

Измененная и дополненная редакция
Правил добровольного медицинского страхования,
утвержденных приказом генерального директора
МСК«Медика-Восток» от 10.11.1994 г. № 96

УТВЕРЖДЕНО :
приложение № 1
к приказу генерального директора
МСК«Медика-Восток»
от 15 июля 2005 г. № 87

ПРАВИЛА ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

1.1. Настоящие Правила разработаны в соответствии с действующим Законодательством Российской Федерации и содержат условия, на которых Медицинская страховая компания «Медика-Восток», действующее на основании Устава и именуемое в дальнейшем “Страховщик”, заключает Договоры добровольного медицинского страхования и предназначены для определения содержания этих Договоров.

1.2. При заключении Договора страхования на условиях настоящих Правил эти условия становятся неотъемлемой частью Договора страхования и обязательными для Страхователя и Страховщика, именуемых в дальнейшем “Сторонами”.

1.3. На страхование не принимаются граждане, состоящие на учете в наркологических, психоневрологических, туберкулезных, онкологических, кожно-венерологических(по поводу венерических заболеваний) диспансерах, центрах по профилактике и лечению СПИДа и ВИЧ-инфекции, инвалиды I и II групп, если Договором страхования не предусмотрено иное. Заключенный в отношении таких лиц Договор добровольного медицинского страхования может быть прекращен досрочно в порядке, предусмотренном настоящими Правилами.

2. СУБЪЕКТЫ СТРАХОВАНИЯ

2.1. По настоящим Правилам субъектами страхования являются:

2.1.1. Страховщик – Медицинская страховая компания «Медика-Восток», осуществляющая страховую деятельность в соответствии с действующим законодательством и лицензией, выданной федеральным органом исполнительной власти по надзору за страховой деятельностью.

2.1.2. Страхователи – юридические лица – предприятия, организации и т.п. любой организационно-правовой формы, заключившие со Страховщиком Договоры о страховании в пользу Застрахованных лиц и уплачивающие страховые взносы, и дееспособные физические лица, заключившие со Страховщиком Договоры страхования в отношении себя и (или) в отношении третьих(Застрахованных) лиц и уплачивающие страховые взносы.

2.1.3. Застрахованное лицо – физическое лицо, в пользу которого заключен Договор страхования.

3. ОБЪЕКТ СТРАХОВАНИЯ

3.1. В соответствии с настоящими Правилами объектом добровольного медицинского страхования являются имущественные интересы Застрахованного, связанные с затратами на оказание ему медицинской(лечебной, диагностической, консультативной, реабилитационно-восстановительной, оздоровительной, профилактической, в том числе иммунопрофилактической и др. включая обеспечение лекарственными средствами граждан при оказании им амбулаторно-поликлинической помощи) и иной (в том числе медико-социальной включая обеспечение лекарственными средствами граждан при оказании им амбулаторно-поликлинической помощи) помощи при возникновении страхового случая.

4. СТРАХОВОЙ РИСК, СТРАХОВОЙ СЛУЧАЙ

4.1. Страхovým риском является предполагаемое событие, на случай наступления которого проводится страхование.

4.2. Страхovým случаем является совершившееся событие, предусмотренное Договором страхования, с наступлением которого возникает обязанность Страховщика произвести страховую выплату.

4.3. По настоящим Правилам страхovým случаем является:

4.3.1. обращение Застрахованного в течение срока действия Договора страхования в медицинское учреждение из числа предусмотренных Договором страхования за получением медицинской(лечебной, диагностической, консультативной, реабилитационно-восстановительной, оздоровительной, профилактической, в том числе иммунопрофилактической и др. включая обеспечение лекарственными средствами граждан при оказании им амбулаторно-поликлинической помощи) и иной (в том числе медико-социальной включая обеспечение лекарственными средствами граждан при оказании им амбулаторно-поликлинической помощи) помощи в соответствии с условиями Договора страхования и программой страхования и повлекшее возникновение обязательств Страховщика произвести оплату медицинских и иных услуг;

4.3.2. 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;

4.3.3. обращение Застрахованного за получением неотложной медицинской помощи в любой филиал Страховщика, осуществляющий добровольное медицинское страхование и имеющий возможность организации неотложной медицинской помощи Застрахованному в объеме, предусмотренном Договором страхования и программой страхования. При этом оказание медицинской помощи Застрахованному производится в медицинских учреждениях, определяемых Страховщиком.

Типовые программы страхования приведены в приложениях 3-5 к настоящим Правилам.

4.4. Не признается страхovým случаем обращение Застрахованного за получением медицинских и иных услуг:

4.4.1. не предусмотренных Договором страхования;

4.4.2 в связи с патологическими состояниями и травмами, возникшими или полученными в состоянии или вследствие алкогольного, наркотического или токсического опьянения, а также вследствие передачи Застрахованным управления транспортным средством лицу, находящемуся в состоянии алкогольного, наркотического или токсического опьянения;

4.4.3 в связи с получением травматического повреждения или иного расстройства здоровья, наступившего в результате совершения Застрахованным противоправных действий;

4.4.4 в связи с умышленным причинением Застрахованным себе телесных повреждений, суицидальными попытками, за исключением тех случаев, когда Застрахованный был доведен до такого состояния противоправными действиями третьих лиц, что подтверждено соответствующими судебными решениями;

4.4.5. не назначенных врачом или выполняемых по желанию Застрахованного.

4.5. Не признается страхovým случаем обращение Застрахованного за получением медицинских и иных услуг, вызванное:

4.5.1. воздействием ядерного взрыва, радиации или радиоактивного заражения;

4.5.2. военными действиями, а также маневрами или иными военными мероприятиями;

- 4.5.3. гражданской войной, народными волнениями всякого рода или забастовками;
- 4.5.4. стихийными бедствиями,
- если иное не предусмотрено Договором страхования.

5. СТРАХОВАЯ СУММА, СТРАХОВОЙ ТАРИФ. СТРАХОВАЯ ПРЕМИЯ (СТРАХОВОЙ ВЗНОС), ФОРМА И ПОРЯДОК ЕЕ УПЛАТЫ

5.1. Страховой суммой является предельный уровень страхового обеспечения по Договору страхования.

5.2. Страховая сумма устанавливается по соглашению Сторон исходя из перечня и стоимости медицинских и иных услуг, предусмотренных Договором страхования, и указывается в Договоре страхования.

5.3. Страховой тариф – ставка страховой премии с единицы страховой суммы с учетом объекта страхования и характера страхового риска.

5.4. Страховая премия (страховой взнос), являющаяся платой за страхование и уплачиваемая Страхователем по Договору страхования, устанавливаются исходя из страховых тарифов, рассчитанных Страховщиком, в зависимости от размера страховой суммы, срока действия Договора страхования, стоимости медицинских услуг лечебно-профилактического учреждения и др. обстоятельств, предусмотренных Договором страхования.

5.5. При определении размера страховой премии (страхового взноса) Застрахованному может быть предложено заполнение Медицинской анкеты. Сведения, указанные в заявлении на страхование или в Медицинских анкетах, подтверждаются подписью Страхователя (Застрахованного). В случае необходимости, для уточнения указанных данных, Страховщик имеет право направить Застрахованного на медицинское обследование. В случае отказа Застрахованного от заполнения Медицинской анкеты или прохождения медицинского обследования Страховщик имеет право отказать Страхователю в заключении Договора страхования.

5.6. Страховая премия (страховой взнос) по Договору страхования может быть уплачена Страхователем единовременно - разовым платежом за весь срок страхования, или уплачиваться в рассрочку в течение срока действия Договора страхования. Порядок уплаты страховой премии (страхового взноса) определяется в Договоре страхования.

5.7. Уплата страховой премии (страхового взноса) может производиться путем внесения денежных средств в кассу Страховщика или уполномоченному им представителю наличными или по безналичному расчету в российских рублях, если Договором страхования не предусмотрено иное.

6. СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ

6.1. Договор страхования заключается сроком на один календарный год, если условиями Договора не предусмотрено иное. Даты начала и окончания срока действия Договора указываются в Договоре страхования.

7. ДОГОВОР СТРАХОВАНИЯ, ПОРЯДОК ЕГО ЗАКЛЮЧЕНИЯ И ПРЕКРАЩЕНИЕ ДЕЙСТВИЯ

7.1. По Договору страхования, заключенному на условиях настоящих Правил, Страховщик обязуется осуществить организацию и оплату медицинской (лечебной, диагностической, консультативной, реабилитационно-восстановительной, оздоровительной, профилактической, в том числе иммунопрофилактической и др. включая обеспечение лекарственными средствами

граждан при оказании им амбулаторно-поликлинической помощи) и иной (в том числе медико-социальной включая обеспечение лекарственными средствами граждан при оказании им амбулаторно-поликлинической помощи) помощи Страхователю (Застрахованному) в пределах страховой суммы.

7.2. Договор страхования, заключенный на условиях настоящих Правил, считается заключенным в пользу Застрахованного. В случае, если Договор страхования заключен Страхователем в свою пользу, на него распространяются права и обязанности Застрахованного, предусмотренные настоящими Правилами.

7.3. Для заключения Договора страхования Страхователь обращается к Страховщику с письменным заявлением, форма которого устанавливается Страховщиком и в котором сообщаются данные, необходимые для заключения Договора страхования, либо иным допустимым способом заявляет о своем намерении заключить Договор страхования (устное заявление, факс и т.д.).

7.4. Страховщик принимает решение о заключении Договора страхования в течение пяти дней после поступления заявления Страхователя. Факт заключения Договора страхования может удостоверяться путем составления отдельного документа (Договора страхования), либо путем передачи Страховщиком Страхователю страхового полиса, подписанного Страховщиком, с приложением Правил страхования как в полном изложении, так и в сокращении (выдержки).

7.5. При заключении Договора страхования Стороны могут договориться о неприменении отдельных положений настоящих Правил и/или о дополнении Договора страхования положениями, не противоречащими действующему Законодательству РФ.

7.6. В Договоре страхования (приложение 1) указываются:

- наименование, адрес места нахождения и реквизиты банковского счета Страховщика;
- наименование, адрес места нахождения и реквизиты банковского счета (фамилия, имя, отчество) Страхователя;
- численность Застрахованных;
- программа(ы) страхования;
- перечень медицинских и иных учреждений, обеспечивающих обслуживание Застрахованных;
- страховая сумма;
- срок действия Договора страхования;
- размер страхового взноса, подлежащего уплате по Договору страхования, порядок и форма его уплаты;
- права, обязанности, ответственность Сторон и иные не противоречащие Законодательству Российской Федерации условия.

К Договору страхования прилагаются списки Застрахованных по установленной Страховщиком форме.

7.7. Если Договор страхования заключается путем составления отдельного документа, то Застрахованным по Договору страхования выдаются именные страховые полисы. В страховом полисе указываются:

- номер страхового полиса;
- фамилия, имя, отчество Застрахованного;
- программа страхования;
- перечень медицинских и иных учреждений, обеспечивающих обслуживание Застрахованного;
- страховая сумма;
- срок действия Договора страхования.

7.8. Если Договор страхования заключается путем передачи Страховщиком Страхователю страхового полиса (приложение 2), то в таком полисе указываются:

- номер страхового полиса;

- фамилия, имя, отчество Застрахованного;
- домашний адрес, телефон Застрахованного;
- программа страхования;
- перечень медицинских и иных учреждений, обеспечивающих обслуживание Застрахованного;
- страховая сумма;
- срок действия Договора страхования;
- размер страхового взноса, подлежащего уплате по Договору страхования, порядок и форма его уплаты.

7.9. Одновременно со страховым полисом Страхователю (Застрахованному) может вручаться страховая карточка. Страховая карточка является именным документом и содержит справочную информацию (№ страхового полиса, окончание срока действия страхового полиса, контактные телефоны Страховщика). В ряде случаев страховая карточка может использоваться как пропуск в лечебное учреждение.

7.10. При утрате страхового полиса и/или страховой карточки Застрахованный должен незамедлительно известить об этом Страховщика. С этого момента утраченные документы признаются недействительными и не могут являться основанием для получения медицинских и иных услуг в соответствии с Договором страхования. Взамен утерянных документов Страхователю (Застрахованному) выдаются дубликаты.

7.11. Если Договор страхования заключается путем составления отдельного документа, страховой полис и/или страховая карточка выдаются Страхователю (Застрахованному) после уплаты страхового взноса в соответствии с Договором страхования.

7.12. Договор страхования прекращает действие в случае:

7.12.1. окончания срока действия Договора страхования;

7.12.2. смерти Застрахованного;

7.12.3. неуплаты Страхователем страховых взносов в установленные Договором страхования сроки;

7.12.4. передачи Застрахованным страхового полиса и/или страховой карточки другим лицам с целью получения ими медицинских и иных услуг по Договору страхования;

7.12.5. исполнения Страховщиком обязательств перед Страхователем (Застрахованными) по Договору страхования в полном объеме;

7.12.6. ликвидации Страхователя, являющегося юридическим лицом, или смерти Страхователя, являющегося физическим лицом, при условии невыполнения Страхователем обязанности по уплате страховых взносов, и если Застрахованный не принял на себя обязанности Страхователя по уплате страховых взносов;

7.12.7. ликвидации Страховщика в порядке, установленном Законодательством Российской Федерации;

7.12.8. принятия судом решения о признании Договора страхования недействительным;

7.12.9. в других случаях, предусмотренных Законодательством Российской Федерации.

7.13. Договор страхования может быть прекращен досрочно по требованию Страхователя или Страховщика в случаях, предусмотренных настоящими Правилами и/или условиями Договора страхования, а также по соглашению Сторон.

7.14. При досрочном расторжении Договора по инициативе Страхователя возврат неиспользованной страховой премии производится, если иное не предусмотрено Договором страхования, исходя из фактически поступившей по Договору страхования суммы страховых

взносов и рассчитывается следующим образом:

$$\begin{array}{l} \text{Неиспользованная} \\ \text{страховая} \\ \text{премия} \end{array} = \frac{\begin{array}{l} \text{Сумма страховых взносов,} \\ \text{предусмотренная Договором} \\ \text{страхования} \end{array} \times 0,8 \times \begin{array}{l} \text{Число дней до окончания} \\ \text{срока действия} \\ \text{Договора страхования} \end{array}}{\text{Число дней срока действия Договора страхования}}$$

Если Договор страхования предусматривает возможность уплаты страховых взносов в рассрочку, то возврат неиспользованной страховой премии производится только в отношении оплаченной части суммы страховой премии, предусмотренной Договором, исходя из следующих параметров:

$$\begin{array}{l} \text{Неиспользованная} \\ \text{страховая} \\ \text{премия} \end{array} = \frac{\begin{array}{l} \text{Сумма фактически оплаченных} \\ \text{страховых взносов} \end{array} \times 0,8 \times \begin{array}{l} \text{Число дней до окончания} \\ \text{оплаченного периода} \end{array}}{\text{Число дней оплаченного периода}}$$

8. УВЕЛИЧЕНИЕ СТРАХОВОГО РИСКА

8.1. В период действия Договора страхования Страхователь обязан незамедлительно любым доступным способом уведомить Страховщика о ставших ему известными изменениях в обстоятельствах, если эти изменения могут повлиять на увеличение страхового риска.

8.2. Страховщик, уведомленный (Страхователем, Застрахованным, работником лечебно-профилактического учреждения и пр.) об обстоятельствах, влекущих увеличение страхового риска (в том числе в случае применения медицинским учреждением повышающих коэффициентов к стоимости медицинского обслуживания при наличии у Застрахованного хронического заболевания, группы инвалидности и т.п.), вправе потребовать изменения условий Договора страхования или уплаты дополнительной страховой премии соразмерно увеличению страхового риска.

8.3. При неисполнении Страхователем обязанности, предусмотренной пунктом 7.1. настоящих Правил, обязательства Страховщика по Договору страхования считаются прекращенными с момента увеличения страхового риска, и Страховщик вправе требовать возмещения убытков, причиненных расторжением Договора страхования.

В этом случае Страховщик не несет обязательств по выплате страхового возмещения по страховым случаям, наступившим начиная с момента увеличения страхового риска в соответствии с Законодательством Российской Федерации.

8.4. Положение, содержащееся в пункте 7.3. настоящих Правил, не применяется, если к моменту наступления страхового случая обстоятельства, повлекшие увеличение страхового риска, уже отпали.

8.5. Если Страхователь возражает против изменения условий Договора страхования или доплаты страховой премии, то Страховщик вправе потребовать расторжения Договора страхования в соответствии с Законодательством Российской Федерации.

9. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

9.1. Страхователь имеет право:

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

В случае непредоставления таких услуг Страхователь должен немедленно поставить об этом в известность Страховщика. При отсутствии у Страхователя возможности сообщить об этом Страховщику информировать Страховщика может любое уполномоченное Страхователем лицо (представитель);

9.1.2. расторгнуть досрочно Договор страхования в отношении одного или нескольких Застрахованных, обратившись с письменным заявлением к Страховщику. При уменьшении числа Застрахованных возврат страховой премии осуществляется в порядке, предусмотренном для расторжения Договора страхования по инициативе Страхователя;

9.1.3. изменять в течение срока действия Договора страхования программу страхования или иные условия Договора страхования, заключая дополнительные соглашения к Договору страхования и уплачивая, в случае необходимости, дополнительные страховые взносы. Дополнительные соглашения вступают в силу в порядке, установленном для Договора страхования.

9.2. Застрахованный имеет право:

9.2.1. требовать предоставления медицинских и иных услуг в соответствии с условиями Договора страхования;

9.2.2. получать дубликат страхового полиса и/или страховой карточки в случае утраты;

9.2.3. получать разъяснения о Правилах страхования и условиях Договора страхования, порядке предоставления услуг;

9.2.4. сообщать Страховщику о случаях непредоставления услуг, неполного или некачественного предоставления услуг;

9.2.5. принимать на себя обязанности Страхователя – юридического лица по уплате обусловленных Договором страхования страховых взносов своевременно и в полном объеме в случае его ликвидации.

9.3. Страховщик имеет право:

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

9.3.2. отказывать Страхователю в заключении Договора страхования или выплате страхового возмещения в случае установления факта, что Страхователь или Застрахованный сообщили ложные данные;

9.3.3. требовать от Страхователя в случае выявления обстоятельств, влекущих увеличение страхового риска, уплаты дополнительного страхового взноса соразмерно увеличению страхового риска или сокращения срока действия Договора, а также досрочного расторжения Договора страхования в случае выявления фактов представления недостоверных сведений, влияющих на степень риска (например, возраст Застрахованных). При этом страховые взносы не возвращаются, а Застрахованные обязаны возместить Страховщику понесенные расходы по оплате оказанных медицинских услуг;

9.3.4. требовать досрочного расторжения Договора страхования, в том числе в отношении одного или нескольких Застрахованных, при невыполнении Страхователем (Застрахованным) условий Договора с письменным уведомлением Страхователя о причинах расторжения Договора страхования;

9.3.5. приостанавливать обслуживание Застрахованных или сокращать срок действия Договора страхования при непоступлении очередного платежа в соответствии с условиями Договора страхования;

9.3.6. расторгать досрочно Договор страхования в отношении Застрахованного при выявлении у него заболеваний и состояний, исключенных из программ добровольного медицинского страхования, при которых лечение (в том числе и сопутствующих заболеваний) не может быть осуществлено в медицинских учреждениях, сотрудничающих со Страховщиком;

9.3.7. требовать от Застрахованного компенсации расходов Страховщика, возникших в связи с неявкой Застрахованного на заранее согласованные с медицинским учреждением процедуры, приемы и исследования, необоснованным или ложным вызовом скорой медицинской помощи (СМП), нарушением лечебного режима;

9.3.8. организовывать экстренную медицинскую помощь Застрахованному по жизненным показаниям с привлечением муниципальной медицины (скорая медицинская помощь "03"; госпитализация в ближайший стационар и пр.) с дальнейшей организацией перевода по желанию Страхователя (Застрахованного) и при отсутствии медицинских противопоказаний в одно из медицинских учреждений, предусмотренных Договором страхования;

9.3.9. требовать досрочного расторжения Договора страхования в отношении Застрахованного в случае, если будет установлено, что Застрахованный передал другому лицу страховой полис и/или страховую карточку с целью получения последним услуг по Договору страхования;

9.3.10. изменять программу страхования на согласованную со Страхователем в случае прекращения взаимоотношений с медицинским учреждением, предусмотренным Договором страхования.

9.4. Страхователь обязан:

9.4.1. уплачивать своевременно и в полном размере обусловленные Договором страхования страховые взносы;

9.4.2. представлять Страховщику необходимые для заключения Договора страхования достоверные сведения, а также иную необходимую информацию, связанную с исполнением Договора страхования, подтвержденную подписью и печатью;

9.4.3. доводить до сведения Застрахованных информацию об условиях Договора страхования, Правилах добровольного медицинского страхования, программах страхования и порядке предоставления услуг. Получение Застрахованными данной информации должно быть подтверждено подписью;

9.4.4. обеспечивать сохранность документов по Договору страхования.

9.5. Застрахованный обязан:

9.5.1. представлять Страховщику необходимые для заключения Договора страхования достоверные сведения, а также иную необходимую информацию, связанную с исполнением Договора страхования;

9.5.2. удостоверить при получении страховой документации факт ознакомления с Правилами страхования, программой страхования и порядком организации медицинской (лечебной, диагностической, консультативной, реабилитационно-восстановительной, оздоровительной, профилактической, в том числе иммунопрофилактической и др. включая обеспечение лекарственными средствами граждан при оказании им амбулаторно-поликлинической помощи) и иной (в том числе медико-социальной включая обеспечение лекарственными средствами граждан при оказании им амбулаторно-поликлинической помощи) помощи личной подписью;

9.5.3. соблюдать требования Правил страхования, условий Договора страхования, предписания лечащего врача в ходе получения медицинской (лечебной, диагностической, консультативной, реабилитационно-восстановительной, оздоровительной, профилактической, в том числе иммунопрофилактической и др. включая обеспечение лекарственными средствами граждан при оказании им амбулаторно-поликлинической помощи) и иной (в том числе медико-социальной включая обеспечение лекарственными средствами граждан при оказании им амбулаторно-поликлинической помощи) помощи, распорядок, установленный медицинским учреждением;

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

9.5.5. сообщать своевременно Страховщику об изменении своей фамилии, фактического места жительства;

9.5.6. предоставлять Страховщику право на ознакомление с медицинской документацией из любых медицинских и иных учреждений для решения вопросов, связанных с реализацией Договора страхования и оплатой оказанных Застрахованному услуг;

9.5.7. возмещать Страховщику стоимость медицинских и иных услуг, полученных при лечении заболеваний в случае выявления в течение срока действия Договора страхования фактов, свидетельствующих о сокрытии Застрахованным при заполнении Медицинской анкеты сведений о наличии данных заболеваний (в том числе сокрытия родителями сведений о наличии хронических, врожденных заболеваний у ребенка и т.д. и т.п.). При этом Страховщик вправе требовать расторжения Договора страхования в отношении данного Застрахованного в соответствии с Законодательством Российской Федерации.

9.6. Страховщик обязан:

9.6.1. знакомить Страхователя с Правилами страхования;

9.6.2. выдавать Страхователю (Застрахованному) страховые полисы и/или страховые карточки установленной формы;

9.6.3. производить страховые выплаты при наступлении страховых случаев в порядке, установленном настоящими Правилами;

9.6.4. обеспечивать конфиденциальность в отношениях со Страхователем (Застрахованным) в соответствии со ст. 61 Основ Законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан. Информация о диагнозах заболеваний Застрахованного, его обращениях за медицинской помощью и ее объеме может быть представлена Страхователю только по письменному разрешению Застрахованного;

9.6.5. контролировать объем, сроки и качество медицинской и иной помощи, оказанной Застрахованному в медицинских учреждениях, предусмотренных Договором страхования, и иных медицинских учреждениях, медицинская помощь в которых была организована Страховщиком;

9.6.6. содействовать Застрахованному по его письменному заявлению в предъявлении им в судебном порядке иска путем составления искового заявления, связанного с качеством оказанной ему по договору добровольного медицинского страхования медицинской помощи, а также в получении им результатов медицинской экспертизы, подтверждающей оказание Застрахованному неполной и/или некачественной медицинской помощи.

10. ПОРЯДОК И УСЛОВИЯ ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЫ

10.1. Страховая выплата производится в пределах страховой суммы в следующем порядке:

10.1.1. оплаты медицинских и/или иных услуг, предусмотренных Программой страхования, путем безналичного перечисления денежных средств на расчетный счет медицинского и/или

иного учреждения, в котором были оказаны медицинские и/или иные услуги Застрахованному лицу;

10.1.2. возмещения расходов Застрахованного лица (Страхователя), понесенных им для получения медицинских и иных услуг, предусмотренных Программой страхования.

При осуществлении страховой выплаты в пределах страховой суммы подпункты 10.1.1., 10.1.2. не исключают друг друга, если это предусмотрено Программой страхования.

10.2. Страховая выплата по Договорам страхования производится в валюте Российской Федерации, если Договором страхования не предусмотрено иное.

10.3. Для получения услуг Застрахованный обращается в медицинские и иные учреждения, предусмотренные Договором страхования, или непосредственно к Страховщику по телефонам, указанным в страховом полисе и/или страховой карточке, для получения информации о порядке предоставления медицинской (лечебной, диагностической, консультативной, реабилитационно-восстановительной, оздоровительной, профилактической, в том числе иммунопрофилактической и др. включая обеспечение лекарственными средствами граждан при оказании им амбулаторно-поликлинической помощи) и иной (в том числе медико-социальной включая обеспечение лекарственными средствами граждан при оказании им амбулаторно-поликлинической помощи) помощи.

10.4. При отсутствии возможности оказания услуг, предусмотренных программой страхования, в учреждении, определенном в Договоре страхования, Страховщик организует ее выполнение в ином медицинском учреждении. При этом выбор медицинского учреждения производится Страховщиком.

10.5. В случае выявления у Застрахованного заболеваний и состояний, при которых лечение не может быть осуществлено в медицинских учреждениях, сотрудничающих со Страховщиком, Страховщик оказывает содействие в направлении Застрахованного в специализированное медицинское учреждение. При этом Страховщик не оплачивает расходы по оплате медицинских услуг, оказанных Застрахованному в этих медицинских учреждениях.

10.6. Страховщик производит оплату счетов за оказанные Застрахованному медицинские и иные услуги либо возмещает Застрахованному его личные средства, израсходованные на получение медицинской помощи (если таковая организована Страховщиком или согласована со Страховщиком), при предъявлении Застрахованным заявления с приложением оригинала оплаченного счета с указанием медицинского учреждения, перечня оказанных услуг и их стоимости, квитанции, направления на лечение, выписки из медицинской карты амбулаторного и/или стационарного больного.

Заявление Застрахованного принимается в срок не позднее одного месяца после получения им медицинских услуг. Возмещение производится в течение 14-ти дней после получения от Застрахованного всей необходимой документации. Сумма возмещения определяется исходя из расчета средней стоимости аналогичных услуг в медицинских учреждениях, указанных в программе страхования.

10.7. Условиями Договора страхования по соглашению Сторон может устанавливаться неоплачиваемая Страховщиком часть затрат, связанных с получением Застрахованными медицинских и иных услуг, предусмотренных соответствующей программой страхования (франшиза).

10.8. Не оплачиваются Страховщиком расходы, возникшие по окончании срока действия Договора страхования, за исключением расходов, связанных с экстренной госпитализацией Застрахованных, начавшейся в течение срока действия Договора страхования, но возникших не более чем за 15 календарных дней после окончания срока действия Договора страхования.

11. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН

11.1. Ответственность Страховщика:

11.1.1. в случае необоснованного отказа медицинского учреждения в предоставлении Застрахованному услуг, предусмотренных условиями Договора страхования, неполного и/или некачественного оказания услуг, Страховщик на основании письменного заявления Застрахованного принимает меры, направленные на предоставление Застрахованному предусмотренных Договором страхования медицинских и других услуг в полном объеме.

Обоснованность претензий Застрахованного определяется Страховщиком;

11.1.2. в случае причинения медицинским учреждением вреда здоровью Застрахованного Страховщик принимает возможные меры в соответствии с Законодательством Российской Федерации по возмещению этим учреждением нанесенного ущерба Застрахованному;

11.1.3. во всех случаях Страховщик не несет ответственности при изменении по желанию Застрахованного (вопреки рекомендациям врача) медицинских технологий, используемых при лечении как основного заболевания, так и его осложнений.

11.2. Ответственность Застрахованного (Страхователя):

11.2.1. Застрахованный обязан выплатить Страховщику штраф в размере трехкратной стоимости услуг, оказанных лицу, необоснованно воспользовавшемуся страховым полисом и/или страховой карточкой Застрахованного;

11.2.2. в случае нарушения Застрахованным медицинских предписаний и рекомендаций врачебного персонала, а также несоблюдения правил внутреннего распорядка, установленных в медицинском учреждении, медицинское учреждение вправе прекратить поликлиническое обслуживание Застрахованного или выписать его из стационара, сделав соответствующую отметку в листке нетрудоспособности. При этом Страховщик оставляет за собой право приостановить выполнение своих обязательств либо расторгнуть Договор страхования в отношении данного Застрахованного;

11.2.3. за необоснованный вызов Застрахованным на дом врача, скорой или неотложной медицинской помощи и использование санитарных транспортных средств не по медицинским показаниям Застрахованный уплачивает Страховщику штраф в размере трехкратной стоимости таких услуг. Страховщик вправе досрочно расторгнуть Договор страхования в отношении данного Застрахованного.

Вызов на дом врача, скорой или неотложной медицинской помощи и использование санитарного транспорта считается необоснованным, если:

- вызов осуществлен Застрахованным для медицинского обслуживания незастрахованного лица,
- при вызове, осуществленном Застрахованным или лицом, действующим в его интересах, преднамеренно представлена искаженная информация, касающаяся необходимости медицинского обслуживания и/или места пребывания Застрахованного,
- вызов осуществлен не в медицинских целях,
- вызов осуществлен к Застрахованному, не нуждающемуся в оказании экстренной медицинской помощи (с целью получения плановых медицинских манипуляций и пр.);

11.2.4. Застрахованный возмещает расходы Страховщика по уплате медицинскому учреждению, связанные с неявкой Застрахованного к врачу в назначенное время, отсутствием его по указанному адресу при вызове бригады скорой медицинской помощи и специалистов на дом;

11.2.5. в случае неуплаты Застрахованным штрафа или невозмещения стоимости услуг в случаях, предусмотренных настоящими Правилами, в течение 5 банковских дней с момента выставления Страховщиком соответствующего счета, Страховщик имеет право приостановить действие Договора страхования в отношении этого Застрахованного. Действие Договора возобновляется с момента погашения Страхователем задолженности. В случае неуплаты штрафа

или возмещения стоимости медицинских услуг в течение 1 месяца с момента выставления соответствующего счета Страховщик имеет право расторгнуть Договор страхования в отношении этого Застрахованного в одностороннем порядке.

12. ПОРЯДОК РАЗРЕШЕНИЯ СПОРОВ

12.1. Споры, вытекающие из Договора страхования, заключенного на основании настоящих Правил, рассматриваются в порядке, предусмотренном действующим Законодательством Российской Федерации.

13. ОСОБЫЕ УСЛОВИЯ

13.1. Вся необходимая медицинская документация - листки нетрудоспособности, рецепты, выписные эпикризы и др. - выдается Застрахованным на общих основаниях согласно действующему Законодательству Российской Федерации.

13.2. Страховщик гарантирует соблюдение врачебной тайны в соответствии с действующим Законодательством Российской Федерации.

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

13.4. Правила регламентируют основные условия страхования. По соглашению Сторон в соответствии с действующим Законодательством Российской Федерации в Договор страхования могут быть внесены условия, изменяющие настоящие Правила. Согласованные положения Договора страхования приоритетны по отношению к Правилам.

Тарифы по добровольному медицинскому страхованию приведены в приложении 6 к настоящим Правилам.

Генеральный директор
МСК«Медика-Восток»

Г.К. Фролова

ДОГОВОР № _____
добровольного медицинского страхования

г. _____ “ _____ ” _____ 200__ г.

Медицинская страховая компания «Медика-Восток», именуемая в дальнейшем «Страховщик», в лице _____, действующий на основании Устава и лицензии № _____ на право проведения страховой деятельности, выданной _____ “ _____ ” _____ г., с одной стороны, и _____, именуемый в дальнейшем «Страхователь», в лице _____, действующий на основании _____, с другой стороны, именуемые в дальнейшем «Стороны», в соответствии с Законом Российской Федерации «Об организации страхового дела в Российской Федерации» и Правилами добровольного медицинского страхования Страховщика заключили настоящий договор в пользу _____, именуемого в дальнейшем «Застрахованный».

I. Предмет договора

1.1. Страховщик принимает на себя оплату медицинских и иных услуг, оказываемых гражданам, включенным в предоставленные страхователем списки (при индивидуальном страховании указываются фамилия, имя, отчество страхователя).

1.2. Объем услуг, оказываемых застрахованным, определяется страховой программой, прилагаемой к настоящему договору, являющейся его неотъемлемой частью. При наличии нескольких программ к договору прилагаются все программы.

1.3. Страховщик выдает каждому застрахованному (непосредственно или через страхователя) в течение _____ дней после заключения договора страховой медицинский полис установленного образца, в котором указывается срок действия полиса, с приложением к нему страховой программы и перечня медицинских и иных учреждений, которые будут оказывать услуги, указанные в программе.

1.4. Общая численность застрахованных на момент заключения договора составляет _____ человек, в том числе _____ человек по программе № 1, _____ человек по программе № 2 и т.д. (при наличии нескольких программ). В этих случаях списки застрахованных составляются по программам.

Списки застрахованных с указанием фамилии, имени, отчества, года рождения, пола, места работы, места жительства каждого из них передаются страхователем страховщику не позднее _____ дней с момента заключения договора.

Все изменения в списках застрахованных страхователь согласовывает со страховщиком в установленные договором сроки с последующим переоформлением полисов.

Договор может предусматривать возврат части страховой премии (страховых взносов).

II. Размер, сроки и порядок внесения страховой премии (страховых взносов)

2.1. Размер страховой премии (страхового взноса) за каждого застрахованного _____ рублей в год (при наличии нескольких программ страхования страховая премия (страховой взнос) устанавливается по каждой программе).

2.2. Страховая премия (страховой взнос) уплачивается страхователем за _____ дней до начала соответствующего периода.

Страховая премия (страховые взносы) уплачиваются

_____ (форма расчетов)

2.3. Договор вступает в действие _____.

2.4. Страховщик может вернуть часть страховой премии (страховых взносов) (условия и размер возвращаемой суммы устанавливается сторонами).

III. Срок действия договора

3.1. Договор заключается на срок с _____ по _____.

3.2. Договор продлевается на срок с _____ по _____, если ни одна из сторон не заявит о его прекращении не позднее чем за _____ до окончания срока договора.

IV. Ответственность сторон

4.1. Страхователь уплачивает страховщику за несвоевременное перечисление страховой премии (страховых взносов) пени в размере _____% несвоевременно уплаченной суммы за каждый день просрочки. Уплата пени не освобождает страхователя от уплаты страховой премии (страхового взноса).

По истечении _____ дней просрочки страховщик вправе приостановить действие договора в одностороннем порядке, уведомив об этом страхователя.

После уплаты страхователем задолженности по страховой премии (страховым взносам) и пени действие договора возобновляется.

В период приостановления действия договора медицинское и/или иное учреждение оказывает застрахованным услуги, предусмотренные полисом, с оплатой за их счет.

4.2. В случае отказа медицинской и/или иной организации, с которой страховщик заключил договор, в предоставлении застрахованному услуг, предусмотренных полисом, а также неполного и/или некачественного предоставления таких услуг к страховщику могут применяться следующие санкции:

возврат страхователю _____% страховой премии (страхового взноса);

уплата штрафа в сумме _____ рублей (или неустойки _____% к сумме страховой премии (страхового взноса)).

4.3. В случае смерти застрахованного при индивидуальном добровольном страховании правопреемником _____ его _____ взноса _____ является _____.

V. Порядок разрешения споров

5.1. Все неурегулированные споры между сторонами по настоящему договору рассматриваются и разрешаются в суде.

VI. Реквизиты сторон

6.1. Адреса и расчетные счета сторон:

Страховщик:

(подпись)
МП

Страхователь:

(подпись)
МП

К настоящему договору прилагается:

Медицинская страховая компания «Медика-Восток»

СТРАХОВОЙ МЕДИЦИНСКИЙ ПОЛИС
добровольного страхования граждан

Серия _____ № _____

По настоящему полису _____
(фамилия, имя, отчество)

_____ год рождения, место работы, социальное положение,

_____ домашний адрес, телефон)

имеет право получать медицинскую помощь в соответствии с программой № _____ на период действия договора с
«___» _____ 200__ г. по «___» _____ 200__ г.

Программа и перечень медицинских учреждений прилагаются.

Страховая сумма _____ руб.

Страховой взнос в сумме _____ руб.

получен наличными деньгами

поступил на счет компании (ненужное зачеркнуть)

_____ (наименование организации)

платежное поручение № _____ от «___» _____ 200__ г.

С условиями страхования согласен: _____

(подпись застрахованного)

_____ (фамилия, имя, отчество страхового агента)

_____ (подпись страхового агента)

М.П.

«___» _____ 200__ г.

**МЕДИЦИНСКАЯ ПРОГРАММА N 1
ПО ДОБРОВОЛЬНОМУ МЕДИЦИНСКОМУ СТРАХОВАНИЮ
"Предоставление медицинских услуг при амбулаторном лечении"**

Страхование по Медицинской программе N 1 имеет основной целью осуществление амбулаторных оздоровительных и лечебно-профилактических мероприятий по укреплению здоровья Застрахованного лица при обращении его за диагностическими услугами, консультацией и лечением.

1. Диагностические исследования, процедуры, манипуляции, консультации и курсы лечения, проводимые на дому больным (кроме лиц, которые по состоянию здоровья и характеру заболевания не могут посетить медицинское учреждение).

2. Лечение сексологической патологии.

3. Лечение логоневрозов у лиц после 18 лет.

4. Все виды профилактических медицинских осмотров, включая работающих.

5. Медицинское обеспечение детских, оздоровительных, спортивных, трудовых лагерей, лагерей труда и отдыха, спортивных состязаний, массовых культурных и общественных мероприятий.

6. Кератомия (за исключением выполняемой по медицинским показаниям).

7. Проведение профилактических прививок работающему населению из групп повышенного риска заражения инфекционными заболеваниями.

8. Лечение и диагностика острых профессиональных отравлений, производственных и бытовых травм.

9. Медикаментозное обеспечение амбулаторных больных (за исключением категорий больных, видов заболеваний, социальных групп, которым специальными решениями органов государственного управления определены льготы по лекарственному обеспечению, если Договором страхования не предусмотрено иное).

10. Косметологические услуги.

11. Гомеопатическое лечение.

12. Коррекция зрения с помощью очков и контактных линз.

13. Консультации по вопросам здорового образа жизни (оптимальный двигательный режим, физическая культура, психогигиена, рациональное питание, профилактика вредных привычек, личная гигиена и др.).

14. Услуги центров здоровья.

15. Обучение приемам реанимации и другим видам экстренной медицинской помощи ухода за больными.

16. Стоматологические услуги.

17. Серопротекция.

18. Медико-психологическая помощь.

19. Медицинские услуги, осуществляемые по желанию граждан при отсутствии аналогичных услуг по территориальной программе обязательного медицинского страхования.

20. Бытовые и сервисные услуги, предоставляемые медицинскими учреждениями в амбулаторных условиях.

21. Диспансеризация в амбулаторных условиях, за исключением:

- детей от 0 до 14 лет, включая логоневрозы;

- подростков от 15 до 18 лет, включая логоневрозы;

- учащихся и студентов очных форм обучения;

- беременных и рожениц;

- введение внутриматочных и назначение гормональных контрацептивов;

- инвалидов, пенсионеров, участников ВОВ и приравненных к ним лиц, участников войны в Афганистане;

- диспансеризация больных туберкулезом, эндокринными и онкологическими заболеваниями, перенесших инфаркт миокарда, острое нарушение мозгового кровообращения, страдающих хронической почечной недостаточностью, психическими и другими заболеваниями, представляющим социальную опасность.

**МЕДИЦИНСКАЯ ПРОГРАММА N 2
ПО ДОБРОВОЛЬНОМУ МЕДИЦИНСКОМУ СТРАХОВАНИЮ
"Предоставление медицинских услуг при стационарном лечении"**

Страхование по Медицинской программе N 2 имеет основной целью осуществление стационарных оздоровительных и лечебно-профилактических мероприятий по укреплению здоровья Застрахованного лица как при плановом (по направлению Медицинского учреждения), так и при экстренном (по жизненным показаниям) обращении его за лечением.

1. Санаторно-курортное лечение (за исключением больных туберкулезом).

2. Медицинские услуги, осуществляемые по желанию граждан в условиях стационарного лечения в отделениях:

- урологии
- кардиологии
- пульмонологии
- эндокринологии
- гастроэнтерологии
- иммунологии
- нейрохирургии
- аллергологии
- хирургии
- гематологии
- нефрологии
- профпатологии
- неврологии
- травматологии
- ортопедии
- проктологии
- стоматологии
- оториноларингологии
- гинекологическом
- фтизиатрическом
- психоневрологическом
- наркологическом
- офтальмологии
- общетерапевтическом

за исключением:

- больных с заболеваниями, представляющими непосредственную угрозу для жизни пациента или окружающих;

- инфекционных больных;
- беременных и рожениц;
- абортующих по медицинским и социальным показаниям;
- онкологических больных.

3. Диагностика и кодирование алкоголизма в условиях стационара.

4. Бытовые и сервисные услуги, предоставляемые стационарными медицинскими учреждениями как услуги гостиничного типа.

5. Медикаментозное обеспечение амбулаторных больных (за исключением категорий больных, видов заболеваний, социальных групп, которым специальными решениями органов государственного управления определены льготы по лекарственному обеспечению, если Договором страхования не предусмотрено иное).

**МЕДИЦИНСКАЯ ПРОГРАММА N 3
ПО ДОБРОВОЛЬНОМУ МЕДИЦИНСКОМУ СТРАХОВАНИЮ
"Полная страховая ответственность"**

Страхование по Медицинской программе N 3 имеет основной целью осуществление как амбулаторных, так и стационарных оздоровительных и лечебно-профилактических мероприятий по укреплению здоровья Застрахованного лица при обращении его за диагностическими услугами, консультацией и лечением, а также при плановом (по направлению Медицинского учреждения) или экстренном (по жизненным показаниям) обращении его за лечением.

Предоставляемые услуги представлены соответственно в перечнях по Медицинским программам N 1 и N 2.

ТАРИФНЫЕ СТАВКИ
ПО ДОБРОВОЛЬНОМУ МЕДИЦИНСКОМУ СТРАХОВАНИЮ

Медицинская программа	Страховой тариф
Медицинская программа № 1: “Предоставление медицинских услуг при амбулаторном лечении”	38.65
Медицинская программа № 2: “Предоставление медицинских услуг при стационарном лечении “	28.40
Медицинская программа № 3: “Полная страховая ответственность”	30.95

**КОЭФФИЦИЕНТЫ
К ТАРИФНЫМ СТАВКАМ
ПО ДОРОВОЛЬНОМУ МЕДИЦИНСКОМУ СТРАХОВАНИЮ**

Повышающие от 1,05 до 3,23	Понижающие от 0,95 до 0,05
Изменения в технологии лечения: от 1,05 до 3,23	Изменения в технологии лечения: от 0,95 до 0,05
Инфляция: среднестатистический уровень по муниципальному образованию	Инфляция: среднестатистический уровень по муниципальному образованию
Страховая ответственность по профилю стоматология: 2,58	Страховая ответственность по одному виду заболевания: от 0,95 до 0,05, в том числе: - грипп: от 0,95 до 0,65 - клещевой энцефалит: от 0,12 до 0,05
	Снижение риска заболевания от дополнительного объективного фактора (проведение иммунопрофилактики в предшествующих страхованию периодах, пр.): от 0,9884 до 0,5700
Коллективное, групповое страхование при наличии факторов повышающих риск заболевания (поло-возрастная структура страхуемого коллектива, группы лиц; пр.): от 1,05 до 3,23	Коллективное, групповое страхование: от 0,85 до 0,90
	Снижение риска заболевания от дополнительного субъективного фактора (поло-возрастная структура страхуемого коллектива, группы лиц; пр.): от 0,95 до 0,05