтальмология
- Услуги по специальности педиатрия
- Услуги по специальности профпатология
- Услуги по специальности психиатрия
- Услуги по специальности психотерапия

- Услуги по применению методов традиционной медицины
- Услуги по профилактической медицине
- Услуги по специальности пульмонология
- Услуги по специальности радиология
- Услуги по специальности ревматология
- Услуги по специальности рентгенология в полном объеме, включая КТ, МРТ, ПЭТ
- Услуги по специальности сердечно-сосудистая хирургия
- Услуги по специальности сестринское дело
- Услуги по специальности терапия
- Услуги по специальности токсикология
- Услуги по специальности торакальная хирургия
- Услуги по специальности трансплантология
- Услуги по специальности трансфузиология
- Услуги по специальности травматология и ортопедия
- Услуги по специальности ультразвуковая диагностика
- Услуги по специальности урология и андрология
- Услуги по специальности функциональная диагностика
- Услуги по специальности физиотерапия
- Услуги по специальности фтизиатрия
- Услуги по специальности хирургия
- Услуги по специальности челюстно-лицевая хирургия
- Услуги по специальности эндоскопия
- Услуги по специальности эндокринология
- Услуги по специальности эпидемиология (паразитология)
- Услуги по экспертизе временной нетрудоспособности
- Услуги по экспертизе на право владения оружием
- Услуги по экспертизе связи заболеваний с профессией

1.2. Медицинская помощь на дому

- Выезд врачей-специалистов на дом
- Снятие ЭКГ на дому
- Взятие материала для лабораторных исследований
- Лечебные манипуляции на дому
- Организация экстренной или плановой госпитализации по медицинским показаниям

1.3. Диспансерное наблюдение и обследование

- Контрольные приемы врачей-специалистов
- Контрольные лабораторные и инструментальные исследования

Программа № 2 «Стационарная помощь экстренная и/или плановая, в том числе в условиях дневного стационара»

- Диагностические лабораторные и инструментальные исследования
- Консультации специалистов
- Лечебные манипуляции и процедуры
- Оперативные вмешательства
- Кардиохирургические операции
- Медикаментозная терапия

- Уход младшего и среднего медицинского персонала
- Стоимость пребывания в медицинском учреждении
- Выезд бригады скорой и неотложной медицинской помощи
- Проведение диагностических и лечебных мероприятий
- Транспортировка в стационар

Программа № 3 «Стоматологическая помощь»

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

Программа № 4 «Скорая и неотложная медицинская помощь»

- Вылет или выезд бригады скорой и неотложной медицинской помощи
- Проведение диагностических и лечебных мероприятий
- Транспортировка в стационар

Программа № 5 «Санаторно-курортное и реабилитационно-восстановительное лечение»

- Пребывание в медицинском учреждении, оказывающем санаторно-курортное лечение (санаторно-курортную помощь) и (или) реабилитационно-восстановительное лечение, медикаментозное обеспечение, предоставляемое медицинским учреждением, в том числе:
- Обеспечение лекарственными препаратами, перевязочным материалом, средствами по уходу за больными, в объеме, предусмотренном Программой добровольного медицинского страхования.
- Прием и консультации врачей-специалистов (в том числе по специальностям: терапия, хирургия, педиатрия, кардиология, ревматология, гастроэнтерология, пульмонология, эндокринология, нефрология, неврология, инфекционные болезни, травматология, урология, проктология, гинекология, отоларингология, офтальмология, дерматология, аллергология, анестезиология, иммунология, стоматология и др.)

- Лабораторно-диагностические исследования: лабораторная диагностика (бактериологические, биохимические, серологические и общеклинические исследования, гормональные исследования крови, иммунологические, аллергологические исследования, микроскопические и др.),
- ультразвуковые исследования, функциональная диагностика (электрокардиография, суточное мониторирование артериального давления, реовазография, велоэргометрия, фонокардиография, функции внешнего дыхания, холтеровское мониторирование, электроэнцефалография и др.), эндоскопические исследования, рентгенологические исследования (включая компьютерную томографию, магнитно-резонансную томографию) и т.д.
- Процедуры, манипуляции и методы лечения: физиотерапия (электро-, свето-, магнито-, теплотечение, лазеротерапия, водолечение, бальнеотерапия, баротерапия и др.), лечебная физкультура, лечебный массаж, мануальная терапия, иглорефлексотерапия, инъекции, вливания и другие процедуры, манипуляции и методы лечения.
- Консервативное лечение по поводу заболевания, послужившего основанием для оказания санаторно-курортного лечения (санаторно-курортной помощи) и (или) реабилитационно-восстановительного лечения.

Программа № 6 «Комплексная медицинская помощь»

Комплексная медицинская помощь включает в себя услуги, определенные в Программах №№ 1 - 5.

В ПРОГРАММЫ №№ 1-6 НЕ ВХОДИТ:

1. Оказание медицинских услуг в связи с лечением следующих заболеваний (с момента постановки диагноза):
 - 1.1. онкологических заболеваний (злокачественных новообразований, в т.ч. кроветворной и лимфатической тканей, доброкачественных новообразований злокачественного течения) и их осложнений;
 - 1.2. врожденных и наследственных заболеваний, в т. ч. крови и кроветворных органов, а также врожденных аномалий развития органов и их осложнений;
 - 1.3. венерических заболеваний, ВИЧ-инфекции и ее осложнений;
 - 1.4. психических заболеваний, органических психических расстройств (включая симптоматические), расстройств поведения, настроения, личности, невротических и соматоформных расстройств;
 - 1.5. эпилепсии;
 - 1.6. алкоголизма, наркомании, токсикомании и их осложнений;
 - 1.7. системных поражений соединительной ткани, ревматоидного артрита, болезни Бехтерева (анкилозирующий спондилит), демиелинизирующих болезней центральной нервной системы;
 - 1.8. туберкулеза, саркоидоз, муковисцидоз, фиброзирующий альвеолит независимо от клинической формы и стадии процесса;
 - 1.9. хронической почечной и печеночной недостаточности, требующей проведения экстракорпоральных методов лечения;
 - 1.10. острой и хронической лучевой болезни;
 - 1.11. бесплодия (мужского и женского), импотенции;
 - 1.12. заболевания органов и тканей, требующие их трансплантации, аутооттрансплантации, эндопротезирования, протезирования и имплантации;

2. Оказание медицинских услуг, связанных с:
 - 2.1. протекающей беременностью при сроках свыше 8 недель;
 - 2.2. прерыванием беременности, не обоснованным медицинскими показаниями, вне зависимости от срока беременности;
 - 2.3. родовспоможением;
 - 2.4. врожденные и наследственные заболевания, в том числе крови и кроветворных органов; врожденные аномалии и пороки развития; родовая травма и ее последствия;
3. Оказание медицинских услуг по устранению ортодонтических нарушений у детей и взрослых; ортопедические нарушения, требующие протезирования.
4. Оказание медицинских услуг по устранению косметических дефектов лица, тела, конечностей не зависимо от времени их возникновения.
5. Проведение программного гемодиализа.
6. Протезирование всех видов, в том числе трансплантация, зубопротезирование и подготовка к нему, включающая удаление и депульпирование зубов, замену старых пломб без медицинских показаний и пр. (за исключением случаев, когда застрахованный лишился зуба в результате несчастного случая)
7. Методы народной медицины, используемые с целью диагностики (акупунктурная, аурикуло-, термпунктурная, электропунктурная, пульсовая, иридо-, мануальная, энергоинформатика и пр.) и оздоровления (цигун- терапия, управление дыханием, музыкотерапия и пр.).
8. Лечение у психотерапевта.
9. Услуги по планированию семьи.
10. Услуги, оказываемые в косметических и оздоровительных целях.
11. Оказание медицинских услуг при лечении отдельных заболеваний из настоящего списка могут быть включены в Программу на особых условиях, согласованных со Страховщиком.

Программа № 7 «Медико-транспортные услуги и услуги по репатриации»

- Услуги по транспортировке до медицинского учреждения
- Услуги по транспортировке в другое медицинское учреждение по медицинским показаниям
- Услуги по транспортировке в медицинское учреждение, ближайшее к месту жительства
- Услуги по репатриации в страну постоянного проживания или гражданства
- Услуги по репатриации останков

Программа № 8 «Клещевой энцефалит – 1»

Настоящая Программой предусматривает предоставление услуг и оплату расходов по профилактическому вакцинированию от клещевого энцефалита, и дальнейшему амбулаторному обследованию и лечению (в случае укуса клеща), только вакцинированных Застрахованных.

Объем медицинских услуг включаемых в Программу:

- проведение вакцинации (ревакцинации) от клещевого энцефалита по эпидемиологическим показаниям и в соответствии с утвержденной схемой введения вакцины, с предварительным медицинским осмотром Застрахованного лица,
- в случае укуса клеща:

- консультация врача, удаление клеща в асептических условиях,
- исследование клеща на вирусность в течение первых суток после укуса (удаления)
- профилактическое введение профилактической дозы противэнцефалитического иммуноглобулина, согласно условиям серопрфилактики, но не позднее 72 часов с момента укуса,
- в случае заболевания клещевым энцефалитом (болезнью Лайма, боррелиозом) наступившим в течение действия договора: стационарное лечение с медицинским обеспечением Застрахованного по назначению лечащего врача сверх утвержденного перечня лекарственных средств по программе ОМС.

Страховщик не несет ответственности, если Застрахованный обратился:

- по истечении 72 часов с момента укуса клеща;
- по поводу оплаты услуг, препаратов лечения, которые не были рекомендованы и письменно засвидетельствованы уполномоченным представителем Страховщика или лечащим врачом Застрахованного как необходимые и разумные меры;
- по поводу заболевания клещевым энцефалитом после несвоевременной вакцинации (ревакцинации) и (или) иммунизации;
- по поводу гнойно-септических осложнений, связанных с удалением клеща вне медицинских учреждений, предусмотренных Договором;
- по поводу заболеваний центральной нервной системы, вызванных другими вирусными инфекциями.

Программа № 9 «Клещевой энцефалит - 2»

Настоящая Программа предусматривает предоставление услуг и оплату расходов по профилактике заболевания клещевым энцефалитом путем проведения экстренной иммунизации в случае укуса клеща (в том числе и повторного), при заболевании - медикаментозное обеспечение лечения клещевого энцефалита Застрахованных.

Объем медицинских услуг включаемых в Программу:

- консультация и организация медицинской помощи в случае укуса клеща или появления признаков заболевания,
- удаление клеща в асептических условиях,
- проведение экстренной профилактической иммунизации противэнцефалитическим иммуноглобулином в соответствии с инструкцией в течение всего срока действия страхового полиса, при повторном укусе не раньше чем через 6 недель после предыдущей иммунизации,
- при заболевании клещевым энцефалитом (болезнью Лайма, боррелиозом)- стационарное лечение с медицинским обеспечением Застрахованного по назначению лечащего врача сверх утвержденного перечня лекарственных средств по программе ОМС; реабилитационно-восстановительное лечение после перенесенной госпитализации в амбулаторных условиях по медицинским показаниям.

Страховщик не несет ответственности, если Застрахованный обратился:

- в учреждение не предусмотренное страховой программой и (или) в сроки не предусмотренные Договором страхования и (или) не согласованные со Страховщиком;
- по поводу заболеваний центральной нервной системы, вызванных другими вирусными инфекциями;
- по поводу заболевания клещевым энцефалитом при непроведенной, либо проведенной с нарушением инструкции, экстренной профилактической иммунизации противэнцефалитическим иммуноглобулином;

- для проведения иммунизации спустя 72 часа с момента укуса клеща;
- обращение за медицинской помощью по поводу клещевого энцефалита после иммунизации, проведенной в лечебном учреждении, не включенном в список ЛПУ, предусмотренных данной программой;
- за медицинской помощью по поводу клещевого энцефалита после иммунизации, проведенной с нарушением сроков (после 72 часов от момента укуса клеща);
- по поводу гнойно-септических осложнений, связанных с удалением клеща вне медицинских учреждений, предусмотренных Договором;
- по поводу оплаты услуг, препаратов лечения, которые не были рекомендованы и письменно засвидетельствованы уполномоченным представителем Страховщика или лечащим врачом Застрахованного как необходимые и разумные меры.

Программа № 10 «Дородовое наблюдение беременных женщин»

Программа предусматривает проведение комплексного обследования и наблюдения женщин на любом сроке беременности врачом акушером-гинекологом.

- Проведение консультаций врача акушера-гинеколога;
- Осмотры врачами — специалистами (терапевтом, стоматологом, окулистом, отоларингологом, хирургом и генетиком);
- Проведение комплекса инструментальных и лабораторно-диагностических мероприятий, в частности: УЗ-исследования, доплерометрия, внутриутробная ЭХО-КГ плода, определение группы крови и Rh-фактора, исследование по показаниям Rh-антител и титр Rh-антител, исследование крови на RW, ВИЧ-инфекцию, гемсиндром, определение глюкозы крови, клинические анализы крови, исследования мочи, исследования влагалищного отделяемого на флору, а, кроме того - определение ХГЧ и АПФ в крови, исследование крови на ЦМВ, герпес, токсоплазмоз, краснуху, влагалищного отделяемого на хламидиоз, на уреоплазмоз, микоплазмоз, цитологическое исследование влагалищного мазка, бактериологическое исследование.

Настоящей Программой не предусмотрено оказание медицинской помощи при:

1. выявлении заболеваний, связанных с последствиями радиоактивного или иного облучения;
2. выявлении профессиональных заболеваний;
3. выявлении онкологических заболеваний;
4. выявлении венерических заболеваний;
5. травмах всех видов;
6. пороках сердца;
7. заболеваниях почек (хр. гломерулонефрит);
8. заболеваниях крови;
9. сахарном диабете;
10. гипертонической болезни 2Б и 3 стадий;
11. ВИЧ-инфекция;
12. туберкулезе;

Настоящей Программой может быть предусмотрено оказание медицинской помощи на дому, услуг скорой и неотложной медицинской помощи (СНМП) с транспортировкой Застрахованной в медицинское учреждение по медицинским показаниям.

Программа № 11 «Акушерская помощь»

Госпитализация Застрахованной осуществляется при начале родовых схваток, а также при преждевременном излитии околоплодных вод или появлением кровяных выделений в т.ч.:

- пребывания в стационаре;
- хирургические вмешательства и манипуляции, связанные с беременностью, в течение всего времени пребывания в стационаре.
- Медицинская помощь, предусмотренная настоящей Программой, не предоставляется пациентам со следующими заболеваниями:
 - венерические болезни (сифилис, гонорея и т.п.);
 - гнойно-септические очаги инфекции и т.п.;
 - пороки сердца с недостаточностью кровообращения и т.п.;
 - гипертоническая болезнь II Б и III стадий;
 - заболевания почек (гломерулонефрит) и т.п.;
 - психические расстройства (эпилепсия, шизофрения) и т.п.;
 - сахарный диабет;
 - системные заболевания соединительной ткани (коллагенозы) и т.п.;
 - ВИЧ-инфекции;
 - туберкулез;
 - онкологические заболевания

Программа № 12 «Медикаментозное лечение»

Программа медикаментозного лечения предусматривает предоставление застрахованным лекарственных препаратов, необходимых для проведения лечения, следующих клинико-фармацевтических групп:

- сердечно-сосудистые средства
- диуретики и препараты с диуретическим эффектом
- средства, применяемые в неврологии
- анальгетики
- противовоспалительные средства
- антибиотики
- противомикробные средства
- противовирусные средства
- противопротозойные средства
- противопаразитные средства
- противогрибковые средства
- средства, применяемые в гастроэнтерологии и гепатологии
- противоаллергические средства
- бронхо-легочные средства
- препараты половых гормонов и препараты – антагонисты половых гормонов
- анаболические стероиды. Гормоны гипофиза и их аналоги
- кортикотропные, гонадотропные и препараты, влияющие на продукцию гормонов
- средства, влияющие на различные виды обмена
- средства для лечения заболеваний щитовидной железы
- средства, влияющие на гемопоз, гемостаз, гомеостаз
- витамины и их аналоги, поливитамины, микроэлементы для системного применения
- средства, влияющие на иммунитет

- препараты иммуноглобулинов
- средства, влияющие на тонус и сократительную активность миомерия
- средства, применяемые в гинекологии
- средства, применяемые в отоларингологии
- средства, применяемые в стоматологии
- средства, применяемые в офтальмологии
- средства, применяемые в проктологии
- средства, применяемые в урологии
- средства для наружного применения
- средства, применяемые в дерматологии
- средства с дезинфицирующим и антисептическим действием
- средства, применяемые в микропедиатрии и педиатрии

В программу медикаментозного лечения не входит

- Медикаментозное лечение, связанное с протекающей беременностью при сроках свыше 8 недель.
- Медикаментозное лечение с применением:
 - гомеопатических средств;
 - вакцин у детей (вне календарного плана) и взрослых с целью профилактических прививок;
 - питательных смесей и корректирующих добавок к питанию;
 - средств контрацепции всех видов;
 - средств для коррекции половой функции у мужчин;
 - средств диагностики, включая аппараты для измерения артериального давления;
 - изделий медицинского назначения и предметов по уходу за больными (кроме шприцов и перевязочного материала);
 - косметических и гигиенических средств, в т.ч. зубных паст;
 - средств медицинской реабилитации
- Медикаментозное лечение, необходимость которого не подтверждена рецептом врача учреждения здравоохранения, предусмотренного Договором страхования.
- Медикаментозное лечение, которое будет использоваться при лечении застрахованного в стационаре.

Программа № 13 «Диагностика лечения»

- Приемы и консультации специалистов
- Лабораторные и инструментальные исследования
- Диагностические манипуляции и процедуры
- Лечебные манипуляции и процедуры
- Медикаментозная терапия
- Взятие материалов для лабораторных исследований на дому
- Лечебные манипуляции на дому
- Проведение предварительных и периодических медицинских осмотров застрахованных лиц в целях предупреждения заболеваний
- Противорецидивное лечение.

Программа № 14 «Сестринский уход»

Программа сестринский уход предусматривает предоставление застрахованным услуг и оплату расходов по медицинской и медико-социальной помощи хронически и (или) тяжело больным и престарелым на дому и (или) в стационаре.

Программа №15 «Лечение за рубежом»

Медицинская помощь оказывается на базе зарубежных клиник Страховщика, указанных в Программе, по направлению страховщика, и предполагает предоставление Застрахованным, в связи с возникновением страхового случая, следующих услуг:

1. «Поликлиническая помощь»
 - 1.1. Медицинская помощь оказывается на базе лечебно-профилактических учреждений партнеров Страховщика, включая зарубежные клиники, указанные в Программе, по направлению страховщика;
 - 1.2. Первичные, повторные, консультативные приемы врачей: терапевта, хирурга, гинеколога, отоларинголога, невропатолога, эндокринолога, офтальмолога, дерматолога, кардиолога, аллерголога-иммунолога, травматолога, уролога, онколога, гематолога, инфекциониста, ревматолога, пульмонолога, гастроэнтеролога, психиатра, нефролога и других специалистов;
 - 1.3. Лабораторная диагностика необходимая для обследования, установления диагноза и определения схемы лечения: клинические, биохимические, микробиологические, бактериологические, вирусологические, паразитологические, серологические, гормональные, иммунологические, цитологические исследования, гистологические и другие исследования;
 - 1.4. Инструментальная диагностика необходимая для обследования, установления диагноза и определения схемы лечения: рентгенологические, ультразвуковые, функциональные электрокардиография, реовазография, реоэнцефалография, электроэнцефалография, фонокардиография, исследование функции внешнего дыхания, холтеровское мониторирование ЭКГ и суточное мониторирование АД, эндоскопические исследования, радиоизотопные и другие диагностические исследования;
 - 1.5. Лечебные манипуляции и процедуры, амбулаторные операции;
 - 1.6. Реабилитационно-восстановительное лечение по медицинским показаниям;
 - 1.7. Физиотерапевтическое лечение;
 - 1.8. Лечебная физкультура, лечебный массаж, корпоральная иглорефлексотерапия, мануальная терапия; гидротерапия, баротерапия и другие услуги;
 - 1.9. Углубленные методы исследования: магнитно-резонансная томография (ЯМР), компьютерная томография, ПЭТ (позиционно-эмиссионная томография), доплерография, триплексное исследование сосудов, исследования аллергологического и иммунологического статуса, и другие исследования;
 - 1.10. Услуги стационара одного дня: проведение лечебных манипуляций и процедур, амбулаторных операций.
2. «Стоматологическая помощь»
 - 2.1. Услуги по специальности ортодонтия;
 - 2.2. Услуги по специальности стоматология ортопедическая;
 - 2.3. Услуги по специальности стоматология терапевтическая;
 - 2.4. Услуги по специальности стоматология хирургическая;
 - 2.5. Услуги по специальности физиотерапия;
 - 2.6. Услуги по специальности детская стоматология.

3. «Скорая и неотложная медицинская помощь», «Медицинская транспортировка»
 - 3.1. Выезд бригады скорой и неотложной медицинской помощи;
 - 3.2. Проведение диагностических и лечебных мероприятий;
 - 3.3. Организация экстренной госпитализации по медицинским показаниям;
 - 3.4. Предоставление медико-транспортных услуг по медицинским показаниям до места получения медицинской помощи, в том числе организация предоставления санитарного борта, либо регулярного авиарейса, осуществляющего медицинскую транспортировку застрахованного лица в зарубежную клинику, при необходимости госпитализации.

4. «Стационарная помощь экстренная и/или плановая, в том числе в условиях дневного стационара»
 - 4.1. Выбор медицинского учреждения из числа лечебно-профилактических учреждений-партнеров Страховщика в зарубежные клиники, указанные в Программе, по направлению врача диспетчерской службы;
 - 4.2. Пребывание в палате повышенной комфортности, уровень которой предусмотрен программой страхования;
 - 4.3. Лечение и наблюдение лечащим врачом в отделении, консультации специалистов;
 - 4.4. Медикаментозное лечение и расходный материал;
 - 4.5. Пребывание в отделении интенсивной терапии, реанимационные мероприятия;
 - 4.6. Проведение лечебных манипуляций и процедур;
 - 4.7. Лабораторная диагностика необходимая для обследования, установления диагноза и определения схемы лечения: клинические, биохимические, микробиологические, серологические, гормональные, иммунологические, цитологические исследования, гистологические и другие исследования;
 - 4.8. Инструментальная диагностика необходимая для обследования, установления диагноза и определения схемы лечения: рентгенологические, ультразвуковые, функциональные (электрокардиография, реовазография, реоэнцефалография, электроэнцефалография, фонокардиография, исследование функции внешнего дыхания, холтеровское мониторирование ЭКГ и суточное мониторирование АД и др.), эндоскопические исследования, радиоизотопные и другие диагностические исследования;
 - 4.9. Анестезиологические пособия, оперативные вмешательства, реанимационные мероприятия;
 - 4.10. Восстановительное лечение по медицинским показаниям и по основному заболеванию;
 - 4.11. Физиотерапевтическое лечение;
 - 4.12. Лечебная физкультура (ЛФК), лечебный массаж, иглорефлексотерапия, мануальная терапия; гидротерапия, гипер- (гипо) барическая оксигенация, криотерапия и другие услуги;
 - 4.13. Проведение лечебных манипуляций и процедур, амбулаторных операций;
 - 4.14. Углубленные методы исследования: магнитно-резонансная томография (ЯМР), компьютерная томография, ПЭТ (позиционно-эмиссионная томография), доплерография, триплексное исследование сосудов, исследования аллергологического и иммунологического статуса, и другие исследования.

5. Реабилитационно-восстановительное, в том числе санаторно-курортное лечение
 - 5.1. Выбор медицинского учреждения из числа лечебно-профилактических учреждений-партнеров Страховщика, в том числе зарубежных клиник, указанных в Программе;

5.2. Реабилитационно-восстановительное и санаторно-курортное лечение
Застрахованных лиц по медицинским показаниям за рубежом.

ТАРИФЫ ПО ДОБРОВОЛЬНОМУ МЕДИЦИНСКОМУ СТРАХОВАНИЮ

| № Программы | Программа страхования | Базовый тариф |
|-------------|---|---------------|
| 1 | Амбулаторно-поликлиническая помощь | 3,13 |
| 2 | Стационарная помощь | 3,32 |
| 3 | Стоматологическая помощь | 4,68 |
| 4 | Скорая и неотложная медицинская помощь | 3,36 |
| 5 | Санаторно-курортное и реабилитационно-восстановительное лечение | 3,62 |
| 6 | Комплексная медицинская помощь | 5,60 |
| 7 | Медико-транспортные услуги и услуги по репатриации | 3,80 |
| 8 | Клещевой энцефалит - 1 | 0,22 |
| 9 | Клещевой энцефалит - 2 | 0,33 |

Повышающие коэффициенты при включении в договор страхования дополнительных Программ

| Дополнительная программа страхования | Значение повышающего коэффициента |
|--------------------------------------|-----------------------------------|
| Дородовое наблюдение беременных | 1,5 |
| Акушерская помощь | 1,2 |
| Медикаментозное лечение | 1,8 |
| Диагностическое лечение | 1,2 |
| Сестринский уход | 1,4 |
| Лечение за рубежом | 5,0 |

Повышающие коэффициенты для различных групп здоровья Застрахованных

| Группа здоровья | Значение повышающего коэффициента |
|-----------------|-----------------------------------|
| 1 | 1,0 |
| 2 | 1,2 |
| 3 | 1,6 |

Страховщик имеет право применять к базовым тарифным ставкам повышающие (от 1,0 до 10) или понижающие (от 0,1 до 1,0) коэффициенты исходя из:

- перечня медицинских услуг, включаемых в программу страхования (повышающие от 1,0 до 10,0 или понижающие от 0,1 до 1,0),
- возраста Застрахованного лица (повышающие от 1,0 до 4,0 или понижающие от 0,2 до 1,0),
- его профессиональных обязанностей (повышающие от 1,0 до 3,0 или понижающие от 0,3 до 1,0), сообщенных им сведений о заболеваниях, данных медицинского осмотра (повышающие 1, до 5,0 или понижающие от 0,2 до 1,0), данных медицинских документов (повышающие от 1,0 до 10,0 или понижающие от 0,1 до 1,0)

- Ценовой уровень медицинских и иных учреждений, сервисных компаний (повышающие от 1,0 до 10,0 или понижающие от 0,1 до 1,0)
- Наличие убытков по договорам предыдущих периодов страхования (повышающие от 1,0 до 3,0 или понижающие от 0,7 до 1,0)
- других обстоятельств, имеющих существенное значение для определения степени страхового риска, в том числе числа Застрахованных, включаемых в данный договор страхования.

При определении общего размера страховой премии по конкретному договору страхования Страховщик не имеет право применять поправочный коэффициент меньше 0,05 или больше 20.

**ДОГОВОР №
ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ**

г. Москва _____ 20 г.

Закрытое акционерное общество «ГУТА-Страхование» (лицензия № 1820 77 от «05» июня 2007 г.), именуемое в дальнейшем "СТРАХОВЩИК", в лице _____, на основании _____, с одной стороны, и _____, именуемое в дальнейшем "СТРАХОВАТЕЛЬ", в лице _____, на основании _____, с другой стороны, заключили настоящий Договор о нижеследующем:

1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

1.1. По настоящему договору Страховщик обязуется в соответствии с «Правилами добровольного медицинского страхования» в редакции, действующей на дату заключения Договора, (далее Правила страхования) (Приложение №1) за обусловленную договором плату (страховую премию) при наступлении страхового случая организовать предоставление Застрахованным медицинской помощи определенного объема и качества в соответствии с Программой добровольного медицинского страхования (далее – Страховая программа), а также оплатить соответствующие медицинские услуги.

1.2. Перечень медицинских услуг, условия их получения определяются выбранной Страхователем Страховой программой, которая прилагается к настоящему Договору и является его неотъемлемой частью (Приложение №2).

2. ОБЪЕКТ СТРАХОВАНИЯ

2.1. Объектом добровольного медицинского страхования является имущественный интерес Застрахованного, связанный с расходами по оплате медицинской помощи, виды которой указаны в Страховой программе, при обращении Застрахованного в медицинские учреждения.

2.2. Застрахованными по настоящему договору являются лица, указанные в Списке Застрахованных лиц, который прилагается к настоящему договору и является его неотъемлемой частью (Приложение №3).

3. КОЛИЧЕСТВО ЗАСТРАХОВАННЫХ. СТРАХОВАЯ СУММА. СТРАХОВАЯ ПРЕМИЯ

3.1. Общее количество Застрахованных на момент заключения договора составляет _____ человек, в том числе:

по Страховой программе № _____ – человек
по Страховой программе № _____ - человек

3.2. Страховая сумма:

3.2.1. Общая страховая сумма по Договору составляет _____

3.2.2. Страховая сумма на одного Застрахованного составляет _____

по Страховой программе № _____ человек

по Страховой программе № _____ человек

3.2.3. Совокупная сумма страхового обеспечения за весь период действия договора в отношении каждого Застрахованного не может превысить установленную в п. 3.2.2 страховую сумму.

3.3. Страховая премия:

3.3.1. Страховая премия на одного Застрахованного по программам добровольного медицинского страхования составляет:

| Программа | Премия за одного человека (руб.) | в том числе по риску | | | |
|---------------|----------------------------------|--------------------------------------|--|----------------------------------|-----------------------------------|
| | | поликлинического обслуживания (руб.) | стоматологического обслуживания в специализированных клиниках (руб.) | скорой медицинской помощи (руб.) | стационарного обслуживания (руб.) |
| Программа № 1 | | | | | |

3.3.2. Общая страховая премия по Договору составляет _____

3.3.3. В период всего срока действия договора Страхователь с согласия Страховщика имеет право в рамках какой-либо Страховой программы заменить не более _____ Застрахованных за период действия настоящего Договора (10% от числа Застрахованных на момент заключения Договора), при этом доплата страховой премии не производится / замена Застрахованных лиц по не производится.

3.3.4. При изменении в списках Застрахованных лиц страховая премия по риску стоматологического обслуживания в специализированных клиниках, скорой медицинской помощи и стационарного обслуживания уплачивается Страхователем за каждого добавленного в списки Застрахованного в полном объеме вне зависимости от оставшегося срока страхования, по риску поликлинического обслуживания – пропорционально оставшемуся сроку страхования. (Страховая премия по программам (указать номер) уплачивается Страхователем за каждого добавленного в списки Застрахованного в полном объеме вне зависимости от оставшегося срока страхования).

3.3.5. Изменения в списках Застрахованных лиц производится только с 1-го или 15-го числа месяца путем предоставления Страховщику заявления, подписанного уполномоченным лицом и заверенного печатью. Заявление подается не менее чем за три рабочих дня до указанной в заявлении даты изменения в списках Застрахованных лиц.

3.3.6. Размеры страховых премий по Страховым программам не могут быть увеличены Страховщиком в отношении уже Застрахованных по договору лиц. Страховщик имеет право изменить размер страховой премии для вновь принимаемых на страхование лиц по действующему Договору с уведомлением об этом Страхователя.

3.3.7. Застрахованные лица старше 60 лет могут быть приняты на страхование с повышающим возрастным коэффициентом - 1,5; старше 70 лет с коэффициентом – 2. Для лиц старше 55 лет необходимо заполнение медицинской анкеты.

4. ПОРЯДОК ВЗАИМОРАСЧЕТОВ СТОРОН

4.1. Страховая премия уплачивается единовременно/в рассрочку:

- первый взнос за период с в размере уплачивается до:
- второй взнос за период с в размере уплачивается до
- третий взнос за период с в размере уплачивается до
- четвертый взнос за период с в размере уплачивается до

4.2. В случае неуплаты страховой премии в полном объеме или неоплате очередного страхового взноса в течение пяти рабочих дней от даты, указанной в настоящем Договоре (п. 4.1), Страховщик вправе досрочно расторгнуть Договор в одностороннем порядке. При этом Страховщик извещает Страхователя о расторжении Договора путем направления Уведомления по почтовому адресу, указанному в настоящем Договоре. Договор считается расторгнутым с даты направления указанного выше Уведомления.

4.3. Форма уплаты страховой премии безналичная.

4.4. Страхователь уплачивает дополнительную страховую премию в размере, определенном дополнительным Соглашением Сторон, в следующих случаях:

4.4.1. увеличение общего количества Застрахованных, установленного в п. 3.1 настоящего Договора;

4.4.2. изменение Страховой программы (выбор Страхователем более дорогой программы, необходимость расширения перечня медицинских услуг и т.д.);

4.4.3. увеличение страховой суммы по Договору.

4.5. В случае изменения общего количества Застрахованных по настоящему Договору и изменения страховой суммы размер страховой премии пересматривается, и изменения оформляются дополнительным соглашением Сторон.

4.6. Уменьшение страховой премии в соответствии с п. 4.5 рассчитывается как сумма страховой премии за истекший срок действия Договора в отношении конкретного Застрахованного за вычетом 20% - расходов на ведение дела Страховщика. Страховая премия по программам (указать номер) возврату не подлежит.

4.7. Если страховая премия к моменту ее уменьшения в соответствии с п. 4.5 оплачена Страхователем не полностью, производится зачет встречных платежей: на размер страховой премии, подлежащей возврату, уменьшается очередной взнос страховой премии.

В случае, если премия оплачена Страхователем полностью, возврат соответствующей части страховой премии осуществляется по окончании срока страхования или при полном досрочном расторжении Договора.

5. ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

5.1. Страховщик обязан:

5.1.1. ознакомить Страхователя со Страховой программой;

5.1.2. обеспечить предоставление Застрахованным лицам комплекса медицинских услуг при наступлении страхового случая в соответствии с Правилами страхования и настоящим Договором;

5.1.3. выдать страховые полисы не позднее 7 (семи) рабочих дней с момента поступления страховой премии (первого ее взноса) на расчетный счет Страховщика или с момента получения должным образом оформленных списков Застрахованных (считая от более позднего события);

5.1.4. контролировать объем, сроки и качество оказываемой Застрахованному медицинской помощи в лечебно-профилактическом учреждении, в соответствии с выбранной Страховой программой;

5.1.5. в случае невозможности оказания медицинских услуг на базе ЛПУ, предусмотренных Программой страхования, организовать получение медицинских услуг на базе иных ЛПУ, рекомендованных Страховщиком;

5.1.6. обеспечить конфиденциальность в отношениях со Страхователем (Застрахованным);

5.1.7. выполнять другие обязанности, предусмотренные в настоящем Договоре.

5.2. Страхователь обязан:

5.2.1. своевременно предоставить Страховщику списки Застрахованных отдельно по каждой Страховой программе;

5.2.2. своевременно уплатить страховую премию в соответствии с условиями настоящего Договора;

5.2.3. предоставить Страховщику необходимые для заключения договора страхования полные и достоверные сведения;

5.2.4. довести до каждого Застрахованного сведения об объемах, характере и условиях оказания медицинской помощи по их Страховым программам и Правилам страхования, а также предупредить об ответственности за передачу страховых документов другим лицам;

5.2.5. производить оплату дополнительной страховой премии в случаях, предусмотренных п. 4.4 настоящего Договора;

5.2.6. возвращать пропуски в ЛПУ, страховые медицинские полисы, пластиковые информационные карточки Страховщику после прекращения договорных обязательств;

5.2.7. выполнять другие обязанности, предусмотренные в настоящем Договоре.

5.3. Застрахованный обязан:

5.3.1. соблюдать предписания лечащего врача, полученные в рамках предоставленной согласно Страховой программе медицинской помощи, соблюдать распорядок, установленный медицинским учреждением;

5.3.2. заботиться о сохранности страховых документов и не передавать их другим лицам с целью получения ими медицинских услуг.

5.4. Страховщик имеет право:

5.4.1. устанавливать размер и порядок уплаты страховой премии;

5.4.2. при обнаружении Страховщиком заведомо ложных сведений, указанных Страхователем при заключении настоящего Договора, при выявлении Страховщиком фактов обмана и мошенничества, таких, как подлог в документах, представленных Страхователем для получения медицинских услуг, Страховщик имеет право требовать признания Договора недействительным и применения последствий, предусмотренных законодательством РФ;

5.4.3. при выявлении Страховщиком фактов подлога в документах или заведомо неверных (ложных) сведений, представленных Застрахованным при получении медицинских услуг, прекратить действие Договора в отношении Застрахованного, что означает исключение данного лица из списка Застрахованных. Страховщик имеет право отказать Страхователю в повторном его включении в этот список;

5.4.4. отказать в оплате медицинских услуг в случаях:

- если предоставленные медицинские услуги не предусмотрены Договором страхования;
- если медицинские услуги предоставлены лечебными учреждениями, не указанными в страховом полисе, и оказание этих услуг не согласовано со Страховщиком;
- если медицинские услуги получены другим лицом по страховому полису или пластиковой информационной карточке Застрахованного;
- если страховой случай наступил до вступления настоящего договора в силу;
- если медицинские услуги предоставлены по обстоятельствам, не относящимся к страховым случаям;

5.4.5. отказать Страхователю во внесении изменений в списочный состав Застрахованных, если Страхователь подает заявление об изменениях менее чем за 3 месяца до окончания срока действия Договора.

5.5. Страхователь и Застрахованные имеют право:

5.5.1. принимать участие в работе экспертной комиссии по разбору случаев некачественного предоставления медицинских услуг, включая случаи причинения вреда здоровью Застрахованных. В случае несогласия Страхователя с выводами экспертной комиссии он имеет право инициировать привлечение к участию в экспертной комиссии за свой счет независимых экспертов;

5.5.2. требовать предоставления медицинских услуг в период действия настоящего Договора, предусмотренных Страховой программой.

6. СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ

6.1. Настоящий Договор заключен сроком на один год. Настоящий Договор вступает в силу в 00 ч. 00 мин. Московского времени ____ г. и действует до 24 ч. 00 мин. Московского времени ____ г.

7. ПРЕКРАЩЕНИЕ ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ

7.1. Договор страхования прекращается в случаях, предусмотренных Правилами страхования и действующим законодательством РФ.

7.2. Договор страхования может быть прекращен досрочно по требованию Страхователя или Страховщика, а также по соглашению сторон.

7.3. Под полным досрочным прекращением Договора страхования понимается прекращение страхования в отношении всех Застрахованных.

7.4. О намерении полного досрочного прекращения Договора страхования стороны обязаны уведомить друг друга в письменной форме не менее чем за 30 дней до предполагаемой даты прекращения договора страхования.

7.5. Сумма страховой премии, подлежащей возврату Страхователю при полном досрочном расторжении Договора по инициативе страховщика, определяется в размере суммы страховой премии за не истекший срок страхования; при расторжении договора по инициативе страхователя - определяется в размере суммы страховой премии за не истекший срок страхования за вычетом 20% - расходов на ведение дела, за исключением программ _____ (указать номер) по которым страховая премия возврату не подлежит полностью. Возврат производится в течение 30 дней от даты расторжения Договора.

8. ПОРЯДОК РАЗРЕШЕНИЯ СПОРОВ

8.1. Споры, возникающие в процессе исполнения Договора страхования, разрешаются путем ведения переговоров. При невозможности достижения соглашения по спорным вопросам их решение передается на рассмотрение судебных органов в порядке, предусмотренном действующим законодательством РФ в Арбитражном суде г. Москвы.

9. КОНФИДЕНЦИАЛЬНОСТЬ

9.1. Стороны берут на себя обязательства по соблюдению режима конфиденциальности в отношении информации, полученной при исполнении настоящего Договора, в частности в отношении врачебной тайны.

9.2. Настоящий Договор и приложения к нему могут быть предъявлены только официальным представителям государственных органов, имеющих право контролировать и проверять деятельность Сторон.

9.3. Передача информации третьим лицам или иное разглашение информации, признанной по настоящему Договору конфиденциальной, может осуществляться только с письменного согласия на то лица (Страховщика, Страхователя или Застрахованного), информация о котором передается.

9.4. Конфиденциальной по настоящему Договору признается информация:

9.4.1. о форме и содержании Договора,

9.4.2. о состоянии здоровья Застрахованных (в том числе информация о состоянии здоровья конкретных Застрахованных не предоставляется Страхователю).

9.5. Согласно Федеральному закону от 27.06.2006 года «О персональных данных» № 152-ФЗ, Указа Президента РФ от 06.03.1997 года № 188 «Об утверждении Перечня сведений конфиденциального характера», ст. 61 «Основ законодательства об охране здоровья граждан» от 22.07.1993 № 5487-1 с изменениями на 02.02.2006г., Страховщик, выполняя пункт договора с ЛПУ, подтверждает, что имеет добровольное согласие на обработку персональных данных (Фамилия Имя Отчество, пол, дата рождения, адрес проживания, контактный телефон, реквизиты полиса ДМС, номер амбулаторной карты, данные о состоянии здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью и предоставление представителю страховой компании амбулаторной карты) медицинским учреждением каждого прикрепляемого на медицинское поликлиническое обслуживание пациента.

10. ФОРС-МАЖОРНЫЕ ОБСТОЯТЕЛЬСТВА

10.1. Стороны освобождаются от ответственности за частичное или полное неисполнение обязательств по настоящему Договору страхования, если причиной такого неисполнения является действие непреодолимой силы, в результате наступления которой выполнение обязательств по этому Договору страхования становится невозможным.

10.2. Сторона, для которой сложилась такая невозможность исполнения обязательств по настоящему Договору страхования, обязана в течение семи дней письменно известить другую сторону о случившихся обстоятельствах, подтвержденных уполномоченными организациями.

11. ОСОБЫЕ УСЛОВИЯ

11.1. Изменение условий настоящего Договора, а также изменение Страховых программ Застрахованных оформляются дополнительным соглашением Страховщика и Страхователя.

11.2. Страховщик имеет право на ознакомление с медицинской документацией Застрахованного, отражающей его историю заболевания, физическое и психическое состояние, диагноз, ход и прогноз результатов лечения, а также имеет право использовать данную информацию для решения вопросов, связанных с реализацией Договора страхования, оплатой оказанных Застрахованному услуг, защитой прав Застрахованного.

11.3. Выплата страхового обеспечения непосредственно застрахованным физическим лицам по данному Договору исключается, в том числе и в случаях, когда они самостоятельно оплатили своё лечение.

11.4. Ни одна из Сторон не вправе передавать третьей Стороне свои права и обязанности по настоящему Договору без письменного согласия на то другой Стороны, за исключением случаев, предусмотренных действующим законодательством.

11.5. Исключение из списков и замена в списках Застрахованного лица по настоящему Договору осуществляется с письменного согласия Застрахованного лица, снимаемого с обслуживания.

12. ПРОЧИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

12.1. Все уведомления, поручения и сообщения, направляемые в соответствии с настоящим Договором страхования или в связи с ним, должны быть составлены в письменной форме и будут считаться поданными надлежащим образом, если они посланы заказным письмом или доставлены нарочным под расписку по нижеуказанным юридическим адресам сторон.

12.2. Изменения и дополнения в настоящий Договор страхования могут быть внесены соглашением сторон в письменной форме. Каждая из сторон назначает своего представителя, ответственного за своевременную корректировку прикрепленного контингента (исключение уволившихся, прикрепление вновь принятых работников), рассмотрение спорных вопросов, оформление необходимой документации.

12.3. Стороны обязуются в течение трех дней уведомлять друг друга об изменении своего юридического адреса, почтовых и банковских реквизитов.

12.4. Настоящий Договор составлен в двух экземплярах, имеющих равную юридическую силу, по одному для каждой из сторон.

Приложения (являются неотъемлемой частью настоящего Договора):

- Приложение №1 - Правила добровольного медицинского страхования;
- Приложение №2 - Страховая программа;
- Приложение №3 - Список Застрахованных.

13. ЮРИДИЧЕСКИЕ АДРЕСА И РЕКВИЗИТЫ СТОРОН

СТРАХОВЩИК:

СТРАХОВАТЕЛЬ:

ЗАО «ГУТА – Страхование»

Юридический адрес: 107078, г. Москва,

Орликов пер., д. 5, стр. 3.

Фактический адрес: 107023, г. Москва,

ул. Электrozаводская, д. 27, стр. 8.

Телефон: 783-41-63. Факс: 783-41-83

ИНН 7710006391; КПП 774401001

МФ ОАО "ГУТА-БАНК" г.Москва

ОКПО 29054407; Р/с 40701 810 2 0010 0000001;

БИК 044583915; ОКВЭД 66.0;

ОГРН 102770357244; ОКАТО 45286565000

Корр./с 30101 810 6 0000 0000915

ЗАО «ГУТА-Страхование»

Генеральный директор

_____ / _____

_____ / _____

Страховщик: Закрытое акционерное общество "ГУТА-Страхование"
107078, Москва, Орликов переулок, д. 5, стр. 3, тел.: +7 (495) 799 97 99, факс: +7 (495) 783 41 87 www.gutains.ru
Банковские реквизиты: р/с 40701 810 2 0010 0000001 в МФ ОАО "ГУТА-БАНК" г. Москва, корп/с 30101 810 6 0000 0000915, БИК 044583915; ИНН 7710006391; КПП 774401001; ОКВЭД 66.0; ОКПО 29054407; ОКАТО 4528656000
Лицензия ФССН - С № 1820 77 от 05.06.2007 г.

СТРАХОВОЙ ПОЛИС № _____
(ДОГОВОР) ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

Г. Москва « ____ » _____ 20 ____ г.

Страхователь:

| | |
|---|---|
| Фамилия _____ Имя _____ Отчество _____ Адрес проживания _____ Контактные телефоны _____ | Паспорт или документ его заменяющий _____ Кем выдан _____ Дата выдачи _____ |
|---|---|

Застрахованное лицо:

| | |
|---|---|
| Фамилия _____ Имя _____ Отчество _____ Адрес проживания _____ Контактные телефоны _____ | Паспорт или документ его заменяющий _____ Кем выдан _____ Дата выдачи _____ |
|---|---|

В соответствии с настоящим Договором объектом добровольного медицинского страхования являются имущественные интересы Застрахованного, связанные с затратами на оказание ему медицинских и иных услуг в объеме, предусмотренном программой страхования, в порядке и на условиях, указанных в Договоре страхования.

Программа страхования, страховая сумма и страховая премия:

| Виды медицинской помощи (страховые риски) | + | Страховая сумма, руб. | Страховая премия, руб. |
|--|----------|------------------------------|-------------------------------|
| "Амбулаторно-поликлиническая помощь" | | | |
| "Стоматологическая помощь" | | | |
| "Скорая и неотложная медицинская помощь" | | | |
| "Стационарная помощь" | | | |
| "Дородовое наблюдение беременных женщин" | | | |
| "Акушерская помощь" | | | |
| другие | | | |
| | | | |

Общая страховая премия по настоящему договору (сумма прописью): _____

Порядок оплаты страховой премии _____

В случае неуплаты очередного платежа в течение двух банковских дней с даты, указанной в настоящем Договоре, Страховщик вправе расторгнуть Договор страхования в одностороннем порядке. При этом Страховщик извещает Страхователя о расторжении Договора путем направления уведомления по почтовому адресу, указанному в настоящем Договоре.

Срок действия договора с _____ по _____

Дополнительные условия: В случае досрочного расторжения договора возврат неиспользованной части страховой премии по рискам "стоматологическая помощь", "скорая медицинская помощь" и "стационарная помощь" не производится.

Согласно Федеральному закону от 27.06.2006 года «О персональных данных» № 152-ФЗ, Указа Президента РФ от 06.03.1997 года № 188 «Об утверждении Перечня сведений конфиденциального характера», ст. 61 «Основ законодательства об охране здоровья граждан» от 22.07.1993 № 5487-1 с изменениями на 02.02.2006г., Страховщик, выполняя пункт договора с ЛПУ, подтверждает, что имеет добровольное согласие на обработку персональных данных (Фамилия Имя Отчество, пол, дата рождения, адрес проживания, контактный телефон, реквизиты полиса ДМС, номер амбулаторной карты, данные о состоянии здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью и предоставление представителю страховой компании амбулаторной карты) медицинским учреждением каждого прикрепляемого на медицинское поликлиническое обслуживание пациента

Правила страхования получил, с условиями страхования согласен. « ____ » _____ 20 ____ г. _____ СТРАХОВАТЕЛЬ

СТРАХОВЩИК _____

ДОГОВОР № ГС39-МАЛУ / ____ - Ф
на предоставление медицинской помощи
по программе добровольного медицинского страхования

г. Москва

«__» _____ 20__ г.

_____ (лицензия Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения и социального развития №__ от _____), именуемое в дальнейшем «Учреждение», в лице _____ Генерального директора _____, действующего на основании Устава, с одной стороны, и ЗАО «ГУТА-Страхование» (лицензия Федеральной службы страхового надзора № 1820 77 от «05» июня 2007 г.), в лице Директора _____, действующей на основании Доверенности № __ от _____, именуемое в дальнейшем «Страховщик», с другой стороны, именуемые в дальнейшем совместно и каждый в отдельности «Стороны», заключили настоящий Договор о нижеследующем:

1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

1.1. По настоящему Договору Учреждение обязуется оказывать медицинскую помощь в соответствии с Программой добровольного медицинского страхования лицам, которым Страховщиком выдан страховой полис (далее - Застрахованным), а Страховщик обязуется оплатить Учреждению оказанные им медицинские услуги.

1.2. Программа добровольного медицинского страхования содержит виды и объем оказываемой Застрахованным медицинской помощи, согласуется Сторонами и является неотъемлемой частью настоящего Договора (Приложение № 1).

1.3. Перечень и цена медицинских услуг, оказываемых Застрахованным в соответствии с Программой добровольного медицинского страхования, содержатся в Прейскуранте, являющемся неотъемлемой частью настоящего Договора (Приложение № 2).

2. ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

2.1. Учреждение обязуется:

2.1.1. Обеспечить предоставление медицинской помощи Застрахованным надлежащего

2.1.2. качества и в надлежащем объеме в соответствии с лицензией, установленными нормативными профессиональными медицинскими стандартами, медицинскими показаниями. В случае невозможности оказания каких-либо видов медицинских услуг, информировать об этом Страховщика по телефону (указать телефоны филиала)

2.1.3. Информировать Застрахованных об условиях и порядке предоставления медицинских услуг по настоящему Договору, режиме работы Учреждения.

2.1.4. Вести учет предоставленных Застрахованным медицинских услуг, их стоимости и объемов, а также денежных средств, поступивших от Страховщика.

2.1.5. Вести необходимую медицинскую документацию.

2.1.6. Обеспечить хранение медицинской документации.

2.1.7. 2.1.6. Письменно извещать Страховщика о возникших обстоятельствах, которые могут привести к сокращению вида, объема, изменению срока и качества оказываемой медицинской помощи.

2.1.8. 2.1.7. В случае временного отсутствия возможности оказания каких либо услуг Застрахованным (в период оказания услуг ранее обратившимся Застрахованным или вновь обратившимся в период, до поступления информации, предусмотренной п.2.1.6. настоящего договора) вследствие временного отсутствия необходимого специалиста или оборудования, Учреждение обязуется по согласованию со Страховщиком обеспечить оказание этих услуг силами сторонних учреждений и/или специалистов с последующей компенсацией страховщиком дополнительных затрат, но не свыше стоимости оказания этих услуг по действующему прейскуранту Учреждения, прилагаемого к настоящему договору.

2.2. Страховщик обязуется:

2.2.1. Предоставить Учреждению списки Застрахованных в соответствии с прилагаемой формой (Приложение № 3).

2.2.2. Для соблюдения требований установленных в Федеральном законе от 27.06.2006 года «О персональных данных» № 152-ФЗ, Указа Президента РФ от 06.03.1997 года № 188 «Об утверждении Перечня сведений конфиденциального характера», ст. 61 «Основ законодательства об охране здоровья граждан» от 22.07.1993 № 5487-1 с изменениями на 02.02.2006г., Страховщик, выполняя пункт договора 2.2.1. подтверждает, что имеет добровольное согласие на обработку персональных данных (Фамилия Имя Отчество, пол, дата рождения, адрес проживания, контактный телефон, реквизиты полиса ДМС, номер амбулаторной карты, данные о состоянии здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью и предоставление представителю страховой компании амбулаторной карты) медицинским учреждением каждого прикрепляемого на медицинское поликлиническое обслуживание пациента.

2.2.3. Предоставить Учреждению (посредством курьерской, факсимильной или иной связи, позволяющей достоверно установить, что уведомление исходит от Страховщика) списки лиц, в отношении которых соответствующий договор страхования прекращает свое действие. С даты следующей за датой получения Учреждением списка, Страховщик освобождается от оплаты медицинских услуг лицам, указанным в списке.

2.2.4. Оплатить Учреждению рассчитанную по Прейскуранту стоимость медицинских услуг, оказанных Застрахованным в соответствии с Программой добровольного медицинского страхования, в порядке и сроки, оговоренные в разделе 3 настоящего Договора.

3. СТОИМОСТЬ УСЛУГ И ПОРЯДОК РАСЧЕТОВ

3.1. Учреждение не позднее 5 (пяти) рабочих дней по истечении отчетного периода (месяца) представляет Страховщику счет, счет-фактуру, реестр о представленных к оплате в этом счете медицинских услугах, и Акт об оказанных услугах. Реестр должен быть представлен по форме Приложения № 4 и на магнитном носителе в виде файла согласованного формата со следующими полями: номер медицинского полиса, фамилия, имя, отчество Застрахованного, номер истории болезни, дата обращения, код заболевания по МКБ-10 (диагноз), код услуги, вид выполненной медицинской услуги, количество оказанных услуг, цена каждой услуги, сумма к оплате в рублях.

3.2. В случае представления Учреждением счет, счет-фактуры, реестра о представленных к оплате в этом счете медицинских услугах, Акта об оказанных услугах, не отвечающих условиям п.3.1. настоящего Договора, Страховщик возвращает документы на переоформление. При этом днем получения указанных документов Страховщиком считается день получения переоформленных документов, соответствующих условиям п.3.1 настоящего Договора.

3.3. Страховщик оплачивает счет, с учетом положений п.5.5. настоящего Договора, в течение 7 (семи) рабочих дней с момента подписания Страховщиком Акта об оказанных услугах, путем безналичного перечисления на расчетный счет Учреждения.

3.4. В случае расторжения настоящего Договора Стороны осуществляют окончательные взаиморасчеты в сроки, не превышающие 15 календарных дней после прекращения договорных отношений, которые оформляются Актом сверки. Если срок действия полиса Застрахованного истек, а лечение Застрахованного по заболеванию, признанному страховым случаем, не завершено, Страховщик берет на себя расходы на оплату медицинских услуг только до момента устранения угрозы жизни Застрахованного. Плановая госпитализация осуществляется не менее чем за 14 дней до окончания действия медицинского полиса ДМС. При плановой госпитализации оплата услуг производится до конца действия медицинского полиса ДМС, далее – за счет Застрахованного (Страхователя).

3.5. Учреждение вправе изменять стоимость медицинских услуг в соответствии с темпами роста инфляции, пересматривать и утверждать цены на медицинские и другие услуги, оказываемые по настоящему Договору, но не чаще одного раза в год и не более чем на 15%., от указанных в Прейскуранте, уведомив об этом Страховщика и обосновав повышение стоимости медицинских услуг, не менее чем за 30 (тридцать) календарных дней до даты введения новых цен. В случае несоблюдения срока уведомления, Страховщик вправе оплачивать услуги Учреждения по действующим расценкам до момента наступления оговоренных настоящим Договором сроков.

4. ПОРЯДОК ОКАЗАНИЯ УСЛУГ

4.1. Учреждение самостоятельно устанавливает вид и объем медицинских услуг, оказываемых Застрахованным по настоящему Договору.

4.2. Устанавливаемые Учреждением правила внутреннего распорядка и режим работы должны способствовать получению Застрахованными медицинских услуг по настоящему Договору в полном объеме.

5. КОНТРОЛЬ

5.1. Страховщик вправе контролировать выполнение Учреждением требований Договора путем проверок выставленных счетов и проведения экспертизы объема и качества медицинских услуг, оказанных Застрахованным.

5.2. Страховщик, путем проведения медико-экономической экспертизы контролирует соответствие выполненных Учреждением работ (услуг) при осуществлении медицинской помощи Застрахованным.

5.3. Для проведения медико-экономической экспертизы Учреждение, по предварительной письменной заявке Страховщика, содержащей информацию: Ф.И.О. Застрахованного, номера медицинской карты или страхового полиса; предоставляет полномочному представителю Страховщика медицинские карты Застрахованных.

5.4. Учреждение обязано обеспечить представителю Страховщика, осуществляемому проверку, свободное ознакомление с документами и деятельностью Учреждения, связанными с исполнением настоящего Договора.

5.5. Экспертиза качества и объемов медицинских услуг, оказанных Застрахованным, осуществляется в течении всего срока действия договора, а также в случаях предусмотренных действующим законодательством Российской Федерации.

5.6. Проведение экспертизы качества и объемов медицинских услуг не является основанием для увеличения сроков оплаты счетов Страховщиком.

5.7. Учреждение обязано подготовить всю необходимую документацию, подтверждающую оказание и необходимость оплаты оказанных услуг, которая должна быть представлена в день проведения экспертизы.

5.8. Результаты экспертного анализа, проводимого представителями Страховщика, оформляются Актом экспертного контроля и доводятся до сведения Учреждения.

5.9. В случае выявления Страховщиком оказанных Учреждением медицинских услуг ненадлежащего объема и качества, медицинских услуг, предъявленных к оплате, но не оказанных Застрахованному, либо оказанных лицу, не являвшемуся Застрахованным на момент их оказания, а также предоставления Учреждением Страховщику недостоверной первичной информации, формирующей счет-фактуру, Страховщик вправе при оплате счета исключить из него стоимость данных услуг. В случае если медицинские услуги, указанные в настоящем пункте, уже были ранее оплачены Страховщиком, то Страховщик вправе при оплате очередного счета (п.3.3.) исключить из него стоимость данных ранее оплаченных услуг.

6. СПОРЫ. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН

6.2. 6.1. Споры, возникающие в процессе исполнения настоящего договора, разрешаются путем ведения переговоров. При невозможности достижения соглашения по спорным вопросам их решение передается на рассмотрение судебных органов в порядке, предусмотренном действующим законодательством Российской Федерации.

Итогом переговоров является составление Акта. Указанный Акт подписывается Сторонами и является основанием для последующих взаиморасчетов не позднее 7 (семи) рабочих дней с момента его подписания.

6.3. Претензии по всем вопросам, вытекающим из настоящего Договора, должны быть рассмотрены Сторонами в течение 5 (пяти) рабочих дней со дня ее получения.

6.4. В случае не урегулирования Сторонами споров и разногласий путем рассмотрения их на совместных заседаниях своих представителей или путем переговоров, предъявляемые претензии разрешаются в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

6.5. В случае, если последствием оказанной медицинской помощи является причинение вреда жизни и здоровью Застрахованного, Учреждение возмещает потерпевшему ущерб в объеме и в порядке, установленном законодательством Российской Федерации.

7. ФОРС-МАЖОРНЫЕ ОБСТОЯТЕЛЬСТВА

7.1. Стороны освобождаются от ответственности за неисполнение обязательств по настоящему Договору, если причиной такого неисполнения является чрезвычайное и непредотвратимое при данных условиях обстоятельство (непреодолимая сила).

В этом случае установленные сроки по выполнению обязательств, указанных в Договоре, переносятся на срок, в течение которого такие обстоятельства действуют.

7.2. При наступлении указанных в п.7.1. обстоятельств, Сторона, для которой наступили эти обстоятельства, должна в течение 10 (десяти) рабочих дней письменно известить другую сторону. Не уведомление или несвоевременное уведомление лишает сторону права на освобождение от ответственности за неисполнение обязательств вследствие указанных обстоятельств.

7.3. Сторона освобождается от ответственности за неисполнение обязательств по причинам, указанным в п.7.1., если другая Сторона письменно признает, что те или иные обстоятельства действительно сделали невозможным исполнение обязательств.

Для этого другой Стороне предоставляются доказательства в виде всех необходимых документов компетентных органов, подтверждающих наличие и продолжительность обстоятельств форс-мажора.

7.4. В случае если форс-мажорные обстоятельства продлятся более 2 (двух) месяцев, а Стороны в течение последующего месяца не достигнут соглашения о приведении Договора в соответствие с существенно изменившимися обстоятельствами, то каждая из Сторон вправе расторгнуть Договор и произвести все необходимые взаиморасчеты.

8. ИЗМЕНЕНИЕ И ПРЕКРАЩЕНИЕ ДОГОВОРА

8.1. Изменение и расторжение настоящего Договора осуществляется по письменному соглашению сторон путем оформления дополнительного соглашения.

8.2. Приложения № 1 и № 2, являющиеся неотъемлемой частью настоящего Договора, могут быть изменены только по письменному соглашению Сторон путем оформления дополнительного соглашения.

8.3. Односторонний отказ от исполнения Договора не допускается, за исключением случая, предусмотренного в п.7.4.

9. СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА

9.1. Настоящий Договор вступает в силу с даты подписания его Сторонами и действует до «__» _____ 200__ г.

9.2. Если ни одна из Сторон настоящего Договора за 30 (тридцать) календарных дней до окончания срока его действия не уведомит другую Сторону о своем желании прекратить действие настоящего Договора, то срок действия последнего считается автоматически продленным на каждый последующий год.

9.3. В случае, если срок действия договора добровольного медицинского страхования Застрахованных превышает срок действия настоящего Договора, указанный в п.9.1., то настоящий Договор продолжает действовать в части принятых на себя Сторонами обязательств по предоставлению и оплате медицинских услуг до конца срока действия полисов Застрахованных.

10. ПРОЧИЕ УСЛОВИЯ

10.1. Стороны соглашаются, что вся информация, полученная ими или ставшая им известной в связи с выполнением своих обязательств по настоящему Договору, является конфиденциальной и подлежит защите.

10.2. Нарушением обязательств по обеспечению конфиденциальности признается не только разглашение и прямая передача конфиденциальных сведений одной из сторон другим заинтересованным пользователям без согласия партнера, но и непринятие мер к их охране, исключающих свободный доступ к сведениям и возможность их утечки.

10.3. Настоящий Договор составлен в двух экземплярах, имеющих равную юридическую силу, по одному экземпляру для каждой из Сторон.

10.4. Указанные ниже Приложения являются неотъемлемой частью настоящего Договора на момент его подписания Сторонами:

- Приложение № 1 – Программа добровольного медицинского страхования;
Приложение № 2 – Прейскурант цен на медицинские услуги;
Приложение № 3 – Форма списков Застрахованных;
Приложение № 4 – Форма реестра о предоставленных к оплате медицинских услугах.

11. ЮРИДИЧЕСКИЕ АДРЕСА И РЕКВИЗИТЫ СТОРОН

УЧРЕЖДЕНИЕ:

Юридический адрес:

Фактический адрес:

Телефон

Факс

ИНН:

КПП:

р/с

к/счет

ОГРН:

БИК:

ОКПО:

ОКОНХ:

Генеральный директор

СТРАХОВЩИК:

Юридический адрес:

Фактический адрес:

Телефон

Факс

ИНН:

КПП:

р/с

к/счет

ОГРН:

БИК:

ОКПО:

ОКОНХ:

Директор _____
ЗАО «ГУТА-Страхование»

**Страховая медицинская программа
амбулаторно-поликлинической помощи для взрослых**

Данная программа включает следующие виды медицинской помощи:

1. Консультативно-диагностические приемы и наблюдение специалистов (терапевта, семейного врача, хирурга, кардиолога, дерматолога, гастроэнтеролога, эндокринолога, окулиста, травматолога, уролога, отоларинголога, невролога, пульмонолога, акушера-гинеколога, проктолога, онколога (до постановки онкодиагноза), психиатр и психотерапевт (первичный прием) и других специалистов в соответствии со штатным расписанием ЛПУ), оформление и выдача застрахованному необходимой медицинской документации (выдача и продление листков нетрудоспособности, справки формы 095-у и других справок по медицинским показаниям; оформление рецептов на приобретение лекарственных препаратов, за исключением льготных категорий; оформление медицинской документации при показаниях к реабилитационно-восстановительному лечению, оформление санаторно-курортных карт).

Лабораторно-диагностические исследования:

- лабораторная диагностика: общеклинические, биохимические (кроме комплексного исследования липидного обмена), серологические, бактериологические, иммунологические исследования на общий Ig E, Ig M, проведение кожных скарификационных аллергологических проб, гормональные исследования (5 половых гормонов и гормоны щитовидной железы), ПЦР-диагностика (не более 7 исследований выявления половых инфекций и контроль после лечения один раз за срок страхования), онкомаркеры 1 раз за срок страхования (не более трех исследований).
- радиоизотопные исследования;
- рентгенодиагностика в полном объеме;
- ультразвуковые исследования (включая биопсию с УЗИ-контролем);
- функциональная диагностика (ЭКГ, РВГ, РЭГ, ЭЭГ, Эхо-ЭГ, фонокардиография, исследование функции внешнего дыхания, холтеровское мониторирование ЭКГ и суточное мониторирование АД, ЭХО-КГ и т.д.);
- эндоскопические исследования;
- диагностическая биопсия.

Восстановительное лечение в поликлинике: физиотерапия: назначение не более 30 физиопроцедур за период страхования (электро-, свето- и теплотечение, магнито- и лазеротерапия); ЛФК (без ограничений); классический лечебный массаж (до 30 массажных ед. за период страхования), классическая корпоральная ИРТ (каждый вид - не более 10 процедур за весь период страхования); мануальная терапия (до 2-х сеансов для снятия острого болевого синдрома).

Стоматология терапевтическая, хирургическая, в объеме:

1. Консультации стоматолога-терапевта, стоматолога-хирурга. Первичные консультации пародонтолога, стоматолога-ортопеда.
2. Все виды местного обезболивания (инфильтрационная, аппликационная, проводниковая анестезия).
3. Рентгенодиагностика, радиовизиография (по медицинским показаниям).
4. Лечение кариеса и его осложнений (пульпита, периодонтита) с применением современных свето-химииоотверждаемых материалов, стеклоиномерных цементов, использование лечебных и изолирующих прокладок при лечении глубокого кариеса, пломбирование каналов с использованием гуттаперчевых штифтов
5. Восстановление коронковой части зубов при ее разрушении не более чем на 50%
6. Удаление зубного камня – 1 раз в течение срока страхования по медицинским показаниям (только ультразвуковое)
7. Купирование острых состояний при заболеваниях пародонта (не более 2-х сеансов консервативного лечения, включая закрытый кюретаж пародонтальных карманов в области не более 2 зубов)*
8. Хирургическая помощь при острых и обострении хронических заболеваний: удаление зубов различной сложности, лечение перикоронарита (иссечение капюшона).
9. Физиотерапевтические процедуры

Вызов врача на дом (в пределах МКАД): медицинская помощь на дому оказывается клиентам, которые по состоянию здоровья не могут самостоятельно обратиться в лечебное учреждение:

- первичные, повторные осмотры врача-терапевта на дому;

Страховая медицинская программа амбулаторно-поликлинической помощи для ДЕТЕЙ

1. Профилактические декретные мероприятия в условиях амбулаторно-поликлинического учреждения.

- Профилактические приемы врача-педиатра в условиях амбулаторно-поликлинического учреждения предусмотренные нормативными документами Минздравсоцразвития;
- Иммунопрофилактика инфекционных заболеваний вакцинами отечественного и импортного производства в соответствии с Национальным календарем прививок, включая предварительный осмотр врача-педиатра.

2. Амбулаторно-поликлиническое обслуживание с помощью на дому.

Консультативно-диагностические приемы и наблюдение специалистов (педиатра, семейного врача, хирурга, кардиолога, гастроэнтеролога, нефролога, эндокринолога, физиотерапевта, окулиста, врача ЛФК, травматолога, уролога, отоларинголога, невролога, пульмонолога, дерматовенеролога, акушера-гинеколога, аллерголога, проктолога, онколога (до постановки онкодиагноза), психоневролога(первичный прием), иммунолога (первичный прием) и т.д.), оформление и выдача застрахованному необходимой медицинской документации (выдача и продление листков нетрудоспособности, справки формы 095-у и других справок по медицинским показаниям; оформление рецептов на приобретение лекарственных препаратов, за исключением льготных категорий, оформление медицинской документации при показаниях к реабилитационно-восстановительному лечению, оформление санаторно-курортных карт, выдача справок для дошкольного учреждения).

Лабораторно-диагностические исследования:

- лабораторная диагностика: общеклинические, биохимические, серологические, бактериологические, иммунологические (общий IgE, IgM, кожные скарификационные аллергологические пробы), гормональные исследования (половых гормонов и гормоны щитовидной железы), ПЦР-диагностика (не более 7 инфекций и контроль после лечения один раз за срок страхования), онкомаркеры 1 раз за срок страхования (не более трех исследований)..
- радиоизотопные исследования;
- рентгенодиагностика в полном объеме;
- ультразвуковые исследования (включая биопсию с УЗИ-контролем);
- функциональная диагностика (ЭКГ, РВГ, РЭГ, ЭЭГ, Эхо-ЭГ, фонокардиография, исследование функции внешнего дыхания, холтеровское мониторирование ЭКГ и суточное мониторирование АД, ЭХО-КГ и т.д.);
- эндоскопические исследования;
- диагностическая биопсия.

Восстановительное лечение в поликлинике: Физиотерапия: назначение не более 2-х видов физиопроцедур (до 10 сеансов каждого) по поводу одного страхового события (электро-, свето- и теплотечение, магнито- и лазеротерапия); ЛФК (без ограничений); классический лечебный массаж, классическая корпоральная ИРТ (каждый вид - не более 10 процедур за весь период страхования); мануальная терапия (до 2-х сеансов для снятия острого болевого синдрома).

Стоматология терапевтическая, хирургическая, в объеме:

1. Консультации стоматолога-терапевта, стоматолога-хирурга. Первичные консультации пародонтолога, стоматолога-ортопеда.
2. Все виды местного обезболивания (инфильтрационная, аппликационная, проводниковая анестезия).
3. Рентгенодиагностика, радиовизиография (по медицинским показаниям).

4. 4. Лечение кариеса и его осложнений (пульпита, периодонтита) с применением современных свето-химиоотверждаемых материалов, стеклоиномерных цемента, использование лечебных и изолирующих прокладок при лечении глубокого кариеса, пломбирование каналов с использованием гуттаперчевых штифтов
5. Восстановление коронковой части зубов при ее разрушении не более чем на 50%
6. Удаление зубного камня – 1 раз в течение срока страхования по медицинским показаниям (только ультразвуковое)
7. Купирование острых состояний при заболеваниях пародонта (не более 2-х сеансов консервативного лечения, включая закрытый кюретаж пародонтальных карманов в области не более 2 зубов)*
8. Хирургическая помощь при острых и обострении хронических заболеваний: удаление зубов различной сложности, лечение перикоронарита (иссечение капюшона).
9. Физиотерапевтические процедуры

Вызов врача на дом (в пределах МКАД): медицинская помощь на дому оказывается клиентам, которые по состоянию здоровья не могут самостоятельно обратиться в лечебное учреждение:

Объем предоставляемых услуг:

- первичный, повторный осмотр врача-терапевта на дому;
- оформление листка временной нетрудоспособности и справки форма 095-у;
- выписка рецептов на лекарства в соответствии с медицинскими показаниями, за исключением рецептов на льготное приобретение медикаментов.

Страховым событием не является обращение в лечебное учреждение по поводу следующих заболеваний и их осложнений:

1. Хронические заболевания вне стадии обострения;
2. Медицинские услуги, не предписанные врачом;
3. Обследование и лечение по поводу нейросенсорной тугоухости и др. видов нарушения слуха
4. Нарушения здоровья (травмы, ожоги, отморожения, отравления), полученные в состоянии алкогольного опьянения и (или) действия любых одурманивающих веществ, психических заболеваний, а также умышленное причинение себе телесных повреждений;
5. Венерические заболевания; генерализованные формы заболеваний, передающихся половым путем (ЗППП), а также обследование негенерализованных ЗППП (кроме первичной ПЦР-диагностики и контроля - не более 5 исследований выявления инфекций); хронические активные гепатиты;
6. Особо опасные инфекции, другие высококонтагиозные заболевания, в том числе, геморрагические лихорадки; SAS - пневмония; болезнь, вызванная ВИЧ и бессимптомная ВИЧ-инфекция; любые иммунодефицитные состояния;
7. Острая и хроническая лучевая болезнь;
8. Профессиональные заболевания;
9. Психические расстройства и расстройства поведения; эпилепсия и эпизиндромы; дегенеративные и демиелинизирующие заболевания нервной системы; алкоголизм, наркомания, токсикомания; а также различные травмы и соматические заболевания, возникшие в связи с заболеваниями указанной природы.
10. Туберкулез, саркоидоз;
11. Злокачественные образования, гемобластозы, все опухолевые заболевания нервной системы;
12. Сахарный диабет I и II типа;
13. Врожденные аномалии, заболевания, деформации и хромосомные нарушения;
14. Заболевания, сопровождающиеся хронической почечной и печеночной недостаточностью, а также требующие экстракорпорального лечения;
15. Микозы, псориаз, хронические дерматиты;
16. Системные заболевания соединительной ткани, в т.ч., ревматоидный артрит, все неифференцированные коллагенозы;
17. Заболевания органов и тканей, требующие трансплантации и (или) протезирования (эндопротезирования);
18. Ведение беременности, послеродовое наблюдение, прерывание беременности (за исключением медицинских услуг при патологии беременности до 8 недель по экстренным показаниям: консультации специалистов, лабораторные и инструментальные исследования в амбулаторно-поликлинических

условиях); послеродовое наблюдение; программы планирования семьи: ЭКО, вопросы контрацепции, планирования беременности, лечение бесплодия, осложнения любых видов контрацепции, лечение и обследование по поводу сексуальных расстройств.

Не оплачивается ЗАО «ГУТА-Страхование» оказание следующих медицинских услуг если иное не предусмотрено договором/ программой страхования:

1. Любые назначения без медицинских показаний или выполняемые по желанию Застрахованного, либо предписанные врачами ЛПУ, не включенных в страховую программу;
2. Комплексные исследования липидного обмена; гормонального и иммунологического профиля (кроме скарификационных проб и определения общего IgE, IgM, 5 половых гормонов и гормонов щитовидной железы), комплексные аллергологические исследования, культуральные методы исследования при диагностике инфекций, передающихся половым путем; генетические исследования; маркеров остеопороза и аутоиммунных заболеваний; лабораторные исследования проводимые с целью клинических испытаний;
3. Медицинские услуги, оказанные с профилактической целью, диспансерные и периодические осмотры, динамическое наблюдение и контрольные осмотры (Под динамическими и контрольными осмотрами (наблюдением) следует понимать осмотры и последующие обследования пациентов без жалоб с их стороны, без признаков обострения имеющихся заболеваний, в том числе, активный патронаж Застрахованных через определенные временные интервалы);
4. Все ортопедические манипуляции в том числе внутрисуставное введение хондропротекторов, все ортопедические процедуры, в т.ч. хирургические с использованием протезно-ортопедических изделий;
5. Методы традиционной диагностики: иридодиагностика, аурикулодиагностика, акупунктурная диагностика, пульсодиагностика, биорезонансная диагностика и т.д.; лечение методами традиционной медицины: энергоинформатика, цуботерапия, электроакупунктура, гирудотерапия, фитотерапия, гомеопатия; диагностика по методу Фолля и т.д.; лечение, являющееся по характеру экспериментальным или исследовательским; услуги связанные с телемедициной; диагностика и лечение с использованием авторским методов;
6. Медицинское обследование с целью оформления различных справок(обследование с целью выдачи справок на автовождение, на право ношения оружия, для трудоустройства, для посещения спортивно-оздоровительных мероприятий; для поступления в учебные заведения; для оформления выезда за рубеж;
7. Пластические операции (в том числе септопластика);Диагностические, и лечебные процедуры и вмешательства, проводимые с эстетической или косметической целью, оздоровительные мероприятия, а также с целью улучшения психологического состояния пациента, т.ч., лечение по поводу мозолей, папиллом, бородавок, невусов; склеротерапия вен;
8. Хирургические и физиотерапевтические методы коррекции зрения и лечения близорукости, в т.ч. фотомагнитостимуляция (ФМС); трансконъюнктивальная электроофтальмостимуляция-ТЭОЭС; Тренировка аккомодационного аппарата по методу Аветисова и Дашевского;
9. Гипноз; услуги психотерапевта, психолога; диетолога; генетика; логопеда ; коррекция веса, речи; диагностика и лечение храпа и апноэ во сне; коррекция зрения с помощью методов лазерной хирургии, манипуляции с использованием аппаратно-программных комплексов в офтальмологии;
10. Все виды массажа, кроме ручного лечебного классического (не более 10 процедур), индивидуальные занятия ЛФК, тренажеры; гидроклонолтерапия; лечение с использованием альфа-капсулы;
11. Профилактические прививки взрослым (кроме противостолбнячного анатоксина при травмах, антирабической сыворотки при укусе животных);
12. Экстракорпоральные методы лечения, лазерное облучение крови, ультрафиолетовое облучение крови, нормо- и гипербарическая оксигенация; лечебные манипуляции с применением лазерных установок, плазмаферез, радиоволновые методы лечения;
13. Заболевания органов и тканей, требующие их трансплантации, имплантации, все виды протезирования, ортопедической коррекции; пластическая хирургия (кроме операций, проводимых по медицинским показаниям при повреждениях, влекущих за собой нарушение жизненно-важных функций организма) и их осложнения; процедуры и операции, проводимые с эстетической и косметической целью.
14. Услуги стационара одного дня (за исключением программы «Плановая стационарная помощь»); госпитализация для получения попечительского ухода, либо реабилитационного лечения;
15. Покрытие расходов на лекарственные препараты (кроме программ «Экстренная стационарная помощь», «Экстренная и плановая стационарная помощь»), очки, контактные линзы, слуховые

аппараты, имплантанты, другие дополнительные медицинские устройства и приспособления, расходные материалы индивидуального назначения, в том числе требующиеся в ходе оперативного вмешательства; ортопедических заболеваний, требующих хирургического лечения;

16. Размещение в одноместных палатах и палатах повышенной комфортности, если иное не предусмотрено договором страхования, индивидуальный сестринский пост;

17. Не оплачивает следующие стоматологические услуги:

Терапевтическая и хирургическая стоматология в объеме: замена старых пломб с косметической или профилактической целью, восстановление коронковой части зуба при разрушении более чем 50%, установление трехполостных пломб (МОД), использование анкерных и иных штифтов (кроме гуттаперчевых), использование термофилов, профилактические или косметические манипуляции (отбеливание зубов, снятие мягкого зубного налета, Air Flow, герметизация фиссур), клиновидный дефект, глубокое фторирование зубов при гиперестезии, депофорез, хирургическое лечение заболеваний пародонта и гингивита, удаление зубов мудрости, ретинированных и дистопированных зубов, зубосохраняющие операции: (резекция верхушек корней зубов, цистотомии, цистэктомии), лоскутные операции, открытый кюретаж с применением биомембран, костезаменителей, остеотропных материалов, интрадентальное шинирование; «сэндвич-методика», лечебные манипуляции на зубах, покрытых ортопедическими и ортодонтическими конструкциями;

Ортодонтические виды лечения и подготовка к ним

Ортопедические виды лечения в т.ч. микропротезирование и подготовка к ним

Имплантология.

Использование коффедарма.

Врожденные и наследственные заболевания.

Врожденные аномалии развития органов и тканей и их осложнений.

Любые медицинские услуги, не предусмотренные настоящей страховой программой.

***при обострении хронического генерализованного пародонтоза не более 2-х сеансов консервативного лечения в области одного квадранта, включая закрытый кюретаж пародонтальных карманов в области не более 2 зубов**

Оплачиваются только по согласованию со страховой компанией:

1. Все медицинские услуги, требующие использования дневного стационара, а также подготовка к госпитализации;
2. Оперативное лечение в амбулаторных условиях (проктология, урология, гинекология и т.д.);
3. Лечение аппаратом «Сургитрон»;
4. Консультации КМН, ДМН и профессоров;
5. Компьютерная томография, МРТ;
6. Консультации врачей-специалистов на дому по назначению лечащего врача ;
7. Ортопантограмма

Если в течение срока страхования будет установлено, что Застрахованный имеет заболевание из числа указанных в п.2 настоящих Исключений или имеет I и II группу инвалидности, а также при первичном выявлении названных заболеваний или установлении Застрахованному I и II группы инвалидности в течение срока действия договора, то медицинские услуги могут быть получены Застрахованным за счет его личных средств.

Если срок действия полиса Застрахованного истек, а лечение Застрахованного по заболеванию, признанному страховым случаем, не завершено, Страховщик берет на себя расходы на оплату медицинских услуг только до момента устранения угрозы жизни Застрахованного. Плановая госпитализация осуществляется не менее чем за 14 дней до окончания действия договора страхования. При плановой госпитализации оплата услуг производится до конца действия договора страхования, далее – за счет Застрахованного (Страхователя).

(название ЛПУ)

«УТВЕРЖДАЮ»

«СОГЛАСОВАНО»

УЧРЕЖДЕНИЕ:

Директор

СТРАХОВЩИК:

Директор _____
ЗАО «ГУТА-Страхование»

**ПРЕЙСКУРАНТ
НА МЕДИЦИНСКИЕ УСЛУГИ**

с «__» _____ г.

Срок обслуживания: с _____ г. по _____ г.

СПИСОК
сотрудников _____, застрахованных в ЗАО «ГУТА-Страхование»
и принятых на обслуживание в _____.

Страховая программа:

| № П/П | № полиса | Ф.И.О. | Год рождения | Адрес, телефон | Программа |
|-------|----------|--------|--------------|----------------|-----------|
| 1. | | | | | |

Ответственный за списки:

УЧРЕЖДЕНИЕ:

Директор

СТРАХОВЩИК:

Директор
ЗАО «ГУТА-Страхование»

Реестр

| Номер медицинского полиса | Фамилия Имя Отчество Застрахованного | Номер истории болезни | Дата обращения | Код заболевания по МКБ-10 (диагноз) | Код услуги | Вид выполненной медицинской услуги | Количество оказанных услуг | Стоимость услуги | Сумма к оплате |
|---------------------------------|--|-----------------------------|-------------------|--|---------------|---|----------------------------------|---------------------|-------------------|
| | | | | | | | | | |

Главный бухгалтер:

Главный врач:

УЧРЕЖДЕНИЕ:

Директор

СТРАХОВЩИК:

Директор
ЗАО «ГУТА-Страхование»

УТВЕРЖДАЮ



Генеральный директор

В.Ф.Коршунов

12 2011 г.

ЭКОНОМИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ И РАСЧЕТ ТАРИФНЫХ СТАВОК К ПРАВИЛАМ ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

1. Общие положения.

1.1. Расчет тарифных ставок сделан на основе методики №1, утвержденной распоряжением Федеральной службы Российской Федерации по надзору за страховой деятельностью №02-03-36 от 8 июля 1993 г., рекомендованной страховым компаниям для расчетов страховых тарифов по рисковому видам страхования.

1.2. Для расчета страховых тарифов используется страховая статистика ряда страховых компаний, в т.ч. «ГУТА-Страхование», «Прогресс – гарант», «Военно-страховая компания», «РОСНО» по добровольному медицинскому страхованию за 1998-2010 гг., а также данные Госкомстата РФ и ГУ «Поликлиника №220».

1.3. Расчет тарифной ставки производится путем определения основной части нетто-ставки, рискованной надбавки и брутто-ставки.

1.4. Тарифы рассчитываются для срока страхования 1 (один) год в % от страховой суммы исходя из вероятностей страхового случая, количества объектов страхования, средней величины выплат по отношению к страховой сумме на один договор.

1.5. Доля нагрузки в тарифной ставке составляет 40%.

2. Формулы расчета базовых годовых брутто-ставок.

Приведенные ниже формулы взяты из Методики №1, утвержденной распоряжением Федеральной службы Российской Федерации по надзору за страховой деятельностью № 02-03-36 от 8 июля 1993 г. Все обозначения в приведенных далее формулах соответствуют обозначениям данной Методики.

2.1. Основная часть нетто-ставки T_0 вычисляется по формуле:

$$T_0 = \frac{S_B}{S} \cdot q \cdot 100\% \quad (1)$$

При страховании от нескольких рисков используется формула:

$$T_0 = \sum_i \left(\frac{S_B}{S} \right)_i \cdot q_i \cdot 100\%, \quad (2)$$

где индекс i представляет собой номер риска.

2.2. Рисковая надбавка T_p рассчитывается по формуле

$$T_p = T_0 \cdot \alpha(\gamma) \cdot \mu \quad (3)$$

где

$$\mu = 1,2 \sqrt{\frac{1-q}{n \cdot q}}. \quad (4)$$

Страховщик с вероятностью $\gamma = 0,95$ предполагает обеспечить не превышение возможных возмещений над собранными взносами, тогда из таблицы: $\alpha(\gamma) = 1,645$

| | | | | | |
|------------------|------|-----|-------|------|--------|
| γ | 0,84 | 0,9 | 0,95 | 0,98 | 0,9986 |
| $\alpha(\gamma)$ | 1,0 | 1,3 | 1,645 | 2,0 | 3,0 |

2.3. Совокупная нетто-ставка T_H вычисляется по формуле:

$$T_H = T_O + T_P \quad (5)$$

2.4. Брутто-ставка T_B вычисляется по формуле:

$$T_B = \frac{T_H}{1-f}, \quad (6)$$

где f – нагрузка ($f = 0,4$: комиссия 0,35, расходы на ведение дела 0,05).

3. Расчет базовых тарифных ставок

В данном разделе проводится расчет средних тарифов по всем программам страхования, предусмотренным Правилами добровольного медицинского страхования ЗАО «ГУТА-Страхование» (далее – Правила).

3.1. Программы страхования.

В соответствии с Правилами страховым случаем является обращение Застрахованного (в течение периода действия Договора страхования) в медицинское учреждение при остром заболевании, обострении хронического заболевания, инфекции, травме, отравлении, при родах и других состояниях за получением консультативной, лечебной, профилактической, восстановительной, медикаментозной и иной помощи, предусмотренной Договором страхования.

Договор страхования может быть заключен на условиях оказания медицинской помощи и связанных с ней услуг, предоставляемых Застрахованным в рамках основных и дополнительных программ добровольного медицинского страхования, приведенных в приложениях № 1 к Правилам, а именно:

- 1) амбулаторно-поликлиническая помощь;
- 2) стационарная помощь;
- 3) стоматологическая помощь;
- 4) скорая и неотложная медицинская помощь
- 5) санаторно-курортное и реабилитационно-восстановительное лечение;
- 6) комплексная медицинская помощь (включение пп.1-5);
- 7) медико-транспортные услуги и услуги по репатриации;
- 8) клещевой энцефалит - 1;
- 9) клещевой энцефалит - 2;
- 10) дородовое наблюдение беременных женщин;
- 11) акушерская помощь;
- 12) медикаментозное лечение;
- 13) диагностика лечения;
- 14) сестринский уход;
- 15) лечение за рубежом.

Программы 10) – 15) являются дополнительными и включаются в договор страхования только в комбинации с программами 1) – 6).

Полный перечень страховых случаев по каждой основной и дополнительной программе страхования приведен в описании перечисленных выше программ страхования в Приложении №1 к Правилам.

Тарифные ставки рассчитываются отдельно по всем основным программам страхования. При включении в договор страхования дополнительной программы, тарифная ставка по основным программам умножается на специальный повышающий коэффициент. Расчет базовых тарифных ставок приводится ниже в разделах 3.2 – 3.3. Размер повышающих и понижающих коэффициентов приводится в разделе 4.

3.2. Исходные данные для расчета

На основании проведенного анализа имеющихся статистических данных установлено, что значения вероятности q наступления в течение одного года страхового случая при страховании по перечисленным в разделе 3.1 программам принимают следующие значения:

| Программа страхования | Значение вероятности страхового случая, q |
|--|---|
| Амбулаторно-поликлиническая помощь | 0,82 |
| Стационарная помощь | 0,05 |
| Стоматологическая помощь | 0,68 |
| Скорая и неотложная медицинская помощь | 0,32 |
| Реабилитационно – восстановительное лечение | 0,15 |
| Комплексная медицинская помощь | 0,85 |
| Медико-транспортные услуги и услуги по репатриации | 0,15 |
| Клещевой энцефалит - 1 | 0,05 |
| Клещевой энцефалит - 2 | 0,07 |

Среднее значение страховой суммы (S) по одному договору страхования составляет $S = 300\ 000$ руб.

Значения средней страховой выплаты по отдельным программам страхования составляют:

| Программа страхования | Значение средней страховой выплаты, S_B |
|--|---|
| Амбулаторно-поликлиническая помощь | 6 780 |
| Стационарная помощь | 106 550 |
| Стоматологическая помощь | 12 160 |
| Скорая и неотложная медицинская помощь | 18 160 |
| Реабилитационно – восстановительное лечение | 40 740 |
| Комплексная медицинская помощь | 39 070 |
| Медико-транспортные услуги и услуги по репатриации | 42 740 |
| Клещевой энцефалит - 1 | 7 080 |
| Клещевой энцефалит - 2 | 7 710 |

Ожидаемое количество договоров страхования по отдельным программам добровольного медицинского страхования $n = 5\ 000$.

3.3. Расчет базовых тарифных ставок по отдельным программам страхования

Основную часть нетто-ставки, рисковую надбавку, совокупную нетто-ставку и брутто-ставку вычисляем по формулам (1) - (6). Результаты расчетов приведены в таблице (тарифы в % от страховой суммы):

| Программа страхования | T_0 | T_P | T_H | T_B |
|--|-------|-------|-------|-------------|
| Амбулаторно-поликлиническая помощь | 1,85 | 0,02 | 1,88 | 3,13 |
| Стационарная помощь | 1,78 | 0,22 | 1,99 | 3,32 |
| Стоматологическая помощь | 2,76 | 0,05 | 2,81 | 4,68 |
| Скорая и неотложная медицинская помощь | 1,94 | 0,08 | 2,02 | 3,36 |
| Реабилитационно – восстановительное лечение | 2,04 | 0,14 | 2,17 | 3,62 |
| Комплексная медицинская помощь | 3,32 | 0,04 | 3,36 | 5,60 |
| Медико-транспортные услуги и услуги по репатриации | 2,14 | 0,14 | 2,28 | 3,80 |
| Клещевой энцефалит - 1 | 0,12 | 0,01 | 0,13 | 0,22 |
| Клещевой энцефалит - 2 | 0,18 | 0,02 | 0,20 | 0,33 |

4. Повышающие и понижающие коэффициенты

4.1. Повышающие коэффициенты при включении в договор страхования дополнительных программ

При включении в договор страхования помимо основных, одной или нескольких дополнительных программ страхования, тарифная ставка по каждой основной программе страхования умножается на повышающий коэффициент k_1 . Значение коэффициента равно отношению $\frac{S_{B\partial}}{S_0} : \frac{S_B}{S}$, где $\frac{S_{B\partial}}{S_0}$ - отношение средней страховой выплаты к средней страховой сумме по договорам страхования, включающим основную программу страхования и данную дополнительную программу; $\frac{S_B}{S}$ - отношение средней страховой выплаты к средней страховой сумме по договорам страхования, включающим только основную программу страхования.

По данным страховой статистики значения коэффициентов k_1 для различным дополнительных программ страхования составляют:

| Дополнительная программа страхования | Значение повышающего коэффициента k_1 |
|--|---|
| Дородовое наблюдение беременных женщин | 1,5 |
| Акушерская помощь | 1,2 |
| Медикаментозное лечение | 1,8 |
| Диагностика лечения | 1,2 |
| Сестринский уход | 1,4 |
| Лечение за рубежом | 5,0 |

4.2. Повышающие коэффициенты для различных групп здоровья Застрахованных

По результатам предварительного медицинского освидетельствования или медицинского анкетирования Застрахованному может быть присвоена I, II или III группа здоровья.

Базовая тарифная ставка, указанная в пункте 3 рассчитана для Застрахованных, отнесенных к I группе здоровья. При страховании лиц, принадлежащих к II или III группам

здоровья, базовая тарифная умножается на повышающий/понижающий коэффициент k_2 .
 Значение коэффициента k_2 равно отношению $\frac{q_1}{q}$, где q_1 - вероятность страхового случая среди
 Застрахованных, отнесенных к данной группе здоровья; q - вероятность страхового случая
 среди застрахованных I группы здоровья.

По данным страховой статистики значения коэффициентов k_2 для различных
 дополнительных программ страхования составляют:

| Группа здоровья | Значение повышающего коэффициента k_2 |
|-----------------|---|
| I | 1,0 |
| II | 1,2 |
| III | 1,6 |

4.3. Прочие понижающие и повышающие коэффициенты к базовым тарифным ставкам

Страховщик имеет право применять к базовым тарифным ставкам повышающие (от 1,0
 до 10 или понижающие (от 0,1 до 1,0) коэффициенты, исходя из:

- перечня медицинских услуг, включаемых в программу страхования (повышающие от 1,0
 до 10 или понижающие от 0,1 до 1,0),
- возраста Застрахованного лица (повышающие от 1,0 до 4,0 или понижающие от 0,2 до
 1,0),
- его профессиональных обязанностей (повышающие от 1,0 до 3,0 или понижающие от 0,3
 до 1,0), сообщенных им сведений о заболеваниях, данных медицинского осмотра
 (повышающие от 1,0 до 5,0 или понижающие от 0,2 до 1,0), данных медицинских
 документов (повышающие от 1,0 до 10,0 или понижающие от 0,1 до 1,0)
- ценовой уровень медицинских и иных учреждений, сервисных компаний (повышающие
 от 1,0 до 10,0 или понижающие от 0,1 до 1,0)
- наличие или отсутствие убытков по договорам предыдущих периодов страхования
 (повышающие от 1,0 до 3,0 или понижающие от 0,7 до 1,0)

и других обстоятельств, имеющих существенное значение для определения степени
 страхового риска, в том числе, числа Застрахованных, включаемых в данный договор
 страхования.

При определении общего размера страховой премии по конкретному договору
 страхования Страховщик не имеет право применять поправочный коэффициент меньше 0,05
 или больше 20.