Ренессанс.
ЗДОРОВЬЕ

АО СК «Ренессанс здоровье»
www.renhealth.ru

115114, Москва, Дербеневская наб., д. 7, стр. 22, этаж/пом. 3/XII
Тел.: 8 495 411-71-14
Факс: 8 495 411-74-24

Приложение №1 к Приказу
№ 017 от 31.05.2019 года

Утверждаю
Генеральный директор
Тиняков В. В.

Правила
добровольного медицинского страхования

Москва
2019

Оглавление

1. Общие положения 3
2. Субъекты страхования 5
3. Объект страхования 6
4. Страховые риски. Страховой случай исключения из страхового покрытия..... 6
5. Страховая сумма. Страховой тариф. Страховая премия. Франшиза. 7
6. Срок действия договора страхования 14
7. Порядок обращения за медицинской помощью. Порядок определения страховой выплаты 14
8. Заключение договора страхования 17
9. Прекращение договора страхования 21
10. Права и обязанности сторон. 22
11. Прочие условия 27
12. Порядок разрешения споров. 29

Приложения к Правилам:

Приложение №1 — Программа добровольного медицинского страхования.
Приложение №2 — Заявление о добровольном медицинском страховании (форма).
Приложение №3 — Заявление-анкета о добровольном медицинском страховании (форма).
Приложение №4 — Договор добровольного медицинского страхования (форма 1).
Приложение №5 — Договор добровольного медицинского страхования (форма 2).
Приложение №6 — Договор/Полис добровольного медицинского страхования (форма 3).
Приложение №7 — Договор добровольного медицинского страхования (форма 4).
Приложение №8 — Полис добровольного медицинского страхования (форма).
Приложение №9 — Полис-памятка (форма).

1.Общие положения

1.1. Настоящие Правила добровольного медицинского страхования (далее — Правила) разработаны в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации и содержат в себе стандартные условия, на которых Акционерное Общество Страховая Компания «Ренессанс здоровье» (далее — Страховщик) заключает с юридическими лицами (предприятиями, учреждениями, организациями любых организационно-правовых форм), дееспособными физическими лицами (далее — Страхователи) договоры добровольного медицинского страхования граждан (далее — договоры страхования). В рамках настоящих Правил Страховщик осуществляет добровольное страхование, относящееся согласно принятой в законодательстве классификации к следующим видам страхования: медицинское страхование.

1.2. Основные термины, используемые в настоящих Правилах:

Страховая сумма	—	денежная сумма, которая определена в порядке, установленном договором страхования при его заключении, и исходя из которой устанавливаются размер страховой премии (страховых взносов) и размер страховой выплаты при наступлении страхового случая.
Страховой случай	—	совершившееся событие, предусмотренное договором страхования, с наступлением которого возникает обязанность Страховщика произвести страховую выплату.
Страховая выплата	—	оплата медицинской организации/Сервисной компании медицинских и иных услуг в рамках договора страхования, оказываемых Застрахованному лицу (далее также —Застрахованному) и организованных Страховщиком/Сервисной компанией, или выплата в денежной форме непосредственно Застрахованному при наступлении страхового случая.
Страховой риск	—	предполагаемое событие, на случай наступления которого проводится страхование.
Страховой тариф	—	ставка страховой премии с единицы страховой суммы с учетом объекта страхования и характера страхового риска, а также других условий страхования, в том числе наличия франшизы и ее размера в соответствии с условиями страхования.
Страховая премия	—	плата за страхование, которую Страхователь обязан уплатить Страховщику в порядке и в сроки, установленные договором страхования.
Страховой взнос	—	часть страховой премии при ее уплате в рассрочку.
Период страхования	—	период времени, определяемый договором страхования, в течение которого на Застрахованное лицо распространяется действие страхования (страховой защиты).
Медицинские организации	—	юридическое лицо любой организационно-правовой формы или лицо, занимающееся предпринимательской деятельностью без образования юридического лица, осуществляющее в установленном порядке оказание и (или) организацию медицинских услуг, имеющее лицензию (иное разрешение) на право осуществления вышеназванной деятельности.

Сервисные компании	—	юридическое лицо любой организационно-правовой формы или лицо, занимающееся предпринимательской деятельностью без образования юридического лица, предоставляющее услуги по организации медицинских и иных услуг (в том числе медико-социальных), а также экспертных, медико-транспортных услуг и услуг по репатриации.
Медико-транспортные услуги	—	услуги, связанные с транспортировкой Застрахованного лица по медицинским показаниям: – машиной скорой помощи или иным видом транспорта с места возникновения события, имеющего признаки страхового, до ближайшей медицинской организации на территории РФ; – адекватным состоянию здоровья Застрахованного транспортным средством (при необходимости в сопровождении медицинского персонала) из одной медицинской организации в другую медицинскую организацию на территории РФ по медицинским показаниям (по предписанию врача); – адекватным состоянию здоровья Застрахованного транспортным средством (при необходимости в сопровождении медицинского персонала) из медицинской организации на территории РФ, в которой Застрахованному оказывались услуги согласно договору страхования, до ближайшего к месту постоянного жительства Застрахованного аэропорта, или вокзала, или порта (далее —транспортного узла) в стране постоянного проживания Застрахованного.
Услуги по репатриации	—	услуги, связанные с транспортировкой тела (останков) Застрахованного лица, смерть которого наступила в течение срока страхования на территории страхования, до ближайшего к месту постоянного жительства Застрахованного аэропорта, вокзала или порта в стране постоянного проживания Застрахованного, указанной в договоре страхования. Данные расходы включают в себя оплату организации репатриации тела, необходимую подготовку тела для репатриации, покупку необходимого для перевозки гроба, перевозку останков. Репатриация тела осуществляется в соответствии с международными стандартами. Страховщик вправе по согласованию с родственниками умершего Застрахованного лица заменить репатриацию тела на его кремацию на территории Российской Федерации и транспортировку урны с прахом до ближайшего к месту постоянного жительства Застрахованного лица транспортного узла в стране постоянного проживания. Расходы по организации похорон и погребению Страховщиком не возмещаются.
Аптечные организации	—	юридическое лицо любой организационно-правовой формы или лицо, занимающееся предпринимательской деятельностью без образования юридического лица, в том числе структурные подразделения медицинских организаций, осуществляющие розничную торговлю лекарственными препаратами, хранение, изготовление и отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения в соответствии с требованиями законодательства Российской Федерации.

Лекарственная помощь	—	предоставление аптечной организацией медикаментозных средств Застрахованному лицу, назначенных ему лечащим врачом медицинской организации, предусмотренной договором страхования в связи с произошедшим страховым случаем.
Медикаментозные средства	—	лекарственные средства, изделия медицинского назначения и косметические средства, назначенные врачом медицинской организации, предусмотренной договором страхования в порядке, соответствующем требованиям законодательства Российской Федерации.
Телемедицина	—	комплекс организационных и технологических мероприятий, обеспечивающих деятельность системы оказания дистанционной консультационно-диагностической медицинской услуги, при которой пациент получает дистанционную консультацию специалиста-медика, используя современные информационно-коммуникационные технологии.

1.3. Денежные обязательства сторон по договору страхования (страховые суммы, страховые премии, страховые выплаты) устанавливаются в валюте Российской Федерации (далее — рубли), если договором страхования не установлено иное.

По соглашению сторон в договоре страхования страховая сумма и страховая премия могут быть указаны в иностранной валюте, эквивалентом которой является соответствующая сумма в рублях.

При этом денежное обязательство подлежит оплате в рублях в сумме, эквивалентной определенной сумме в иностранной валюте по курсу Центрального банка Российской Федерации, установленному на дату осуществления платежа, если иное не предусмотрено договором страхования.

1.4. При заключении договора страхования между Страховщиком и Страхователем может быть достигнуто соглашение об использовании сторонами факсимильного воспроизведения подписи с помощью средств механического или иного копирования, электронной подписи или иного аналога собственноручной подписи в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

2.Субъекты страхования

2.1. Субъектами добровольного медицинского страхования выступают Страховщик, Страхователь, Застрахованное лицо.

2.1.1. Страховщик — АО СК «Ренессанс здоровье», созданное в соответствии с законодательством Российской Федерации для осуществления деятельности по страхованию и получившее лицензию на осуществление страховой деятельности в установленном законом порядке.

2.1.2. Страхователь — юридическое или дееспособное физическое лицо, заключившее со Страховщиком договор страхования.

Договор страхования, заключенный на условиях настоящих Правил, может быть заключен Страхователем — юридическим лицом, а также индивидуальным предпринимателем в пользу названного в договоре страхования физического лица (далее — Застрахованный или Застрахованное лицо), а Страхователем — физическим лицом как в пользу названного в договоре страхования физического лица, так и в свою пользу.

2.1.3. Застрахованное лицо — физическое лицо, названное в договоре страхования, в пользу которого Страхователем заключен договор страхования.

Если иное не предусмотрено договором страхования, лица, имеющие на момент заключения договора страхования следующие заболевания:
- туберкулез;
- психические заболевания;
- алкоголизм, токсикомания, наркомания;
- венерические заболевания;
- особо опасные карантинные инфекции, включая атипичную пневмонию SARS;
- онкологические заболевания, заболевания крови опухолевой природы;
- профессиональные заболевания;
- острая и хроническая лучевая болезнь и их осложнения;
- любые заболевания лиц, имеющих инвалидность I и II группы;
- ВИЧ-инфекции;
- врожденные и наследственные патологии (включая хромосомные нарушения, последствия родовых травм),

могут быть Застрахованными только при условии письменного уведомления Страховщика о таком состоянии здоровья лица, заявленного на страхование.

3.Объект страхования

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

4.Страховые риски. Страховой случай исключения из страхового покрытия

4.1. При заключении договора страхования в соответствии с настоящими Правилами страховым риском является риск затрат на оказание Застрахованному лицу медицинской помощи при его обращении в медицинскую и (или) аптечную организацию при таком состоянии здоровья, которое требует получения медицинских и (или) иных услуг.

4.2. Страховым случаем в соответствии с настоящими Правилами (с учетом ограничений и исключений, установленных в п. 4.3. настоящих Правил) могут являться следующие события:

4.2.1. обращение Застрахованного лица в течение срока действия договора страхования в медицинскую организацию из числа предусмотренных договором страхования или согласованных со Страховщиком при таком состоянии здоровья, которое требует получения медицинских и (или) иных услуг в соответствии с программой добровольного медицинского страхования (далее — Программа страхования), предусмотренной договором страхования.

Если это прямо предусмотрено договором страхования, обращение Застрахованного в медицинскую организацию может осуществляться в дистанционном формате (телемедицина);

4.2.2. обращение Застрахованного лица в течение срока действия договора страхования в аптечную организацию из числа предусмотренных договором страхования или согласованных Страховщиком в целях приобретения медикаментозных средств, назначенных Застрахованному лицу лечащим врачом медицинской организации в связи с событием, предусмотренным п. 4.2.1 настоящих Правил.

4.3. Если иное прямо не предусмотрено договором страхования, не является страховым случаем:

4.3.1. обращение Застрахованного лица за получением медицинских и иных услуг, связанное с:

- травматическим повреждением, отравлением, любым иным расстройством здоровья Застрахованного лица, полученным в состоянии алкогольного, наркотического, токсического опьянения или под воздействием иных психоактивных веществ и (или) лекарственных препаратов, употребленных без назначения врача;
- травматическим повреждением, отравлением, любым иным расстройством здоровья Застрахованного лица, наступившим в результате совершения Застрахованным лицом умышленного преступления, находившегося в прямой причинной связи со страховым случаем;
- умышленным причинением себе телесных повреждений, в том числе с покушением на самоубийство, за исключением тех случаев, когда Застрахованное лицо было доведено до такого состояния противоправными действиями третьих лиц, а также за исключением тех случаев, когда договор страхования к моменту совершения покушения на самоубийство действует не менее 2 (двух) лет;
- воздействием ядерного взрыва, радиации или радиоактивного заражения, военными действиями, маневрами или иными военными мероприятиями, гражданской войной или забастовками, стихийными бедствиями, террористическими актами;

4.3.2. получение медицинских и иных услуг:

- не предусмотренных договором страхования и Программой страхования;
- полученных в медицинских организациях, не предусмотренных договором страхования и не согласованных Страховщиком;
- не назначенных лечащим врачом либо не являющихся необходимыми с медицинской точки зрения для диагностирования или лечения заболевания;
- по окончании срока действия договора страхования, за исключением услуг, связанных с экстренной медицинской помощью в стационарных условиях Застрахованному, начавшейся в течение срока действия договора страхования, но не более чем за 15 (пятнадцать) календарных дней после окончания срока действия договора страхования, если иной срок не был согласован Страховщиком.

4.4. Обязательства Страховщика в части страховой выплаты распространяются на страховые случаи, произошедшие в течение срока действия договора страхования (периода страхования), при условии уплаты страховой премии в сроки и порядке, предусмотренные договором страхования.

5. Страховая сумма. Страховой тариф. Страховая премия. Франшиза

5.1. Страховая сумма по договору страхования определяется по соглашению между Страховщиком и Страхователем и устанавливается исходя из предполагаемого объема медицинской помощи, предусмотренного договором страхования и Программой страхования, и может быть установлена по соглашению сторон:

- для каждого Застрахованного лица;
- по договору страхования;
- по программе страхования;
- по видам медицинской и (или) лекарственной помощи;
- по отдельным заболеваниям.

5.2. Для определения размера страховой премии, подлежащей уплате по договору страхования, Страховщик применяет разработанные им страховые тарифы.

Страховые тарифы определяют величину страховой премии, взимаемую с единицы страховой суммы с учетом объекта страхования и характера страхового риска, а также других условий страхования, в том числе наличия франшизы и ее размера в соответствии с условиями страхования. При определении страхового тарифа учитываются следующие факторы и обстоятельства:

- срок страхования;
- условия программы страхования;
- тарифы медицинских организаций и сервисных компаний, включенных в программу страхования;
- численность коллектива (Застрахованных);
- половозрастной состав коллектива (Застрахованных);
- состояние здоровья Застрахованных (наличие хронических заболеваний, инвалидности);
- результаты проведенного медицинского анкетирования и (или) предварительного медицинского обследования;
- наличие у Страховщика информации о медицинских затратах Застрахованных лиц;
- характер производственной деятельности;
- регионы пребывания Застрахованных;
- удаленность от медицинских организаций;
- территория страхования.

5.3. При этом Страховщик имеет право при расчете страхового тарифа применять или не применять к базовому страховому тарифу поправочные (повышающие и (или) понижающие) коэффициенты.

5.4. Страховые тарифы могут быть индивидуальными по каждому Застрахованному лицу, или может быть применен единый страховой тариф для всех Застрахованных лиц, рассчитанный с учетом единых признаков, характеризующих степень риска наступления страховых случаев с определенным контингентом Застрахованных лиц.

5.5. Для заключения договора страхования Страхователь может обратиться к Страховщику с письменным или устным заявлением о своем намерении заключить договор страхования. Страховщик вправе предложить оформить заявление по установленной им форме. Заявление, изложенное в письменной форме, становится неотъемлемой частью договора страхования.

5.5.1. Страхователи — юридические лица предъявляют Страховщику документы, позволяющие установить следующие сведения:

- наименование организации с указанием организационно-правовой формы и страны регистрации;
- ИНН или код иностранной организации Страхователя;
- юридический адрес (адрес места нахождения);
- фактический адрес;
- номера телефона, факса, других средств связи;
- адрес электронной почты;
- основной государственный регистрационный номер согласно свидетельству о государственной регистрации юридического лица либо свидетельству о внесении записи в единый государственный реестр юридических лиц — для юридических лиц, зарегистрированных в соответствии с законодательством Российской Федерации;
- место государственной регистрации;
- номер записи об аккредитации филиала, представительства иностранного юридического лица в государственном реестре аккредитованных филиалов, представительств иностранных юридических лиц, регистрационный номер юридического лица по месту учреждения и регистрации — для нерезидента;
- сведения об органах юридического лица (структура и персональный состав органов управления юридического лица, за исключением сведений о персональном составе акционеров (участников) юридического лица, владеющих менее чем одним процентом акций (долей) юридического лица;
- банковский идентификационный код — для кредитных организаций — резидентов;
- коды ОКПО, ОКАТО (при наличии);
- сведения о лицензии на право осуществления деятельности, подлежащей лицензированию: вид, номер, дата выдачи лицензии, кем выдана, срок действия, перечень видов лицензируемой деятельности;
- сведения о бенефициарных владельцах Страхователя в объеме сведений, предусмотренных для физических лиц (п. 5.5.3 Правил страхования);
- список принимаемых на страхование лиц с указанием их имени, отчества, фамилии, даты рождения, адреса постоянной регистрации и фактического адреса проживания, номера телефона, паспортные данные (серия, номер, дата выдачи паспорта, а также наименование органа, выдавшего паспорт);
- программа страхования;
- период страхования/срок действия договора страхования;
- сведения о Застрахованных лицах в объеме сведений, предусмотренных для физических лиц (п. 5.5.3 Правил страхования).

Если Страхователь — <u>иностранная структура без образования юридического лица</u>:

- наименование, фирменное наименование на русском языке (полное и (или) сокращенное) и (или) на иностранных языках (при наличии);
- регистрационный номер (номера), присвоенный иностранной структуре без образования юридического лица в государстве (на территории) ее регистрации (инкорпорации) при регистрации (инкорпорации) (при наличии);
- код (коды) иностранной структуры без образования юридического лица в государстве (на территории) ее регистрации (инкорпорации) в качестве налогоплательщика (или их аналоги) (при наличии);
- место государственной регистрации (местонахождение);

- место ведения основной деятельности;
- структура и персональный состав органов управления иностранной структуры без образования юридического лица (при наличии);
- состав имущества, находящегося в управлении (собственности), фамилия, имя и отчество (при наличии) (наименование) и адрес места жительства (места нахождения) учредителей и доверительного собственника (управляющего) — для трастов и иных иностранных структур без образования юридического лица с аналогичной структурой или функцией;
- сведения о бенефициарных владельцах Страхователя в объеме сведений, предусмотренных для физических лиц (п. 5.5.3 Правил страхования);
- список принимаемых на страхование лиц с указанием их имени, отчества, фамилии, даты рождения, адреса постоянной регистрации и фактического адреса проживания, номера телефона, паспортные данные (серия, номер, дата выдачи паспорта, а также наименование органа, выдавшего паспорт);
- программа страхования;
- период страхования/срок действия договора страхования;
- сведения о Застрахованных лицах в объеме сведений, предусмотренных для физических лиц (п. 5.5.3 Правил страхования).

5.5.2. Страхователи — индивидуальные предприниматели предъявляют Страховщику документы, позволяющие установить следующие сведения:

- фамилия, имя и отчество Страхователя, дата и место его рождения, гражданство, адрес постоянной регистрации и адрес фактического проживания, телефон;
- адрес электронной почты;
- реквизиты документа, удостоверяющего личность: наименование документа, серия, номер и дата выдачи паспорта, название органа и код подразделения, выдавшего документ;
- ИНН (при наличии);
- информация о страховом номере индивидуального лицевого счета застрахованного лица в системе обязательного пенсионного страхования (при наличии) — СНИЛС;
- отношение к иностранному публичному должностному лицу, должностному лицу публичных международных организаций, а также лицам, замещающим (занимающим) государственные должности РФ, должности членов Совета директоров Центрального банка РФ, должности федеральной государственной службы, назначение на которые и освобождение от которых осуществляются Президентом РФ или Правительством РФ, должности в Центральном банке РФ, государственных корпорациях и иных организациях, созданных РФ на основании федеральных законов, включенные в перечни должностей, определяемые Президентом РФ; должность страхователя к перечисленным выше лицам и адрес работодателя; степень родства либо статус к указанным в данном абзаце лицам;
- основной государственный регистрационный номер Страхователя;
- место государственной регистрации Страхователя;
- список принимаемых на страхование лиц с указанием их имени, отчества, фамилии, даты рождения, адреса постоянной регистрации и фактического адреса проживания, номера телефона, паспортные данные (серия, номер, дата выдачи паспорта, а также наименование органа, выдавшего паспорт), спеллинг, индивидуальный корпоративный почтовый адрес Застрахованного лица;

- программа страхования;
- период страхования/срок действия договора страхования;
- сведения о Застрахованных лицах в объеме сведений, предусмотренных для физических лиц (п. 5.5.3 Правил страхования).

5.5.3. Страхователи — физические лица предъявляют Страховщику документы, позволяющие установить следующие сведения:

- фамилия, имя и отчество Страхователя, дата и место его рождения, гражданство, адрес постоянной регистрации и адрес фактического проживания, телефон;
- реквизиты документа, удостоверяющего личность: наименование документа, серия, номер и дата выдачи паспорта, название органа и код подразделения, выдавшего документ;
- ИНН (при наличии);
- информация о страховом номере индивидуального лицевого счета застрахованного лица в системе обязательного пенсионного страхования (при наличии) — СНИЛС;
- отношение к иностранному публичному должностному лицу, должностному лицу публичных международных организаций, а также лицам, замещающим (занимающим) государственные должности РФ, должности членов Совета директоров Центрального банка РФ, должности федеральной государственной службы, назначение на которые и освобождение от которых осуществляются Президентом РФ или Правительством РФ, должности в Центральном банке РФ, государственных корпорациях и иных организациях, созданных РФ на основании федеральных законов, включенные в перечни должностей, определяемые Президентом РФ; должность страхователя к перечисленным выше лицам и адрес работодателя; степень родства либо статус к указанным в данном абзаце лицам.

Дополнительно в отношении <u>иностранных граждан и лиц без гражданства</u>, находящихся на территории РФ:

- данные миграционной карты (в случае если необходимость наличия миграционной карты предусмотрена законодательством Российской Федерации):
  - номер карты;
  - дата начала срока пребывания в РФ;
  - дата окончания срока пребывания в РФ;
- данные документа, подтверждающего право иностранного гражданина или лица без гражданства на пребывание (проживание) в Российской Федерации (если наличие указанных данных предусмотрено законодательством Российской Федерации):
  - серия (если имеется) и номер документа;
  - дата начала срока действия права пребывания (проживания);
  - дата окончания срока действия права пребывания (проживания);
- фамилия, имя и отчество Застрахованного лица, дата его рождения, адрес постоянной регистрации и адрес фактического проживания, номера телефона, паспортные данные (серия, номер, дата выдачи паспорта, а также наименование органа, выдавшего паспорт), спеллинг, индивидуальный почтовый адрес Застрахованного лица;
- программа страхования;
- срок действия договора страхования/периода страхования;

- место рождения Страхователя и Застрахованного лица;
- идентификационный номер налогоплательщика Страхователя и Застрахованного лица (при наличии);
- гражданство Страхователя и Застрахованного лица;
- сведения о документе, удостоверяющем личность Страхователя и Застрахованного лица (вид, серия и номер документа, дата выдачи и орган, его выдавший);
- данные документа, подтверждающего право иностранного гражданина или лица без гражданства на пребывание (проживание) в России:

- для временно пребывающих — виза и миграционная карта;
- для временно проживающих — разрешение на временное проживание;
- для постоянно проживающих — вид на жительство;
- для беженцев — удостоверение беженца;
- для вынужденных переселенцев — удостоверение вынужденного переселенца.

5.5.4. При заключении договора страхования Страховщик вправе потребовать предоставить следующие документы:

- заявление на страхование;
- копия паспорта Страхователя/Застрахованного лица;
- выписка из медицинской организации Страхователя/Застрахованного, в которой он проходил лечение до принятия на страхование Страховщиком;
- доверенность (если лицо, подписывающее документы, необходимые для заключения договора страхования, и договор страхования, является представителем Страхователя);
- документ, подтверждающий право иностранного гражданина или лица без гражданства на пребывание (проживание) в России:

- для временно пребывающих — виза и миграционная карта;
- для временно проживающих — разрешение на временное проживание на территории РФ;
- для постоянно проживающих — вид на жительство;
- для беженцев — удостоверение беженца;
- для вынужденных переселенцев — удостоверение вынужденного переселенца.

5.5.5. Для всех категорий Страхователей:

- документ, удостоверяющий полномочия представителя Страхователя, доверенность или иной документ, свидетельствующий о наличии и объеме полномочий представителя Страхователя (наименование, дата выдачи, срок действия, номер документа, на котором основаны полномочия);
- сведения о представителе в объеме сведений, предусмотренных для физ. лиц (п. 5.5.3);
- сведения о бенефициарных владельцах Страхователя в объеме сведений, предусмотренных для физ. лиц (п. 5.5.3);
- сведения о выгодоприобретателях в объеме сведений, предусмотренных для физ. лиц, юр. лиц, иностранной структуры без образования юридического лица;
- сведения о финансовом положении, деловой репутации, целях финансово-хозяйственной деятельности; об источниках происхождения денежных средств и (или) иного имущества;
- номера телефонов, факсов, иная контактная информация (при наличии).

5.6. Страховая премия может быть уплачена единовременно за весь период страхования или в рассрочку.

5.7. Страховая премия может быть уплачена наличными денежными средствами или путем перечисления на расчетный счет Страховщика путем безналичных расчетов.

Форма проведения расчетов определяется договором страхования с учетом действующих ограничений, предусмотренных законодательством Российской Федерации.

Если иное не предусмотрено Договором страхования, датой уплаты Страхователем страховой премии (страхового взноса) по Договору страхования признается:
для Страхователей, являющихся юридическими лицами и индивидуальными предпринимателями:
- при оплате в наличной форме — дата получения денежных средств уполномоченным представителем Страховщика или уплаты денежных средств в кассу Страховщика;
- при оплате в безналичной форме — дата поступления денежных средств на расчетный счет Страховщика или представителя Страховщика.
Для Страхователей, являющихся физическими лицами:
- при оплате в наличной форме — момент внесения Страхователем наличных денежных средств Страховщику (представителю Страховщика) либо платежному агенту (субагенту), осуществляющему деятельность по приему платежей физических лиц;
- при оплате путем перевода наличных денежных средств без открытия банковского счета — момент внесения Страхователем наличных денежных средств кредитной организации либо банковскому платежному агенту (субагенту), осуществляющим деятельность в соответствии с законодательством Российской Федерации о национальной платежной системе;
- при оплате в безналичной форме — момент подтверждения исполнения распоряжения о переводе денежных средств обслуживающей Страхователя кредитной организацией.

5.8. Договором страхования может быть предусмотрено установление франшизы. Под франшизой понимается часть убытков, которая определена договором страхования, не подлежит возмещению Страховщиком. Франшиза может устанавливаться в виде определенного процента от страховой суммы или в фиксированном размере.
В соответствии с условиями страхования франшиза может быть условной (Страховщик освобождается от возмещения убытка, если его размер не превышает размер франшизы, однако возмещает его полностью, в случае если размер убытка превышает размер франшизы) и безусловной (размер страховой выплаты определяется как разница между размером убытка и размером франшизы).
Выжидательный период (временная франшиза) — период времени, установленный в договоре страхования, в течение которого предусмотренные договором страхования отдельные заболевания и (или) риски не признаются страховыми случаями.
Выжидательный период (временная франшиза) и соответствующие лимиты ответственности Страховщика могут быть установлены по соглашению сторон договора страхования при его заключении в зависимости от возраста, состояния здоровья Застрахованного и его готовности пройти медицинское освидетельствование в соответствии с требованиями Страховщика.
Если договором страхования предусмотрен выжидательный период (временная франшиза), то срок страхования (страховой защиты) в отношении определенного в договоре страхования заболевания и (или) риска начинается после окончания данного выжидательного периода (временной франшизы).

Договором страхования могут быть предусмотрены иные виды франшизы.

6. Срок действия договора страхования

6.1. Даты начала и окончания срока действия договора указываются в договоре страхования.

6.2. Договор страхования заключается сроком на 1 (один) год, если иное не предусмотрено договором страхования.

6.3. Договором страхования может быть предусмотрен выжидательный период:

- для каждого Застрахованного лица;
- по договору страхования;
- по программе страхования;
- по видам медицинской и (или) лекарственной помощи;
- по отдельным заболеваниям,

и в таком случае Страховщик несет обязательства только по тем страховым случаям, которые произошли после окончания срока выжидательного периода.

7. Порядок обращения за медицинской помощью. Порядок определения страховой выплаты

7.1. Предоставление медицинских и иных услуг, лекарственных препаратов для медицинского применения, обусловленных договором страхования, осуществляется путем обращения Застрахованного лица соответственно в медицинские организации, аптечные организации, предусмотренные договором страхования или согласованные Страховщиком.

7.2. При обращении Застрахованного лица в медицинскую и (или) аптечную организацию, согласно требованиям указанных организаций, предъявляется договор страхования (страховой полис) и паспорт (либо другой документ, удостоверяющий личность Застрахованного лица).

7.3. Для получения медицинских и (или) иных услуг Застрахованное лицо (Страхователь) обращается по круглосуточному телефону Страховщика, указанному в договоре страхования (страховом полисе).

7.4. Страховщик вправе организовать оказание медицинских услуг Застрахованному в медицинских организациях, не предусмотренных договором страхования и программой страхования. При этом выбор медицинской организации производится Страховщиком.

7.5. Медицинская помощь оказывается Застрахованному в соответствии с режимом работы медицинской организации.

7.6. Страховая выплата производится путем оплаты Страховщиком стоимости медицинских услуг и (или) иных услуг, предусмотренных договором страхования и (или) программой страхования, непосредственно на счет медицинской организации, сервисной компании или иному лицу, организовавшему по согласованию со Страховщиком оказание медицинской и иной помощи Застрахованному лицу.

7.7. При наступлении страхового случая величина размера убытка определяется объемом и стоимостью оказанных Застрахованному в течение срока действия договора страхования медицинской организацией услуг, определенных Программой страхования и (или) согласованных Страховщиком.

7.8. Страховщик вправе произвести возмещение расходов Застрахованного лица, произведенных им при оплате медицинских и (или) иных услуг, оказанных ему по согласованию со Страховщиком, и (или) лекарственных препаратов, назначенных Застрахованному лицу лечащим врачом медицинской организации, в связи с событием, предусмотренным пп. 4.2.1 и 4.2.2 настоящих Правил.

7.9. Сумма возмещения Застрахованному, если иное не установлено договором страхования, определяется в размере израсходованных на получение медицинской помощи (медицинских и (или) иных услуг, приобретение лекарственных средств, изделий медицинского назначения) средств на основании предъявленных документов, подтверждающих оказание медицинской помощи Застрахованному лицу и произведенные Застрахованным лицом расходы.

7.10. Для принятия решения о выплате страхового возмещения за оплаченные Застрахованным медицинские и (или) иные услуги и (или) медикаментозные средства, для оценки размера убытка Застрахованный обязан предоставить Страховщику следующие обязательные документы (в зависимости от конкретного страхового случая перечень документов может быть сокращен Страховщиком):

- оригинал заявления от имени Застрахованного лица;
- оригиналы документов, подтверждающих факт оплаты оказанных медицинских и иных услуг, приобретение лекарственных препаратов для медицинского применения и медицинских изделий, в том числе оригиналы кассового чека с копией приходного кассового ордера или квитанции, пронумерованной типографским способом, утвержденной Министерством финансов РФ как бланк строгой отчетности для расчетов с населением за медицинские и иные услуги без применения кассовых аппаратов;
- оригинал товарного чека (за медицинскую помощь в амбулаторных и (или) стационарных условиях из медицинской организации, за лекарственные препараты медицинского применения и медицинские изделия);
- счет из медицинской организации с указанием наименований, стоимости, дат оказания медицинских услуг, номера договора с медицинской организацией;
- оригиналы документов, подтверждающих факт оплаты услуг, связанных с медико-транспортными услугами и услугами по репатриации;
- медицинское свидетельство о смерти, а при невозможности его предоставления иной медицинский документ, содержащий информацию о причине смерти Застрахованного, в том числе справка о смерти с указанием причины, а также свидетельство о смерти, выдаваемое органами записи актов гражданского состояния, счета организаций, осуществляющих транспортировку, с разбивкой по датам и стоимости оказанных услуг и иные документы, подтверждающие оказание услуг;
- копия направления на оказание медицинской помощи в амбулаторных и (или) стационарных условиях из медицинской организации, предусмотренной программой страхования, заверенная надлежащим образом;
- оригинал выписки из медицинской карты больного (эпикриз) с указанием даты, полного диагноза, периода лечения. При травме в выписке должны быть указаны обстоятельства травмы, описание рентген-снимка или рентген-снимки;
- оригинал или копия договора страхования (страхового полиса);
- документ, подтверждающий оплату страховой премии (страхового взноса);
- документ, подтверждающий статус (родство) законного представителя Застрахованного лица;

- копия документа, удостоверяющего личность законного представителя Застрахованного лица, если с заявлением на выплату страхового возмещения (или за выплатой страхового возмещения) обращается представитель Застрахованного лица;
- надлежащим образом оформленную действующую доверенность, подтверждающую полномочия на подписание заявления (или на получение выплаты страхового возмещения), если с заявлением на выплату страхового возмещения (или за выплатой страхового возмещения) обращается представитель Застрахованного лица;
- копия свидетельства о рождении (для несовершеннолетних Застрахованных лиц);
- лист назначений из медицинской организации, предусмотренной программой страхования (при выплате страхового возмещения в рамках объема лекарственной помощи);
- копия лицензии (с приложением) медицинской организации, в которой Застрахованный проходил лечение, или разрешения на оказание платных медицинских услуг населению (для медицинских организаций, не имеющих со Страховщиком договора на оказание медицинских услуг);
- документ, содержащий полные банковские реквизиты Застрахованного, для перечисления выплаты страхового возмещения в безналичной форме (в случае если в заявлении о выплате страхового возмещения указан вариант осуществления выплаты страхового возмещения в безналичном порядке, а также распоряжение Страхователя (Застрахованного) о порядке осуществления выплаты страхового возмещения. Ответственность за полноту и достоверность предоставленных банковских реквизитов несет Застрахованный;
- копия документа, удостоверяющего личность Застрахованного лица (все заполненные страницы, в том числе страницы с Ф. И. О. и местом постоянной регистрации).

7.11. Страховщик вправе сократить перечень обязательных для предоставления документов, если обстоятельства страхового случая или размер причиненного ущерба Страховщику известны и не вызывают у него сомнений.

7.12. В случае если условиями конкретного договора страхования (полиса) предусмотрена возможность представления Страхователем (Застрахованным лицом) информации и документов для получения страховой выплаты в электронном виде, в том числе в форме сканированных копий, Страхователь (Застрахованное лицо) может представить Страховщику документы, указанные в п. 7.10 настоящих Правил, в виде электронных документов, подписанных/заверенных простой электронной подписью Страхователя (Застрахованного лица, Выгодоприобретателя). При этом Страховщик вправе принять решение по заявленному событию на основании документов, в том числе полученных Страховщиком в форме сканированных копий по электронной почте, или затребовать у Страхователя (Застрахованного лица) оригиналы или заверенные надлежащим образом компетентными органами копии документов. В случае запроса Страховщиком оригиналов или заверенных надлежащим образом компетентными органами копий документов срок осуществления страховой выплаты исчисляется с момента получения Страховщиком оригиналов или заверенных надлежащим образом компетентными органами копий документов, указанных в настоящих Правилах.

7.13. Застрахованный (законный представитель Застрахованного) обязан сообщить о наступлении события, имеющего признаки страхового случая, не позднее 30 (тридцати) календарных дней с даты наступления этого события.

7.14. Возмещение расходов Застрахованного лица, произведенных им для получения медицинской и (или) лекарственной помощи, осуществляется только в случаях,

предусмотренных договором страхования, или по предварительному согласованию со Страховщиком.

7.15. Срок рассмотрения документов исчисляется со дня, следующего за днем получения Страховщиком заявления о событии, обладающем признаками страхового случая, и всех необходимых документов, предусмотренных настоящими Правилами и/или договором страхования документов (последнего из необходимых и надлежащим образом оформленных документов).

7.16. При возмещении расходов непосредственно Застрахованному лицу Страховщик в течение 30 (тридцати) рабочих дней после получения последнего из документов, указанных в п. 7.10 настоящих Правил:

- в случае признания произошедшего события страховым случаем составляет и утверждает страховой акт и осуществляет страховую выплату;
- в случае непризнания произошедшего события страховым случаем принимает решение об отказе в выплате страхового возмещения, о чем письменно сообщает Страхователю (Застрахованному/Выгодоприобретателю) с указанием основания принятия такого решения со ссылками на нормы права и (или) условия договора страхования и Правил страхования, на основании которых принято решение об отказе. Указанная информация предоставляется в том объеме, в каком это не противоречит действующему законодательству;
- если по фактам, связанным с наступлением события, имеющего признаки страхового случая, в соответствии с действующим законодательством назначена дополнительная проверка, возбуждено уголовное дело или начат судебный процесс, принять решение об отсрочке выплаты страхового возмещения до окончания проверки, расследования или судебного разбирательства либо устранения других обстоятельств, предусмотренных настоящими Правилами и препятствующих выплате, о чем письменно известить Страхователя (Застрахованного).

7.17. В случае выявления факта предоставления Страхователем (Застрахованным) неполного перечня документов, необходимых для принятия решения о признании заявленного события страховым случаем, предусмотренных настоящими Правилами и (или) договором страхования и (или) ненадлежащим образом оформленных документов в соответствии с требованиями настоящих Правил страхования и (или) договора страхования, Страховщик обязан:

- принять их, при этом срок, указанный в п. 7.15 Правил страхования, не начинает течь до предоставления последнего из необходимых и надлежащим образом оформленных документов;
- в срок, не превышающий 15 (пятнадцать) рабочих дней, уведомить об этом подавшее заявление на выплату страхового возмещения лицо с указанием перечня недостающих и/или ненадлежащим образом оформленных документов.

7.18. Выплата страхового возмещения осуществляется по выбору Страхователя/Застрахованного наличными через кассу Страховщика, либо по безналичному расчету путем перечисления на банковский счет, указанный в заявлении о выплате страхового возмещения, либо иным способом по согласованию сторон.

8. Заключение договора страхования

8.1. Договор страхования заключается на основании письменного или устного заявления Страхователя.

8.2. Договор страхования заключается в письменной форме, несоблюдение письменной формы влечет недействительность договора страхования.

8.3. В соответствии с главой 28, статьями 940, 943 ГК РФ договор страхования может быть заключен путем составления одного документа (договора страхования), подписанного сторонами, либо путем вручения страхового полиса, подписанного Страховщиком, Страхователю посредством курьерской доставки или информационно-телекоммуникационной сети Интернет, а также с помощью почтовой, электронной и иной связи страхового полиса (в том числе в форме электронного документа), содержащего настоящие Правила.

8.4. Для заключения договора страхования Страхователь/Застрахованное лицо предоставляет следующие документы Страховщику:

- заявление о добровольном медицинском страховании для юридических лиц (Приложение №2 к настоящим Правилам);
- заявление-анкету о добровольном медицинском страховании для физических лиц (Приложение №3 к настоящим Правилам);
- список Застрахованных лиц;
- копия доверенности (если документы подписывает представитель Страхователя);
- документы по запросу Страховщика из числа предусмотренных п. 5.5 настоящих Правил. Страховщик вправе сократить перечень документов и сведений, необходимых для заключения договора страхования.

8.5. При заключении договора страхования Страхователь обязан сообщить Страховщику все известные Страхователю обстоятельства, имеющие существенное значение для определения вероятности наступления страхового случая и размера возможных убытков от его наступления (страхового риска). При этом существенными могут быть признаны факты и обстоятельства, указанные в п. 5.2 настоящих Правил, обстоятельства, определенно оговоренные Страховщиком в договоре страхования, в заявлении на страхование или в письменном запросе Страховщика.

8.6. Если после заключения договора страхования будет установлено, что Страхователь сообщил Страховщику заведомо ложные сведения об обстоятельствах, указанных в п. 8.5 настоящих Правил, Страховщик вправе потребовать признания договора недействительным и применения последствий, предусмотренных законодательством Российской Федерации. Страховщик не может требовать признания договора страхования недействительным, если обстоятельства, о которых умолчал Страхователь, уже отпали.

8.7. При заключении договора страхования на условиях, содержащихся в настоящих Правилах и не включенных в текст договора страхования, эти условия становятся обязательными для Страхователя, если в договоре страхования прямо указывается на применение настоящих Правил и настоящие Правила изложены в одном документе с договором страхования (или на его оборотной стороне) либо приложены к нему. В последнем случае вручение Страхователю при заключении договора страхования настоящих Правил должно быть удостоверено записью в договоре страхования.

8.8. При заключении договора страхования Страхователь и Страховщик могут договориться об изменении или исключении любых отдельных положений настоящих Правил и о

дополнении настоящих Правил, если такие изменения и (или) исключения не противоречат законодательству Российской Федерации.

8.9. В зависимости от объема и комбинации медицинских и иных услуг, а также перечня медицинских организаций (аптечных организаций), предусмотренных договором страхования, Страховщик может присваивать медицинским и иным услугам в договорах страхования нумерацию/аббревиатуру/кодировку/категорию/серию исключительно для их внутреннего использования и учета Страховщиком.

8.10. Страховщик вправе присваивать маркетинговые названия отдельным группам единообразных договоров страхования (страховых полисов), заключаемых на основе настоящих Правил, в той мере, в какой это не противоречит законодательству Российской Федерации.

8.11. Договор страхования в соответствии с п. 2 и 3 ст. 434 и ст. 940 Гражданского кодекса может быть составлен в виде электронного документа на основании заявления Страхователя, подписанного им простой электронной подписью, путем направления по электронному адресу Страхователя, указанному им в Заявлении, электронного страхового полиса, подписанного Страховщиком усиленной квалифицированной электронной подписью с соблюдением требований Федерального закона от 06.04.2011 г. №63-ФЗ «Об электронной подписи». Договор страхования, составленный в виде электронного документа, считается заключенным Страхователем на предложенных Страховщиком условиях с момента уплаты Страхователем страховой премии (страхового взноса).

8.12. Страхователь — физическое лицо уплачивает страховую премию (страховой взнос) после ознакомления с условиями, содержащимися в договоре страхования и Правилах, подтверждая тем самым свое согласие заключить этот договор на предложенных Страховщиком условиях.

8.13. Документами, наличие которых является необходимым для получения медицинских и иных услуг, лекарственных препаратов для медицинского применения, предусмотренных договором страхования, являются договор страхования (страховой полис) (в том числе составленный в форме электронного документа), памятка (если она выдается в соответствии с условиями договора страхования).

8.14. Договор страхования вступает в силу с 00 часов 00 минут дня, следующего за днем уплаты страховой премии или первого страхового взноса, если договором не предусмотрено иное.

В случае неуплаты Страхователем страховой премии (первого страхового взноса при уплате премии в рассрочку) в размере и сроки, установленные договором страхования, договор страхования считается не вступившим в силу, стороны не несут по нему обязательств, а действие срока страхования не начинается, если иное не предусмотрено договором страхования.

В случае неоплаты Страхователем очередного страхового взноса (при уплате премии в рассрочку) в размере и сроки, установленные договором страхования, или оплаты очередного страхового взноса в размере меньшем, чем установлено договором страхования, договор страхования прекращает свое действие по истечении оплаченного периода страхования по договору страхования, о чем Страховщик письменно уведомляет Страхователя путем направления в адрес Страхователя соответствующего уведомления о прекращении договора страхования, если иное не предусмотрено в договоре страхования.

Денежные средства, уплаченные в размере меньшем, чем установлено договором страхования для оплаты страховой премии (страхового взноса, при уплате премии в

рассрочку), а также уплаченные после даты, установленной в качестве даты оплаты страховой премии (страхового взноса, при уплате премии в рассрочку), считаются ошибочно уплаченными и подлежат возврату лицу, уплатившему их через кассу Страховщика или в безналичном порядке. Возврат ошибочно уплаченных денежных средств осуществляется по письменному заявлению Страхователя в течение 15 (пятнадцати) рабочих дней с момента получения Страховщиком заявления Страхователя.

В случае прекращения договора страхования по этой причине Страховщик уведомляет медицинские и иные организации о прекращении оказания медицинских и иных услуг по данному договору.

Оплаченный период страхования, если иное не предусмотрено в договоре страхования, срок действия которого составляет 1 год (365 дней), составляет:

- при уплате страховой премии двумя взносами первый оплаченный период страхования составляет 6 (шесть) месяцев, второй — 6 (шесть) месяцев;
- при уплате страховой премии четырьмя взносами каждый оплаченный период страхования составляет 3 (три) месяца;
- при уплате страховой премии двенадцатью взносами каждый оплаченный период страхования составляет 1 (один) месяц.

8.15. При утрате Застрахованным договора страхования (страхового полиса) он должен незамедлительно известить об этом Страховщика. Утраченный документ признается недействительным и не может являться основанием для получения медицинских и иных услуг и (или) лекарственных препаратов для медицинского применения в соответствии с договором страхования. Страховщик выдает Застрахованному дубликат договора страхования (страхового полиса).

8.16. В случае увеличения количества Застрахованных лиц в течение срока действия договора страхования Страхователь представляет Страховщику сведения о дополнительно страхуемых лицах и уплачивает за них страховую премию за период с момента включения их в список Застрахованных лиц (заключения в отношении этих лиц договора страхования) до окончания периода страхования, если иное не предусмотрено договором страхования. Договор страхования считается заключенным в отношении принимаемых на страхование лиц с даты подписания Страхователем и Страховщиком соответствующего дополнительного соглашения, закрепляющего их состав в списке Застрахованных лиц, если иное не предусмотрено договором страхования или вышеназванным дополнительным соглашением.

8.17. В случае исключения Застрахованных лиц из списка Застрахованных (расторжения в отношении этих лиц договора страхования) Страхователь предоставляет Страховщику сведения о лицах, исключаемых из списка Застрахованных. Договор страхования считается расторгнутым в отношении определенных Застрахованных лиц с даты, указанной в дополнительном соглашении, закрепляющем исключение их из списка Застрахованных, если иное не предусмотрено договором страхования.

8.18. Договор страхования заключается без обследования и/или медицинского освидетельствования принимаемого на страхование лица, если иное не предусмотрено условиями договора страхования.

При заключении Договора страхования Страховщик вправе потребовать проведения медицинских обследований каждого принимаемого на страхование лица для оценки фактического состояния его здоровья в соответствии с п. 2 статьи 945 Гражданского кодекса

Российской Федерации. О необходимости прохождения медицинского обследования Страховщик письменно уведомляет Страхователя (заявляемое на страхование лицо) при обращении Страхователя к Страховщику с заявлением о заключении Договора страхования. В случае если Страховщик потребовал прохождения медицинского обследования для оценки страхового риска, Договор страхования может быть заключен только после исполнения Страхователем (Застрахованным) указанных требований. Прохождение медицинского обследования может потребоваться в случаях:

- наличия отягощенного анамнеза;
- наличия хронических заболеваний;
- наличия отклонений от нормы в предоставленных анализах;
- наличия заболеваний на момент заключения договора страхования;
- наличия группы инвалидности;
- если принимаемое на страхование лицо старше 60 лет;
- если страховая сумма более 10 000 000 рублей на одно Застрахованное лицо.

Дата, время и место, а также порядок проведения обследования согласовываются с Застрахованным лицом.

8.19. Заключение договора страхования без обследования и/или медицинского освидетельствования принимаемого на страхование лица не освобождает Страхователя от обязанности сообщать достоверные данные о состоянии здоровья лица, принимаемого на страхование, и не лишает Страховщика права на оспаривание договора при выявлении факта сообщения заведомо ложных сведений о состоянии здоровья Застрахованного лица.

9. Прекращение договора страхования

9.1. Договор страхования прекращается в случае:

9.1.1. истечения срока действия договора страхования;

9.1.2. досрочного исполнения Страховщиком своих обязательств по договору страхования в полном объеме перед Страхователем/Застрахованным;

9.1.3. ликвидации Страхователя, являющегося юридическим лицом, или смерти Страхователя, являющегося физическим лицом, кроме случаев, предусмотренных законодательством Российской Федерации;

9.1.4. смерти Застрахованного лица — в части страхования этого лица;

9.1.5. неуплаты Страхователем очередного страхового взноса в установленный договором страхования срок или уплаты очередного страхового взноса в размере меньшем, чем установлено договором страхования, договор страхования прекращает свое действие по истечении оплаченного периода страхования по договору страхования, если иное не предусмотрено договором страхования, о чем Страховщик письменно уведомляет Страхователя путем направления в адрес Страхователя соответствующего уведомления о прекращении договора страхования;

9.1.6. в других случаях, предусмотренных законодательством Российской Федерации, настоящими Правилами и договором страхования.

9.2. Договор страхования может быть прекращен досрочно по требованию Страхователя с письменным уведомлением Страховщика.

9.2.1. При отказе Страхователя — физического лица от договора страхования до даты начала действия срока страхования, предусмотренного договором страхования,

уплаченная страховая премия подлежит возврату Страховщиком Страхователю в полном объеме.

9.2.2. При отказе Страхователя — физического лица от договора страхования в течение 14 (четырнадцати) календарных дней (если иной срок не установлен органом страхового надзора) с момента заключения договора страхования, но после даты начала срока страхования, предусмотренного договором страхования, Страховщик возвращает Страхователю часть уплаченной Страхователем страховой премии пропорционально сроку действия договора страхования, прошедшему с даты начала действия страхования до даты прекращения действия договора страхования, при условии отсутствия в данном периоде событий, имеющих признаки страхового случая.

9.3. 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. При этом Страховщик имеет право на часть страховой премии пропорционально времени, в течение которого действовало страхование.

9.4. При досрочном расторжении договора страхования возврат части страховой премии производится в соответствии с законодательством Российской Федерации, условиями настоящих Правил и договора страхования.

9.5. При отказе Страхователя от договора страхования в случаях, предусмотренных пп. 9.2.1, 9.2.2 настоящих Правил, денежные средства подлежат возврату по выбору Страхователя наличными деньгами или в безналичном порядке в срок, не превышающий 10 (десяти) рабочих дней с даты получения Страховщиком письменного заявления (уведомления) об отказе от договора страхования.

9.6. В случае если договором страхования предусмотрен возврат части неиспользованной страховой премии при досрочном расторжении договора страхования (за исключением случаев, предусмотренных пп. 9.2.1, 9.2.2, 9.3 настоящих Правил), Страховщик в течение 10 (десяти) рабочих дней с даты получения Страховщиком письменного заявления (уведомления) об отказе от договора страхования осуществляет возврат части уплаченной Страхователем страховой премии за неистекший оплаченный период страхования за вычетом 20 (двадцати) процентов от суммы страховой премии, если иное не предусмотрено договором страхования. Возврат страховой премии или ее части не производится, в случае если после вступления договора страхования в силу имели место события, обладающие признаками страхового случая, если иное не предусмотрено договором страхования.

9.7. Договор страхования может быть прекращен в целом или в отношении отдельных лиц, исключенных из списка Застрахованных лиц.

9.8. Во всех случаях прекращения договора страхования Застрахованные лица обязаны вернуть Страховщику страховые полисы, действие которых прекращается с момента прекращения договора страхования (если иное не предусмотрено договором страхования).

10. Права и обязанности сторон

10.1. Страховщик обязан:

10.1.1. ознакомить Страхователя с Правилами;

10.1.2. обеспечить своевременное вручение страховых документов, предусмотренных договором страхования, Страхователю (Застрахованным лицам), а при их утрате — выдать дубликат;

10.1.3. обеспечить предоставление Застрахованному лицу медицинских и иных услуг, лекарственной помощи, предусмотренных условиями договора страхования;

10.1.4. осуществить страховую выплату в порядке и сроки, предусмотренные настоящими Правилами или договором страхования;

10.1.5. обеспечить контроль качества медицинского обслуживания Застрахованных лиц;

10.1.6. обеспечить конфиденциальность в отношениях со Страхователем (Застрахованными лицами);

10.1.7. по запросу Страхователя, позволяющему подтвердить факт его получения Страховщиком, однократно предоставить Страхователю копию договора страхования (страхового полиса) и иных документов, являющихся неотъемлемой частью договора страхования (Правил страхования, программ, дополнительных условий страхования и других документов в соответствии с условиями, указанными в договоре страхования), по действующим договорам страхования бесплатно.

Исключение составляет информация, не подлежащая разглашению (персональные данные других застрахованных лиц, данные об уплаченных премиях по коллективным договорам страхования, условия страхования других категорий застрахованных лиц и пр.);

10.1.8. по требованиям Страхователя/Застрахованного лица, а также лиц, имеющих намерение заключить договор страхования, бесплатно разъяснять положения, содержащиеся в настоящих Правилах, программах и договоре страхования;

10.1.9. при заключении договора страхования предоставить Страхователю договор, состоящий из текста договора и всех приложений, являющихся неотъемлемой частью договора страхования, ссылка на которые имеется по тексту договора страхования, в том числе Правила страхования, полисные условия, дополнительные условия, программы страхования и т. п.

10.1.10. в случае если договор страхования заключался с использованием личного кабинета, указанные документы предоставляются посредством личного кабинета. По запросу Страхователя/Застрахованного, полученному им после заявления о наступлении события, имеющего признаки страхового случая, предоставить информацию в соответствии с положениями, предусмотренными договором страхования и (или) Правилами страхования:

- обо всех необходимых действиях, которые Страхователь/Застрахованный обязан предпринять, обо всех документах, предъявление которых обязательно для рассмотрения вопроса о признании события страховым случаем и определения размера страховой выплаты, а также о сроках проведения указанных действий и предоставления документов;

- о форме и способах осуществления выплаты страхового возмещения и порядке их изменения, направленных на обеспечение прав Страхователя/Застрахованного на получение выплаты страхового возмещения удобным для него способом из числа указанных в договоре страхования;

10.1.11. по запросу Страхователя/Застрахованного, в том числе полученному в электронной форме, в срок, не превышающий 30 (тридцать) календарных дней с момента получения такого запроса, при условии возможности идентификации заявителя в соответствии с требованиями Федерального закона от 27.06.2006 №152-ФЗ «О персональных данных» и после принятия решения о выплате страхового возмещения предоставить в письменном виде информацию о расчете суммы выплаты страхового возмещения;

10.1.12. по письменному запросу Страхователя/Застрахованного в срок, не превышающий 30 (тридцать) календарных дней с момента получения такого запроса, бесплатно однократно по каждому страховому случаю предоставить в письменном виде исчерпывающую информацию и документы (в том числе копии документов и/или выписки из них), на основании которых Страховщиком было принято решение о выплате страхового возмещения.

Исключение составляют документы, которые свидетельствуют о возможных противоправных действиях Страхователя/Застрахованного, направленных на получение страховой выплаты. Информация и документы предоставляются в объеме, не противоречащем действующему законодательству РФ;

10.1.13. по письменному запросу Страхователя/Застрахованного в срок, не превышающий 30 (тридцать) календарных дней с момента получения такого запроса, бесплатно однократно по одному событию предоставить в письменном виде информацию и документы (в том числе копии документов и/или выписки из них), за исключением документов, которые свидетельствуют о возможных противоправных действиях Страхователя/Застрахованного, направленных на получение выплаты страхового возмещения, обосновывающие решение об отказе. Информация и документы предоставляются в объеме, не противоречащем действующему законодательству РФ.

10.1.14. обеспечить рассмотрение претензий от Страхователя/Застрахованного, связанных с исполнением условий договора страхования, в порядке, установленном законодательством Российской Федерации, базовыми стандартами саморегулируемой организации на финансовом рынке, членом которой является Страховщик и/или определенном в договоре страхования.

10.2. Страховщик имеет право:

10.2.1. проверять сообщенную Страхователем информацию, а также выполнение Страхователем (Застрахованным лицом) требований договора страхования;

10.2.2. прекратить предоставление медицинской помощи и (или) лекарственного обеспечения (отказать в выплате страхового возмещения) при обстоятельствах, предусмотренных настоящими Правилами и договором страхования;

10.2.3. досрочно расторгнуть договор страхования в случае нарушения Страхователем условий договора страхования в порядке, предусмотренном законодательством Российской Федерации;

10.2.4. потребовать изменения условий договора страхования в случае выявления в течение срока действия договора страхования событий, признаваемых значительными изменениями, влекущими увеличение страхового риска. При несогласии Страхователя на такие изменения потребовать досрочно прекратить договор страхования;

10.2.5. ознакомиться с медицинской документацией Застрахованного лица, отражающей его историю заболевания, физическое и психическое состояние, диагноз, ход и прогноз результатов лечения, а также использовать данную информацию для решения вопросов, связанных с реализацией договора страхования, оплатой медицинских и иных услуг, лекарственного обеспечения, защитой прав Застрахованного лица;

10.2.6. до принятия на страхование потребовать проведения любых дополнительных медицинских обследований принимаемого на страхование лица и предоставления документов, подтверждающих состояние его здоровья, для оценки фактического состояния его здоровья.

10.3. Страхователь обязан:

10.3.1. предоставить полную и достоверную информацию, необходимую для оценки страхового риска и заключения договора страхования;

10.3.2. уплачивать страховую премию (страховые взносы) в размере и в сроки, предусмотренные договором страхования;

10.3.3. ознакомить Застрахованных лиц с условиями договора страхования;

10.3.4. при наступлении страхового случая, предусмотренного договором страхования, незамедлительно уведомить о его наступлении Страховщика, если иное не предусмотрено договором страхования. Эта обязанность может быть выполнена Застрахованным лицом;

10.3.5. сохранять документы, подтверждающие уплату им страховой премии или страховых взносов (при уплате страховой премии в рассрочку), и предъявлять их по требованию Страховщика;

10.3.6. предоставить по запросу Страховщика письменные согласия от Застрахованных лиц на обработку их персональных данных и получение сведений, составляющих врачебную тайну, по форме, установленной Страховщиком;

10.3.7. письменно уведомить Страховщика в случае отзыва Застрахованным лицом своего согласия на обработку персональных данных, переданного Страхователю, предоставив заявление о прекращении действия договора страхования в отношении такого Застрахованного лица;

10.3.8. обеспечить сохранность документов по договору страхования.

10.4. Страхователь имеет право:

10.4.1. требовать от Страховщика организации и оплаты оказания медицинской помощи и (или) лекарственного обеспечения в соответствии с условиями договора страхования;

10.4.2. изменять список Застрахованных лиц, при этом Застрахованное лицо, названное в договоре страхования, может быть заменено Страхователем другим лицом лишь с согласия самого Застрахованного лица и Страховщика;

10.4.3. досрочно расторгнуть договор страхования, в том числе в отношении части Застрахованных лиц (конкретного Застрахованного лица);

10.4.4. по соглашению со Страховщиком расширять или сужать перечень медицинских и иных услуг, лекарственных препаратов для медицинского применения, а также перечень медицинских и аптечных организаций, заключив дополнительное

соглашение и уплатив дополнительную страховую премию (в случае расширения программы);

10.4.5. получить информацию о размере вознаграждения, выплачиваемого Страховщиком страховому агенту или страховому брокеру, при посредничестве которых со Страхователем заключается договор страхования;

10.4.6. по запросу однократно получить бесплатно по одному договору страхования заверенный Страховщиком расчет суммы страховой премии (части страховой премии), подлежащей возврату в связи с расторжением или досрочным прекращением договора страхования, со ссылками на нормы Права и (или) условия договора страхования и Правил страхования, на основании которых произведен расчет.

10.5. Застрахованное лицо имеет право:

10.5.1. на получение медицинской помощи и (или) лекарственного обеспечения в соответствии с условиями, указанными в договоре страхования, а также иных услуг, предусмотренных договором страхования и программой страхования;

10.5.2. сообщать Страховщику в письменном виде о случаях непредоставления, неполного или некачественного предоставления медицинской помощи и (или) лекарственного обеспечения, предусмотренных договором страхования;

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

10.5.4. на получение дубликата страховых документов в случае их утраты.

10.6. Застрахованное лицо обязано:

10.6.1. соблюдать предписания лечащего врача и правила внутреннего распорядка медицинской организации;

10.6.2. при получении страховой документации ознакомиться и удостоверить личной подписью факт ознакомления с Правилами страхования, программой страхования и порядком организации медицинской помощи;

10.6.3. предоставлять Страховщику право на ознакомление с медицинской документацией из любых медицинских и иных организаций для решения вопросов, связанных с реализацией договора страхования и оплатой медицинской помощи и (или) лекарственного обеспечения, защитой прав Застрахованных;

10.6.4. компенсировать расходы Страховщика, возникшие в связи с неявкой Застрахованного на заранее согласованные с медицинскими организациями процедуры, приемы и исследования, а также в связи с необоснованным и ложным вызовом скорой медицинской помощи, нарушением лечебного режима;

10.6.5. по запросу Страховщика для оценки фактического состояния здоровья пройти медицинское анкетирование и/или медицинское обследование и/или предоставление документов, подтверждающих состояние здоровья.

10.6.6. обеспечить сохранность страховых документов и не передавать их другим лицам с целью получения ими медицинской помощи и (или) лекарственного обеспечения.

10.7. Договором страхования или программой страхования могут быть предусмотрены иные права и обязанности сторон договора страхования.

11. Прочие условия

11.1. Заключая (подписывая) договор страхования и (или) предоставляя Страховщику (представителю Страховщика) свои персональные данные (Ф. И. О., дата рождения, паспортные данные, сведения, составляющие врачебную тайну, к которым в соответствии с Федеральным законом Российской Федерации «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21.11.2011 г. №323-ФЗ отнесены сведения о факте обращения гражданина за оказанием медицинской помощи, состоянии его здоровья и диагнозе, иные сведения, полученные при его медицинском обследовании и лечении, и другие сведения, предусмотренные формой договора страхования), Страхователь, Застрахованный своей волей и в своем интересе в соответствии с Федеральным законом №152-ФЗ «О персональных данных» и иными нормативно-правовыми актами приняли решение о предоставлении своих персональных данных (далее — «ПД») и дают согласие Оператору ПД — Страховщику (адрес местонахождения, ИНН, ОГРН страховщика указаны в договоре страхования) на обработку своих персональных данных в целях:

11.1.1. подготовки заявления о заключении договора страхования;

11.1.2. формирования и дальнейшего исполнения договора страхования;

11.1.3. продвижения товаров, работ, услуг и проведения опросов для оценки качества услуг, направления любых информационных и рекламных материалов, сообщений и вызовов путем прямых контактов с помощью любых средств связи, в том числе (но не ограничиваясь) по сетям электросвязи, с использованием средств мобильной сотовой связи, по сети Интернет (в том числе на ящик электронной почты (почтовый ящик);

11.1.4. поручения обработки своих персональных данных третьим лицам в целях осуществления прав и исполнения обязательств Страховщика перед такими лицами в рамках заключенных с ними договоров;

11.1.5. поручения обработки своих персональных данных аффилированным лицам Страховщика.

Обработка персональных данных включает сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, передачу, обезличивание, блокирование, уничтожение и иные действия, осуществляемые не дольше, чем этого требуют цели обработки персональных данных.

Страхователь несет ответственность за предоставление согласия на обработку персональных данных Застрахованных, указанных в договоре страхования.

Настоящее согласие предоставляется на срок 5 (пять) лет либо до момента его отзыва.

11.2. Отзыв данного согласия осуществляется по письменному заявлению в адрес Страховщика, указанный в договоре страхования. Заявление должно быть подано за 30 (тридцать) дней до даты отзыва согласия.

11.3. Для осуществления вышеуказанных целей Страховщик имеет право передавать персональные данные, ставшие ему известными в связи с заключением и исполнением договора страхования, третьим лицам (в том числе медицинским организациям для целей осуществления необходимых медицинских обследований, лечения, медицинского осмотра), с которыми у Страховщика заключены соответствующие соглашения,

обеспечивающие надежное хранение и предотвращение незаконного разглашения (конфиденциальность) персональных данных. Страхователь (Застрахованное лицо), заключая договор страхования на основании настоящих Правил, предоставляет Страховщику право на ознакомление со своей медицинской документацией для решения вопросов, связанных с реализацией договора страхования, оплатой медицинских и иных услуг и защитой прав Застрахованных лиц, а также предоставляет право медицинским организациям, где Страхователь (Застрахованное лицо) получали/получают/будут получать медицинские и иные услуги, передавать Страховщику сведения, составляющие врачебную тайну (далее — врачебная тайна). Сведения, составляющие врачебную тайну, включают в себя в том числе информацию о факте обращения Застрахованного лица за медицинской помощью, состоянии его здоровья, диагнозе его заболеваний и иные сведения, полученные при его обследовании и лечении.

11.4. Страховщик не вправе разглашать полученные им в результате своей профессиональной деятельности сведения о Страхователе, Застрахованном лице, состоянии их здоровья, имущественном положении.

11.5. Страховщик гарантирует соблюдение врачебной тайны и тайны страхования в соответствии с законодательством Российской Федерации.

11.6. Все уведомления, извещения и сообщения, направляемые Страховщиком в адрес Страхователя (Застрахованного лица) в соответствии с настоящими Правилами, считаются направленными надлежащим образом при их направлении одним из следующих способов, указанным в договоре страхования или заявлении о выплате страхового возмещения:

- в виде СМС-сообщения по телефону, указанному в договоре страхования или заявлении о выплате страхового возмещения;
- почтовым отправлением по адресу, указанному в договоре страхования или заявлении о выплате страхового возмещения;
- по электронной почте по электронному адресу, указанному в договоре страхования или заявлении о выплате страхового возмещения.

Если в заявлении о выплате страхового возмещения или договоре страхования не указан способ уведомления Страхователя, то уведомление осуществляется путем направления СМС-сообщения на номер телефона, указанный в договоре страхования; при отсутствии номера телефона – простым или заказным письмом по адресу, указанному в договоре страхования, либо по электронной почте по электронному адресу, указанному в договоре страхования.

При наличии нескольких отличающихся контактных данных Страхователя (Застрахованного лица) выбор конкретного номера телефона, почтового адреса или адреса электронной почты для отправки уведомления осуществляет Страховщик.

Гражданско-правовые последствия, связанные с направлением Страховщиком в адрес Страхователя уведомлений, извещений и сообщений, считаются наступившими для Страхователя с момента, указанного в тексте уведомления, извещения или сообщения, а если данный момент не указан — с момента направления Страховщиком уведомления, извещения или сообщения в адрес Страхователя.

11.7. В случае изменения адресов, реквизитов, телефонов и иных данных Страхователь (Застрахованное лицо) обязуется в течение 7 (семи) рабочих дней письменно известить Страховщика об этом. Если Страховщик не был извещен об изменении этих данных

заблаговременно, то риск неполучения направленной Страховщиком корреспонденции (сообщений, извещений) несет Страхователь (Застрахованное лицо).

12. Порядок разрешения споров

12.1. Споры, вытекающие из договоров страхования, заключенных на основе настоящих Правил, рассматриваются в порядке, предусмотренном законодательством Российской Федерации.

Приложение №1 к Правилам добровольного медицинского страхования

ПРОГРАММА добровольного медицинского страхования.

Программа добровольного медицинского страхования (далее – Программа страхования/Программа) регламентирует оказание различных видов медицинской помощи (медицинских и иных услуг) застрахованным лицам (далее – Застрахованные) в течение срока действия Договора добровольного медицинского страхования (далее – Договор/Договор страхования) в медицинских организациях, предусмотренных Договором страхования по утвержденным методикам и технологиям.

Программа включает: перечень оплачиваемых видов медицинских и иных услуг, предоставление которых Страховщик организует Застрахованным в медицинских организациях; перечень медицинских услуг, не оплачиваемых Страховщиком (исключения из страхового покрытия).

Страховым случаем является обращение Застрахованного лица в течение периода страхования в медицинскую организацию из числа предусмотренных Договором страхования при таком состоянии здоровья, которое требует получения медицинских и (или) иных услуг в соответствии с настоящей Программой страхования, и повлекших возникновение обязательств Страховщика произвести оплату данных медицинских и иных услуг, оказанных Застрахованному.

1. Перечень видов медицинской помощи и услуг

1.1. Амбулаторно-поликлиническая помощь (первичная медико-санитарная помощь в амбулаторных условиях и условиях дневного стационара), в том числе в дистанционном формате.

Объем услуг:

1.1.1. Лечебно-диагностические, консультативные и профилактические приемы врачей, в том числе диспансерное наблюдение (контрольные приемы и лечение пациентов, имеющих хронические заболевания), следующих специальностей:

терапевт, педиатр, врач общей практики, хирург, детский хирург, гинеколог, уролог, отоларинголог, эндокринолог, детский эндокринолог, инфекционист, дерматолог, офтальмолог, гастроэнтеролог, кардиолог, детский кардиолог, физиотерапевт, травматолог-ортопед, невролог, нейрохирург, сердечно-сосудистый хирург, онколог, детский онколог, маммолог, психиатр, психотерапевт, аллерголог-иммунолог, пульмонолог, ревматолог, нефролог, гематолог, колопроктолог, гематолог, фтизиатр и другие специалисты.

1.1.2. Экспертиза временной нетрудоспособности (оформление и продление листков временной нетрудоспособности), выдача рецептов, медицинских справок, направлений, оформление в дошкольно-школьные учреждения, оздоровительные лагеря и др.

1.1.3. Лечебные манипуляции и процедуры.

1.1.4. Лабораторно-диагностические исследования:

общеклинические, биохимические, микробиологические, бактериологические, серологические, гистологические, цитологические, гормональные, иммунологические (в том числе исследование иммунного статуса, интерферонового статуса, лабораторная аллергодиагностика), радиоиммунологические, молекулярно-биологические методы исследования (в том числе ПЦР-диагностика), цитогенетические и другие исследования.

1.1.5. Инструментальные исследования:

лучевая диагностика, включая все виды рентгенологических исследований и рентгеноконтрастных методов исследования (в том числе ангиографию), компьютерную томографию, магнитно-резонансную томографию, позитронно-эмиссионную томографию, радиоизотопные исследования; функциональная диагностика; ультразвуковая диагностика; эндоскопическая диагностика; патологоанатомическая диагностика и другие виды исследований.

1.1.6. Физиотерапевтические процедуры:

лазеро-, электро-, свето- и теплолечение, магнитотерапия, ингаляции, водолечение и другие виды воздействия; медицинский массаж, рефлексотерапия, мануальная терапия, ЛФК и двигательные режимы.

1.1.7. Экстракорпоральные методы лечения; ультрафиолетовое и лазерное облучение крови, озонотерапия, нормо-, гипер- и гипобарическая оксигенация; галотерапия, биорезонансная терапия, диагностика и лечение по методу Фолля, аутогемотерапия, гирудотерапия, лечение методом ударно-волновой терапии и др.

1.1.8. Диспансеризация лиц, страдающих острыми и хроническими заболеваниями.

1.1.9. Диспансеризация декретированных возрастов детского контингента.

1.1.10. Проведение предварительных и периодических медицинских осмотров лиц в целях профилактических мероприятий, снижающих степень опасных для жизни или здоровья физического лица угроз и/или устраняющих их, в том числе предупреждения профессиональных заболеваний, несчастных случаев, для допуска водителей к управлению транспортными средствами. Проведение обследования для оформления справок на право ношения оружия, получение водительских прав и др.

1.1.11. Иммунопрофилактика, в том числе вакцинация.

1.1.12. Вакцинопрофилактика у детей в соответствии с нормативными документами Министерства здравоохранения РФ по Национальному календарю прививок отечественными и импортными вакцинами, туберкулиновые пробы.

1.1.13. Услуги круглосуточного травматологического пункта.

1.2. Медицинская помощь на дому.

Оказание врачебной помощи на дому Застрахованным, которые по состоянию здоровья, характеру заболевания не могут посетить поликлинику, нуждаются в постельном режиме и наблюдении врача.

Объем услуг:

1.2.1. Осмотр врачом-терапевтом, педиатром на дому; консультации врачей-специалистов на дому (хирург, невролог, офтальмолог, оториноларинголог, травматолог-ортопед, кардиолог и др.) по медицинским показаниям.

1.2.2. Услуги медицинского персонала на дому: по медицинским показаниям и направлению врача проведение лечебных мероприятий, забор биологического материала для анализов (кровь, мазки из носа и зева и др.).

1.2.3. Патронаж на дому.

1.2.4. Экспертиза временной нетрудоспособности (оформление листков временной нетрудоспособности), оформление рецептов на лекарственные препараты.

1.3. Стационарная помощь.

Осуществляется в случаях, когда оказание медицинской помощи возможно только в стационарных условиях. Организация медицинской помощи в стационарных условиях осуществляется круглосуточной диспетчерской службой Страховщика.

Стационарная помощь оказывается Застрахованным в условиях отделений следующего профиля: терапия (общая), педиатрия, кардиология, ревматология, гастроэнтерология, пульмонология, эндокринология, нефрология, неврология; инфекционные болезни (если в медицинских организациях, включенных в Программу Застрахованного, есть инфекционное отделение), травматология-ортопедия, урология, хирургия (общая), сосудистая хирургия, реанимационное, колопроктология, гинекология, акушерское, патологии беременности, отоларингология, нейрохирургия, офтальмология, челюстно-лицевая хирургия и др.

Программа включает стационарозамещающие технологии (стационар одного дня, дневной стационар) в медицинских учреждениях, предусмотренных Программой «Стационарная помощь».

Объем услуг:

1.3.1. Пребывание в условиях палат, предусмотренных Программой Застрахованного.

1.3.2. Консультации и другие профессиональные услуги врачей.

1.3.3. Диагностические лабораторные и инструментальные исследования, проводимые по медицинским показаниям.

1.3.4. Лечебные манипуляции и процедуры.

1.3.5. Экстракорпоральные методы лечения (гемодиализ, плазмаферез и др.).

1.3.6. Консервативное и (или) оперативное лечение в необходимом объеме. Анестезиологическое пособие.

1.3.7. Обеспечение лекарственными препаратами, перевязочным материалом, расходными материалами, анестетиками.

1.3.8. Физиотерапевтическое лечение: электро-, магнито-, свето-, лазеро-, теплолечение, ингаляции и др.; лечебный массаж, занятия ЛФК, классическая корпоральная иглорефлексотерапия, мануальная терапия и др. по назначению врача.

1.3.9. Лечебное питание. Уход медицинского персонала.

1.4. Стоматологическая помощь.

Объем услуг:

1.4.1. Диспансерное наблюдение (контрольные приемы и лечение пациентов, имеющих хронические заболевания), лечебно-диагностические и профилактические приемы врачей, следующих специальностей: терапевт-стоматолог, детский стоматолог, хирург-стоматолог, ортопед, ортодонт, хирург-имплантолог, пародонтолог, гигиенист и другие специалисты.

1.4.2. Анестезия местная (аппликационная, инфильтрационная, проводниковая, интралигаментарная и др.), наркоз и премедикация.

1.4.3. Функциональная диагностика; физиотерапевтическое лечение (магнитотерапия, лазеротерапия, ультразвуковая, электромиостимуляция, гидромассаж, электрофорез и другие виды).

1.4.4. Рентгенологические и радиовизиографическое исследования, ортопантомография и другие виды диагностики.

1.4.5. Терапевтическая стоматология:

терапевтическое лечение кариеса, пульпита, периодонтита; заболеваний слизистой оболочки полости рта и языка; терапевтическое лечение заболеваний пародонта; наложение пломб с применением композитных и светоотверждаемых материалов; использование штифтов при восстановлении коронковой части зуба; лечение некариозных поражений зубов; снятие зубных отложений, снятие зубного налета, покрытие зубов лаком и фторсодержащими препаратами.

1.4.6. Хирургическая стоматология:

удаление зубов всех категорий сложности (в том числе дистопированных и ретинированных); лечение перикоронарита, периостита, альвеолита и других состояний; механическая и медикаментозная остановка кровотечения; проведение зубосохраняющих операций (цистэктомия, резекция верхушки корня и др.); лечение воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области, слюнных желез, доброкачественных новообразований челюстно-лицевой области и др.; хирургические методы лечения заболеваний тканей пародонта, в том числе кюретаж.

1.4.7. Организация круглосуточной стоматологической помощи.

1.4.8. Зубопротезирование и подготовка к зубопротезированию.

1.4.9. Экспертиза временной нетрудоспособности (оформление и продление листков временной нетрудоспособности), выдача рецептов, медицинских справок, направлений.

1.5. Скорая и неотложная медицинская помощь.

Оказывается в случаях возникновения состояний и заболеваний, угрожающих жизни и здоровью Застрахованных, или иных обстоятельствах, предусмотренных Программой страхования.

Объем услуг:

1.5.1. Выезд бригады скорой помощи, осмотр врача, проведение экспресс-диагностики, купирование неотложного состояния; медицинская транспортировка в стационар при необходимости экстренной

госпитализации.

1.5.2. Медицинская транспортировка из стационара, если экстренная госпитализация не состоялась.

1.5.3. Медико-санитарная транспортировка Застрахованных.

1.6. Реабилитационно-восстановительное лечение.

Объем услуг:

1.6.1. Приемы, консультации специалистов.

1.6.2. Диагностические манипуляции и процедуры.

1.6.3. Лабораторные и инструментальные исследования.

1.6.4. Медицинский массаж, рефлексотерапия, мануальная терапия, ЛФК и двигательные режимы, физиотерапия, в том числе лазеро-, электро-, свето- и теплолечение, магнитотерапия, ингаляции; бальнеолечение, грязелечение, галотерапия и другие методы.

1.7. Дородовое наблюдение беременных, в том числе при патологически протекающей беременности:

Медицинская помощь (в объеме не менее регламентируемого документами Министерства здравоохранения РФ), оказываемая по медицинским показаниям в течение беременности в амбулаторных условиях до момента транспортировки в родильный дом.

Кратность и периодичность проведения осмотров, лабораторных и инструментальных исследований устанавливается на основании инструкций и рекомендаций Министерства здравоохранения РФ, местных комитетов здравоохранения и зависит от индивидуальных особенностей течения беременности, сроков обращения для заключения Договора медицинского страхования.

1.8. Ведение родов и послеродового периода

Перечень видов медицинской помощи и услуг, оказываемых и оплачиваемых по медицинским показаниям с 36-й (тридцать шестой) недели беременности:

1.8.1. Консультация лечащего врача акушера-гинеколога с выработкой окончательной тактики ведения родов: роды через естественные родовые пути или оперативное родоразрешение (кесарево сечение при наличии показаний).

1.8.2. Диагностические лабораторные и инструментальные исследования, проводимые по медицинским показаниям.

1.8.3. Анестезиологическое пособие.

1.8.4. Ведение родов; при наличии медицинских показаний оперативное родоразрешение (кесарево сечение).

1.8.5. Пребывание родильницы в стационаре до 10 суток после родов.

1.8.6. Консультации врачей-специалистов и проведение лечебных процедур по показаниям на основании заключения лечащего врача.

1.8.7. Обеспечение лекарственными препаратами, перевязочным материалом, анестетиками.

1.8.8. Лечебное питание. Уход медицинского персонала.

1.9. Медико-транспортные услуги и услуги по репатриации.

1.9.1. Услуги, связанные с транспортировкой Застрахованного по медицинским показаниям:

- машиной скорой помощи или иным видом транспорта с места возникновения события, имеющего признаки страхового, до ближайшей медицинской организации на территории РФ;
- адекватным состоянию здоровья Застрахованного транспортным средством (при необходимости в сопровождении медицинского персонала) из одной медицинской организации в другую медицинскую организацию на территории РФ по медицинским показаниям (по предписанию врача);
- адекватным состоянию здоровья Застрахованного транспортным средством (при необходимости в сопровождении медицинского персонала) из медицинской организации на территории РФ, в которой Застрахованному оказывались услуги согласно Договору страхования, до ближайшего к месту постоянного жительства Застрахованного аэропорта, вокзала или порта (далее – транспортного узла) в стране постоянного проживания Застрахованного.

1.9.2. Услуги, связанные с транспортировкой тела (останков) Застрахованного лица, смерть которого наступила в течение срока страхования на территории страхования до ближайшего к месту постоянного жительства Застрахованного, аэропорта, вокзала или порта в стране постоянного проживания Застрахованного, указанной в Договоре страхования.

Данные расходы включают в себя оплату организации репатриации тела, необходимую подготовку тела для репатриации, покупку необходимого для перевозки гроба, перевозку останков. Репатриация тела осуществляется в соответствии с международными стандартами.

Страховщик вправе по согласованию с родственниками умершего Застрахованного лица заменить репатриацию тела на его кремацию на территории Российской Федерации и транспортировку урны с прахом до ближайшего к месту постоянного жительства Застрахованного лица транспортного узла в стране постоянного проживания.

2. ИСКЛЮЧЕНИЯ ИЗ СТРАХОВОГО ПОКРЫТИЯ

2.1. СТРАХОВЫМ СЛУЧАЕМ не является обращение Застрахованного в медицинское учреждение по поводу следующих заболеваний/состояний и связанных с ними осложнений:

2.1.1. Онкологические заболевания; заболевания крови опухолевой природы; опухоли центральной нервной системы; хронические заболевания крови; сахарный диабет I и II типа (кроме ведения неосложненного сахарного диабета в амбулаторных условиях); профессиональные заболевания; туберкулез; психические заболевания; органические психические расстройства; расстройства поведения; невротические расстройства; эпилепсия и другие судорожные синдромы.

2.1.2. ВИЧ-инфекции; подтвержденные иммунодефицитные состояния; венерические заболевания; сифилис; особо опасные инфекции (натуральная оспа, чума, сибирская язва, холера, вирусные геморрагические лихорадки и другие инфекции, согласно нормативным документам органов управления здравоохранения) и их осложнения; лечение заболеваний, передающихся преимущественно половым путем; хронические вирусные заболевания; хронический гепатит; цирроз печени; заболевания, сопровождающиеся хронической почечной или печеночной недостаточностью; болезнь Крона; неспецифический язвенный колит; псориаз; глубокие формы микозов.

2.1.3. Дегенеративные и демиелинизирующие болезни нервной системы; церебральный паралич; цереброваскулярная болезнь (хроническая ишемия головного мозга, дисциркуляторная энцефалопатия); генерализованный (распространенный) атеросклероз, кондуктивная и нейросенсорная потеря слуха; системные заболевания соединительной ткани; все недифференцированные коллагенозы; врожденная и наследственная патология (включая хромосомные нарушения, последствия родовых травм) и аномалии развития; заболевания, являющиеся причиной установления инвалидности I–II группы.

2.1.4. Заболевания органов и тканей, лечение которых требует:

- трансплантации, имплантации, протезирования, в том числе эндопротезирования;
- реконструктивных и пластических операций всех видов, включая устранение последствий травм; герниопластики.

2.1.5. Травмы, состояния и (или) болезни, вызванные всеми видами профессионального спорта[1]; определенными видами спорта и физической активности, классифицируемыми как связанные с риском для жизни или здоровья[2].

---

[1]Под профессиональным спортом понимаются все занятия спортом, за которые Застрахованный получает денежное вознаграждение или гонорар вне зависимости от того, происходит ли это на постоянной или временной основе.

[2] Все виды авиационных перелетов (за исключением перелетов в качестве пассажира регулярными, чартерными рейсами или в качестве пассажира корпоративных рейсов (при условии наличия лицензии у пилота), включающие также воздухоплавание, планеризм, дельтапланеризм, парашютный спорт и парапланеризм; бокс и прочие боевые искусства, как, например, кикбоксинг, рестлинг, кетч; исследование пещер, спелеология; конный спорт, в том числе скачки, родео, конное троеборье, конкур; экстремальные виды спорта, например бэйс-джампинг, банджи-джампинг, сплав на каноэ или плотах; водные аттракционы; сафари и охотничьи соревнования; мотоспорт; горные виды спорта, такие как альпинизм, одиночное скалолазание, свободное скалолазание, подъем по фасадам зданий, альпинистские экспедиции и соревнования; гонки на

2.1.6. Расстройства здоровья, вызванные установленным фактом употребления алкоголя, наркотических или токсических веществ, а также полученные в этих состояниях травмы, ожоги, отморожения, острые отравления, повреждения внутренних органов; умышленное причинение себе телесных повреждений, в том числе с покушением на самоубийство.

2.2. Не признаются страховым случаем и не оплачиваются Страховщиком:

2.2.1. Расходы на лекарственные препараты для медицинского применения (кроме предусмотренных при стационарной помощи), очки, контактные линзы, слуховые аппараты, стенты, имплантанты, другие дополнительные медицинские устройства (кроме указанных в Программе страхования) и приспособления, контрастные вещества и расходные материалы индивидуального назначения, в том числе требующиеся в ходе оперативного вмешательства.

2.2.2. Процедуры и операции, проводимые с эстетической или косметической целью (в том числе удаление и лечение мозолей, папиллом, бородавок, невусов и кондилом), лечение атером, липом; диагностика и лечение расстройств сна, храпа.

2.2.3. Услуги по планированию семьи; ведение беременности и обследования, связанные с беременностью; услуги при патологии беременности на сроке более 8 недель; при патологии беременности, наступившей с использованием вспомогательных репродуктивных технологий на любом сроке; прерывание беременности без наличия медицинских показаний, лечение осложнений после прерывания беременности и родов; родовспоможение; лечение заболеваний, сопутствующих беременности; гормональные и другие исследования с целью подбора методов контрацепции, заместительной гормональной терапии; диагностика и лечение бесплодия, нарушений потенции; подбора методов контрацепции (в том числе введение и удаление ВМС); искусственное оплодотворение, эмболизация маточных артерий.

2.2.4. Диспансеризация, профилактические осмотры врачей, любые профилактические мероприятия, в том числе при любых видах дистрофий и дегенераций, динамическое наблюдение хронических заболеваний; консультации и лечение у трихолога, сомнолога, диетолога, фониатра, врача-гомеопата, гнатолога; консультации логопеда, психолога, если иное не предусмотрено Договором страхования.

2.2.5. Кардиохирургические и сосудистые операции (за исключением операций по поводу варикозного расширения вен); хирургическое лечение ортопедических заболеваний, нейрохирургические вмешательства (за исключением нейрохирургических операций в экстренных ситуациях, при угрозе жизни), использование метода радиочастотной абляции, электрофизиологические исследования; имплантация и проверка электрокардиостимулятора; ангиография, ПЭТ, денситометрия, радиоизотопные исследования, лабораторная аллергодиагностика (исключая диагностику лекарственной аллергии), ДНК- и РНК-диагностика (кроме диагностики острых инфекционных заболеваний), генетические и цитогенетические исследования, микробиологические исследования при диагностике заболеваний, передающихся половым путем, исследования нарушений метаболизма, определение маркеров резорбции костей, онкомаркеры.

2.2.6. В стоматологии: лечение заболеваний тканей пародонта (за исключением купирования острых состояний при заболеваниях тканей пародонта); лечение ортодонтических нарушений; протезирование зубов и подготовку к нему; лечение зубов с разрушением коронковой части более чем на 50%; использование парапульпарных, углеводородных, стекловолоконных и анкерных штифтов, установление вкладок; «сэндвич-методики»; условное лечение зубов (без гарантии); лечение ранее депульпированных зубов; глубокое фторирование зубов; пластические операции; лечебные манипуляции на зубах, покрытых ортопедическими и ортодонтическими конструкциями; косметические стоматологические услуги (включая отбеливание зубов, снятие пигментированного зубного налета – Air-

---

скоростных катерах; скутерах; дайвинг; зимние виды спорта, например бобслей, горнолыжный спорт, сноуборд, гонки на снегоходах и другие виды физической активности с повышенным риском травматизма.

Flow, художественную реставрацию, установку виниров); снятие зубных отложений (кроме случаев, предусмотренных Программой), герметизация фиссур, заболеваний твердых тканей зубов (кроме клиновидного дефекта), ретинированных и дистопированных зубов (кроме случаев, предусмотренных Программой), зубосохраняющие операции, использование аппарата «Вектор».

2.2.7. Водолечение и грязелечение, галотерапия, спелеотерапия; биорезонансная терапия, диагностика и лечение по методу Фолля, аутогемотерапия, гирудотерапия, аппаратное лечение простатитов, лечение методом ударно-волновой терапии; нетрадиционные методы лечения; психодиагностика и психотерапия. *(удалить пункт при условии включения п.1.1.7 в Программу)*

2.2.8. Инъекционная склеротерапия; контактная и лазерная коррекция зрения, профилактика и лечение косоглазия, астигматизма и близорукости; манипуляции с использованием аппаратно-программных комплексов в офтальмологии, применение хирургического лазера и радиохирургические методы лечения (за исключением случаев, предусмотренных Программой страхования).

2.2.9. Экстракорпоральные методы лечения: гемодиализ, плазмоферез, гемосорбция, гемофильтрация, ультрафиолетовое и лазерное облучение крови, озонотерапия, нормо-, гипер- и гипобарическая оксигенация.

2.2.10. Организация «стационара на дому», индивидуального поста в стационаре; услуги дневного стационара, стационара «одного дня» – при отсутствии у Застрахованного программы, предусматривающей оказание ему плановой стационарной помощи; медицинские услуги, связанные с подготовкой к плановой госпитализации при отсутствии у Застрахованного программы, предусматривающей оказание ему плановой стационарной помощи.

2.2.11. Вакцинация взрослых (кроме вакцинации от гриппа, если это предусмотрено полисом); специфическая иммунотерапия с аллергенами (СИТ); реабилитационное восстановительное лечение.

2.2.12. Медицинское освидетельствование с выдачей справок на управление транспортным средством в ГИБДД, на ношение оружия, для выезда за границу, для поступления в высшие учебные заведения и на работу, для посещения бассейна; обследования и оформление санаторно-курортной карты, посыльного листа в МСЭК, заключения по результатам периодических медицинских осмотров. *(удалить пункт при условии включения п.1.1.10 в Программу)*

2.2.13. Расходы по организации похорон и погребению.

2.2.14. Медицинские услуги, оказанные по желанию пациента; медицинские и иные услуги, не предусмотренные Программой.

Подпись Страховщика	Подпись Страхователя
Ф. И. О. _____	Ф. И. О. _____
М. П. _____	_____

ПРОГРАММА добровольного медицинского страхования.

Лекарственная помощь (обеспечение лекарственными препаратами для медицинского применения).

Страховым случаем является обращение Застрахованного в течение периода страхования в аптечное учреждение из числа предусмотренных Договором страхования при таком состоянии здоровья, которое требует получения лекарственных средств, предусмотренных Программой страхования, назначенных Застрахованному лечащим врачом медицинского учреждения, предусмотренного Договором страхования и Программой страхования, при оказании Застрахованному медицинских и иных услуг, повлекшее возникновение обязательств Страховщика произвести оплату лекарственных средств.

1. Объем услуг и порядок их предоставления.

1.1. В соответствии с настоящей Программой Страховщик гарантирует предоставление и оплату лекарственных препаратов для медицинского применения[3], предусмотренных Договором, по назначению лечащего врача медицинской организации, предусмотренной Договором, при организации лечебного процесса Застрахованному в следующих случаях: при остром заболевании (состоянии), обострении хронического заболевания, травме (в том числе ожоге, отморожении), отравлении, беременности и для профилактики заболеваний.

1.2. Страховая сумма, в пределах которой Застрахованный имеет возможность получения лекарственных препаратов для медицинского применения, определяется Договором и Программой, выдаваемой на руки Застрахованному.

1.3. При наличии в Договоре безусловной франшизы, размер которой определяется в Договоре и указывается в Программе, выдаваемой на руки Застрахованному, Застрахованный оплачивает сумму франшизы (определенные проценты от стоимости лекарственного препарата для медицинского применения) в кассу аптечной организации. Остальную стоимость лекарственного препарата для медицинского применения оплачивает Страховщик непосредственно в аптечную организацию. Размер страховой суммы уменьшается на величину стоимости лекарственных препаратов для медицинского применения, предоставленных Застрахованному, за вычетом из этой стоимости оплаченной Застрахованным суммы франшизы. При исчерпании своей страховой суммы Застрахованным настоящая Программа прекращает свое действие в отношении этого Застрахованного.

1.4. Отпуск и доставка лекарственных препаратов для медицинского применения, изделий медицинского применения (перевязочного материала, медицинских вспомогательных средств индивидуального назначения, расходных медицинских материалов, медицинских устройств и т.д.) осуществляется через аптечные организации, предусмотренные Договором и (или) согласованные Страховщиком.

1.5. Страховщик гарантирует отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения и вспомогательных медицинских изделий в соответствии с установленными государственными требованиями, с обязательным применением рецептурных бланков установленного образца, выписанных врачом медицинской организации, предусмотренной Договором.

2. Исключения из страхового покрытия:

2.1. Программа не предусматривает оплату, отпуск и доставку лекарственных препаратов для медицинского применения и вспомогательных медицинских изделий:

2.1.1. выписанных лечащим врачом Застрахованного не на рецептурном бланке установленного образца и (или) оформленные не в первичной медицинской документации медицинской организации, предусмотренной Договором;

2.1.2. выписанных лечащим врачом медицинской организации, не предусмотренной Договором;

---

[3] Список групп лекарственных препаратов для медицинского применения и изделий медицинского назначения определяются в соответствии с конкретным вариантом Программы страхования, предусмотренной Договором.

2.1.3. приобретенных по инициативе Застрахованного и (или) не согласованные со Страховщиком;

2.1.4. при отсутствии страхового случая по иной Программе медицинского страхования, предусмотренной Договором, в том числе сопутствующих заболеваний и заболеваний, выявленных в процессе оказания медицинской помощи;

2.1.5. которые будут использованы при лечении Застрахованного в медицинской организации в стационарных условиях;

2.1.6. при израсходовании страховой суммы;

2.1.7. до начала периода страхования либо после его окончания;

2.1.8. при выписке рецепта не в период страхования;

2.1.9. при обращении в любые аптечные организации, не предусмотренные Договором.

Подпись Страховщика	Подпись Страхователя
Ф. И. О. _____	Ф. И. О. _____
М. П. _____	_____

Приложение №2 к Правилам добровольного медицинского страхования

ЗАЯВЛЕНИЕ
о добровольном медицинском страховании

г. _____ «___» _____ _____ г.

Заявитель: _____;
(наименование юридического лица/индивидуального предпринимателя)
юридический адрес (адрес местонахождения):
_____;
адрес фактического местонахождения:
_____;
банковские реквизиты_____
_____;
телефон/факс/e-mail_____;
государственный регистрационный номер: _____;
ИНН и КПП или код иностранной организации: _____;
ОГРН, место государственной регистрации: _____.

1. В соответствии с действующим законодательством, Правилами добровольного медицинского страхования, утвержденными приказом от ____20__ № __, прошу застраховать работников в количестве _____ человек; членов их семей в количестве _____ человек; иных физических лиц в количестве _____ человек.

2. Общая Страховая премия составляет _____
(сумма прописью).

3. Период страхования: с «___» _____ _____ г. по «___» _____ _____ г.

К заявлению прилагается:
Приложение № 1: Список Застрахованных лиц на _____ листах;
Приложение № 2: Анкета юридического лица (индивидуального предпринимателя).

С Правилами добровольного медицинского страхования, утвержденными приказом от ____20__ № __, Программой добровольного медицинского страхования и перечнем медицинских/аптечных организаций, оказывающих медицинскую и иную помощь Застрахованным лицам, ознакомлен, с их положениями согласен и обязуюсь выполнять.

Представитель юридического лица/индивидуальный предприниматель:
_____
(подпись, Ф. И. О.)

«___» _____ _____ г.

М. П. (при наличии)

Приложение № 1 к Заявлению
о добровольном медицинском страховании

СПИСОК ЗАСТРАХОВАННЫХ ЛИЦ

№	Фамилия	Имя	Отчество	Пол	Дата рождения	Должность	Программа страхования	Адрес проживания					Документ, удостоверяющий личность				Мобильный телефон	e-mail
								Город	Улица	Дом	Строение	Квартира	Серия	Номер	Дата выдачи	Кем выдан		

От имени СТРАХОВЩИКА

_____ Ф. И. О.

М. П.

От имени СТРАХОВАТЕЛЯ

_____ Ф. И. О.

М. П. (при наличии)

Приложение № 2 к Заявлению
о добровольном медицинском страховании

Анкета клиента – юридического лица

Просьба заполнить Анкету полностью (в письменном либо печатном виде) и проставить подпись и печать.
При заполнении Анкеты не должно быть пустых граф. При отсутствии реквизитов проставляется «нет».
ЮЛ – юридическое лицо.
ИСБОЮЛ – иностранная структура без образования юридического лица.

I. Информация о Клиенте		
1.1.	Полное наименование с указанием организационно-правовой формы	
1.2.	ИНН (для резидента) ИНН или Код иностранной организации (для нерезидента) Код (при наличии) в государстве регистрации в качестве налогоплательщика (для ИСБОЮЛ)	
1.3.	ОГРН (для резидента)	
1.4.	Номер свидетельства об аккредитации, Регистрационный номер по месту учреждения и регистрации (для нерезидента)	
1.5.	Место государственной регистрации	
1.6.	Регистрационный номер (при наличии), присвоенный в государстве регистрации (для ИСБОЮЛ)	
1.7.	Юридический адрес (на территории государства, в котором зарегистрирован)	
1.8.	Адрес местонахождения (фактический адрес)	Фактический адрес совпадает с юридическим адресом ☐ Да ☐ Нет Если «нет», укажите фактический адрес _____ _____
1.9.	Коды ОКАТО, ОКПО (при наличии)	
1.10.	Место ведения основной деятельности ИСБОЮЛ	
1.11.	В отношении трастов и иных ИСБОЮЛ с аналогичной структурой или функцией	Состав имущества, находящегося в управлении (собственности): _____ _____ Ф. И. О. (наименование) и адрес места жительства (места нахождения) учредителей и доверительного собственника (управляющего): _____ _____
1.12.	Сведения об органах ЮЛ, ИСБОЮЛ (структура и персональный состав органов управления ЮЛ, за исключением сведений о персональном составе акционеров (участников) ЮЛ, владеющих менее чем 1% акций (долей) ЮЛ, структура и персональный состав органов управления ИСБОЮЛ (при наличии):	

1.12.1.	Наименование органа управления/структура:_____	
1.12.2.	Персональный состав органов управления (Ф. И. О. с указанием доли владения)_____ _____	
1.13.	Контактная информация (при наличии: телефон, факс, e-mail)	
1.14.	Сведения о лицензии на право осуществления деятельности, подлежащей лицензированию: вид, номер, дата, кем выдана, срок действия, перечень видов лицензируемой деятельности	
1.15.	БИК (для кредитных организаций-резидентов)	
II. Информация о Представителе клиента		
2.1.	Документ, подтверждающий полномочия, его реквизиты (наименование, дата выдачи, срок действия, номер документа)	
2.2.	Фамилия, имя, отчество (при наличии)	
2.3.	Гражданство	
2.4.	ИНН (при наличии)	
2.5.	Дата и место рождения	
2.6.	Реквизиты документа, удостоверяющего личность: серия (при наличии) и номер документа, дата выдачи документа, наименование органа, выдавшего документ, код подразделения (при наличии)	
2.7.	Адрес места жительства (регистрации)/адрес места пребывания	
2.8.	СНИЛС (при наличии)	
2.9.	Основной государственный регистрационный номер (ОГРНИП), место регистрации (для ИП)	
2.10.	Контактная информация (при наличии: телефон, факс, e-mail)	
2.11.	Для иностранных граждан или лиц без гражданства, находящихся в РФ:	
2.11.1.	Данные миграционной карты: номер карты, дата начала срока пребывания в РФ, дата окончания срока пребывания в РФ	
2.11.2.	Данные документа, подтверждающего право на пребывание (проживание) в РФ (серия, номер, дата начала срока действия, дата окончания срока действия)	

III. Информация о Бенефициарных владельцах

Просьба заполнить Приложение № 2 к Анкете. Данное требование не распространяется на Клиентов, которые являются одним из нижеперечисленных лиц.

Просьба указать, является ли Клиент:

☐ органом государственной власти, иным государственным органом, органом местного самоуправления, учреждением, находящимся в их ведении, государственным внебюджетным фондом, государственной корпорацией или организацией, в которой Российская Федерация, субъекты Российской Федерации либо муниципальные образования имеют более 50% акций (долей) в капитале;

☐ международной организацией, иностранным государством или административно-территориальной единицей иностранных государств, обладающей самостоятельной правоспособностью;

☐ эмитентом ценных бумаг, допущенных к организованным торгам, которые раскрывают информацию в соответствии с законодательством Российской Федерации о ценных бумагах;

☐ иностранной организацией, ценные бумаги которой прошли процедуру листинга на иностранной бирже, входящей в перечень, утвержденный Банком России;
☐ иностранной структурой без образования юридического лица, организационная форма которой не предусматривает наличия Бенефициарного владельца, а также единоличного исполнительного органа;
☐ Банком России;
☐ лицом, входящим в иностранные санкционные списки.

Заполняется Клиентом/Представителем клиента			
Ф. И. О.	Подпись	Дата, М. П.	Уполномоченное лицо Клиента/должность

Заполняется сотрудником Страховщика			
Ф. И. О.	Подпись	Дата	Должность

Сведения о Бенефициарных владельцах

Бенефициарный владелец – это физическое лицо, которое в конечном счете прямо или косвенно (через третьих лиц) владеет (имеет преобладающее участие более 25% в капитале) Клиентом либо имеет возможность контролировать действия Клиента, т. е. физическое лицо, обладающее хотя бы одним из следующих признаков:

1) является участником/акционером Клиента, владеющим более 25% долей/акций с правом голоса в уставном капитале Клиента;
2) косвенно (через третьих лиц) владеет более 25% долей/акций с правом голоса в уставном капитале Клиента;
3) имеет возможность воздействовать на принимаемые Клиентом решения, в том числе об осуществлении сделок, несущих кредитный риск, финансовых операций, и оказывать влияние на величину дохода Клиента.

Просьба заполнить Анкету на каждого Бенефициарного владельца.

I. Информация о Бенефициарных владельцах		
1.1.	Фамилия, имя, отчество (при наличии)	
1.2.	Гражданство	
1.3.	ИНН (при наличии)	
1.4.	Дата и место рождения	
1.5.	Реквизиты документа, удостоверяющего личность: серия (при наличии) и номер документа, дата выдачи документа, наименование органа, выдавшего документ, код подразделения (при наличии)	
1.6.	Адрес места жительства (регистрации)/адрес места пребывания	
1.7.	СНИЛС (при наличии)	
1.8.	Контактная информация (при наличии: телефон, факс, e-mail)	
1.9.	Для иностранных граждан или лиц без гражданства, находящихся в РФ	
1.9.1.	Данные миграционной карты: номер карты, дата начала срока пребывания в РФ, дата окончания срока пребывания в РФ	
1.9.2.	Данные документа, подтверждающего право на пребывание (проживание) в РФ (серия, номер, дата начала срока действия, дата окончания срока действия)	

Заполняется Клиентом/Представителем клиента			
Ф. И. О.	Подпись	Дата, М. П.	Уполномоченное лицо Клиента/должность

Заполняется сотрудником Страховщиком			
Ф. И. О.	Подпись	Дата	Должность

Приложение № 3 к Заявлению
о добровольном медицинском страховании

Анкета клиента – индивидуального предпринимателя

Просьба заполнить Анкету полностью (в письменном либо печатном виде) и проставить подпись и печать. При заполнении Анкеты не должно быть пустых граф. При отсутствии реквизитов проставляется «нет».

I. Информация о Клиенте		
1.1.	Фамилия, имя, отчество (при наличии)	
1.2.	Гражданство	
1.3.	ИНН (при наличии)	
1.4.	Дата и место рождения	
1.5.	Реквизиты документа, удостоверяющего личность: серия (при наличии) и номер документа, дата выдачи документа, наименование органа, выдавшего документ, код подразделения (при наличии)	
1.6.	Адрес места жительства (регистрации)/адрес места пребывания	
1.7.	СНИЛС (при наличии)	
1.8.	ОГРНИП, место регистрации	
1.9.	Контактная информация (при наличии: телефон, факс, e-mail)	
1.10.	Вхождение в иностранные санкционные списки	☐ Да ☐ Нет
1.11.	Для иностранных граждан или лиц без гражданства, находящихся в РФ	
1.11.1.	Данные миграционной карты: номер карты, дата начала срока пребывания в РФ, дата окончания срока пребывания в РФ	
1.11.2.	Данные документа, подтверждающего право на пребывание (проживание) в РФ (серия, номер, дата начала срока действия, дата окончания срока действия)	
1.12.	Настоящим подтверждаю, что указанное выше лицо/его родственники занимают должности членов Совета директоров Банка России, должности в законодательном, судебном, исполнительном, административном органе РФ или других стран; должности в Банке России, государственных корпорациях и иных организациях, созданных РФ на основании федеральных законов; должности в публичных международных организациях	☐ Да ☐ Нет Если «да», указать должность, наименование и адрес работодателя; степень родства либо статус (супруг или супруга) для родственников
II. Информация о Представителе клиента (при наличии)		
3.1.	Документ, подтверждающий полномочия, его реквизиты (наименование, дата выдачи, срок действия, номер документа)	
3.2.	Фамилия, имя, отчество (при наличии)	
3.3.	Гражданство	
3.4.	ИНН (при наличии)	
3.5.	Дата и место рождения	
3.6.	Реквизиты документа, удостоверяющего личность: серия (при наличии) и номер документа, дата выдачи документа, наименование органа, выдавшего документ, код подразделения (при наличии)	
3.7.	Адрес места жительства (регистрации)/адрес места пребывания	
3.8.	СНИЛС (при наличии)	

3.9.	Контактная информация (при наличии: телефон, факс, e-mail)	
3.10.	Для иностранных граждан или лиц без гражданства, находящихся в РФ	
3.10.1.	Данные миграционной карты: номер карты, дата начала срока пребывания в РФ, дата окончания срока пребывания в РФ	
3.10.2.	Данные документа, подтверждающего право на пребывание (проживание) в РФ (серия, номер, дата начала срока действия, дата окончания срока действия)	

Заполняется Клиентом/Представителем клиента			
Ф. И. О.	Подпись	Дата, М. П.	Уполномоченное лицо Клиента/должность

Заполняется сотрудником Страховщиком			
Ф. И. О.	Подпись	Дата	Должность

Приложение №3 к Правилам добровольного медицинского страхования

ЗАЯВЛЕНИЕ-АНКЕТА
о добровольном медицинском страховании (Форма)

Я, _____,
(фамилия, имя, отчество)
дата рождения: «___» _____ _____ года;
адрес фактического проживания: _____;
адрес постоянной регистрации: _____;
место рождения: _____;
идентификационный номер налогоплательщика (при наличии): _____;
гражданство: _____;
сведения о документе, удостоверяющем личность (вид, серия и номер документа, дата выдачи и орган, его выдавший): _____;
данные документа, подтверждающего право иностранного гражданина или лица без гражданства на пребывание (проживание) в Российской Федерации:
_____;

- для временно пребывающих – виза и миграционная карта;
- для временно проживающих – разрешение на временное проживание;
- для постоянно проживающих – вид на жительство;
- для беженцев – удостоверение беженца;
- для вынужденных переселенцев – удостоверение вынужденного переселенца;

☐ являюсь иностранным публичным должностным лицом;
☐ не являюсь иностранным публичным должностным лицом;
☐ являюсь лицом, входящим в иностранные санкционные списки;
☐ не являюсь лицом, входящим в иностранные санкционные списки;
телефон: _____;
e-mail (при наличии): _____.
Застрахованы ли члены вашей семьи на медицинское обеспечение: а) ☐ Нет б)☐ Да,
укажите: кто _____, название страховой компании _____.

Прошу заключить со мной договор добровольного медицинского страхования согласно нижеследующей информации:

<u>Данные о лице, принимаемом на страхование:</u>
Ф. И. О.: _____
дата рождения: «___» _____ _____ года;
адрес фактического проживания: _____;
адрес постоянной регистрации: _____;
место рождения: _____;
идентификационный номер налогоплательщика (при наличии): _____;
гражданство: _____;
сведения о документе, удостоверяющем личность (вид, серия и номер документа, дата выдачи и орган, его выдавший): _____

_____;

данные документа, подтверждающего право иностранного гражданина или лица без гражданства на пребывание (проживание) в Российской Федерации:

_____;

- для временно пребывающих – виза и миграционная карта;
- для временно проживающих – разрешение на временное проживание;
- для постоянно проживающих – вид на жительство;
- для беженцев – удостоверение беженца;
- для вынужденных переселенцев – удостоверение вынужденного переселенца;

☐ является иностранным публичным должностным лицом;

☐ не является иностранным публичным должностным лицом;

телефон: _____;

e-mail (при наличии):

_____;

степень родства со Страхователем:

_____.

Было ли лицо, принимаемое на страхование, застраховано ранее: а) ☐ Нет б) ☐ Да, укажите:

название страховой компании _____;

срок страхования с _____ по _____;

название медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь:

– в амбулаторных условиях _____;

– в стационарных условиях _____.

<u>Данные о здоровье лица, принимаемого на страхование:</u>

1. Рост _____см Вес _____кг

Артериальное давление (обычное мм рт. ст.) верхнее _____ нижнее _____

2. Укажите дату последней консультации врача _____
3. Дата и заключение консультации или обследования в течение последнего года:

а) ☐ Консультаций не было б) ☐ Консультации были:

Специальность врача	Медицинская организация	Дата	Заключение

4. Находились ли вы на лечении в стационарных условиях за последние 5 лет:

а) ☐ Нет б) ☐ Да, укажите:

Медицинская организация	Отделение	Дата (месяц, год)	Заключение (диагноз)	Название операции

5. Рекомендован ли вам постоянный прием каких-либо лекарственных препаратов для медицинского применения:

а) ☐ Нет б) ☐ Да, укажите:

Заболевание	Название лекарственного препарата для медицинского применения	Дата назначения (месяц, год)	Доза (кол-во таблеток)

6. Рекомендовано ли вам постоянное (диспансерное) наблюдение врача:

а) ☐ Нет б) ☐ Да, укажите:

специальность врача (ей) _____, с какого времени _____

7. Были ли у вас ранее выявлены: опухоли (доброкачественная, злокачественная), болезни крови, диабет, туберкулез:

а) ☐ Нет б) ☐ Да, укажите:

диагноз _____ когда установлен _____

8. Имеете ли вы или имели в прошлом группу инвалидности:

а)☐ Нет б) ☐ Да, укажите:

причину инвалидности_____ группу инвалидности_____

дату установления_____ дату снятия_____

9. Помимо тех, что указаны выше, были или есть у вас другие симптомы заболеваний, расстройств, по поводу которых вы лечились у врача, если да, то это связано с изменениями в следующих органах или системах:

а) ☐ Нет б) ☐ Да, укажите:

сердце и сосуды_____

легкие и грудная клетка_____

мозг и нервная система_____

печень, поджелудочная железа, желчный пузырь, пищевод, желудок, кишечник и прямая кишка _____

почки, мочевой пузырь, предстательная железа и органы малого таза

_____

череп, позвоночник, суставы, кости_____

кровь, щитовидная железа, кожа_____

носоглотка, уши, глаза_____

10. Имеете ли вы другие патологические изменения (кроме перечисленных выше), которые были выявлены у вас при обследовании за последние 5 лет?

а) ☐ Нет б) ☐ Да, укажите: _____

11. Курите ли вы?

а) ☐ Нет б) ☐ Да, укажите: сколько лет____ сколько сигарет в день _____

12. Имели ли вы ранее или имеете сейчас по месту работы профессиональные вредности (указать только контакты с вредными химическими веществами, газами и пылью (не бытовой):

а) ☐ Нет б) ☐ Да, укажите какие _____

При выявлении хронического заболевания, не отмеченного в анкете, но существовавшего до момента страхования, _____ (наименование Страховщика) оставляет за собой право потребовать признания договора страхования недействительным в порядке,

предусмотренном законодательством РФ. Если при анализе ваших ответов у эксперта возникнут вопросы о состоянии здоровья лица, принимаемого на страхование, при согласии с его стороны может быть проведено обследование в медицинской организации.

Я, _____, информирован и согласен с тем, что в случае предоставления мной в анкете неверной информации или сокрытия данных о состоянии моего здоровья/здоровья лица, принимаемого на страхование, _____ (наименование Страховщика) вправе потребовать признания Договора добровольного медицинского страхования недействительным.

Я настоящим заявлением разрешаю любому врачу медицинских организаций, имеющих информацию о моей истории заболеваний/истории заболеваний лица, принимаемого на страхование, моем физическом и психическом состоянии/физическом и психическом состоянии лица, принимаемого на страхование, диагнозе, лечении и прогнозе, включая медицинскую документацию, предоставлять ее в _____ (наименование Страховщика).

Я, _____,

своей волей и в своем интересе в соответствии с Федеральным законом № 152-ФЗ «О персональных данных» и иными нормативно-правовыми актами принял решение о предоставлении своих персональных данных (далее – «ПД») и даю согласие Оператору ПД _____ (зарегистрированному по адресу: _____, ИНН _____, ОГРН _____, далее – Страховщик) на обработку своих персональных данных в целях:

1) подготовки заявления о заключении договора страхования;
2) формирования и дальнейшего исполнения договора страхования;
3) продвижения товаров, работ, услуг и проведения опросов для оценки качества услуг, направления любых информационных и рекламных материалов, сообщений и вызовов путем прямых контактов с помощью любых средств связи, в том числе (но не ограничиваясь) по сетям электросвязи, с использованием средств мобильной сотовой связи, по сети Интернет (в том числе на ящик электронной почты (почтовый ящик);
4) поручения обработки своих персональных данных третьим лицам в целях осуществления прав и исполнения обязательств Страховщика перед такими лицами в рамках заключенных с ними договоров;
5) поручения обработки своих персональных данных аффилированным лицам Страховщика.

Под ПД понимаются следующие данные: Ф. И. О., дата рождения, паспортные данные, сведения, составляющие врачебную тайну, к которым в соответствии с Федеральным законом Российской Федерации «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ отнесены сведения о факте обращения гражданина за оказанием медицинской помощи, состоянии его здоровья и диагнозе, иные сведения, полученные при его медицинском обследовании и лечении, и другие сведения, предусмотренные формой настоящего Заявления и договором страхования.

Обработка персональных данных включает сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, передачу, обезличивание, блокирование, уничтожение и иные действия, осуществляемые не дольше, чем этого требуют цели обработки персональных данных.

Настоящее согласие предоставляется на срок 5 (пять) лет либо до момента его отзыва.

Отзыв данного согласия осуществляется по письменному заявлению в адрес Страховщика, указанный в договоре страхования. Заявление должно быть подано за 30 (тридцать) календарных дней до даты отзыва согласия.

Сообщенные Заявителем сведения являются достоверными и абсолютно точными. Заявитель информирован о том, что в случае сообщения неточных сведений или сокрытия обстоятельств,

имеющих существенное значение для определения степени риска, Страховщик может быть освобожден от обязательств по выплате страхового возмещения.

Заявитель: _____

(Ф. И. О. и подпись)

«___» _____ ___ г.

Заполняется представителем Страховщика»:

Анкета мною проверена.

Ф. И. О. / подпись представителя

_____ (наименование Страховщика): _____ / _____

Заб:	МКАД:	Сумма:
Ин:	Гр:	

ЗАЯВЛЕНИЕ-АНКЕТА

о добровольном медицинском страховании (для беременных) (Форма)

Я, _____,

(фамилия, имя, отчество)

дата рождения: «___» _____ _____ года;

адрес фактического проживания:

_____;

адрес постоянной регистрации:

_____;

место рождения:

_____;

идентификационный номер налогоплательщика (при наличии):

_____;

гражданство: _____;

сведения о документе, удостоверяющем личность (вид, серия и номер документа, дата выдачи и орган, его выдавший):

_____;

данные документа, подтверждающего право иностранного гражданина или лица без гражданства на пребывание (проживание) в Российской Федерации:

_____;

- для временно пребывающих – виза и миграционная карта;
- для временно проживающих – разрешение на временное проживание;
- для постоянно проживающих – вид на жительство;
- для беженцев – удостоверение беженца;
- для вынужденных переселенцев – удостоверение вынужденного переселенца;

☐ являюсь иностранным публичным должностным лицом;

☐ не являюсь иностранным публичным должностным лицом;

телефон: _____;

e-mail (при наличии):

_____;

Застрахованы ли члены вашей семьи на медицинское обеспечение:

а) ☐ Нет б) ☐ Да, укажите:

кто _____, название страховой компании _____.

Прошу заключить со мной договор добровольного медицинского страхования согласно нижеследующей информации:

<u>Данные о лице, принимаемом на страхование:</u>

Ф. И. О.: _____

дата рождения: «___» _____ _____ года;

адрес фактического проживания:

_____;

адрес постоянной регистрации:

_____;

место рождения:

_____;
идентификационный номер налогоплательщика (при наличии): _____;
гражданство: _____;
сведения о документе, удостоверяющем личность (вид, серия и номер документа, дата выдачи и орган, его выдавший):
_____;
данные документа, подтверждающего право иностранного гражданина или лица без гражданства на пребывание (проживание) в Российской Федерации:
_____;

- для временно пребывающих – виза и миграционная карта;
- для временно проживающих – разрешение на временное проживание;
- для постоянно проживающих – вид на жительство;
- для беженцев – удостоверение беженца;
- для вынужденных переселенцев – удостоверение вынужденного переселенца;

☐ является иностранным публичным должностным лицом;
☐ не является иностранным публичным должностным лицом;

телефон: _____;
e-mail (при наличии): _____;
степень родства со Страхователем: _____;
Было ли лицо, принимаемое на страхование, застраховано ранее а) ☐ Нет б)☐ Да, укажите:
название страховой компании _____, срок страхования с _____ по ____;
название медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь:
– в амбулаторных условиях _____;
– в стационарных условиях _____.

<u>Данные о здоровье лица, принимаемого на страхование:</u>

1. Рост _____см Вес _____кг

Артериальное давление (обычное мм рт. ст.) верхнее _____ нижнее _____

2. Были ли беременности ранее: а) ☐ Нет б) ☐ Да, укажите:

сколько _____, из них роды_____

3. Наблюдались ли осложнения во время предыдущих беременностей, родов (в том числе кесарево сечение): а) ☐ Нет б) ☐ Да, укажите:

_____

_____

4. Дата последней менструации _____
5. Дата последнего осмотра гинекологом_____

Заключение гинеколога:

_____

_____

Дата и заключение консультации или обследования в течение последнего года:

Специальность врача	Медицинская организация	Дата	Заключение

6. Рекомендовано ли вам постоянное (диспансерное) наблюдение врача:
   а) ☐ Нет б) ☐ Да, укажите:
   специальность врача (ей) _____, с какого времени _____
7. Рекомендован ли вам прием каких-либо лекарственных препаратов для медицинского применения: а) ☐ Нет б) ☐ Да, укажите:

Заболевание	Название лекарственного препарата для медицинского применения	Дата назначения (месяц, год)	Доза (кол-во таблеток)

При выявлении хронического заболевания, не отмеченного в анкете, но существовавшего до момента страхования, _____ (наименование Страховщика) оставляет за собой право потребовать признания договора страхования недействительным в порядке, предусмотренном законодательством РФ. Если при анализе ваших ответов у эксперта возникнут вопросы о состоянии вашего здоровья, при согласии с вашей стороны вам может быть проведено обследование в медицинской организации.

Я, _____, информирован и согласен с тем, что в случае предоставления мной в анкете неверной информации или сокрытия данных о состоянии моего здоровья/здоровья лица, принимаемого на страхование, _____ (наименование Страховщика) вправе потребовать признания Договора добровольного медицинского страхования недействительным.

Я настоящим заявлением разрешаю любому врачу медицинских организаций, имеющих информацию о моей истории заболеваний/истории заболеваний лица, принимаемого на страхование, моем физическом и психическом состоянии/физическом и психическом состоянии лица, принимаемого на страхование, диагнозе, лечении и прогнозе, включая медицинскую документацию, предоставлять ее в _____ (наименование Страховщика).
Я, _____,
своей волей и в своем интересе в соответствии с Федеральным законом № 152-ФЗ «О персональных данных» и иными нормативно-правовыми актами принял решение о предоставлении своих персональных данных (далее – «ПД») и даю согласие Оператору ПД _____ (наименование Страховщика) (зарегистрированному по адресу: _____, ИНН _____, ОГРН _____, далее – Страховщик), на обработку своих персональных данных в целях:

1) подготовки заявления о заключении договора страхования;
2) формирования и дальнейшего исполнения договора страхования,
3) продвижения товаров, работ, услуг и проведения опросов для оценки качества услуг, направления любых информационных и рекламных материалов, сообщений и вызовов путем прямых контактов с помощью любых средств связи, в том числе (но не ограничиваясь) по сетям электросвязи, с использованием средств мобильной сотовой связи, по сети Интернет (в том числе на ящик электронной почты (почтовый ящик);

4) поручения обработки своих персональных данных третьим лицам в целях осуществления прав и исполнения обязательств Страховщика перед таким лицами в рамках заключенных с ними договоров;
5) поручения обработки своих персональных данных аффилированным лицам Страховщика.

Под ПД понимаются следующие данные: Ф. И. О., дата рождения, паспортные данные, сведения, составляющие врачебную тайну, к которым в соответствии с Федеральным законом Российской Федерации «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ отнесены сведения о факте обращения гражданина за оказанием медицинской помощи, состоянии его здоровья и диагнозе, иные сведения, полученные при его медицинском обследовании и лечении, и другие сведения, предусмотренные формой настоящего Заявления и договором страхования.

Обработка персональных данных включает сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, передачу, обезличивание, блокирование, уничтожение и иные действия, осуществляемые не дольше, чем этого требуют цели обработки персональных данных.

Настоящее согласие предоставляется на срок 5 (пять) лет либо до момента его отзыва.

Отзыв данного согласия осуществляется по письменному заявлению в адрес Страховщика, указанный в договоре страхования. Заявление должно быть подано за 30 (тридцать) календарных дней до даты отзыва согласия.

Сообщенные Заявителем сведения являются абсолютно точными. Заявитель информирован о том, что в случае сообщения неточных сведений или сокрытия обстоятельств, имеющих существенное значение для определения степени риска, Страховщик может быть освобожден от обязательств по выплате страхового возмещения.

Заявитель: _____

(Ф. И. О. и подпись)

«___» _____ ___ г.

Заполняется представителем Страховщика

Анкета мною проверена.

Ф. И. О. / подпись представителя

_____ (наименование Страховщика): _____ / _____

Заб:	МКАД:	Сумма:
Ин:	Гр:	

ЗАЯВЛЕНИЕ-АНКЕТА

о добровольном медицинском страховании (для детей от 0 до 18 лет) (Форма)

Я, _____,

(фамилия, имя, отчество)

дата рождения: «___» _____ _____ года;

адрес фактического проживания:

_____;

адрес постоянной регистрации:

_____;

место рождения:

_____;

идентификационный номер налогоплательщика (при наличии): _____;

гражданство: _____;

сведения о документе, удостоверяющем личность (вид, серия и номер документа, дата выдачи и орган, его выдавший): _____;

данные документа, подтверждающего право иностранного гражданина или лица без гражданства на пребывание (проживание) в Российской Федерации: _____;

- для временно пребывающих – виза и миграционная карта;
- для временно проживающих – разрешение на временное проживание;
- для постоянно проживающих – вид на жительство;
- для беженцев – удостоверение беженца;
- для вынужденных переселенцев – удостоверение вынужденного переселенца;

☐ являюсь иностранным публичным должностным лицом;

☐не являюсь иностранным публичным должностным лицом;

телефон: _____;

e-mail (при наличии): _____;

Застрахованы ли члены вашей семьи на медицинское обеспечение

а) ☐ Нет б) ☐ Да, укажите:

кто _____, название страховой компании _____.

Прошу заключить со мной договор добровольного медицинского страхования согласно нижеследующей информации:

<u>Данные о лице, принимаемом на страхование:</u>

Ф. И. О. ребенка: _____;

пол: _____;

дата рождения: «___» _____ _____ года;

адрес фактического проживания:

_____;

адрес постоянной регистрации:

_____;

место рождения: _____;

гражданство: _____;

телефон: _____;

степень родства со Страхователем: _____;

был ли ребенок застрахован ранее а) ☐ Нет б) ☐ Да, укажите:

название страховой компании _____, срок страхования с _____по _____;
название поликлиники _____, больницы _____.

1. Которые по счету роды _____, чем закончились предыдущие:
_____
2. В какой медицинской организации наблюдалась беременная: _____
3. Как протекала настоящая беременность (токсикоз, угроза прерывания, заболевания и др:
_____
_____
4. Роды (подчеркнуть): срочные, преждевременные, запоздалые, оперативные и в каком родильном доме: _____
5. При рождении ребенок:
   - масса тела _____ длина
   - оценка по шкале АПГАР _____баллов
   - приложен к груди на _____сутки
6. Выписан из родильного дома:
   - домой на _____ день жизни
7. Переведен в больницу (какую) на _____ день жизни:
   - выписан из больницы _____
     с диагнозом _____
8. Проведены ли ребенку профилактические прививки:
   - БЦЖ: а) ☐ Нет б) ☐ Да
   - гепатит В: а) ☐ Нет б) ☐ Да
   - другие: _____
   - имелся ли медицинский отвод от проведения вакцинации
     _____
8. Болел ли ребенок острыми и инфекционными болезнями, какими, в каком возрасте:
   - в первый месяц жизни _____
   - в последующие месяцы _____
     _____

Данные о здоровье лица, принимаемого на страхование:

1. Рост _____см Вес _____кг
2. Имеются ли хронические заболевания у родителей: а) ☐ Нет б) ☐ Да, укажите:

у отца_____

у матери _____

3. Болел ли ребенок острыми и инфекционными болезнями, если да, укажите какими, в каком возрасте:_____

_____

_____

_____

4. Имеются ли у ребенка хронические заболевания: а) ☐ Нет б) ☐ Да, укажите:

а) какое_____

б) в какой медицинской организации наблюдается_____

в) каким специалистом _____

5. Укажите дату последней консультации ребенка врачом _____

Заключение _____

6. Дата и заключение консультации или обследования в течение последнего года:

а) ☐ Консультаций не было б) ☐ Консультации были:

Специальность врача	Медицинская организация	Дата	Заключение

7. Получал ли ребенок лечение в стационарных условиях за последние 2 года:

а) ☐ Нет б) ☐ Да, укажите:

Медицинская организация	Отделение	Дата (месяц, год)	Заключение (диагноз)	Название операции

8. Получает ли ребенок в настоящее время лекарственные препараты для медицинского применения на постоянной основе:

а) ☐ Нет б) ☐ Да, укажите:

Заболевание	Название лекарственного препарата для медицинского применения	Дата назначения (месяц, год)	Доза (кол-во таблеток)

9. Проведены ли ребенку профилактические прививки:

а) соответственно возрасту _____

б) имелся ли длительный постоянный медицинский отвод от прививок: а) ☐ Нет б)☐Да, укажите

_____

10. Посещение ребенком детского дошкольного учреждения:

а) ☐ обычное

б) ☐ специализированное, укажите: _____

в) ☐ не посещал (причина):_____

11. Обучение ребенка в школе:

а) ☐общеобразовательной

б) ☐ вспомогательной (указать какой)_____

в) ☐ на дому (причина): _____

12. Имеет или имел в прошлом ребенок группу инвалидности: а) ☐ Нет б) ☐ Да, укажите:

причину инвалидности_____

группу инвалидности_____

дату установления_____ дату снятия _____

При выявлении хронического заболевания, не отмеченного в анкете, но существовавшего до момента страхования, _____ (наименование Страховщика) оставляет за собой право потребовать признания договора страхования недействительным в порядке, предусмотренном законодательством РФ. Если при анализе ваших ответов у эксперта возникнут вопросы о состоянии вашего здоровья, при согласии с вашей стороны вам может быть проведено обследование в медицинской организации.

Я, отец (мать)_____, информирован (а) и согласен (а) с тем, что в случае предоставления мною в анкете неверной информации или сокрытия данных о состоянии здоровья моего ребенка _____ (наименование Страховщика) вправе потребовать признания договора добровольного медицинского страхования недействительным.

Я настоящим заявлением разрешаю любому врачу или другим медицинским работникам медицинских организаций, имеющих информацию о физическом и психическом состоянии, диагнозе, лечении и прогнозе заболеваний моего ребенка, включая медицинскую документацию, предоставлять ее в _____ (наименование Страховщика).

Я, отец (мать) _____, являясь законным представителем своего сына (дочери) _____ (Ф. И. О. ребенка), своей волей, в своих и в интересах своего ребенка, в соответствии с Федеральным законом № 152-ФЗ «О персональных данных» и иными нормативно-правовыми актами принял решение о предоставлении своих и своего ребенка персональных данных (далее – «ПД») и даю согласие Оператору ПД _____(наименование Страховщика) (зарегистрированному по адресу: _____, ИНН _____, ОГРН _____, далее Страховщик) на обработку своих персональных данных в целях:

1) подготовки заявления о заключении договора страхования;
2) формирования и дальнейшего исполнения договора страхования;
3) продвижения товаров, работ, услуг и проведения опросов для оценки качества услуг, направления любых информационных и рекламных материалов, сообщений и вызовов путем прямых контактов с помощью любых средств связи, в том числе (но не ограничиваясь) по сетям электросвязи, с использованием средств мобильной сотовой связи, по сети Интернет (в том числе на ящик электронной почты (почтовый ящик);
4) поручения обработки своих персональных данных третьим лицам в целях осуществления прав и исполнения обязательств Страховщика перед таким лицами в рамках заключенных с ними договоров;
5) поручения обработки своих персональных данных аффилированным лицам Страховщика.

Под ПД понимаются следующие данные: Ф. И. О., дата рождения, паспортные данные, сведения, составляющие врачебную тайну, к которым в соответствии с Федеральным законом Российской

Федерации «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ отнесены сведения о факте обращения гражданина за оказанием медицинской помощи, состоянии его здоровья и диагнозе, иные сведения, полученные при его медицинском обследовании и лечении, и другие сведения, предусмотренные формой настоящего Заявления и договором страхования.

Обработка персональных данных включает сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, передачу, обезличивание, блокирование, уничтожение и иные действия, осуществляемые не дольше, чем этого требуют цели обработки персональных данных.

Настоящее согласие предоставляется на срок 5 (пять) лет либо до момента его отзыва.

Отзыв данного согласия осуществляется по письменному заявлению в адрес Страховщика, указанный в договоре страхования. Заявление должно быть подано за 30 (тридцать) календарных дней до даты отзыва согласия.

Дата: «____» _____ 20__г.

Подпись заявителя: _____

Заполняется представителем Страховщика

Анкета мною проверена.

Заб:	МКАД:	Сумма:
Ин:	Гр:	

Ф. И. О. / подпись представителя _____ (наименование Страховщика): _____ / _____

Приложение №4 к Правилам добровольного медицинского страхования

ДОГОВОР № _____
добровольного медицинского страхования (Форма)

г. _____ «__» _____ 20__ года

_____, действующее на основании Лицензии _____ _____ от _____ г., выданной Центральным банком Российской Федерации (Банк России) бессрочно, именуемое в дальнейшем «Страховщик», в лице _____ (должность) г-на/г-жи _____(ФИО), действующего (ей) на основании _____ от _____ года, с одной стороны, и _____, именуемое в дальнейшем «Страхователь», в лице _____, действующего на основании _____, с другой стороны, вместе и по отдельности именуемые «Стороны», заключили на основании Правил добровольного медицинского страхования, утвержденных Приказом от _____ 201_ г. № __ (далее – «Правила страхования»), настоящий Договор добровольного медицинского страхования (далее – «Договор», «Договор страхования») о нижеследующем.

1. Предмет договора

Примечания курсивом здесь, и далее по Договору, необходимо удалить.

При заключении Договора необходимо выбрать одну из нижеперечисленных редакций пункта 1.1.

1.1.

Редакция 1 (только медицинские услуги)

Страховщик обязуется за обусловленную Договором плату (страховую премию) при наступлении предусмотренного в Договоре события (страхового случая) произвести оплату медицинских и иных услуг, оказанных застрахованным по настоящему Договору лицам (далее – «Застрахованные лица» или «Застрахованные»), медицинской организации, где Застрахованное лицо получило медицинские и иные услуги в пределах оговоренной Договором суммы (страховой суммы). Застрахованными по Договору являются сотрудники Страхователя и родственники застрахованных сотрудников, указанные в Списке Застрахованных лиц (Приложение № 2 к Договору). Общая численность Застрахованных лиц на дату заключения Договора составляет ___ (количество Застрахованных лиц прописью) человек.

Редакция 2 (медицинские услуги и лекарственная помощь)

Страховщик обязуется за обусловленную Договором плату (страховую премию) при наступлении предусмотренного в Договоре события (страхового случая) произвести оплату медицинских и иных услуг, оказанных застрахованным по настоящему Договору лицам (далее – «Застрахованные лица» или «Застрахованные»), медицинской организации, где Застрахованное лицо получило медицинские и иные услуги в пределах оговоренной Договором суммы (страховой суммы), а также стоимости лекарственных препаратов для медицинского применения, назначенных лечащим врачом Застрахованным по настоящему Договору лицам, медицинской или аптечной организации, указанным в Договоре, где Застрахованному лицу были оказаны медицинские и иные услуги или отпущены лекарства в пределах оговоренной Договором суммы (страховой суммы). Застрахованными по Договору являются сотрудники Страхователя и родственники застрахованных сотрудников, указанные в Списке Застрахованных лиц (Приложение № 2 к Договору). Общая численность Застрахованных лиц на дату заключения Договора составляет ___ (количество Застрахованных лиц прописью) человек.

1.2. Объектом страхования являются имущественные интересы, связанные с оплатой организации и оказания медицинской и лекарственной помощи (медицинских услуг) и иных услуг вследствие расстройства здоровья физического лица или состояния физического лица, требующих организации и оказания таких услуг, предусмотренных настоящим Договором (далее – «медицинская помощь» или «медицинские и иные услуги»), при возникновении страхового случая в соответствии с условиями Договора, Программой добровольного медицинского страхования (далее – «Программа страхования» (Приложение № 1 к Договору) и Правилами страхования (Приложение № 4 к Договору).

При заключении Договора необходимо выбрать одну из нижеперечисленных редакций пункта 1.3.

1.3.

Редакция 1 (только медицинские услуги)

Страховым случаем является обращение Застрахованного лица в течение срока действия договора страхования в медицинскую организацию из числа предусмотренных договором страхования или согласованных со Страховщиком при таком состоянии здоровья, которое требует получения медицинских и (или) иных услуг в соответствии с программой добровольного медицинского страхования (далее – Программа страхования), предусмотренной договором страхования.

Обращение Застрахованного в медицинскую организацию может осуществляться в дистанционном формате (телемедицина) *(если это предусмотрено Программой страхования).*

Редакция 2 (медицинские услуги и лекарственная помощь)

Страховыми случаями являются:

1.3.1. Обращение Застрахованного лица в течение периода страхования в медицинскую организацию из числа предусмотренных Договором страхования по поводу острых или обострения хронических заболеваний, травм, отравлений, требующих получения медицинских или иных услуг, предусмотренных Договором страхования и Программой страхования, и повлекших возникновение обязательств Страховщика произвести оплату данных медицинских и иных услуг, оказанных Застрахованному.

Обращение Застрахованного в медицинскую организацию может осуществляться в дистанционном формате (телемедицина) *(если это предусмотрено Программой страхования).*

1.3.2. Обращение Застрахованного лица в течение периода страхования в аптечную организацию из числа предусмотренных Договором страхования или согласованных Страховщиком при таком состоянии здоровья, которое требует получения лекарственных препаратов для медицинского применения, предусмотренных Программой страхования, назначенных Застрахованному лицу лечащим врачом медицинской организации, предусмотренной Договором страхования и Программой страхования, при оказании Застрахованному лицу медицинских и иных услуг, и которое влечет возникновение обязательств Страховщика произвести оплату лекарственных препаратов для медицинского применения.

1.4. Случаи, не являющиеся страховыми, предусмотрены в пп. 4.3 Правил страхования и в Программе страхования.

2. СТРАХОВАЯ СУММА, СТРАХОВАЯ ПРЕМИЯ И ПОРЯДОК ЕЕ УПЛАТЫ

2.1. Под страховой суммой по Договору понимается предельный размер страховых выплат по Договору.

2.2. Страховая сумма и страховая премия устанавливаются в отношении каждого Застрахованного лица и указаны в таблице п. 2.3 Договора.

2.3. Размеры страховой суммы и страховой премии за срок действия Договора:

Название Программы	Страховая премия за одно Застрахованное лицо в год, сумма в	Страховая сумма на одно Застрахованное лицо в год, сумма в	Количество Застрахованных лиц

	рублях	рублях	

2.4. Общая страховая премия по Договору составляет _____(сумма прописью) рублей.

2.5. Общая страховая премия уплачивается Страхователем в рублях, безналичным платежом на расчетный счет Страховщика.

2.6. Датой оплаты страховой премии является дата поступления страховой премии на расчетный счет Страховщика.

При заключении Договора необходимо выбрать одну из нижеперечисленных редакций пункта 2.7

2.7. *Редакция 1 (при единовременной оплате)*

Страховая премия уплачивается Страхователем единовременно в срок до __ _____ 20____ г.

Редакция 2 (при оплате в рассрочку, поквартально)

Страховая премия уплачивается Страхователем в рассрочку (поквартально) в следующем порядке:

Страховой взнос за период с _____ по _____в размере ____ (_____) рублей уплачивается до __ _____ 20__ г.

Страховой взнос за период с _____ по _____в размере ____ (_____) рублей уплачивается до __ _____ 20___ г.

Страховой взнос за период с _____ по _____в размере ____ (_____) рублей уплачивается до __ _____ 20__ г.

Страховой взнос за период с _____ по _____в размере ____ (_____) рублей уплачивается до __ _____ 20__ г.

Редакция 3 (при оплате в рассрочку, по полугодиям)

Страховая премия уплачивается Страхователем в рассрочку (по полугодиям) в следующем порядке:

Страховой взнос за период с _____ по _____в размере ____ (_____) рублей уплачивается до __ _____ 20__ г.

Страховой взнос за период с _____ по _____в размере ____ (_____) рублей уплачивается до __ _____ 20__ г.

2.8. Все расходы, связанные с уплатой страховой премии (страхового взноса), несет Страхователь.

2.9. При увеличении в течение срока действия настоящего Договора численности Застрахованных лиц или изменении объема и (или) комбинации медицинских и иных услуг и (или) перечня медицинских организаций дополнительный страховой взнос по Программе страхования, включающей _____ (*амбулаторно-поликлиническую помощь, стоматологическую помощь, скорую и неотложную медицинскую помощь, экстренную стационарную помощь, плановую стационарную помощь – выбрать вид помощи, наименование клиники*), уплачивается Страхователем за каждое Застрахованное лицо в полном объеме вне зависимости от оставшегося периода страхования.

2.10. При увеличении в течение срока действия настоящего Договора численности Застрахованных дополнительный страховой взнос по Программе страхования, включающей _____ (*амбулаторную помощь, стоматологическую помощь, стационарную помощь, скорую медицинскую помощь (указать виды помощи)* за каждое вновь принимаемое на страхование Застрахованное лицо), уплачивается Страхователем пропорционально оставшемуся периоду страхования.

2.11. Страховщик вправе по согласованию со Страхователем изменить размер страховой премии, в случае если количество Застрахованных лиц в течение срока действия Договора страхования изменится и составит 80% и менее от общей численности Застрахованных лиц на момент заключения Договора. При этом при перерасчете премии сторонами будут применяться следующие повышающие коэффициенты:

Количество Застрахованных лиц (в % от первоначальной численности)	Повышающий коэффициент

< 20%	2,5
20–40%	1,5
40–60%	1,3
60–80%	1,15

2.12. Страховщик вправе по согласованию со Страхователем пересмотреть объем услуг, предусмотренных Программой страхования, если количество Застрахованных лиц в течение срока действия Договора страхования изменится и составит 50% и менее от первоначальной численности Застрахованных лиц на момент заключения Договора.

3. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

3.1. СТРАХОВЩИК обязан:

3.1.1. Организовать оказание медицинских и иных услуг Застрахованным лицам в соответствии с Программой страхования и условиями Договора.

3.1.2. В срок не позднее 10 (десяти) рабочих дней с даты поступления страховой премии в полном объеме/первого взноса на расчетный счет Страховщика обеспечить прикрепление Застрахованных лиц к медицинским организациям, выдать Страхователю для каждого Застрахованного лица страховой полис. В случае увеличения количества Застрахованных в течение срока действия настоящего Договора страховые полисы выдаются не позднее 10 (десяти) рабочих дней с момента поступления страховой премии на счет Страховщика, предусмотренной дополнительным соглашением к настоящему Договору.

3.1.3. Направлять по согласованию со Страхователем Застрахованным лицам страховой полис на индивидуальные электронные почтовые адреса, указанные Страхователем в Списке застрахованных лиц. Стороны признают юридическую силу страховых полисов, подписанных со стороны Страховщика факсимильной подписью и являющихся документом, удостоверяющим право Застрахованного лица на получение медицинской помощи по настоящему Договору.

3.1.4. Контролировать объем, сроки и качество предоставляемой Застрахованным лицам медицинской помощи.

3.1.5. При невозможности оказания медицинских и иных услуг в медицинской организации, указанной в Программе страхования, по любой причине Страховщик организует оказание вышеуказанных услуг в иной медицинской организации соответствующего уровня профиля и ценового сегмента по своему усмотрению, предварительно направив в адрес Страхователя соответствующее письменное уведомление. В случае если у Застрахованного лица в Договоре предусмотрена одна медицинская организация, то объем услуг, оказываемый по медицинским показаниям и прописанный в Программе страхования, будет предоставляться в рамках объема услуг данной медицинской организации.

3.1.6. по запросу Страхователя, позволяющему подтвердить факт его получения Страховщиком, однократно предоставить Страхователю копию договора страхования и иных документов, являющихся неотъемлемой частью договора страхования (Правил страхования, программ, дополнительных условий страхования и других документов в соответствии с условиями, указанными в Договоре страхования) по действующим договорам страхования бесплатно.

Исключение составляет информация, не подлежащая разглашению (персональные данные других застрахованных лиц, данные об уплаченных премиях по коллективным договорам страхования, условия страхования других категорий застрахованных лиц и пр.);

3.1.7. по требованиям Страхователя/ Застрахованного лица, а также лиц, имеющих намерение заключить договор страхования, бесплатно разъяснять положения, содержащиеся в настоящих Правилах, программах и договоре страхования;

3.1.8. при заключении договора страхования предоставить Страхователю договор, состоящий из текста договора и всех приложений, являющихся неотъемлемой частью договора страхования,

ссылка на которые имеется по тексту договора страхования, в том числе Правила страхования, полисные условия, дополнительные условия, программы страхования и т.п.

3.1.9. иные обязанности, предусмотренные Правилами страхования и законодательством Российской Федерации.

3.2. СТРАХОВЩИК имеет право:

3.2.1. Проверять достоверность данных (сведений), сообщаемых ему Страхователем (Застрахованным). Если в течение срока действия Договора Страхователь (Застрахованный) сообщит Страховщику о значительных изменениях в обстоятельствах, заявленных Страховщику при заключении Договора и влияющих на увеличение степени риска, Страховщик имеет право потребовать уплаты дополнительной страховой премии (страхового взноса) соразмерно увеличению степени риска.

3.2.2. В случае отказа Страхователя (Застрахованного) от заполнения медицинской анкеты или прохождения медицинского освидетельствования настоящий Договор заключается на условиях, применяемых для обстоятельств наибольшего страхового риска.

3.2.3. При выявлении у Застрахованного заболевания или состояния, указанного в разделе «Исключения из страхового покрытия» Программы добровольного медицинского страхования (Приложение №1), снять со страхования Застрахованное лицо с даты выявления заболевания или состояния (прекратить Договор в отношении указанного лица), уведомив об этом Страхователя и Застрахованного не менее чем за 5 (пять) рабочих дней, либо организовывать дальнейшее медицинское обслуживание Застрахованного только по обращениям, не связанным с указанным заболеванием и в медицинских организациях, рекомендованных Страховщиком. Решение Страховщика основывается на медицинских заключениях. Причина изменения условий страхования может быть предоставлена только Застрахованному лицу.

При неполучении от Страхователя письменного согласия на изменения условий добровольного медицинского страхования в отношении Застрахованного лица в течение 5 (пяти) рабочих дней с момента направления Страховщиком вышеуказанного письменного уведомления Страховщик производит снятие Застрахованного лица со страхования.

3.2.4. Не нести ответственность за качество оказанных медицинских услуг и не возмещать понесенных расходов, если:

- Застрахованным лицом получены медицинские и иные услуги, которые не предусмотрены настоящим Договором страхования (Программой страхования);
- Застрахованным лицом получены медицинские и иные услуги в медицинских организациях, не предусмотренных Договором (Программой страхования), за исключением случаев, предварительно согласованных со Страховщиком;
- лицо, получившее медицинские и иные услуги на дату их получения, не является Застрахованным;

3.2.5. Реализовывать иные права, предусмотренные Договором и Правилами страхования.

3.3. СТРАХОВАТЕЛЬ обязан:

3.3.1. Уплатить страховую премию в размере, в порядке и в сроки, предусмотренные Договором.

3.3.2. Передать Страховщику списки Застрахованных лиц по форме согласно Приложению № 2 к Договору.

3.3.3. Сообщать Страховщику индивидуальные корпоративные электронные почтовые адреса Застрахованных лиц и доменное имя, используемое Страхователем в формировании индивидуальных электронных адресов Застрахованных, а также обеспечивать безопасность информационной рассылки. Ответственность за корректную передачу электронных почтовых адресов Застрахованных лежит на Страхователе. При наличии сомнений в корректности адресов Страховщик оставляет за собой право осуществить отправку страховых полисов Застрахованных на электронный почтовый адрес контактного лица Страхователя, указанный в настоящем Договоре.

3.3.4. Информировать Страховщика об отказах в предоставлении Застрахованным лицам медицинских и иных услуг в объеме, предусмотренном Договором (Программой страхования).

3.3.5. Проинформировать Застрахованных лиц об их обязанностях:

3.3.5.1. Соблюдать предписания лечащего врача, полученные в ходе предоставления медицинских и иных услуг, и распорядок, установленный медицинской организацией.

3.3.5.2. Заботиться о сохранности страхового полиса, не передавать его другим лицам с целью получения ими медицинских и иных услуг.

3.3.5.3. В течение 10 (десяти) календарных дней сообщать Страхователю об изменении своей фамилии, паспортных данных, контактного телефона, адреса фактического места жительства.

3.3.5.4. Соблюдать порядок получения медицинской помощи, указанный в индивидуальной памятке к страховому полису Застрахованного лица.

3.3.5.5. Сообщать Страховщику в письменном виде от своего лица о случаях непредоставления, неполного или некачественного предоставления медицинских и иных услуг.

3.3.5.6. При утрате страхового полиса незамедлительно известить об этом Страховщика. Утраченные документы признаются недействительными и не могут являться основанием для получения медицинских и иных услуг в соответствии с Договором. Взамен утраченных документов Застрахованному лицу выдаются их дубликаты в течение 5 (пяти) рабочих дней с момента уведомления Страховщика об утере.

Пп. 3.3.5.7, 3.3.5.8 включаются в Договор, если в Программу страхования включена Программа «Лекарственная помощь».

3.3.5.7. Уплатить в кассу аптечной организации сумму франшизы (доля собственного участия Застрахованного в страховой выплате), если Договором страхования установлена франшиза.

3.3.5.8. Для получения лекарственных препаратов для медицинского применения передать представителю аптечной организации страховой полис и рецепт установленной формы, оформленный в соответствии с требованиями, указанными в Программе страхования.

3.3.6. Информировать Застрахованных лиц об объеме предоставляемой медицинской помощи по настоящему Договору и порядке ее получения.

3.3.7. Для получения медицинских услуг, оказание которых согласно Программе страхования (раздел «Стационарная помощь») предусмотрено исключительно для сотрудников Страхователя, Застрахованные лица предоставляют по письменному требованию Страховщика справку службы кадрового учета (или иной уполномоченной службы) Страхователя в подтверждение наличия действующего трудового или гражданско-правового договора, заключенного между Страхователем и Застрахованным лицом.

3.3.8. В срок не позднее 3 (трех) календарных дней после получения от Страховщика страховой документации, перечисленной в п. 3.1.2 Договора, передать ее Застрахованным лицам.

3.3.9. Получать от каждого Застрахованного лица Согласие на получение сведений, составляющих врачебную тайну, и обработку Страховщиком их персональных данных, по форме, установленной в Приложении № 3 к настоящему Договору. В случае изменения списка Застрахованных лиц (принятия на страхование новых лиц) Страхователь обязан также получить письменные Согласия от новых Застрахованных лиц.

3.3.10. По запросу Страховщика предоставлять заверенные копии Согласия в течение 3 (трех) рабочих дней с момента запроса по форме согласно Приложению № 3.

3.3.11. В случае отзыва Застрахованным лицом своего Согласия на обработку персональных данных, переданного Страхователю, Страхователь обязан письменно уведомить об этом Страховщика с заявлением о прекращении действия настоящего Договора в отношении такого Застрахованного лица не позднее 3 (трех) рабочих дней с момента получения указанного уведомления.

3.3.12. Во всех случаях досрочного прекращения (расторжения) Договора уничтожить страховые полисы в течение 3 (трех) рабочих дней с даты досрочного прекращения (расторжения) Договора в отношении какого-либо Застрахованного лица.

3.3.13. Исполнять иные обязанности, предусмотренные Договором и Правилами страхования.

3.4. СТРАХОВАТЕЛЬ имеет право:

3.4.1. По согласованию со Страховщиком вносить изменения в Программу страхования, изменять размер страховой суммы, изменять количество Застрахованных лиц путем оформления Дополнительного соглашения к Договору. При этом внесение изменений в Программу страхования ограничивается следующим образом:

1) в отношении каждого из Застрахованных лиц внесение изменений в Программу страхования возможно 1 (один) раз в течение срока действия Договора;
2) в случае замены Программы страхования Страховщик вправе запросить у Страхователя/Застрахованного лица дополнительную информацию о состоянии здоровья Застрахованного лица;
3) Страховщик в течение действия Договора не включает в Программу страхования плановую медицинскую помощь в стационарных условиях, если таковая не была предусмотрена Программой страхования с начала периода страхования, не менее чем для 30% Застрахованных лиц;
4) в случае включения в Программу страхования риска на получение экстренной медицинской помощи в стационарных условиях – срок начала периода страхования для данного риска устанавливается с 15-го (пятнадцатого) календарного дня, исчисляемого с даты подписания соответствующего Дополнительного соглашения к Договору при условии своевременной уплаты страховой премии (первого страхового взноса).
5) в случае включения в Программу страхования риска на получение плановой медицинской помощи в стационарных условиях – срок начала периода страхования для данного риска устанавливается с 45-го (сорок пятого) календарного дня, исчисляемого с даты подписания соответствующего Дополнительного соглашения к Договору при условии своевременной уплаты страховой премии (первого страхового взноса).

3.4.2.

При заключении Договора необходимо выбрать одну из нижеперечисленных редакций пункта 3.4.2.

Редакция 1 (при численности Застрахованных лиц от 1 (одного) до 10 (десяти) человек на дату заключения Договора):

Одновременное заключение Договора в отношении одного Застрахованного лица и прекращение Договора в отношении другого Застрахованного в пределах одной и той же Программы страхования не осуществляется в течение срока действия Договора.

Редакция 2 (при численности Застрахованных лиц от 11 (одиннадцати) человек на дату заключения Договора):

По согласованию со Страховщиком проводить одновременное заключение Договора в отношении одного Застрахованного лица и прекращение Договора в отношении другого Застрахованного в пределах одной и той же Программы страхования осуществляется без ограничений в течение срока действия Договора.

3.4.3. По Программе страхования, включающей _____ (*амбулаторно-поликлиническую помощь, стоматологическую помощь – выбрать вид помощи и наименование клиники*), одновременное заключение Договора в отношении одного Застрахованного лица и прекращение Договора в отношении другого Застрахованного производится в пределах ____(_____) (процент количества возможных замен указан в заявлении о добровольном медицинском страховании) процентов от первоначальной численности Застрахованных лиц по Договору по данному виду медицинской помощи.

3.4.4. получить информацию о размере вознаграждения, выплачиваемого Страховщиком страховому агенту, или страховому брокеру, при посредничестве которых со Страхователем заключается договор;

3.4.5. по запросу однократно получить бесплатно по одному договору страхования заверенный Страховщиком расчет суммы страховой премии (части страховой премии), подлежащих возврату в связи с расторжением или досрочным прекращением договора страхования, со ссылками на нормы Права и (или) условия договора страхования и Правил страхования, на основании которых произведен расчет.

3.4.6. По согласованию со Страховщиком включать в список Застрахованных лиц родственников Застрахованного лица на следующих условиях:

1) к родственникам Застрахованных сотрудников Страхователя относятся: супруга, супруг, дочь, сын;
2) страхование совершеннолетних родственников возможно по Программам страхования согласно Приложению № 1 к Договору. При расчете страховой премии (страхового взноса) на родственника применяется повышающий коэффициент – 1,2;
3) стоимость Программы страхования для детей сотрудников Страхователя рассчитываются индивидуально;
4) медицинское анкетирование родственников является обязательным, по результатам медицинского анкетирования могут быть выставлены повышающие коэффициенты;
5) медицинское анкетирование не проводится, если общее количество родственников превышает 30 человек. Возрастные коэффициенты при этом выставляются;
6) возрастные коэффициенты для родственников: 60–64 лет – коэффициент 1,6; 65–69 лет – коэффициент 2,0; 70 и старше – коэффициент 2,5;
7) страхование родственников осуществляется в течение 2 (двух) месяцев с момента включения сотрудника в список Застрахованных лиц по годовой стоимости Программы страхования, указанной в п. 2.3 настоящего Договора;
8) Одновременное заключение Договора в отношении одного родственника и прекращение Договора в отношении другого родственника не производится.
9) Расчет премии при прикреплении и открреплении производится на основании пп. 2.9, 2.10, 7.7. настоящего договора.

4. СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА

4.1. Настоящий Договор заключен на срок с «___» _____20__г. по «___» _____ 20__г. и вступает в силу с «__» _____20__г. при условии уплаты страховой премии (страхового взноса) в порядке и сроки, указанные в Договоре. Окончание срока действия Договора не влечет прекращения финансовых обязательств Сторон в части взаиморасчетов по уплате страховых премий/взносов и осуществления страховых выплат Страховщиком, возникших в течение срока действия Договора.

4.1.1. Для нерезидентов

Настоящий Договор заключен на срок (период страхования) с «___» _____20__г. по «___» _____ 20__г. и вступает в силу с даты, указанной как дата начала срока страхования (периода страхования), при условии уплаты страховой премии (страхового взноса) в порядке и сроки, указанные в Договоре.

В части осуществления расчетных обязательств между Сторонами настоящий Договор действует до «___» _____ 20__г. *(указывается дата окончания периода страхования + 2 года)*. При этом окончание срока действия Договора не влечет прекращения обязательств Сторон, возникших в течение срока действия Договора.

4.2. Действие настоящего Договора прекращается и Застрахованные лица теряют право на получение медицинской помощи в случаях:

- истечения срока действия Договора;
- исполнения Страховщиком обязательств перед Страхователем в полном объеме;
- соглашения Сторон о расторжении настоящего Договора;
- неуплаты Страхователем очередных страховых взносов в установленные Договором сроки;
- ликвидации Страхователя как юридического лица;
- в других случаях, предусмотренных Правилами страхования и действующим законодательством РФ.

5. КОНФИДЕНЦИАЛЬНОСТЬ

5.1. Обработка персональных данных Застрахованных лиц, передаваемых Страховщику, в целях заключения и исполнения Договора осуществляется в соответствии с Федеральным законом РФ от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных».

5.2. Стороны берут на себя обязательства по соблюдению режима конфиденциальности в отношении информации, полученной при исполнении Договора, за исключением случаев, предусмотренных действующим законодательством РФ. Передача информации третьим лицам или иное разглашение информации, признанной по Договору конфиденциальной, может осуществляться исключительно с письменного согласия другой Стороны (Застрахованных лиц).

5.3. Конфиденциальной по Договору признается информация:

- о форме и содержании (в том числе Программе страхования, сумме страховых взносов) Договора;
- сведения о состоянии здоровья Застрахованных лиц, а также случаях их обращения за медицинскими и иными услугами.
- информация об имущественных интересах Страхователя, в случае если в Заявлении на страхования Страхователь указал себя как лицо, находящееся под иностранными санкциями.

5.4. Страховщик обязуется соблюдать режим конфиденциальности относительно информации о заболеваниях Застрахованного, полученной в ходе исполнения Договора от медицинских организаций, и не передавать указанную информацию без письменного согласия Застрахованного третьим лицам, в том числе Страхователю.

6. ПОРЯДОК ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЫ

6.1. Страховые выплаты производятся Страховщиком только в связи с наступлением страховых случаев.

6.2. Страховщик производит страховую выплату путем перечисления денежных средств в медицинскую организацию в счет оплаты оказанных Застрахованным лицам медицинских и иных услуг.

6.3. Сумма страховых выплат по Договору за весь срок его действия не может превысить величину страховой суммы, указанной в пп. 2.2, 2.4. Договора.

6.4. Если Застрахованное лицо обратилось за медицинскими и иными услугами в период страхования и на момент окончания срока действия Договора Застрахованный получает медицинскую помощь в амбулаторных или стационарных условиях, то оказание и оплата медицинских и иных услуг Страховщиком, связанных с данным обращением, производится:

- при экстренной медицинской помощи в стационарных условиях – до выписки из медицинской организации, но не более 15 (пятнадцати) календарных дней с даты окончания срока действия Договора, если иной срок не был согласован Страховщиком;
- в остальных случаях – до окончания периода страхования.

При наличии условий по оплате франшизы в рамках лекарственной помощи по договору включить п. 6.5

6.5. По страховым случаям, указанным в п. 1.3.2 настоящего Договора, устанавливается безусловная франшиза в размере __ (___) процентов от стоимости лекарственных препаратов для медицинского применения, назначенных Застрахованному лечащим врачом.

Безусловная франшиза – часть убытков, которая определена договором страхования, не подлежит возмещению Страховщиком. Сумма франшизы уплачивается Застрахованным в кассу аптечной организации по счету, предъявленному по факту обращения Застрахованного за лекарственными препаратами для медицинского применения в данную аптечную организацию.

7. ИЗМЕНЕНИЕ И РАСТОРЖЕНИЕ ДОГОВОРА

7.1. Внесение изменений в списки Застрахованных лиц прекращается за 2 (два) месяца до момента истечения срока действия Договора.

7.2. В случае необходимости со стороны Страхователя и подтверждения возможности со стороны Страховщика внесения изменений в списки Застрахованных лиц Страхователь предоставляет Страховщику списки Застрахованных лиц с изменениями в соответствии с установленной формой не позднее 5 (пяти) рабочих дней до даты начала периода страхования, согласованного Сторонами. Стороны оформляют Дополнительное соглашение к Договору, содержащее изменения к списку Застрахованных лиц, сумму страховой премии, подлежащей уплате за этих Застрахованных лиц, порядок и сроки ее уплаты.

7.3. В случае если страховая премия (страховой взнос) не будет оплачена в течение 10 (десяти) календарных дней по истечении срока, установленного п. 2.7 Договора для оплаты страховой премии (страхового взноса), Договор прекращает свое действие, о чем Страховщик письменно уведомляет Страхователя путем направления в адрес Страхователя соответствующего уведомления о прекращении Договора. При этом Договор считается расторгнутым с даты, указанной в письменном уведомлении. При прекращении действия Договора Страхователь не освобождается от обязанности уплатить страховой взнос за неоплаченный период времени, в течение которого продолжал действовать Договор.

7.4. Настоящий Договор может быть расторгнут досрочно по инициативе Страхователя путем письменного уведомления Страховщика. При досрочном прекращении договора страхования по инициативе Страхователя Договор страхования считается прекращенным (расторгнутым) со дня получения Страховщиком от Страхователя заявления о расторжении, если иной срок не указан в заявлении о расторжении, но в любом случае не ранее даты получения Страховщиком заявления о расторжении.

7.5. Настоящий Договор может быть расторгнут досрочно по соглашению Сторон.

7.6. При досрочном расторжении Договора в случаях, предусмотренных пп. 7.4, 7.5 Договора, Страховщик возвращает часть страховой премии за неистекший оплаченный период страхования за вычетом 20 (двадцати) процентов от этой суммы страховой премии, а также за вычетом произведенных страховых выплат (сумм, оплаченных за оказанные медицинские и иные услуги Застрахованным лицам в период действия Договора). При этом возврат страховой премии по серии, включающей _____ *(амбулаторно-поликлиническую помощь, стоматологическую помощь, скорую и неотложную медицинскую помощь, экстренную стационарную помощь, плановую стационарную помощь – выбрать вид помощи, наименование клиники)*, не производится.

При заключении Договора необходимо выбрать одну из нижеперечисленных редакций пункта 7.7.

7.7. В случае досрочного прекращения (расторжения) Договора в отношении какого-либо Застрахованного лица Страховщик возвращает часть страховой премии за неистекший оплаченный период страхования данного Застрахованного за вычетом 20 (двадцати) процентов от суммы оплаченной страховой премии за страхование данного Застрахованного. Возврат страховой премии по серии, включающей _____ *(амбулаторно-поликлиническую помощь, стоматологическую помощь, скорую и неотложную медицинскую помощь, экстренную*

стационарную помощь, плановую стационарную помощь – выбрать вид помощи, наименование клиники), не производится.

7.7. В случае досрочного прекращения (расторжения) Договора в отношении какого-либо Застрахованного лица Страховщик возвращает часть страховой премии за неистекший оплаченный период страхования за вычетом 20 (двадцати) процентов от суммы оплаченной страховой премии за страхование Застрахованного по Договору за исключением случаев, когда досрочное прекращение (расторжение) Договора в отношении данного Застрахованного осуществляется в связи с одновременным заключением Страховщиком в отношении него Договора добровольного медицинского страхования с другим Страхователем, имеющим на данный момент действующие Договоры добровольного медицинского страхования со Страховщиком. При этом возврат страховой премии по серии Программы страхования, включающей _____ (*амбулаторно-поликлиническую помощь, стоматологическую помощь, скорую и неотложную медицинскую помощь, экстренную стационарную помощь, плановую стационарную помощь – выбрать вид помощи, наименование клиники*), не производится.

7.8. Внесение изменений, связанных с переменой фамилии, имени, отчества, адреса проживания, домашнего и служебного телефонов Застрахованных лиц, производится на основании письменного уведомления от Страхователя и не требует оформления Дополнительного соглашения, подписанного каждой из сторон.

8. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН

8.1. Стороны несут ответственность, предусмотренную законодательством Российской Федерации за неисполнение или ненадлежащее исполнение условий настоящего Договора.

8.2. Во всем, что прямо не оговаривается в настоящем Договоре, стороны руководствуются Правилами страхования. В случае наличия противоречий между отдельными положениями настоящего Договора и Правил страхования положения настоящего Договора имеют преимущественную силу.

9. ПОРЯДОК РАЗРЕШЕНИЯ СПОРОВ

9.1. Споры, возникающие по Договору, разрешаются путем переговоров. Досудебный претензионный порядок является обязательным для Сторон. Срок ответа на претензию – 10 (десять) рабочих дней с даты получения ее Стороной. При невозможности достижения соглашения посредством переговоров в течение 2 (двух) календарных месяцев спор передается на рассмотрение суда в порядке, предусмотренном законодательством Российской Федерации.

10. ПРОЧИЕ УСЛОВИЯ

10.1. Договор составлен в 2 (двух) экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, – по одному для каждой из Сторон.

10.2. Все изменения и дополнения к Договору составляются в письменной форме, подписываются и скрепляются печатями Сторон.

10.3. Стороны согласовали возможность использования факсимильной подписи уполномоченных лиц для подписания Дополнительных соглашений и иных документов, оформляемых Сторонами во исполнение Договора.

Все уведомления, запросы, иные сообщения по Договору считаются направленными надлежащим образом другой Стороне Договора, только в случае если они подписаны уполномоченным лицом Стороны, скреплены печатью и направлены по почте письмом с уведомлением о вручении, или переданы через курьера уполномоченному на то лицу другой Стороны, или направлены по электронной почте с использованием электронно-цифровой подписи уполномоченного представителя Стороны.

10.4. Стороны договорились, что в течение 5 (пяти) календарных дней с момента подписания настоящего Договора Страхователь направляет в адрес Страховщика средствами электронной связи

экземпляр настоящего Договора (включая все приложения к нему) с одновременным направлением одного оригинального экземпляра настоящего Договора посредством почтовой связи либо нарочным. При заключении дополнительных соглашений к настоящему Договору Страховщик направляет дополнительное соглашение в 2 (двух) оригинальных экземплярах, подписанных со своей стороны. Страхователь в течение 5 (пяти) календарных дней подписывает оба экземпляра и направляет Страховщику один оригинальный экземпляр дополнительного соглашения посредством почтовой связи либо нарочным.

10.5. Во всем остальном, что прямо не предусмотрено настоящим Договорам, стороны руководствуются Правилами добровольного медицинского страхования , утвержденными Приказом от _____ 201_ г. № __.

10.6. Приложения, являющиеся неотъемлемой частью Договора:

Приложение № 1 – Программа добровольного медицинского страхования;

Приложение № 2 – Список Застрахованных лиц;

Приложение № 3 – Согласие субъекта персональных данных на обработку своих персональных данных, составляющих врачебную тайну (форма);

Приложение № 4 – Правила добровольного медицинского страхования, утвержденные Приказом от _____ 201_ г. № __.

Страхователь подтверждает, что с вышеуказанными Правилами страхования ознакомлен, согласен и обязуется их соблюдать, экземпляр Правил страхования получил, подтверждает, что в полном объеме получил информацию, предусмотренную пунктом 2.1.2. Базового стандарта защиты прав и интересов физических и юридических лиц - получателей финансовых услуг, оказываемых членами саморегулируемых организаций, объединяющих страховые организации, утв. Решением КФН ЦБ РФ, Протокол от 09.08.18 № КФНП-24; выражает согласие осуществлять взаимодействие со Страховщиком путем обращения в офисы Страховщика, посредствам почтовой и телефонной связи, а также иными способами в случаях, специально предусмотренных Правилами страхования; выражает согласие получать сообщения и уведомления от Страховщика, в том числе в электронной форме, по адресам, телефонам, указанным в настоящем Договоре.

Информация об адресах офисов Страховщика, в которых осуществляется прием документов при наступлении страховых случаев и иных обращений, а также о случаях и порядке приема документов в электронной форме, размещена на официальном сайте Страховщика и может быть получена при обращении по телефонам Страховщика, указанным в настоящем Договоре.

11. АДРЕСА И РЕКВИЗИТЫ СТОРОН

СТРАХОВЩИК	СТРАХОВАТЕЛЬ
_____	_____
Место государственной регистрации:	Место государственной регистрации:
_____	_____
Адрес местонахождения:	Адрес местонахождения:
_____	_____
ОГРН: _____	ОГРН _____
ИНН (или код иностранной организации):	ИНН (или код иностранной организации):
_____	_____
р/с: _____	р/с: _____
Банк плательщика: _____	Банк плательщика: _____

БИК: _____,
к/с: _____
Коды: ОКПО _____,
ОКОНХ _____
Телефон/факс: _____
E-mail: _____

БИК: _____,
к/с: _____
Коды: ОКПО _____,
ОКОНХ _____
Телефон/факс: _____
E-mail: _____
Для Страхователя – индивидуального предпринимателя необходимо указать:
Реквизиты Свидетельства о внесении записи в ЕГРИП;
Ф. И. О.:
Адрес:
Дата рождения:
Паспортные данные:
Регистрация по месту жительства:
Страховое свидетельство государственного пенсионного страхования:
Телефон:
Факс:
E-mail:

От имени СТРАХОВЩИКА

_____ Ф. И. О/должность.
М. П.

От имени СТРАХОВАТЕЛЯ

_____ Ф. И. О.
М. П. (при наличии)

В Договор могут быть внесены изменения, не противоречащие законодательству Российской Федерации

Приложение № 1 к Договору добровольного медицинского страхования № _____
от «___» _____ 20__ г.

ПРОГРАММА ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ (форма)

СТРАХОВЫМ СЛУЧАЕМ по полису добровольного медицинского страхования является обращение Застрахованного в течение срока действия договора в медицинскую организацию по поводу острых или обострения хронических заболеваний, травм, отравлений

Перечень видов медицинских и иных услуг:

Исключения из страхового покрытия:

От имени СТРАХОВЩИКА	От имени СТРАХОВАТЕЛЯ
_____ Ф. И. О.	_____ Ф. И. О.
М. П.	М. П. (при наличии)

Приложение № 2 к Договору
добровольного медицинского страхования № _____
от «___» _____ 20__ г.

СПИСОК ЗАСТРАХОВАННЫХ ЛИЦ

№	Фамилия	Имя	Отчество	Пол	Дата рождения	Должность	Программа страхования	Адрес проживания					Документ, удостоверяющий личность				Мобильный телефон	e-mail
								Город	Улица	Дом	Строение	Квартира	Серия	Номер	Дата выдачи	Кем выдан		

От имени СТРАХОВЩИКА

_____ Ф. И. О.

М. П.

От имени СТРАХОВАТЕЛЯ

_____ Ф. И. О.

М. П. (при наличии)

Приложение № 3 к Договору добровольного
медицинского страхования № __
от «___» _____ 20__ г.

Согласие субъекта персональных данных на обработку своих персональных данных,
в том числе сведений, составляющих врачебную тайну (Форма)

Я, _____,
(паспорт серия: _____ номер: _____ выдан: _____),
зарегистрированный (ая) по адресу: _____,
проживающий (ая) по адресу: _____,
телефон:_____, e-mail:_____, своей волей и в своем интересе в соответствии с Федеральным законом от 27.07.2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных», с Федеральным законом № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» и иными нормативно-правовыми актами выражаю свое согласие _____ (наименование Страховщика), ИНН _____, ОГРН _____ (далее – Оператор), зарегистрированному по адресу: _____, на получение сведений Оператором от медицинских организаций, а также на передачу сведений медицинским организациям, которые указаны в приложении № _____ к Договору добровольного медицинского страхования № ____ от «___»___20 __г., составляющих врачебную тайну, относящихся к категории специальных персональных данных, в целях медицинского обследования и лечения пациента (в том числе для проведения необходимых медицинских экспертиз) (далее – «ПД»), в том числе на сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, распространение (в том числе передачу), обезличивание, блокирование, уничтожение ПД, а также выражаю свое согласие Оператору на обработку персональных данных, содержащихся в настоящем Согласии в объеме и на условиях, предусмотренных Правилами добровольного медицинского страхования от «___» _____ 20____ г., в том числе в целях продвижения товаров, работ, услуг на рынке путем осуществления Страховщиком прямых контактов с помощью средств связи, а также в целях, расчета страховой премии и исполнения обязательств по договору страхования.

Под ПД в настоящем документе понимается любая информация, относящаяся ко мне, в том числе фамилия, имя, отчество, год, месяц, дата рождения, место рождения, адрес, паспортные данные, контактный телефон, e-mail, сведения о состоянии здоровья, включающие сведения, составляющие врачебную тайну, согласно ст. 13 Федерального закона № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»).

Настоящее согласие дано на использование следующих способов обработки ПД:

- неавтоматизированная обработка персональных данных;
- исключительно автоматизированная обработка персональных данных с передачей полученной информации по сети или без таковой;
- смешанная обработка персональных данных.

Настоящее согласие действует в течение 5 (пяти) лет с даты его выдачи и может быть отозвано путем подачи мною соответствующего письменного заявления в _____ (наименование Страховщика) по адресу: _____, не менее чем за 30 (тридцать) дней до даты отзыва согласия.

Я проинформирован о праве отозвать данное согласие, праве на получение сведений об Операторе ПД, праве на ознакомление с моими ПД, праве требовать уточнения ПД, блокирования или уничтожения ПД в случае, если они являются неполными, устаревшими, недостоверными, незаконно полученными.

Настоящим я подтверждаю, что в соответствии со ст. 18 Федерального закона от 27.07.2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных» до начала обработки моих ПД _____ (наименование Страховщика) (адрес _____) предоставило мне информацию о своем наименовании и адресе, о цели обработки ПД и ее правовом основании, о предполагаемых пользователях ПД и установленных Федеральным законом от 27.07.2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных» правах субъекта ПД.

Подпись_____ (_____) Дата «__»_____20___г.

Форма согласована:

От имени СТРАХОВЩИКА	От имени СТРАХОВАТЕЛЯ
_____ Ф. И. О.	_____ Ф. И. О.
М. П.	М. П. (при наличии)

Приложение №5 к Правилам добровольного медицинского страхования

ДОГОВОР № _____
добровольного медицинского страхования (Форма)

г. Москва «__» _____

20__ года

_____, действующее на основании Лицензии ___ №___, __ № ___ от _____ г., выданные Центральным банком Российской Федерации (Банк России) бессрочно, именуемое в дальнейшем «Страховщик», в лице _____ (должность) г-на/г-жи _____ (ФИО), действующего (ей) на основании _____ от _____ года, с одной стороны, и г-н/г-жа _____, именуемый (ая) в дальнейшем «Страхователь», с другой стороны, вместе и по отдельности именуемые «Стороны», заключили на основании Правил добровольного медицинского страхования, утвержденных Приказом от «___» _____ г. № ___ (далее – «Правила страхования»), настоящий Договор добровольного медицинского страхования (далее – «Договор», «Договор страхования») о нижеследующем.

1. Предмет договора

Примечания курсивом здесь, и далее по Договору, необходимо удалить.

1.1. Страховщик обязуется за обусловленную Договором плату (страховую премию) при наступлении предусмотренного в Договоре события (страхового случая) произвести оплату медицинских и иных услуг, оказанных застрахованным по настоящему Договору лицам (далее – «Застрахованные лица» или «Застрахованные»), медицинской организации, где Застрахованное лицо получило медицинские и иные услуги в пределах оговоренной Договором суммы (страховой суммы). Застрахованными по настоящему Договору являются лица, указанные в Списке Застрахованных лиц (Приложение № 2 к Договору). Общая численность Застрахованных лиц на дату заключения Договора составляет ___ (количество Застрахованных лиц прописью) человек.

1.2. Объектом страхования являются имущественные интересы, связанные с оплатой организации и оказания медицинской и лекарственной помощи (медицинских услуг) и иных услуг вследствие расстройства здоровья физического лица или состояния физического лица, требующих организации и оказания таких услуг, предусмотренных настоящим Договором (далее – «медицинская помощь» или «медицинские и иные услуги»), при возникновении страхового случая в соответствии с условиями Договора, Программой добровольного медицинского страхования (далее – «Программа страхования» (Приложение № 1 к Договору) и Правилами страхования (Приложение № 4 к Договору).

1.3. Страховым случаем является обращение Застрахованного лица в течение срока действия договора страхования в медицинскую организацию из числа предусмотренных договором страхования или согласованных со Страховщиком при таком состоянии здоровья, которое требует получения медицинских и (или) иных услуг в соответствии с программой добровольного медицинского страхования (далее – Программа страхования), предусмотренной договором страхования.

Обращение Застрахованного в медицинскую организацию может осуществляться в дистанционном формате (телемедицина) *(если это предусмотрено Программой страхования).*

1.4. Случаи, не являющиеся страховыми, предусмотрены в пп. 4.3 Правил страхования и в Программе страхования.

2. Страховая сумма, страховая премия и порядок ее уплаты

2.1. Под страховой суммой по Договору понимается предельный размер страховых выплат по Договору.

2.2. Страховая сумма и страховая премия устанавливаются в отношении каждого Застрахованного лица и указаны в таблице п. 2.3 Договора.

2.3. Размеры страховой суммы и страховой премии за срок действия Договора:

Название Программы	Страховая премия за одно Застрахованное лицо в год, сумма в рублях	Страховая сумма на одно Застрахованное лицо в год, сумма в рублях	Количество Застрахованных лиц

2.4. Общая страховая премия по Договору составляет _____(сумма прописью) рублей.

2.5. Общая страховая премия уплачивается Страхователем в рублях, безналичным платежом на расчетный счет Страховщика либо наличными в кассу Страховщика.

2.6. Датой оплаты страховой премии является дата поступления страховой премии на расчетный счет или в кассу Страховщика.

При заключении Договора необходимо выбрать одну из нижеперечисленных редакций пункта 2.7.

2.7.

Редакция 1 (при единовременной оплате)

Страховая премия уплачивается Страхователем единовременно в срок до __ _____ 20____ г.

Редакция 2 (при оплате в рассрочку, поквартально)

Страховая премия уплачивается Страхователем в рассрочку (поквартально) в следующем порядке:

Страховой взнос за период с _____по _____в размере ____ (_____) рублей уплачивается до __ ____ 20__ г.

Страховой взнос за период с _____по _____в размере ____ (_____) рублей уплачивается до __ ____ 20__ г.

Страховой взнос за период с _____по _____в размере ____ (_____) рублей уплачивается до __ ____ 20__ г.

Страховой взнос за период с _____по _____в размере ____ (_____) рублей уплачивается до __ ____ 20__ г.

Редакция 3 (при оплате в рассрочку, по полугодиям)

Страховая премия уплачивается Страхователем в рассрочку (по полугодиям) в следующем порядке:

Страховой взнос за период с _____по _____в размере ____ (_____) рублей уплачивается до __ ____ 20__ г.

Страховой взнос за период с _____по _____в размере ____ (_____) рублей уплачивается до __ ____ 20__ г.

2.8. Все расходы, связанные с уплатой страховой премии (страхового взноса), несет Страхователь.

3. Права и обязанности сторон

3.1. СТРАХОВЩИК обязан:

3.1.1. Организовать оказание медицинских и иных услуг Застрахованным лицам в соответствии с Программой страхования и условиями Договора.

3.1.2. В срок не позднее 10 (десяти) рабочих дней с даты поступления страховой премии в полном объеме/первого взноса на расчетный счет Страховщика обеспечить прикрепление Застрахованных лиц к медицинским организациям, выдать каждому Застрахованному лицу страховой полис. В случае увеличения количества Застрахованных в течение срока действия настоящего Договора страховые полисы выдаются не позднее 10 (десяти) рабочих дней с момента поступления страховой

премии на счет Страховщика, предусмотренной дополнительным соглашением к настоящему Договору.

3.1.3. Контролировать объем, сроки и качество предоставляемой Застрахованным лицам медицинской помощи.

3.1.4. При невозможности оказания медицинских и иных услуг в медицинской организации, указанной в Программе страхования, по любой причине Страховщик организует оказание вышеуказанных услуг в иной медицинской организации соответствующего уровня профиля и ценового сегмента по своему усмотрению, предварительно направив в адрес Страхователя соответствующее письменное уведомление. В случае если у Застрахованного лица в Договоре предусмотрена одна медицинская организация, то объем услуг, оказываемый по медицинским показаниям и прописанный в Программе страхования, будет предоставляться в рамках объема услуг данной медицинской организации.

3.1.5. по запросу Страхователя, позволяющему подтвердить факт его получения Страховщиком, однократно предоставить Страхователю копию договора страхования (страхового полиса) и иных документов, являющихся неотъемлемой частью договора страхования (Правил страхования, программ, дополнительных условий страхования и других документов в соответствии с условиями, указанными в Договоре страхования) по действующим договорам страхования бесплатно. Исключение составляет информация, не подлежащая разглашению (персональные данные других застрахованных лиц, данные об уплаченных премиях по коллективным договорам страхования, условия страхования других категорий застрахованных лиц и пр.);

3.1.6. по требованиям Страхователя/ Застрахованного лица, а также лиц, имеющих намерение заключить договор страхования, бесплатно разъяснять положения, содержащиеся в настоящих Правилах, программах и договоре страхования;

3.1.7. при заключении договора страхования предоставить Страхователю договор, состоящий из текста договора и всех приложений, являющихся неотъемлемой частью договора страхования, ссылка на которые имеется по тексту договора страхования, в том числе Правила страхования, полисные условия, дополнительные условия, программы страхования и т.п.

3.1.8. по запросу Страхователя/ Застрахованного, полученному им после заявления о наступлении события, имеющего признаки страхового случая, предоставить информацию в соответствии с положениями, предусмотренными договором страхования и (или) Правилами страхования:

- обо всех необходимых действиях, которые Страхователь/ Застрахованный обязан предпринять, обо всех документах, предъявление которых обязательно для рассмотрения вопроса о признании события страховым случаем и определения размера страховой выплаты, а также о сроках проведения указанных действий и предоставления документов;
- о форме и способах осуществления страховой выплаты и порядке их изменения, направленных на обеспечение прав Страхователя/ Застрахованного на получение страховой выплаты удобным для него способом из числа указанных в Договоре страхования;

3.1.9. по запросу Страхователя/ Застрахованного, в срок не превышающий 30 (Тридцать) календарных дней с момента получения такого запроса, при условии возможности идентификации заявителя в соответствии с требованиями Федерального закона от 27.06.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных» и после принятия решения о выплате страхового возмещения предоставить в письменном виде информацию о расчете суммы выплаты страхового возмещения;

3.1.10. по письменному запросу Страхователя/ Застрахованного в срок, не превышающий 30 (Тридцать) календарных дней с момента получения такого запроса, бесплатно однократно по каждому страховому случаю предоставить в письменном виде исчерпывающую информацию и документы (в том числе копии документов и/или выписки из них), на основании которых Страховщиком было принято решение о выплате страхового возмещения. Исключения составляют

документы, которые свидетельствуют о возможных противоправных действиях Страхователя, направленных на получение выплаты страхового возмещения. Информация и документы предоставляются в объеме, не противоречащем действующему законодательству РФ;

3.1.11. по письменному запросу Страхователя/ Застрахованного в срок, не превышающий 30 (Тридцать) календарных дней с момента получения такого запроса, бесплатно однократно по одному событию, предоставить в письменном виде информацию и документы (в том числе копии документов и/или выписки из них), за исключением документов, которые свидетельствуют о возможных противоправных действиях Страхователя/Застрахованного, направленных на получение выплаты страхового возмещения, обосновывающие решение об отказе. Информация и документы предоставляются в объеме, не противоречащем действующему законодательству РФ;

3.1.12. иные обязанности, предусмотренные Правилами страхования и законодательством Российской Федерации.

3.2. СТРАХОВЩИК имеет право:

3.2.1. Проверять достоверность данных (сведений), сообщаемых ему Страхователем (Застрахованным). Если в течение срока действия Договора Страхователь (Застрахованный) сообщит Страховщику о значительных изменениях в обстоятельствах, заявленных Страховщику при заключении Договора и влияющих на увеличение степени риска, Страховщик имеет право потребовать уплаты дополнительной страховой премии (страхового взноса) соразмерно увеличению степени риска.

3.2.2. В случае отказа Страхователя (Застрахованного) от заполнения медицинской анкеты или прохождения медицинского освидетельствования настоящий Договор может быть заключен только на условиях, применяемых для обстоятельств наибольшего страхового риска.

3.2.3. При выявлении у Застрахованного заболевания или состояния, указанного в разделе «Исключения из страхового покрытия» Программы добровольного медицинского страхования (Приложение №1), снять со страхования Застрахованное лицо с даты выявления заболевания или состояния (прекратить Договор в отношении указанного лица), уведомив об этом Страхователя и Застрахованного не менее чем за 5 (пять) рабочих дней, либо организовывать дальнейшее медицинское обслуживание Застрахованного только по обращениям, не связанным с указанным заболеванием и в медицинских организациях, рекомендованных Страховщиком. Решение Страховщика основывается на медицинских заключениях. Причина изменения условий страхования может быть предоставлена только Застрахованному лицу.

При неполучении от Страхователя письменного согласия на изменения условий добровольного медицинского страхования в отношении Застрахованного лица в течение 5 (пяти) рабочих дней с момента направления Страховщиком вышеуказанного письменного уведомления Страховщик производит снятие Застрахованного лица со страхования.

3.2.4. Не нести ответственность за качество оказанных медицинских услуг и не возмещать понесенных расходов, если:

- Застрахованным лицом получены медицинские и иные услуги, которые не предусмотрены настоящим Договором страхования (Программой страхования);
- Застрахованным лицом получены медицинские и иные услуги в медицинских организациях, не предусмотренных Договором (Программой страхования), за исключением случаев, предварительно согласованных со Страховщиком;
- лицо, получившее медицинские и иные услуги, на дату их получения не является Застрахованным.

3.2.4. Реализовывать иные права, предусмотренные Договором и Правилами страхования.

3.3. СТРАХОВАТЕЛЬ обязан:

3.3.1. Уплатить страховую премию в размере, в порядке и сроки, предусмотренные Договором.

3.3.2. Передать Страховщику списки Застрахованных лиц по форме согласно Приложению № 2 к Договору.

3.3.4. Информировать Страховщика об отказах в предоставлении Застрахованным лицам медицинских и иных услуг в объеме, предусмотренном Договором (Программой страхования).

3.3.5. Проинформировать Застрахованных лиц об их обязанностях:

3.3.5.1. Соблюдать предписания лечащего врача, полученные в ходе предоставления медицинских и иных услуг, и распорядок, установленный медицинской организацией.

3.3.5.2. Заботиться о сохранности страхового полиса и не передавать его другим лицам с целью получения ими медицинских и иных услуг.

3.3.5.3. В течение 10 (десяти) календарных дней сообщать Страхователю об изменении своей фамилии, паспортных данных, контактного телефона, адреса фактического места жительства, электронного почтового адреса.

3.3.5.4. Соблюдать порядок получения медицинской помощи, указанный в индивидуальной памятке к страховому полису Застрахованного лица.

3.3.5.5. Сообщать Страховщику в письменном виде от своего лица о случаях непредоставления, неполного или некачественного предоставления медицинских и иных услуг.

3.3.5.6. При утрате страхового полиса незамедлительно известить об этом Страховщика. Утраченные документы признаются недействительными и не могут являться основанием для получения медицинских и иных услуг в соответствии с Договором. Взамен утраченных документов Застрахованному лицу выдаются их дубликаты в течение 5 (пяти) рабочих дней с момента уведомления Страховщика об утере.

3.3.6. Информировать Застрахованных лиц об объеме предоставляемой медицинской помощи по настоящему Договору и порядке ее получения.

3.3.7. В срок не позднее 3 (трех) календарных дней после получения от Страховщика страховой документации, перечисленной в п. 3.1.2 Договора, передать ее Застрахованным лицам.

3.3.8. Во всех случаях досрочного прекращения (расторжения) Договора вернуть Страховщику страховые полисы в течение 3 (трех) дней с даты досрочного прекращения (расторжения) Договора в отношении какого-либо Застрахованного лица.

3.3.9. Получать от каждого Застрахованного лица Согласие на получение сведений, составляющих врачебную тайну, и обработку Страховщиком их персональных данных, по форме, установленной в Приложении № 3 к настоящему Договору. В случае изменения списка Застрахованных лиц (принятия на страхование новых лиц) Страхователь обязан также получить письменные Согласия от новых Застрахованных лиц.

3.3.10. Предоставлять заверенные копии Согласия в течение 3 (трех) рабочих дней с момента заключения договора по форме согласно Приложению № 3.

3.3.11. В случае отзыва Застрахованным лицом своего Согласия на обработку персональных данных, переданного Страхователю, Страхователь обязан письменно уведомить об этом Страховщика с заявлением о прекращении действия настоящего Договора в отношении такого Застрахованного лица не позднее 3 (трех) рабочих дней с момента получения указанного уведомления.

3.3.12. Исполнять иные обязанности, предусмотренные Договором и Правилами страхования.

3.4. СТРАХОВАТЕЛЬ имеет право:

3.4.1. получить информацию о размере вознаграждения, выплачиваемого Страховщиком страховому агенту, или страховому брокеру, при посредничестве которых со Страхователем заключается договор страхования;

3.4.2. по запросу однократно получить бесплатно по одному договору страхования заверенный Страховщиком расчет суммы страховой премии (части страховой премии), подлежащих возврату в

связи с расторжением или досрочным прекращением договора страхования, со ссылками на нормы Права и (или) условия договора страхования и Правил страхования, на основании которых произведен расчет.

4. Срок действия договора

4.1. Настоящий Договор заключен на срок с «___» _____20__г. по «___» _____ 20__г. и вступает в силу с «__» _____20__г. при условии уплаты страховой премии (страхового взноса) в порядке и сроки, указанные в Договоре. Окончание срока действия Договора не влечет прекращения финансовых обязательств Сторон в части взаиморасчетов по уплате страховых премий/взносов и осуществления страховых выплат Страховщиком, возникших в течение срока действия Договора.

4.2. Действие настоящего Договора прекращается и Застрахованные лица теряют право на получение медицинской помощи в случаях:

- истечения срока действия Договора;
- исполнения Страховщиком обязательств перед Страхователем в полном объеме;
- соглашения Сторон о расторжении настоящего Договора;
- неуплаты Страхователем очередных страховых взносов в установленные Договором сроки;
- смерти Страхователя;
- в других случаях, предусмотренных Правилами страхования и действующим Законодательством РФ.

5. Конфиденциальность

5.1. Обработка персональных данных Застрахованных лиц, передаваемых Страховщику, в целях заключения и исполнения Договора осуществляется в соответствии с Федеральным законом РФ от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных».

5.2. Стороны берут на себя обязательства по соблюдению режима конфиденциальности в отношении информации, полученной при исполнении Договора, за исключением случаев, предусмотренных действующим Законодательством РФ. Передача информации третьим лицам или иное разглашение информации, признанной по Договору конфиденциальной, может осуществляться исключительно с письменного согласия другой Стороны (Застрахованных лиц).

5.3. Конфиденциальной по Договору признается информация:

- о форме и содержании (в том числе Программе страхования; сумме страховых взносов) Договора;
- сведения о состоянии здоровья Застрахованных лиц, а также случаях их обращения за медицинскими и иными услугами.
- информация об имущественных интересах Страхователя, в случае если в Заявлении на страхования Страхователь указал себя как лицо, находящееся под иностранными санкциями.

5.4. Страховщик обязуется соблюдать режим конфиденциальности относительно информации о заболеваниях Застрахованного, полученной в ходе исполнения Договора от медицинских организаций, и не передавать указанную информацию без письменного согласия Застрахованного третьим лицам, в том числе Страхователю.

6. Порядок осуществления страховой выплаты

6.1. Страховые выплаты производятся Страховщиком только в связи с наступлением страховых случаев.

6.2. Страховщик производит страховую выплату путем перечисления денежных средств в медицинскую организацию в счет оплаты оказанных Застрахованным лицам медицинских и иных услуг.

6.3. Сумма страховых выплат по Договору за весь срок его действия не может превысить величину страховой суммы, указанной в п. 2.3 Договора, установленной в отношении каждого из Застрахованных лиц.

6.4. Если Застрахованное лицо обратилось за медицинскими и иными услугами в период страхования и на момент окончания срока действия Договора Застрахованный получает медицинскую помощь в амбулаторных или стационарных условиях, то оказание и оплата медицинских и иных услуг Страховщиком, связанных с данным обращением, производится:

- при экстренной медицинской помощи в стационарных условиях – до выписки из медицинской организации, но не более 15 (пятнадцати) календарных дней с даты окончания срока действия Договора, если иной срок не был согласован Страховщиком;
- в остальных случаях – до окончания периода страхования.

7. Изменение и расторжение договора

7.1.

Выбрать редакцию п. 7.1 в зависимости от выбранного варианта оплаты страховой премии по Договору:

Редакция 1 (единовременная уплата страховой премии): В случае если страховая премия не будет уплачена в течение 10 (десяти) календарных дней по истечении срока, установленного п. 2.7 Договора для уплаты страховой премии, Договор считается не вступившим в силу, стороны не несут по нему обязательств, а действие срока страхования не начинается.

Редакция 2 (уплата страховой премии в рассрочку): В случае если очередной страховой взнос не будет уплачен в течение 10 (десяти) календарных дней по истечении срока, установленного п. 2.7 Договора для уплаты очередного страхового взноса, Договор прекращает свое действие по истечении оплаченного периода страхования, о чем Страховщик письменно уведомляет Страхователя путем направления в адрес Страхователя соответствующего уведомления о прекращении Договора.

7.2. Настоящий Договор может быть расторгнут досрочно по инициативе Страхователя путем письменного уведомления.

7.3. В случае досрочного расторжения Договора страхования по требованию Страхователя полностью либо в отношении кого-либо из Застрахованных лиц возврат страховой премии не производится, за исключением случаев, предусмотренных в пп. 7.4, 7.5 Договора.

7.4. При отказе Страхователя от Договора до даты начала действия срока страхования, предусмотренного Договором, уплаченная страховая премия подлежит возврату Страховщиком Страхователю в полном объеме.

7.5. При отказе Страхователя от Договора в течение 14 (четырнадцати) календарных дней с момента заключения Договора, но после даты начала срока страхования, предусмотренного Договором, Страховщик возвращает Страхователю часть уплаченной Страхователем страховой премии пропорционально сроку действия Договора, прошедшему с даты начала действия страхования до даты прекращения действия Договора, при условии отсутствия в данном периоде событий, имеющих признаки страхового случая.

7.6. При отказе от Договора в случаях, предусмотренных пп. 7.4, 7.5 Договора, денежные средства подлежат возврату по выбору Страхователя наличными деньгами или в безналичном порядке Страхователю в срок, не превышающий 10 (десяти) рабочих дней с даты получения Страховщиком письменного заявления (уведомления) об отказе от Договора.

7.7. Внесение изменений, связанных с переменой фамилии, имени, отчества, адреса проживания, домашнего и служебного телефонов Застрахованных лиц, производится на основании

письменного уведомления от Страхователя и не требует оформления Дополнительного соглашения, подписанного каждой из сторон.

8. Ответственность сторон

8.1. Стороны несут ответственность, предусмотренную действующим Законодательством РФ за неисполнение или ненадлежащее исполнение условий настоящего Договора.

8.2. Во всем, что прямо не оговаривается в настоящем Договоре, стороны руководствуются Правилами страхования. В случае наличия противоречий между отдельными положениями настоящего Договора и Правил страхования положения настоящего Договора имеют преимущественную силу.

9. Порядок разрешения споров

9.1. Споры, возникающие по Договору, в порядке, предусмотренном действующим Законодательством РФ.

10. Прочие условия

10.1. Договор составлен в 2 (двух) экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, – по одному для каждой из Сторон.

10.2. Подписывая Договор, Страхователь дает согласие на передачу сведений, составляющих врачебную тайну от медицинских организаций, где он получал/получает/будет получать медицинские услуги (медицинскую помощь) к Страховщику. Сведения, составляющие врачебную тайну, включают в себя в том числе информацию о факте обращения Застрахованного лица за медицинской помощью, состоянии его здоровья, диагнозе его заболеваний и иные сведения, полученные при его обследовании и лечении.

10.3. Подписывая Договор, Страхователь (Застрахованный) выражает Страховщику согласие на обработку персональных данных, содержащихся в настоящем Договоре, в объеме и на условиях, предусмотренных «Правилами добровольного медицинского страхования» от «___» _____ 20____ г., в том числе в целях продвижения товаров, работ, услуг на рынке путем осуществления Страховщиком прямых контактов с помощью средств связи, а также в целях расчета страховой премии и исполнения обязательств по Договору страхования.

10.4. Подписывая Договор, Страхователь настоящим подтверждает, что

- Правила добровольного медицинского страхования, утвержденные Приказом от _____ г. № ____, ему вручены, он с ними ознакомлен, согласен и обязуется их соблюдать;
- в полном объеме получил информацию, предусмотренную пунктом 2.1.2. Базового стандарта защиты прав и интересов физических и юридических лиц - получателей финансовых услуг, оказываемых членами саморегулируемых организаций, объединяющих страховые организации, утв. Решением КФН ЦБ РФ, Протокол от 09.08.18 № КФНП-24;
- согласен осуществлять взаимодействие со Страховщиком путем обращения в офисы Страховщика, посредствам почтовой и телефонной связи, а также иными способами в случаях, специально предусмотренных Правилами страхования.
- согласен получать сообщения и уведомления от Страховщика, в том числе в электронной форме, по адресам, телефонам, указанным в настоящем Договоре.

Информация об адресах офисов Страховщика, в которых осуществляется прием документов при наступлении страховых случаев и иных обращений, а также о случаях и порядке приема документов в электронной форме, размещена на официальном сайте Страховщика и может быть получена при обращении по телефонам Страховщика, указанным в настоящем Договоре).

–

10.5. Приложения, являющиеся неотъемлемой частью Договора:

Приложение № 1 – Программа добровольного медицинского страхования;
Приложение № 2 – Список Застрахованных лиц;
Приложение № 3 – Согласие субъекта персональных данных на обработку своих персональных данных, составляющих врачебную тайну (форма);
Приложение № 4 – Правила добровольного медицинского страхования, утвержденные Приказом от _____ г. № ____.

11. Адреса и реквизиты сторон

СТРАХОВЩИК:

Место государственной регистрации:
_____
Адрес местонахождения:
_____
ОГРН: _____
ИНН: _____
р/с: _____
Банк плательщика:
_____
БИК: _____,
к/с: _____
Коды: ОКПО _____,
ОКОНХ _____
Телефон/факс: _____
E-mail: _____

СТРАХОВАТЕЛЬ:

Ф. И. О.
Паспорт: серия ____, № _____,
выдан _____
Кем: _____
Адрес проживания: _____
д. __, корп. __, кв. __.
Телефон: дом. _____;
служ. _____.
E-mail _____.

От имени СТРАХОВЩИКА

_____ Ф. И. О/должность.
М. П.

В Договор могут быть внесены изменения, не противоречащие законодательству РФ

От имени СТРАХОВАТЕЛЯ

_____ Ф. И. О.

Приложение № 1 к Договору добровольного
медицинского страхования № ___
от «___» _____ 20__ г.

Программа добровольного медицинского страхования

СТРАХОВЫМ СЛУЧАЕМ по полису добровольного медицинского страхования является обращение Застрахованного в течение срока действия договора в медицинскую организацию по поводу острых или обострения хронических заболеваний, травм, отравлений

Перечень видов медицинских и иных услуг:

Исключения из страхового покрытия:

От имени СТРАХОВЩИКА

_____ Ф. И. О.

М. П.

От имени СТРАХОВАТЕЛЯ

_____ Ф. И. О.

Приложение № 2 к Договору добровольного
медицинского страхования № ___
от «_____» _____ 20__ г.

Список застрахованных лиц

№	Фамилия	Имя	Отчество	Пол	Дата рождения	Программа страхования	Адрес проживания					Документ, удостоверяющий личность				Мобильный телефон	E-mail
							Город проживания	Улица	Дом	Строение	Квартира	Серия	Номер	Дата выдачи	Кем выдан		

От имени СТРАХОВЩИКА

_____ Ф. И. О.

М. П.

От имени СТРАХОВАТЕЛЯ

_____ Ф. И. О.

М. П.

Приложение № 3 к Договору добровольного
медицинского страхования № __
от «___» _____ 20__ г.

Согласие субъекта персональных данных на обработку своих персональных данных, составляющих врачебную тайну (Форма)

Я, _____,
(паспорт серия: _____номер: _____ выдан: _____),
зарегистрированный (ая) по адресу:_____,
проживающий (ая) по адресу: _____,
телефон: _____, e-mail: _____, своей волей и в своем интересе в соответствии с Федеральным законом от 27.07.2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных», с Федеральным законом № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» и иными нормативно-правовыми актами выражаю свое согласие _____ (наименование Страховщика) (далее – Оператор), ИНН _____ , ОГРН _____ зарегистрированному по адресу: _____ на получение сведений Оператором от медицинских организаций, а также на передачу сведений медицинским организациям, которые указаны в приложении № _____ к Договору добровольного медицинского страхования № ____ от «___»___20 __г., составляющих врачебную тайну, относящихся к категории специальных персональных данных, в целях медицинского обследования и лечения пациента (в том числе для проведения необходимых медицинских экспертиз) (далее – «ПД»), в том числе на сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, распространение (в том числе передачу), обезличивание, блокирование, уничтожение ПД.
Под ПД в настоящем документе понимается любая информация, относящаяся ко мне, в том числе фамилия, имя, отчество, год, месяц, дата рождения, место рождения, адрес, паспортные данные, контактный телефон, e-mail, сведения о состоянии здоровья, включающие сведения, составляющие врачебную тайну, согласно ст. 13 Федерального закона № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», а также выражаю свое согласие Оператору на обработку персональных данных, содержащихся в настоящем Согласии в объеме и на условиях, предусмотренных Правилами добровольного медицинского страхования от «___» _____ 20____ г., в том числе в целях продвижения товаров, работ, услуг на рынке путем осуществления Страховщиком прямых контактов с помощью средств связи, а также в целях расчета страховой премии и исполнения обязательств по договору страхования.

Настоящее согласие дано на использование следующих способов обработки ПД:

- неавтоматизированная обработка персональных данных;
- исключительно автоматизированная обработка персональных данных с передачей полученной информации по сети или без таковой;
- смешанная обработка персональных данных.

Настоящее согласие действует в течение 5 (пяти) лет с даты его выдачи и может быть отозвано путем подачи мною соответствующего письменного заявления в _____ (наименование Страховщика) по адресу: _____, не менее чем за 30 (тридцать) дней до даты отзыва согласия.

Я проинформирован о праве отозвать данное согласие, праве на получение сведений об Операторе ПД, праве на ознакомление с моими ПД, праве требовать уточнения ПД, блокирования или уничтожения ПД в случае, если они являются неполными, устаревшими, недостоверными, незаконно полученными.

Настоящим я подтверждаю, что в соответствии со ст. 18 Федерального закона от 27.07.2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных» до начала обработки моих ПД _____ (наименование Страховщика) (адрес 1_____) предоставило мне информацию о своем наименовании и адресе,

о цели обработки ПД и ее правовом основании, о предполагаемых пользователях ПД и установленных Федеральным законом от 27.07.2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных» правах субъекта ПД.

Подпись_____(_____) Дата «__»_____20___г.

Форма согласована:

От имени СТРАХОВЩИКА

_____ Ф. И. О.

М. П.

От имени СТРАХОВАТЕЛЯ

_____ Ф. И. О.

Приложение №6 к Правилам добровольного медицинского страхования

Ренессанс.
ЗДОРОВЬЕ

Договор / Полис добровольного медицинского страхования (Форма)
№ _____ ДМС _____/ _____
от «__» _____ 20 __ г.

_____, именуемое в дальнейшем Страховщик, действующее на основании Лицензии __ № ____, ___ № ___ от _____ г., выданные Центральным банком Российской Федерации (Банк России) бессрочно, в лице _____, действующего по доверенности №_____ от «__» _____ 20 __ г., с одной стороны, и _____,
именуемый (ая) в дальнейшем Страхователь, с другой стороны, заключили настоящий Договор добровольного медицинского страхования (далее – Договор, Договор страхования) о нижеследующем.
Стороны Договора пришли к соглашению, что неотъемлемой частью Договора являются положения Правил добровольного медицинского страхования (далее – Правила страхования, Приложение № 1 к Договору) и Программы добровольного медицинского страхования _____ (Приложение № 2 к Договору, далее – Программа страхования), утвержденных приказом Генерального директора Страховщика № _____ от «__» _____ 20 __ г.
При этом в случае противоречия между положениями, содержащимися в Договоре, и положениями, содержащимися в Правилах страхования, применяться будут положения из Договора.
Подписывая настоящий Договор, Страхователь подтверждает, что Правила страхования и Программу страхования он получил, положения, содержащиеся в указанных документах, ему разъяснены Страховщиком, понятны и он согласен с ними и обязуется их исполнять, подтверждает, что в полном объеме получил информацию, предусмотренную пунктом 2.1.2. Базового стандарта защиты прав и интересов физических и юридических лиц - получателей финансовых услуг, оказываемых членами саморегулируемых организаций, объединяющих страховые организации, утв. Решением КФН ЦБ РФ, Протокол от 09.08.18 № КФНП-24; выражает согласие осуществлять взаимодействие со Страховщиком путем обращения в офисы Страховщика, посредствам почтовой и телефонной связи, а также иными способами в случаях, специально предусмотренных Правилами страхования; выражает согласие получать сообщения и уведомления от Страховщика, в том числе в электронной форме, по адресам, телефонам, указанным в настоящем Полисе/Договоре.

1. Предмет Договора:

1.1. Страховщик обязуется за обусловленную настоящим Договором плату (страховую премию) при наступлении предусмотренного в Договоре события (страхового случая) произвести оплату медицинских и иных услуг, оказанных Застрахованному лицу по настоящему Договору в медицинских организациях, предусмотренных Договором страхования, в соответствии с условиями Договора страхования, в пределах установленной в нем страховой суммы.

1.2. Объектом страхования являются имущественные интересы, связанные с оплатой организации и оказания медицинской помощи (медицинских услуг) и иных услуг вследствие расстройства здоровья физического лица или состояния физического лица, требующего организации и оказания таких услуг, а также проведение профилактических мероприятий, снижающих степень опасных для жизни и здоровья физического лица угроз и (или) устраняющих их (медицинское страхование) при возникновении страхового случая в соответствии с условиями Договора страхования, Программой страхования и Правил страхования.

1.3. Застрахованным (ой) по настоящему Договору является: _____

по серии страхового полиса

_____

2. Страховая сумма, страховая премия и порядок ее внесения:

2.1. Размер страховой премии за одного Застрахованного за весь период страхования составляет:

_____

(сумма прописью)

2.2. Страховая сумма на одного Застрахованного составляет:

_____

2.3. Страховая премия уплачивается Страхователем (нужное отметить):

2.3.1. ☐ Единовременно

2.3.2. ☐ В рассрочку в следующем порядке:

1-й платеж за период с __. __. ____ до __. __. ____, в размере ____ (_____) рублей, уплачивается до __. __.____.

2-й платеж за период с __. __. ____ до __. __. ____, в размере ____ (_____) рублей, уплачивается до __. __.____.

Страховая премия уплачивается Страхователем в рублях (нужное отметить):

2.3.1. ☐Наличными денежными средствами в кассу Страховщика или перечислением на расчетный счет Страховщика. НДС не облагается.

2.3.2. ☐ Безналичным платежом на расчетный счет Страховщика. НДС не облагается

3. Страховой случай:

3.1. Страховым случаем по настоящему Договору является совершившееся событие, предусмотренное Программой страхования, произошедшее в период страхования, с наступлением которого возникает обязанность Страховщика произвести страховую выплату.

4. Адреса и реквизиты сторон:

Страхователь:

Ф. И. О.: _____

Паспорт: _____

Адрес проживания: _____

Адрес регистрации: _____

Телефон: _____

E-mail

Застрахованный:

Ф. И. О.: _____

Паспорт/свидетельство о рождении: _____

Адрес проживания: _____

Адрес регистрации: _____

Телефон: _____

Контактное лицо (☐ является Страхователем):

Ф. И. О.: _____

Телефон: _____

Страховщик: _____

Место государственной регистрации: _____

Адрес местонахождения: _____

ОГРН: _____

ИНН: _____

р/с: _____

Банк плательщика: _____

БИК: _____

к/с: _____

Коды: ОКПО: _____

ОКОНХ: _____

Телефон/факс: _____

E-mail: _____

5. Права и обязанности сторон:

5.1. Страхователь имеет право в течение срока действия Договора по согласованию со Страховщиком внести изменения в Программу страхования путем заключения дополнительного соглашения к настоящему Договору, при увеличении объема страховой защиты уплатив дополнительную страховую премию Страховщику.

5.2. Страхователь (Застрахованный) обязан сообщать Страховщику обо всех известных ему обстоятельствах, имеющих существенное значение для определения вероятности наступления страхового случая и размера возможных убытков от его наступления (страхового риска) при заключении Договора и в течение срока действия Договора в случае изменения указанных обстоятельств. При этом существенными являются обстоятельства, оговоренные Страховщиком в Заявлении-анкете (Приложение № 3 к настоящему Договору), необходимом для заполнения каждым Страхователем (Застрахованным) для оценки фактического состояния здоровья Застрахованного лица. Страховщик, уведомленный об обстоятельствах, влекущих увеличение страхового риска, вправе потребовать изменения условий Договора страхования или уплаты дополнительной страховой премии соразмерно увеличению риска.

Если Страхователь возражает против изменения условий Договора страхования или доплаты страховой премии, Страховщик вправе потребовать расторжения Договора.

5.3. Застрахованный обязан соблюдать внутренний режим работы медицинской организации.

5.4. Страховщик обязан:

5.4.1. Обеспечить предоставление Застрахованному лицу медицинских и иных услуг, гарантированных условиями Договора и Программой страхования.

5.4.2. Соблюдать врачебную тайну о состоянии здоровья Застрахованного.

5.5. Страховщик вправе проверять достоверность данных, сообщаемых ему Страхователем (Застрахованным). Если в течение срока действия Договора окажется, что Страхователь (Застрахованный) сообщил Страховщику заведомо ложные сведения об обстоятельствах, имеющих существенное значение для определения вероятности наступления страхового случая и размера возможных убытков от его наступления, Страховщик вправе потребовать признания Договора недействительным.

6. Изменение и расторжение Договора:

6.1. В случае неуплаты Страхователем очередного страхового взноса (если по Договору предусмотрена рассрочка) в размере и сроки, установленные настоящим Договором, или оплаты очередного

страхового взноса в размере меньшем, чем установлено договором страхования, , Договор прекращает свое действие по истечении оплаченного периода страхования по Договору, о чем Страховщик письменно уведомляет Страхователя путем направления в адрес Страхователя соответствующего уведомления о прекращении Договора.

Денежные средства, уплаченные в размере меньшем, чем установлено договором страхования для оплаты страховой премии (страхового взноса), а также уплаченные после даты, установленной в качестве даты оплаты страховой премии (страхового взноса), считаются ошибочно уплаченными и подлежат возврату лицу, уплатившему их через кассу Страховщика или в безналичном порядке. Возврат ошибочно уплаченных денежных средств осуществляется по письменному заявлению Страхователя в течение 15 (пятнадцати) рабочих дней с момента получения Страховщиком заявления Страхователя.

6.2. Страхователь вправе отказаться от Договора страхования в любое время путем письменного уведомления Страховщика.

6.3. При отказе Страхователя от Договора до даты начала действия периода страхования, предусмотренного Договором, уплаченная страховая премия подлежит возврату Страховщиком Страхователю в полном объеме.

6.4. При отказе Страхователя от Договора в течение 14 (четырнадцати) календарных дней с момента заключения Договора, но после даты начала периода страхования, предусмотренного Договором, Страховщик возвращает Страхователю часть уплаченной Страхователем страховой премии пропорционально сроку действия Договора, прошедшему с даты начала действия страхования до даты прекращения действия Договора, при условии отсутствия в данном периоде событий, имеющих признаки страхового случая.

6.5. При отказе от Договора в случаях, предусмотренных пп. 6.3, 6.4 Договора, денежные средства подлежат возврату по выбору Страхователя наличными деньгами или в безналичном порядке Страхователю в срок, не превышающий 10 (десяти) рабочих дней с даты получения Страховщиком письменного заявления (уведомления) об отказе от Договора.

6.6. В случае досрочного расторжения Договора страхования по требованию Страхователя (за исключением случаев, предусмотренных в пп. 6.3, 6.4. настоящего Договора) Страховщик возвращает часть уплаченной страховой премии за неистекший оплаченный период страхования за вычетом расходов Страховщика на ведение дела в размере 20% (двадцати процентов) от этой суммы, а также за вычетом произведенных страховых выплат по Договору (сумм, уплаченных Страховщиком за оказанные медицинские услуги Застрахованному лицу в период действия Договора страхования).

6.7. Договор прекращает свое действие также в случаях, предусмотренных законодательством РФ, Правилами страхования.

7. Срок действия Договора:

7.1. Договор заключен на срок (период страхования) с «___» _____ 20____ г. по «___» _____ 20___ г.

7.2. Настоящий Договор вступает в силу с 00 часов 00 минут дня, следующего за днем уплаты страховой премии, или ее первого взноса в случае установления рассрочки в уплате страховой премии, но не ранее дня, указанного в п. 7.1 настоящего Договора как дата начала срока страхования (периода страхования), и заканчивается по истечении срока, указанного в п. 7.1 Договора.

8. Особые условия:

8.1. Подписывая Договор, Страхователь (Застрахованный) выражает Страховщику согласие на обработку персональных данных, содержащихся в настоящем Договоре, в объеме и на условиях, предусмотренных «Правилами добровольного медицинского страхования» от «___» _____ 20____

г., в том числе в целях продвижения товаров, работ, услуг на рынке путем осуществления Страховщиком прямых контактов с помощью средств связи, а также в целях получения Страховщиком кредитного отчета и (или) информации, входящей в состав кредитной истории, из бюро кредитных историй для заключения Договора, расчета страховой премии и исполнения обязательств по Договору страхования.

8.2. _____

9. Приложения к настоящему Договору, являющиеся его неотъемлемой частью:

Приложение № 1 – Правила страхования

Приложение № 2 – Программа добровольного медицинского страхования

Приложение № 3 – Заявление-анкета

Информация об адресах офисов Страховщика, в которых осуществляется прием документов при наступлении страховых случаев и иных обращений, а также о случаях и порядке приема документов в электронной форме, размещена на официальном сайте Страховщика и может быть получена при обращении по телефонам Страховщика, указанным в настоящем Полисе/Договоре.)

От Страхователя:

Ф. И. О._____

От имени Страховщика:

Представитель _____

(наименование Страховщика)

Ф. И. О.

_____

Должность_____

По доверенности _____

Приложение №7 к Правилам добровольного медицинского страхования

Договор №_____
добровольного медицинского страхования (форма)

г. «____» _____ 201_ года

АО Страховая компания «Ренессанс Здоровье», действующее на основании Лицензии СЛ№ от г., выданной Центральным банком Российской Федерации (Банк России) бессрочно, именуемое в дальнейшем **«Страховщик»**, в лице _____ г-жи _____, действующей на основании _____, с одной стороны и _____, именуемое в дальнейшем «Страхователь», в лице _____, действующего на основании _____, с другой стороны, вместе и по отдельности именуемые «Стороны», заключили на основании Правил добровольного медицинского страхования, утвержденных Приказом Генерального директора АО СК «Ренессанс Здоровье» от «__» _____ г. №___ (далее – «Правила страхования»), настоящий договор добровольного медицинского страхования (далее – «Договор») о нижеследующем.

1. Предмет договора.

1.1. Страховщик обязуется за обусловленную Договором плату (страховую премию) при наступлении предусмотренного в Договоре события (страхового случая) произвести оплату медицинских и иных услуг, оказанных застрахованным по настоящему Договору лицам (далее – «Застрахованные лица» или «Застрахованные»), медицинской организации, где Застрахованное лицо получило медицинские и иные услуги в пределах оговоренной Договором суммы (страховой суммы). Застрахованными по Договору являются работники Страхователя и родственники застрахованных работников, указанные в Списке Застрахованных лиц (Приложение №2 к Договору). **Общая численность Застрахованных лиц на дату заключения Договора составляет ___ (количество Застрахованных лиц прописью) человек.**

1.2. Объектом страхования являются имущественные интересы, связанные с оплатой организации и оказания медицинской и лекарственной помощи (медицинских услуг) и иных услуг вследствие расстройства здоровья физического лица или состояния физического лица, требующих организации и оказания таких услуг, предусмотренных настоящим Договором (далее – «медицинская помощь» или «медицинские и иные услуги»), при возникновении страхового случая в соответствии с условиями Договора, Программой добровольного медицинского страхования (далее – «Программа страхования» (Приложение №1 к Договору) и Правилами страхования (Приложение №4 к Договору).

1.3. Страховым случаем является обращение Застрахованного лица в течение срока действия договора страхования в медицинскую организацию из числа предусмотренных договором страхования или согласованных со Страховщиком при таком состоянии здоровья, которое требует получения медицинских и (или) иных услуг в соответствии с программой добровольного медицинского страхования (далее – Программа страхования), предусмотренной договором страхования.

Обращение Застрахованного в медицинскую организацию может осуществляться в дистанционном формате (телемедицина) ***(если это предусмотрено Программой страхования).***

1.4. Исключения из страхового покрытия указаны в пп. 4.3 Правил страхования и в Программе страхования.

2. Страховая сумма, страховая премия и порядок ее оплаты.

2.1. Под страховой суммой по Договору понимается предельный размер страховых выплат по Договору.

2.2. Общая страховая сумма по Договору составляет _____ **(сумма прописью)** рублей 00 коп.

Общая сумма выплат по всем страховым случаям за весь период страхования не может превышать общей страховой суммы.

Лимиты ответственности Страховщика устанавливаются в следующем размере:

– лимит ответственности Страховщика по разделу I Программы страхования **составляет:** _____ **(сумма прописью) рублей 00 коп.** Под лимитом ответственности по разделу I Программы страхования понимается предельная сумма выплат за весь период страхования за оказанные медицинские и иные услуги в соответствии с разделом I Программы страхования;

– лимит ответственности Страховщика по разделу II Программы страхования **составляет:** _____ **(сумма прописью) рублей 00 коп.** Под лимитом ответственности по разделу II Программы страхования понимается предельная сумма выплат за весь период страхования за оказанные медицинские и иные услуги в соответствии с разделом II Программы страхования.

2.3. Размеры страховой суммы и страховой премии за срок действия Договора:

Наименование Программы	Страховая премия за одно Застрахованное лицо в год, сумма в рублях	Страховая сумма на одно Застрахованное лицо в год, сумма в рублях	Количество Застрахованных лиц

2.4. Общая страховая премия по Договору **составляет _____ (сумма прописью) рублей.**

2.5. Общая страховая премия уплачивается Страхователем в рублях, безналичным платежом на расчетный счет Страховщика.

2.6.

При заключении Договора необходимо выбрать одну из нижеперечисленных редакций пункта 2.6.

Редакция 1 (при единовременной оплате)

Страховая премия уплачивается Страхователем единовременно в срок до __ _____ 20____ г.

Редакция 2 (при оплате в рассрочку, поквартально)

Страховая премия уплачивается Страхователем в рассрочку (поквартально) в следующем порядке:

Страховой взнос за период с _____ по _____в размере ____ (_____) рублей уплачивается до __ _____ 20__ г.

Страховой взнос за период с _____ по _____в размере ____ (_____) рублей уплачивается до __ _____ 20___ г.

Страховой взнос за период с _____ по _____в размере ____ (_____) рублей уплачивается до __ _____ 20__ г.

Страховой взнос за период с _____ по _____в размере ____ (_____) рублей уплачивается до __ _____ 20__ г.

Редакция 3 (при оплате в рассрочку, по полугодиям)

Страховая премия уплачивается Страхователем в рассрочку (по полугодиям) в следующем порядке:

Страховой взнос за период с _____ по _____в размере ____ (_____) рублей уплачивается до __ _____ 20__ г.

Страховой взнос за период с _____ по _____в размере ____ (_____) рублей уплачивается до __ _____ 20__ г.

2.7. При увеличении в течение срока действия настоящего Договора численности Застрахованных лиц или изменении объема и (или) комбинации медицинских и иных услуг и (или) перечня медицинских организаций дополнительный страховой взнос по Программе страхования,

включающей амбулаторную помощь, стоматологическую помощь, стационарную помощь, скорую медицинскую помощь (указать виды помощи за каждое вновь принимаемое на страхование Застрахованное лицо), уплачивается Страхователем за каждое Застрахованное лицо в полном объеме.

2.8. Все расходы, связанные с уплатой страховой премии (страхового взноса), несет Страхователь.

3. Права и обязанности сторон

3.1. СТРАХОВЩИК обязан:

3.1.1. Организовать оказание медицинских и иных услуг Застрахованным лицам в соответствии с Программой страхования и условиями Договора.

3.1.2. В срок не позднее 10 (десяти) рабочих дней с даты поступления страховой премии в полном объеме / первого взноса на расчетный счет Страховщика обеспечить прикрепление Застрахованных лиц к медицинским организациям, выдать Страхователю для каждого Застрахованного лица страховой полис. В случае увеличения количества застрахованных в течение срока действия настоящего Договора страховые полисы выдаются не позднее 10 (десяти) рабочих дней с момента поступления страховой премии на расчетный счет Страховщика, предусмотренной дополнительным соглашением к настоящему Договору.

3.1.3. Направлять по согласованию со Страхователем Застрахованным лицам страховой полис на индивидуальные электронные почтовые адреса, содержащие корпоративный домен. Стороны признают юридическую силу страховых полисов, подписанных со стороны Страховщика факсимильной подписью и являющихся документом, удостоверяющим право Застрахованного лица на получение медицинской помощи по настоящему Договору.

3.1.4. Контролировать объем, сроки и качество предоставляемой Застрахованным лицам медицинской помощи.

3.1.5. При невозможности оказания медицинских и иных услуг в медицинской организации, указанной в Программе страхования, по любой причине Страховщик организует оказание вышеуказанных услуг в иной медицинской организации соответствующего уровня профиля и ценового сегмента по своему усмотрению, предварительно направив в адрес Страхователя соответствующее письменное уведомление. В случае если у Застрахованного лица в Договоре предусмотрена одна медицинская организация, то объем услуг, оказываемый по медицинским показаниям и прописанный в Программе страхования, будет предоставляться в рамках объема услуг данной медицинской организации.

3.1.6. по запросу Страхователя, позволяющему подтвердить факт его получения Страховщиком, однократно предоставить Страхователю копию договора страхования (страхового полиса) и иных документов, являющихся неотъемлемой частью договора страхования (Правил страхования, программ, дополнительных условий страхования и других документов в соответствии с условиями, указанными в Договоре страхования) по действующим договорам страхования бесплатно.

Исключение составляет информация, не подлежащая разглашению (персональные данные других застрахованных лиц, данные об уплаченных премиях по коллективным договорам страхования, условия страхования других категорий застрахованных лиц и пр.);

3.1.7. по требованиям Страхователя/ Застрахованного лица, а также лиц, имеющих намерение заключить договор страхования, разъяснять положения, содержащиеся в настоящих Правилах, программах и договоре страхования;

3.1.8. при заключении договора страхования предоставить Страхователю договор, состоящий из текста договора и всех приложений, являющихся неотъемлемой частью договора страхования, ссылка на которые имеется по тексту договора страхования, в том числе Правила страхования, полисные условия, дополнительные условия, программы страхования и т.п.

3.1.9. по запросу Страхователя/Застрахованного, полученному им после заявления о наступлении события, имеющего признаки страхового случая, предоставить информацию в соответствии с положениями, предусмотренными договором страхования и (или) Правилами страхования:

- обо всех необходимых действиях, которые Страхователь/Застрахованный обязан предпринять, обо всех документах, предъявление которых обязательно для рассмотрения вопроса о признании события страховым случаем и определения размера страховой выплаты, а также о сроках проведения указанных действий и предоставления документов;
- о форме и способах осуществления страховой выплаты и порядке их изменения, направленных на обеспечение прав Страхователя/Застрахованного на получение страховой выплаты удобным для него способом из числа указанных в Договоре страхования;

3.1.10. по запросу Страхователя/Застрахованного, в срок не превышающий 30 (Тридцать) календарных дней с момента получения такого запроса, при условии возможности идентификации заявителя в соответствии с требованиями Федерального закона от 27.06.2006 №152-ФЗ «О персональных данных» и после принятия решения о страховой выплате предоставить в письменном виде информацию о расчете суммы страховой выплаты;

3.1.11. по письменному запросу Страхователя/Застрахованного в срок, не превышающий 30 (Тридцать) календарных дней с момента получения такого запроса, бесплатно однократно по каждому страховому случаю предоставить в письменном виде исчерпывающую информацию и документы (в том числе копии документов и/или выписки из них), на основании которых Страховщиком было принято решение о страховой выплате.

Исключения составляют документы, которые свидетельствуют о возможных противоправных действиях Страхователя, направленных на получение страховой выплаты. Информация и документы предоставляются в объеме, не противоречащем действующему законодательству РФ;

3.1.12. по письменному запросу Страхователя/Застрахованного в срок, не превышающий 30 (Тридцать) календарных дней с момента получения такого запроса, бесплатно однократно по одному событию, предоставить в письменном виде информацию и документы (в том числе копии документов и/или выписки из них), за исключением документов, которые свидетельствуют о возможных противоправных действиях Страхователя/Застрахованного, направленных на получение страховой выплаты, обосновывающие решение об отказе. Информация и документы предоставляются в объеме, не противоречащем действующему законодательству РФ;

3.2. СТРАХОВЩИК имеет право:

3.2.1. При выявлении у Застрахованного лица заболевания или состояния, указанного в разделе «Исключения из страхового покрытия» Программы страхования снять со страхования данного застрахованного с даты выявления заболевания или состояния вследствие прекращения Договора в отношении данного Застрахованного лица. При этом возврат страховой премии по Программе страхования не производится.

3.2.2. Не нести ответственность за качество оказанных медицинских услуг и не возмещать понесенных расходов, если:

– Застрахованным лицом получены медицинские и иные услуги, не предусмотренные Договором (Программой страхования);

– Застрахованным лицом получены медицинские и иные услуги в медицинских организациях, не предусмотренных Договором (Программой страхования), за исключением случаев, предварительно согласованных со Страховщиком;

– лицо, получившее медицинские и иные услуги, на дату их получения не является Застрахованным.

3.2.3. Реализовывать иные права, предусмотренные Договором и Правилами страхования.

3.3. СТРАХОВАТЕЛЬ обязан:

3.3.1. Уплатить страховую премию в размере, в порядке и в сроки, предусмотренные Договором.

3.3.2. Передать Страховщику списки Застрахованных лиц по форме согласно Приложению №2 к Договору.

3.3.3. В случае получения Застрахованными лицами по Договору медицинских и иных услуг в объеме, превышающем размер страховой суммы и (или) лимиты ответственности Страховщика по одному из Разделов, уплатить дополнительную страховую премию в размере и в сроки, определенные Дополнительным соглашением к Договору между Сторонами. В случае отказа Страхователя уплатить дополнительную страховую премию Страховщик имеет право в одностороннем порядке расторгнуть Договор путем направления письменного уведомления в адрес Страхователя, но не позднее 10 (десяти) календарных дней до даты предполагаемого расторжения. Договор будет считаться расторгнутым с даты, указанной в уведомлении в качестве даты расторжения Договора.

3.3.4. Сообщать Страховщику индивидуальные корпоративные электронные почтовые адреса Застрахованных лиц и доменное имя, используемое Страхователем в формировании индивидуальных электронных адресов Застрахованных, а также обеспечивать безопасность информационной рассылки. Ответственность за корректную передачу электронных почтовых адресов Застрахованных лежит на Страхователе. При наличии сомнений в корректности адресов Страховщик оставляет за собой право осуществить отправку страховых полисов Застрахованных на электронный почтовый адрес контактного лица Страхователя, указанный в настоящем Договоре.

3.3.5. Информировать Страховщика об отказах в предоставлении Застрахованным лицам медицинских и иных услуг в объеме, предусмотренном Договором (Программой страхования).

3.3.6. Проинформировать Застрахованных лиц об их обязанностях:

3.3.6.1. Для получения пропуска в медицинскую организацию предъявить при первом обращении за медицинскими и иными услугами страховой медицинский полис и документы, удостоверяющие личность.

3.3.6.2. Соблюдать предписания лечащего врача, полученные в ходе предоставления медицинских и иных услуг, и распорядок, установленный медицинской организацией.

3.3.6.3. Заботиться о сохранности пропуска в медицинскую организацию и страхового медицинского полиса, не передавать их другим лицам с целью получения ими медицинских и иных услуг.

3.3.6.4. В течение 10 (десяти) календарных дней сообщать Страхователю об изменении своей фамилии, паспортных данных, контактного телефона, адреса фактического места жительства, индивидуального корпоративного электронного почтового адреса.

3.3.6.5. Соблюдать порядок получения медицинской помощи, указанный в индивидуальной памятке к страховому полису Застрахованного лица.

3.3.6.6. Сообщать Страховщику в письменном виде от своего лица о случаях непредоставления, неполного или некачественного предоставления медицинских и иных услуг.

3.3.6.7. При утрате страхового медицинского полиса или пропуска в медицинскую организацию незамедлительно известить об этом Страховщика и медицинскую организацию. Утраченные документы признаются недействительными и не могут являться основанием для получения медицинских и иных услуг в соответствии с Договором. Взамен утраченных документов Застрахованному лицу выдаются их дубликаты в течение 5 (пяти) рабочих дней с момента уведомления Страховщика об утере.

3.3.7. Информировать Застрахованных лиц об объеме предоставляемой медицинской помощи по настоящему Договору и порядке ее получения.

3.3.8. В срок не позднее 3 (трех) календарных дней после получения от Страховщика страховой документации, перечисленной в п. 3.1.2 Договора, передать ее Застрахованным лицам.

3.3.9. Получать от каждого Застрахованного лица Согласие на получение сведений, составляющих врачебную тайну, и обработку Страховщиком их персональных данных по форме, установленной в Приложении №3 к настоящему Договору. В случае изменения списка Застрахованных лиц (принятия

на страхование новых лиц) Страхователь обязан также получить письменные Согласия от новых Застрахованных лиц.

3.3.10. По запросу Страховщика предоставлять заверенные копии Согласия в течение 3 (трех) рабочих дней с момента запроса по форме согласно Приложению №3.

3.3.11. В случае отзыва Застрахованным лицом своего Согласия на обработку персональных данных, переданного Страхователю, Страхователь обязан письменно уведомить об этом Страховщика с заявлением о прекращении действия настоящего Договора в отношении такого Застрахованного лица не позднее 3 (трех) рабочих дней с момента получения указанного уведомления.

3.3.12. Во всех случаях досрочного прекращения (расторжения) Договора уничтожить страховые медицинские полисы и пропуска в медицинские организации в течение 3 (трех) рабочих дней с даты досрочного прекращения (расторжения) Договора в отношении какого-либо Застрахованного лица.

3.3.13. Исполнять иные обязанности, предусмотренные Договором и Правилами страхования.

3.4. СТРАХОВАТЕЛЬ имеет право:

3.4.1. По согласованию со Страховщиком вносить изменения в Программу страхования, изменять размер страховой суммы, изменять количество Застрахованных лиц путем оформления Дополнительного соглашения к Договору.

3.4.2. По согласованию со Страховщиком проводить замену Застрахованных лиц в пределах одной и той же Программы страхования и установленной Договором численности в течение срока действия Договора с учетом действующего законодательства РФ.

3.4.3. получить информацию о размере вознаграждения, выплачиваемого Страховщиком страховому агенту, или страховому брокеру, при посредничестве которых со Страхователем заключается договор страхования;

3.4.4. по запросу однократно получить бесплатно по одному договору страхования заверенный Страховщиком расчет суммы страховой премии (части страховой премии), подлежащих возврату в связи с расторжением или досрочным прекращением договора страхования, со ссылками на нормы Права и (или) условия договора страхования и Правил страхования, на основании которых произведен расчет.

4. Срок действия договора

4.1. Настоящий Договор заключен на срок с «___» _____20__г. по «___» _____ 20__г. и вступает в силу с «__» _____20__г. при условии уплаты страховой премии (страхового взноса) в порядке и сроки, указанные в Договоре. Окончание срока действия Договора не влечет прекращения финансовых обязательств Сторон в части взаиморасчетов по уплате страховых премий/взносов и осуществления страховых выплат Страховщиком, возникших в течение срока действия Договорам.

4.2. Действие настоящего Договора прекращается и Застрахованные лица теряют право на получение медицинской помощи в случаях:

- истечения срока действия Договора;
- исполнения Страховщиком обязательств перед Страхователем в полном объеме;
- соглашения Сторон о расторжении настоящего Договора;
- неуплаты Страхователем очередных страховых взносов в установленные Договором сроки;
- ликвидации Страхователя как юридического лица;
- в других случаях, предусмотренных Правилами страхования и действующим законодательством РФ.

5. Конфиденциальность

5.1. Обработка персональных данных Застрахованных лиц, передаваемых Страховщику, в целях заключения и исполнения Договора осуществляется в соответствии с Федеральным законом РФ от 27.07.2006 №152-ФЗ «О персональных данных».

5.2. Стороны берут на себя обязательства по соблюдению режима конфиденциальности в отношении информации, полученной при исполнении Договора, за исключением случаев, предусмотренных действующим законодательством РФ. Передача информации третьим лицам или иное разглашение информации, признанной по Договору конфиденциальной, может осуществляться исключительно с письменного согласия другой Стороны (Застрахованных лиц).

5.3. Конфиденциальной по Договору признается информация:

- о форме и содержании (в том числе Программе страхования, сумме страховых взносов) Договора;
- сведения о состоянии здоровья Застрахованных лиц, а также случаях их обращения за медицинскими и иными услугами;
- информация об имущественных интересах Страхователя, в случае если в Заявлении на страхования Страхователь указал себя как лицо, находящееся под иностранными санкциями.

5.4. Страховщик обязуется соблюдать режим конфиденциальности относительно информации о заболеваниях Застрахованного, полученной в ходе исполнения Договора от медицинских организаций, и обязуется не передавать указанную информацию без письменного согласия Застрахованного третьим лицам, в том числе Страхователю.

6. Порядок осуществления страховой выплаты

6.1. Страховые выплаты производятся Страховщиком только в связи с наступлением страховых случаев.

6.2. Страховщик производит страховую выплату путем перечисления денежных средств в медицинскую организацию в счет оплаты оказанных Застрахованным лицам медицинских и иных услуг.

6.3. Сумма страховых выплат по Договору за весь срок его действия не может превысить величину страховой суммы, указанной в пп. 2.2, 2.3 Договора, установленной в отношении каждого из Застрахованных лиц.

6.4. Если Застрахованное лицо обратилось за медицинскими и иными услугами в период страхования и на момент окончания срока действия Договора Застрахованный получает медицинскую помощь в амбулаторных или стационарных условиях, то оказание и оплата медицинских и иных услуг Страховщиком, связанных с данным обращением, производится до окончания периода страхования.

7. Изменение и расторжение договора

7.1. Внесение изменений в списки Застрахованных лиц прекращается за 2 (два) месяца до момента истечения срока действия Договора.

7.2. В случае необходимости со стороны Страхователя и подтверждения возможности со стороны Страховщика внесения изменений в списки Застрахованных лиц Страхователь предоставляет Страховщику списки Застрахованных лиц с изменениями в соответствии с установленной формой не позднее 5 (пяти) рабочих дней до даты начала периода страхования, согласованного Сторонами. Стороны оформляют дополнительное соглашение к Договору, содержащее изменения к списку Застрахованных лиц, сумму страховой премии, подлежащей уплате за этих Застрахованных лиц, порядок и сроки ее уплаты.

7.3. Настоящий Договор может быть расторгнут досрочно по инициативе Страхователя путем письменного уведомления Страховщика. При досрочном прекращении Договора страхования по

инициативе Страхователя Договор страхования считается прекращенным (расторгнутым) со дня получения Страховщиком от Страхователя заявления о расторжении, если иной срок не указан в заявлении о расторжении, но в любом случае не ранее даты получения Страховщиком заявления о расторжении.

7.4. Настоящий Договор может быть расторгнут досрочно по соглашению Сторон. О намерении досрочного расторжения Договора Сторона обязана письменно уведомить другую Сторону не позднее чем за 30 (тридцать) календарных дней до предполагаемой даты расторжения Договора, при этом Договор считается расторгнутым с даты, указанной в письменном уведомлении.

7.5. В случае досрочного расторжения договора страхования по требованию Страхователя полностью, либо в отношении кого-либо из Застрахованных лиц, возврат страховой премии не производится.

7.6. Внесение изменений, связанных с переменой фамилии, имени, отчества, адреса проживания, домашнего и служебного телефонов Застрахованных лиц, производится на основании письменного уведомления от Страхователя и не требует оформления Дополнительного соглашения, подписанного каждой из сторон.

8. Ответственность сторон

8.1. Стороны несут ответственность, предусмотренную законодательством Российской Федерации за неисполнение или ненадлежащее исполнение условий настоящего Договора.

8.2. Во всем, что прямо не оговаривается в настоящем Договоре, стороны руководствуются Правилами страхования. В случае наличия противоречий между отдельными положениями настоящего Договора и Правил страхования положения настоящего Договора имеют преимущественную силу.

9. Порядок разрешения споров

9.1. Споры, возникающие по Договору, в порядке, предусмотренном действующим Законодательством РФ.

10. Прочие условия

10.1. Договор составлен в 2 (двух) экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, – по одному для каждой из Сторон.

10.2. Все изменения и дополнения к Договору составляются в письменной форме, подписываются и скрепляются печатями Сторон.

10.3. Стороны согласовали возможность использования факсимильной подписи уполномоченных лиц для подписания Дополнительных Соглашений и иных документов, оформляемых Сторонами во исполнение Договора.

Все уведомления, запросы, иные сообщения по Договору считаются направленными надлежащим образом другой Стороне Договора, только в случае если они подписаны уполномоченным лицом Стороны, скреплены печатью и направлены по почте письмом с уведомлением о вручении, или переданы через курьера уполномоченному на то лицу другой Стороны, или направлены по электронной почте с использованием электронно-цифровой подписи уполномоченного представителя Стороны.

10.4. Стороны договорились, что в течение 5 (пяти) календарных дней с момента подписания настоящего Договора Страхователь направляет в адрес Страховщика средствами электронной связи экземпляр настоящего Договора (включая все приложения к нему) с одновременным направлением одного оригинального экземпляра настоящего Договора посредством почтовой связи либо нарочным. При заключении дополнительных соглашений к настоящему Договору Страховщик

направляет дополнительное соглашение в 2 (двух) оригинальных экземплярах, подписанных со своей стороны. Страхователь в течение 5 (пяти) календарных дней подписывает оба экземпляра и направляет Страховщику один оригинальный экземпляр дополнительного соглашения посредством почтовой связи либо нарочным.

10.5. Во всем остальном, что прямо не предусмотрено настоящим Договорам, стороны руководствуются Правилами добровольного медицинского страхования, утвержденных Приказом Генерального директора АО СК «Ренессанс Здоровье» от «__» _____ г. №___. Страхователь подтверждает, что с вышеуказанными Правилами страхования ознакомлен, согласен и обязуется их исполнять,

подтверждает, что в полном объеме получил информацию, предусмотренную пунктом 2.1.2. Базового стандарта защиты прав и интересов физических и юридических лиц - получателей финансовых услуг, оказываемых членами саморегулируемых организаций, объединяющих страховые организации, утв. Решением КФН ЦБ РФ, Протокол от 09.08.18 №КФНП-24; выражает согласие осуществлять взаимодействие со Страховщиком путем обращения в офисы Страховщика, посредствам почтовой и телефонной связи, а также иными способами в случаях, специально предусмотренных Правилами страхования; выражает согласие получать сообщения и уведомления от Страховщика, в том числе в электронной форме, по адресам, телефонам, указанным в настоящем Договоре.

Информация об адресах офисов Страховщика, в которых осуществляется прием документов при наступлении страховых случаев и иных обращений, а также о случаях и порядке приема документов в электронной форме, размещена на официальном сайте Страховщика и может быть получена при обращении по телефонам Страховщика, указанным в настоящем Договоре.)

10.6. Приложения, являющиеся неотъемлемой частью Договора:

Приложение №1 – Программа добровольного медицинского страхования;

Приложение №2 – Список Застрахованных лиц;

Приложение №3 – Согласие субъекта персональных данных на обработку своих персональных данных, составляющих врачебную тайну (форма);

Приложение №4 – Правила добровольного медицинского страхования, утвержденные Приказом от _____ 201_ г. №__.

Информация об адресах офисов Страховщика, в которых осуществляется прием документов при наступлении страховых случаев и иных обращений, а также о случаях и порядке приема документов в электронной форме, размещена на официальном сайте Страховщика и может быть получена при обращении по телефонам Страховщика, указанным в настоящем Договоре.)

11. Адреса и реквизиты сторон.

СТРАХОВЩИК

_____

Место государственной регистрации: _____

_____

Адрес местонахождения: _____

ОГРН: _____

ИНН (или код иностранной организации): _____,

р/с: _____

Банк плательщика: _____

БИК: _____, к/с: _____

Коды: ОКПО _____, ОКОНХ _____

Телефон/факс: _____

E-mail: _____

СТРАХОВАТЕЛЬ

_____

Место государственной регистрации: _____

_____

Адрес местонахождения: _____

ОГРН _____

ИНН (или код иностранной организации): _____,

р/с: _____

Банк плательщика: _____

БИК: _____, к/с: _____

Коды: ОКПО _____, ОКОНХ _____

Телефон/факс: _____

E-mail: _____

Для Страхователя – индивидуального предпринимателя необходимо указать:

Реквизиты Свидетельства о внесении записи в ЕГРИП;

Ф. И. О.:

Адрес:

Дата рождения:

Паспортные данные:

Регистрация по месту жительства:

Страховое свидетельство государственного пенсионного страхования:

Телефон:

Факс:

E-mail:

СТРАХОВЩИК

От имени СТРАХОВЩИКА

Должность

_____ Ф.И.О.

МП

СТРАХОВАТЕЛЬ

От имени СТРАХОВАТЕЛЯ

_____ Ф.И.О.

МП

В Договор могут быть внесены изменения, не противоречащие законодательству Российской Федерации

Приложение №1 к Договору
Добровольного медицинского страхования
№_____
от «__» _____ 2018 г.

ПРОГРАММА ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

Перечень видов медицинских и иных услуг (медицинской помощи)

Раздел I. Оказание и оплата медицинских услуг в рамках программы страхования осуществляется в пределах Лимита ответственности Страховщика по настоящему Разделу:

Раздел II. Оказание экстренной медицинской помощи в реанимационном отделении и палате интенсивной терапии стационара при заболеваниях осуществляется в пределах Лимита ответственности Страховщика по настоящему Разделу:

Лечение следующих заболеваний и сопутствующих им состояний: септический эндокардит; гангрена нижних конечностей; инфекционный аллергический миокардит; эхинококкоз печени; болезнь Бехтерева; болезнь Иценко-Кушинга; болезнь Крона; болезнь Миньера; фульминантный гепатит; болезнь Хамманта – Рича; болезнь Вегенера; болезнь Вильсона – Коновалова; болезнь Аддисона – Бирмера; гемосидероз; синдром Бадди – Киари; синдром Морфана; синдром Маллори – Вейса; синдром Фелти; синдром Александера; апластический синдром (анемия); синдром Бернута; синдром Бехчета; синдром Бурке; синдром Вермера; синдром Гудпасчера; синдром застойного легкого; болезнь Гоше; болезнь Нимана-Пике.

Исключения из страхового покрытия:

От имени СТРАХОВЩИКА	**От имени СТРАХОВАТЕЛЯ**
_____ Ф.И.О.	_____ Ф.И.О.
МП	МП

Приложение №2 к Договору добровольного медицинского страхования №__
от «___» _____ 20__ г.

СПИСОК ЗАСТРАХОВАННЫХ ЛИЦ

№	Фамилия	Имя	Отчество	Пол	Дата рождения	Должность	Программа страхования	Адрес проживания					Документ, удостоверяющий личность				Мобильный телефон	e-mail
								Город	Улица	Дом	Строение	Квартира	Серия	Номер	Дата выдачи	Кем выдан		

От имени СТРАХОВЩИКА

_____ Ф. И. О.

М. П.

От имени СТРАХОВАТЕЛЯ

_____ Ф. И. О.

М. П. (при наличии)

Приложение №3 к Договору добровольного медицинского страхования № __
от «___» _____ 20__ г.

Согласие субъекта персональных данных на обработку своих персональных данных, в том числе сведений, составляющих врачебную тайну(Форма)

Я,
_____
____,
(паспорт серия: _____номер: _____ выдан: _____),
зарегистрированный (ая) по адресу: _____,
проживающий (ая) по адресу: _____,
телефон:_____, e-mail:_____, своей волей и в своем интересе в соответствии с Федеральным законом от 27.07.2006 г. №152-ФЗ «О персональных данных», с Федеральным законом №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» и иными нормативно-правовыми актами выражаю свое согласие _____ **(наименование Страховщика), ИНН**_____, **ОГРН** _____ **(далее – Оператор),** зарегистрированному по адресу: 115114, г. Москва, Дербеневская набережная, д. 7, стр. 22, этаж/пом 4/XIII на получение сведений Оператором от медицинских организаций, а также на передачу сведений медицинским организациям, которые указаны в приложении № _____ к Договору добровольного медицинского страхования №____ от «___»___20 __г., составляющих **врачебную тайну, относящихся к категории специальных персональных данных,** в целях медицинского обследования и лечения пациента (в том числе для проведения необходимых медицинских экспертиз) (далее – «ПД»), в том числе на сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, распространение (в том числе передачу), обезличивание, блокирование, уничтожение ПД, а также выражаю свое согласие Оператору на обработку персональных данных, содержащихся в настоящем Согласии в объеме и на условиях, предусмотренных Правилами добровольного медицинского страхования от «___» _____ 20____ г., в том числе в целях продвижения товаров, работ, услуг на рынке путем осуществления Страховщиком прямых контактов с помощью средств связи, а также в целях расчета страховой премии и исполнения обязательств по договору страхования.

Под ПД в настоящем документе понимается любая информация, относящаяся ко мне, в том числе фамилия, имя, отчество, год, месяц, дата рождения, место рождения, адрес, паспортные данные, контактный телефон, e-mail, сведения о состоянии здоровья, включающие сведения, составляющие врачебную тайну, согласно ст. 13 Федерального закона №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»).

Настоящее согласие дано на использование следующих способов обработки ПД:

- неавтоматизированная обработка персональных данных;
- исключительно автоматизированная обработка персональных данных с передачей полученной информации по сети или без таковой;
- смешанная обработка персональных данных.

Настоящее согласие действует в течение 5 (пят) лет с даты его выдачи и может быть отозвано путем подачи мною соответствующего письменного заявления в _____ **(наименование Страховщика)** по адресу: _____, не менее чем за 30 (тридцать) дней до даты отзыва согласия.

Я проинформирован о праве отозвать данное согласие, праве на получение сведений об Операторе ПД, праве на ознакомление с моими ПД, праве требовать уточнения ПД, блокирования или уничтожения ПД в случае, если они являются неполными, устаревшими, недостоверными, незаконно полученными.

Настоящим я подтверждаю, что в соответствии со ст. 18 Федерального закона от 27.07.2006 г. №152-ФЗ «О персональных данных» до начала обработки моих ПД _____(наименование

Страховщика) (адрес _____) предоставило мне информацию о своем наименовании и адресе, о цели обработки ПД и ее правовом основании, о предполагаемых пользователях ПД и установленных Федеральным законом от 27.07.2006 г. №152-ФЗ «О персональных данных» правах субъекта ПД.

Подпись_____(_____) **Дата «__»_____20___г.**

Форма согласована:

От имени СТРАХОВЩИКА	**От имени СТРАХОВАТЕЛЯ**
_____ Ф. И. О.	_____ Ф. И. О.
М. П.	М. П. (при наличии)

Ренессанс.
ЗДОРОВЬЕ

Приложение №8 к Правилам добровольного медицинского страхования

Полис добровольного медицинского страхования

Число	*Месяц*	*Год*	*Номер Полиса*	*Место заключения договора страхования (город)*

Настоящий Полис удостоверяет факт заключения договора страхования с _____ (далее — Страховщик). Полис заключается на основании устного заявления Страхователя, путем вручения Страховщиком настоящего Полиса, подписанного Страховщиком. Настоящий Полис заключен на условиях, изложенных в Правилах добровольного медицинского страхования (далее – Правила страхования) и Программе добровольного медицинского страхования, утвержденных Приказом № 000 Генерального директора _____ от 00.00.0000, являющихся неотъемлемой частью настоящего Полиса.

Настоящий Полис удостоверяет факт заключения договора страхования с _____ (далее — Страховщик). Полис заключается на основании письменного заявления Страхователя, путем вручения Страховщиком настоящего Полиса, подписанного Страховщиком. Настоящий Полис заключен на условиях, изложенных в Правилах добровольного медицинского страхования (далее – Правила страхования) и Программе добровольного медицинского страхования, утвержденных Приказом № 000 Генерального директора _____от 00.00.0000), являющихся неотъемлемой частью настоящего Полиса.

Настоящий Полис удостоверяет факт заключения договора страхования между Страхователем и _____ (далее — Страховщик). Полис заключен на основании заявления Страхователя, подписанного им простой электронной подписью (далее — Заявление), путем направления по электронному адресу, указанному в Заявлении, Страхователю настоящего Полиса, подписанного Страховщиком усиленной квалифицированной электронной подписью. Настоящий Полис заключен на условиях, изложенных в Правилах добровольного медицинского страхования (далее – Правила страхования) и Программе добровольного медицинского страхования, утвержденных Приказом № 000 Генерального директора _____ от 00.00.0000, являющихся неотъемлемой частью настоящего Полиса.

1. СТРАХОВЩИК

_____ (наименование Страховщика). Лицензии ЦБ РФ на осуществление страхования __ №___, ___ №___ выданы _____ бессрочно. ИНН _____, ОГРН _____
115114, Москва, Дербеневская наб., д. 7, стр. 22, этаж/пом 3/XII, телефон + 7 495 411 7 114, сайт_____; e-mail_____

2. СТРАХОВАТЕЛЬ

фамилия, имя, отчество физического лица			*пол*	*гражданство*	*дата и место рождения*
адрес регистрации физического лица					*электронная почта*
адрес проживания физического лица					*телефон*
вид документа	*серия*	*номер*	*кем выдан*	*дата выдачи*	*код подразделения*
документ, удостоверяющий личность					

фамилия, имя, отчество индивидуального предпринимателя	*пол*	*ИНН*	*гражданство*	*дата рождения*

адрес регистрации индивидуального предпринимателя					*электронная почта*
адрес проживания индивидуального предпринимателя					*телефон*
вид документа	*серия*	*номер*	*кем выдан*	*дата выдачи*	*код подразделения*
документ, удостоверяющий личность					
серия	*номер*	*кем выдан*	*дата выдачи*	*дата регистрации ФЛ в качестве ИП*	
данные свидетельства о регистрации физического лица в качестве ИП					

наименование юридического лица	*ИНН, ОГРН*
адрес места регистрации	*электронная почта*
почтовый адрес	*телефон*

3. ЗАСТРАХОВАННЫЙ №

фамилия, имя, отчество физического лица	*пол*	*гражданство*	*дата рождения*
адрес регистрации физического лица			*электронная почта*
адрес проживания физического лица			*телефон*

вид документа	*серия*	*номер*	*кем выдан*	*дата выдачи*	*код подразделения*
документ, удостоверяющий личность					
☐ *Совпадает со Страхователем*					

4. Страховые случаи

СТРАХОВЫЕ СЛУЧАИ	
4.1. ☐	Обращение Застрахованного лица в течение периода страхования в медицинскую организацию из числа предусмотренных Договором страхования по поводу острых или обострения хронических заболеваний, травм, отравлений, требующих получения медицинских или иных услуг, предусмотренных Договором страхования и Программой страхования, и повлекших возникновение обязательств Страховщика произвести оплату данных медицинских и иных услуг, оказанных Застрахованному.
4.2. ☐	Обращение Застрахованного лица в течение периода страхования в аптечную организацию из числа предусмотренных настоящим Договором и Программой страхования в целях приобретения медикаментозных средств, назначенных Застрахованному лицу лечащим врачом медицинской организации в связи с событием, предусмотренным в п. 4.1 раздела «Страховые случаи».
4.3. ☐	Обращение Застрахованного лица в медицинскую организацию в целях получения медицинских услуг в очном и (или) дистанционном формате (телемедицина) при таком состоянии здоровья, которое

	требует получения медицинских и (или) иных услуг, в соответствии с настоящим Договором страхования и Программой страхования, и повлекшее возникновение обязательств Страховщика произвести оплату данных медицинских и (или) иных услуг.

5. Застрахованные услуги. Страховые суммы. Страховые премии. Период действия

Виды помощи		Страховая сумма на одного застрахованного, руб.	Страховая премия на одного застрахованного, руб.	Период действия
5.1. ☐	Амбулаторно-поликлиническая помощь:			
5.1.1 ☐	Амбулаторно-поликлиническая помощь, оказываемая в дистанционном формате (телемедицина)			
5.2. ☐	Медицинская помощь на дому			
5.3. ☐	Скорая и неотложная медицинская помощь			
5.4. ☐	Стоматологическая помощь			
5.5. ☐	Экстренная стационарная помощь			
5.6. ☐	Плановая стационарная помощь			
5.7. ☐	Реабилитационно-восстановительное лечение			
5.8. ☐	*Иные виды помощи*			

6. Страховая премия

6.1. Общая страховая премия, руб.: _____ (сумма прописью) 00 копеек

6.2. Порядок уплаты:

☐ Единовременно до __. __.____

☐ 1-й платеж за период с __. __. ____ до __. __. ____, в размере ____ (_____) рублей, уплачивается до __. __.____.

☐ 2-й платеж за период с __. __. ____ до __. __. ____, в размере ____ (_____) рублей, уплачивается до __. __.____.

☐ 3-й платеж за период с __. __. ____ до __. __. ____, в размере ____ (_____) рублей, уплачивается до __. __.____.

☐ 4-й платеж за период с __. __. ____ до __. __. ____, в размере ____ (_____) рублей, уплачивается до __. __.____.

В случае неуплаты очередного страхового взноса настоящий Полис прекращает свое действие в соответствии с п. 8.14 Правил.

6.3. Франшиза:
условная/безусловная,
значение/%.

Страховой тариф рассчитывается как отношение страховой премии по застрахованному риску к страховой сумме по этому риску.

7. Срок страхования

С 00 ЧАС. 00 МИН.	*Число, месяц, год*	ДО 24 ЧАС. 00 МИН.	*Число, месяц, год*
Страхование, обусловленное настоящим Полисом, распространяется на страховые случаи, произошедшие не ранее чем по истечении (____) календарных дней от даты, следующей за .			

8. Территория страхования

9. Особые условия

Принимая настоящий Полис и оплачивая страховую премию, Страхователь:
Подписывая настоящий Полис, Страхователь:

- подтверждает свое согласие на заключение договора страхования на условиях, содержащихся в настоящем Полисе, Программе страхования и Правилах, а также подтверждает, что условия настоящего Полиса, Программы страхования и Правил ему понятны и он обязуется их исполнять;
- подтверждает, что не является носителем заболеваний, перечисленных в Исключениях из страхового покрытия Программы страхования;
- подтверждает, что не является иностранным публичным должностным лицом и (или) его родственником, должностным лицом публичных международных организаций, а также лицом, замещающим (занимающим) государственную должность в РФ, должность члена Совета директоров ЦБ РФ, должность федеральной государственной службы, назначение на которые и освобождение от которых осуществляется Президентом РФ или Правительством РФ, должность в ЦБ РФ, государственных корпорациях и иных организациях, созданных в РФ на основании федеральных законов, включенных в перечни должностей, определяемые Президентом РФ. В ином случае Страхователь обязуется предоставить документы, подтверждающие должность, наименование и адрес работодателя/степень родства/статус (супруг или супруга);
- подтверждает, что не имеет регистрации, места жительства/местонахождения, счета в банке в государстве (на территории), которое (ая) не выполняет рекомендации ФАТФ;
- выражает Страховщику согласие на обработку персональных данных, содержащихся в настоящем Полисе, в объеме и на условиях, предусмотренных «Правилами добровольного медицинского страхования» от «___» _____ 20____ г., в том числе в целях продвижения товаров, работ, услуг на рынке путем осуществления Страховщиком прямых контактов с помощью средств связи, а также в целях расчета страховой премии и исполнения обязательств по договору страхования;
- выражает согласие на ознакомление Страховщика с любой медицинской документацией, связанной с состоянием здоровья Застрахованного для решения вопросов, связанных с исполнением Договора страхования, иных услуг и защитой прав, а также согласие на право медицинских учреждений, в которых Застрахованный получал (получает) медицинские и иные услуги, передавать Страховщику сведения, составляющие врачебную тайну, включающие в себя информацию о факте обращения Застрахованного за медицинской помощью, состоянии здоровья Застрахованного, диагнозе заболеваний Застрахованного и иные сведения, полученные при обследовании и лечении Застрахованного после наступления страхового случая;

- подтверждает, что поставлен в известность, понимает и согласен с тем, что если после заключения настоящего Полиса будет установлено, что Страхователь ввел Страховщика в заблуждение либо сообщил при заключении настоящего Полиса заведомо ложные сведения, то Страховщик вправе потребовать признания настоящего Полиса недействительным в соответствии с законодательством РФ;
- подтверждает достоверность вышеприведенной информации и обязуется при изменении любых сведений, предоставленных при заключении настоящего Полиса, сообщить Страховщику о таких изменениях в письменной форме в течение 7 (семи) рабочих дней, при условии, что сведения, представленные при заключении настоящего Полиса, считаются актуальными до момента получения Страховщиком информации об их изменении;
- подтверждает, что Правила страхования, Программа страхования и перечень приложений им получены, он с ними ознакомлен, согласен и обязуется выполнять.
- подтверждает, что в полном объеме получил информацию, предусмотренную пунктом 2.1.2. Базового стандарта защиты прав и интересов физических и юридических лиц - получателей финансовых услуг, оказываемых членами саморегулируемых организаций, объединяющих страховые организации, утв. Решением КФН ЦБ РФ, Протокол от 09.08.18 № КФНП-24.
- выражает согласие осуществлять взаимодействие со Страховщиком путем обращения в офисы Страховщика, посредствам почтовой и телефонной связи, а также иными способами в случаях, специально предусмотренных Правилами страхования;
  выражает согласие получать сообщения и уведомления от Страховщика, в том числе в электронной форме, по адресам, телефонам, указанным в настоящем Полисе/Договоре.

Информация об адресах офисов Страховщика, в которых осуществляется прием документов при наступлении страховых случаев и иных обращений, а также о случаях и порядке приема документов в электронной форме, размещена на официальном сайте Страховщика и может быть получена при обращении по телефонам Страховщика, указанным в настоящем Полисе.

Страхователь несет ответственность за полноту и достоверность сведений, указанных в настоящем Полисе.
Стороны пришли к соглашению об использовании Страховщиком факсимильного воспроизведения подписи и оттиска печати с помощью средств механического или иного копирования, электронной подписи либо иного аналога собственноручной подписи в соответствии с законодательством Российской Федерации.

При отказе Страхователя от Полиса до даты начала срока страхования Страховщик возвращает Страхователю премию в полном объеме. При отказе Страхователя от Полиса в течение 14 (четырнадцати) календарных дней со дня его заключения, но после даты начала срока страхования Страховщик возвращает Страхователю часть уплаченной страховой премии, рассчитанной пропорционально сроку действия страхования. Возврат уплаченной страховой премии осуществляется Страхователю при отсутствии в период страхования событий с признаками страхового случая. В случае прекращения Полиса по основаниям, указанным в настоящем абзаце, денежные средства возвращаются Страхователю по выбору Страхователя наличными деньгами или в безналичном порядке в срок, не превышающий 10 (десяти) рабочих дней с даты получения Страховщиком письменного заявления об отказе от Полиса.

10.Приложения:
- Правила страхования.
- Программа добровольного медицинского страхования.
- *Иные приложения*

11.ПОДПИСИ СТОРОН

Подпись Страховщика:	Подпись Страхователя:
Ф. И. О. уполномоченного лица	Ф. И. О. Страхователя
Должность _____	Идентификационный номер ключа подписи или код усиленной квалифицированной подписи
Номер и дата доверенности	

Код усиленной цифровой подписи

Подпись

Печать и подпись

Приложение №9 к Правилам добровольного медицинского страхования

Полис-памятка. Образец

Ренессанс.
ЗДОРОВЬЕ

Застрахованный _____
Дата рождения __.__.____
Номер полиса ___ДМС_____/___
Сроки действия полиса с __.__.____ - по __.__.____

Круглосуточный медицинский пульт _____

Лицензия СЛ № от

Памятка для наших клиентов

Если вам необходима медицинская помощь, требуется выезд скорой или неотложной помощи, или вы хотите вызвать врача на дом, позвоните по телефону Круглосуточного медицинского пульта и сообщите следующие данные:

- фамилию, имя, отчество;
- номер полиса;
- какая помощь вам необходима.

Консультанты Пульта также помогут вам связаться с врачом-куратором для решения любых организационных вопросов, касающихся вашего обслуживания.

В соответствии с Договором страхования страховым случаем по полису добровольного страхования является обращение застрахованного в медицинскую организацию по поводу острых или обострения хронических заболеваний, травм или отравлений в течение срока действия договора.

Обязанности Застрахованного:

- Соблюдать предписания лечащего врача, полученные в ходе предоставления медицинских услуг, и распорядок, установленный медицинским учреждением.
- Заботиться о сохранности пропуска в медицинское учреждение и страхового медицинского полиса, не передавать их другим лицам с целью получения ими медицинских услуг.
- Незамедлительно сообщать в страховую компанию об изменении своей фамилии, контактного телефона, адреса фактического жительства.
- Заблаговременно уведомлять страховую компанию об отмене забронированного посещения врача или вызова врача на дом.

Порядок получения медицинской помощи по вашей программе:

Поликлиническая (стоматологическая) помощь

Предварительно запишитесь на прием к нужному специалисту по телефонам лечебного учреждения, указанным в настоящей памятке, или по телефону Пульта. При первом обращении в поликлинику вам необходимо сначала обратиться в регистратуру или отдел прикрепления лечебного учреждения, предъявить ваш страховой полис и документ, удостоверяющий вашу личность, для оформления медицинской карты. При возникновении любых сложностей в медицинском учреждении (если вам предложат оплатить какие-либо услуги или откажут в предоставлении медицинских услуг) незамедлительно сообщите об этом по телефону Пульта.

Вызов врача на дом

Позвоните по телефону Пульта и сообщите, какая помощь вам необходима. Прием заявок на вызов врача на дом осуществляется в будние дни с 9.00 до 12.00 (время московское).

Вызов скорой помощи

Позвоните по телефону Пульта и сообщите, какая помощь вам необходима.

Экстренная госпитализация

Производится в стационары, предусмотренные вашей программой страхования. По жизненным показаниям скорая и неотложная помощь может быть оказана бригадой скорой медицинской помощи, а госпитализация произведена в ближайшую муниципальную больницу с последующим переводом в лечебное учреждение, входящее в вашу программу страхования (при отсутствии медицинских противопоказаний для перевода и с вашего согласия или согласия ваших ближайших родственников).

Плановая госпитализация

Запрос на госпитализацию направляет ваш лечащий врач. Госпитализация осуществляется также в стационары, предусмотренные вашей программой страхования. Выбор стационара осуществляется исходя из специализации медицинского учреждения и ваших пожеланий.

Телемедицина

Новая технология, позволяющая получать квалифицированную медицинскую помощь в рамках программы ДМС в режиме реального времени, доступная круглосуточно:

- Онлайн-консультация с врачом посредством видео/аудио/чат связи;
- Сохранение историй консультаций и рекомендаций врача.

Для получения сервиса:

1. Скачайте приложение «Доктор рядом Телемед» в App store / Play market или зайдите на сайт https://www.drclinics.ru/renins/
2. Зарегистрируйтесь (укажите номер телефона и e-mail).
3. Подтвердите свой номер телефона, указав СМС-код, полученный на телефон.

Психологическая помощь

8 800 200-100-9 – бесплатно для звонков из всех регионов России. Время работы линии с 8.00 до 20.00 по рабочим дням и с 9.00 до 19.00 по выходным (время московское). Телефонная служба психологической поддержки – это профессиональные консультации психолога по вопросам детско-родительских отношений, семьи и брака, возрастных кризисов, проблем личностного роста, адаптации в коллективе. Звонок анонимный, необходимо лишь назвать код вашей компании: _____.

Лекарственная помощь

Приобретение лекарственных средств, выписанных врачом лечебного учреждения в рамках предоставления поликлинической помощи, в сети аптек, предусмотренных программой страхования.

Лечебные учреждения

(перечень лечебных учреждений)

Ренессанс.
ЗДОРОВЬЕ

АО СК «Ренессанс здоровье»
www.renhealth.ru

115114, Москва, Дербеневская наб., д. 7, стр. 22, этаж/пом. 3/XII
Тел.: 8 495 411-71-14
Факс: 8 495 411-74-24

Приложение №2 к Приказу
№ 017 от 31.05.2019 года

Утверждаю
Генеральный директор
Тиняков В.В.

Расчет и экономическое обоснование страховых тарифов к Правилам добровольного медицинского страхования

Предлагаемая методика создана на основе методик расчета тарифных ставок по рисковым видам страхования, утвержденных Распоряжением Федеральной службы Российской Федерации по надзору за страховой деятельностью от 8 июля 1993 г. №02-03-36.

Данные, необходимые для расчета страхового тарифа:

- n – планируемое число договоров;
- q – вероятность наступления страхового случая;
- S – средний размер страховой суммы по одному договору страхования;
- S_b – среднее страховое возмещение по одному договору страхования при наступлении страхового случая;
- γ – гарантия требуемой вероятности, с которой собранных взносов должно хватить на выплату возмещения по страховым случаям;
- $\alpha(\gamma)$ – коэффициент, который зависит от гарантии безопасности гамма. Его значение может быть взято из таблицы:

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

Нетто-ставка T_n состоит из двух частей – основной части T_o и рисковой надбавки T_r:

$$T_n = T_o + T_r.$$

Основная часть нетто-ставки T_o соответствует средним выплатам страховщика, зависящим от вероятности наступления страхового случая q, средней страховой суммы S и среднего возмещения ставки S_b. Основная часть нетто-ставки рассчитывается по формуле:

$$T_o = 100 \times \frac{S_b}{S} \times q.$$

Рисковая надбавка T_r вводится для того, чтобы учесть вероятные превышения количества страховых случаев относительно их среднего значения. Рисковая надбавка рассчитывается по формуле:

$$T_r = 1{,}2 \times T_o \times \alpha(\gamma) \times \sqrt{\frac{1-q}{nq}}.$$

Брутто-ставка определяется по формуле:

$$T_b = \frac{T_n \times 100}{100 - f},$$

где f (%) – доля нагрузки в общей тарифной ставке.

Для всех расчетов гарантия безопасности взята равной 0,9986, то есть $\alpha(\gamma) = 3$.

В соответствии с правилами договор страхования может включать страховое покрытие следующих видов медицинской помощи:

1. **Амбулаторно-поликлиническая помощь** (первичная медико-санитарная помощь в амбулаторных условиях и условиях дневного стационара), в том числе в дистанционном формате.
2. **Медицинская помощь на дому.**
3. **Стационарная помощь.**
4. **Стоматологическая помощь.**
5. **Скорая и неотложная медицинская помощь.**
6. **Реабилитационно-восстановительное лечение.**
7. **Дородовое наблюдение беременных.**
8. **Ведение родов и послеродового периода.**
9. **Лекарственная помощь** (обеспечение лекарственными препаратами для медицинского применения).
10. **Медико-транспортные услуги и услуги по репатриации.**

Структура тарифной ставки: 30% – нетто-ставка, 70% – нагрузка.

В основу исходных данных для расчета страховых тарифов положена собственная статистика страховщика и экспертные оценки.

Расчет тарифных ставок по страховым рискам:

Страховой риск	Планируемое число договоров n	Вероятность наступления страхового случая q	Средняя страховая сумма S (тыс. руб.)	Среднее страховое возмещение Sb (тыс. руб.)	Основная часть нетто-ставки To (в % от страховой суммы)	Рисковая надбавка Tr (в % от страховой суммы)	Нетто-ставка Tn (в % от страховой суммы)	Брутто-ставка Tб (в % от страховой суммы)
1. Амбулаторно-поликлиническая помощь (первичная медико-санитарная помощь в амбулаторных условиях и условиях дневного стационара), в том числе в дистанционном формате	70 000	0,5000	3 000	5	0,0833	0,0011	0,0845	0,2816
2. Медицинская помощь на дому	50 000	0,39	300	1	0,1300	0,0026	0,1326	0,4421
3. Стационарная помощь	50 000	0,1700	6 000	40	0,1133	0,0040	0,1174	0,3912

4. Стоматологическая помощь	50 000	0,67	600	15,5	1,7308	0,0196	1,7504	5,8346
5. Скорая и неотложная медицинская помощь	50 000	0,30	500	7	0,4200	0,0103	0,4303	1,4344
6. Реабилитационно-восстановительное лечение	200	0,75	9 000	65	0,5417	0,0796	0,6213	2,0709
7. Дородовое наблюдение беременных	500	0,95	3 000	40,3	1,2762	0,0471	1,3233	4,4110
8. Ведение родов и послеродового периода	500	0,95	6 500	57	0,8331	0,0308	0,8638	2,8795
9. Лекарственная помощь (обеспечение лекарственными препаратами для медицинского применения)	10 000	0,20	7	6	17,1429	1,2343	18,3771	61,2571
10. Медико-транспортные услуги и услуги по репатриации	100 000	0,01	30	11,1	0,3700	0,0419	0,4119	1,3730

Так как комплексная программа страхования включает в себя такие виды помощи, как амбулаторная помощь, стационарная помощь, стоматологическая помощь, восстановление и реабилитация, то страховой тариф по комплексной программе произведен с использованием брутто-ставок по составляющим программам с учетом соотношения страховых сумм для данных программ:

T= (3000*0,2816+6000*0,3912+600*5,8346+9000*2,0709) / (3000+6000+600+9000) =1,3619%.

Расчет поправочных коэффициентов к тарифным ставкам

1. Поправочные коэффициенты к базовым тарифным ставкам по ДМС в зависимости от пола и возраста.

Для стационара

Возраст (AGE)	Ж	М
0<=AGE<=5	1,03	0,88
6<=AGE<=10	1,18	0,98
11<=AGE<=15	1,19	1,32
16<=AGE<=20	1,04	1,31
21<=AGE<=25	0,77	1,10
26<=AGE<=30	0,59	0,65
31<=AGE<=35	0,54	0,76
36<=AGE<=40	0,66	0,83
41<=AGE<=45	0,86	1,01
46<=AGE<=50	1,04	1,24
51<=AGE<=55	1,22	1,51
56<=AGE<=60	1,83	1,73

> 60	2,24	1,81

Для стоматологии

Возраст	Ж	М	Возраст	Ж	М	Возраст	Ж	М
1	0,22	0,08	32	1,42	0,79	63	0,95	0,95
2	0,29	0,11	33	1,38	0,78	64	0,97	0,97
3	0,36	0,14	34	1,35	0,77	65	0,99	0,99
4	0,43	0,18	35	1,32	0,76	66	1,02	1,02
5	0,50	0,21	36	1,28	0,75	67	1,05	1,05
6	0,57	0,25	37	1,25	0,74	68	1,10	1,10
7	0,64	0,28	38	1,21	0,73	69	1,12	1,12
8	0,71	0,31	39	1,18	0,71	70	1,14	1,14
9	0,78	0,35	40	1,14	0,70	71	1,29	1,29
10	0,85	0,38	41	1,11	0,69	72	1,35	1,35
11	0,92	0,41	42	1,08	0,68	73	1,38	1,38
12	0,99	0,45	43	1,04	0,67	74	1,41	1,41
13	1,06	0,48	44	1,01	0,66	75	1,39	1,39
14	1,13	0,51	45	0,97	0,65	76	1,43	1,43
15	1,20	0,55	46	0,94	0,63	77	1,47	1,47
16	1,27	0,58	47	0,91	0,62	78	1,50	1,50
17	1,34	0,61	48	0,87	0,61	79	1,50	1,50
18	1,41	0,65	49	0,84	0,60	80	1,50	1,50
19	1,48	0,68	50	0,80	0,59	81	1,50	1,50
20	1,55	0,72	51	0,77	0,58	82	1,50	1,50
21	1,62	0,75	52	0,73	0,56	83	1,50	1,50
22	1,69	0,78	53	0,70	0,55	84	1,50	1,50
23	1,72	0,82	54	0,67	0,54	85	1,50	1,50
24	1,69	0,85	55	0,63	0,53	86	1,50	1,50
25	1,66	0,88	56	0,72	0,72	87	1,50	1,50
26	1,62	0,86	57	0,75	0,75	90	1,50	1,50
27	1,59	0,85	58	0,83	0,83	91	1,50	1,50
28	1,55	0,84	59	0,86	0,86	92	1,50	1,50
29	1,52	0,83	60	0,88	0,88	93	1,50	1,50
30	1,49	0,82	61	0,89	0,89	95	1,50	1,50
31	1,45	0,81	62	0,90	0,90	96	1,50	1,50

Для поликлиники

Возраст	Ж	М	Возраст	Ж	М	Возраст	Ж	М
1	1,54	1,63	32	1,27	0,62	63	1,36	1,05
2	1,49	1,57	33	1,21	0,62	64	1,39	1,08
3	1,45	1,52	34	1,14	0,63	65	1,41	1,11
4	1,41	1,47	35	1,07	0,63	66	1,43	1,14
5	1,36	1,41	36	1,01	0,63	67	1,46	1,17
6	1,32	1,36	37	1,04	0,63	68	1,48	1,20
7	1,28	1,31	38	1,07	0,63	69	1,50	1,23
8	1,24	1,25	39	1,10	0,64	70	1,53	1,26
9	1,19	1,20	40	1,14	0,64	71	1,55	1,29

10	1,15	1,15	41	1,17	0,64	72	1,57	1,32
11	1,11	1,09	42	1,21	0,64	73	1,59	1,35
12	1,06	1,04	43	1,24	0,65	74	1,62	1,38
13	1,02	0,99	44	1,28	0,65	75	1,64	1,41
14	0,98	0,93	45	1,31	0,65	76	1,66	1,44
15	0,93	0,88	46	1,35	0,65	77	1,69	1,47
16	0,86	0,81	47	1,38	0,66	78	1,71	1,50
17	0,93	0,75	48	1,42	0,66	79	1,73	1,53
18	0,99	0,69	49	1,45	0,66	80	1,76	1,56
19	1,05	0,63	50	1,48	0,66	81		
20	1,11	0,57	51	1,42	0,70	82		
21	1,21	0,57	52	1,40	0,74	83		
22	1,28	0,57	53	1,39	0,78	84		
23	1,34	0,57	54	1,37	0,82	85		
24	1,49	0,58	55	1,36	0,86	86		
25	1,46	0,58	56	1,35	0,89	87		
26	1,44	0,58	57	1,33	0,93	90		
27	1,41	0,59	58	1,32	0,97	91		
28	1,38	0,59	59	1,30	1,01	92		
29	1,35	0,59	60	1,29	1,05	93		
30	1,32	0,59	61	1,32	0,99	95		
31	1,29	0,60	62	1,34	1,02	96		

Если в коллективе несколько человек, то в качестве коэффициента выбирается средний коэффициент по всему коллективу.

2. Поправочные коэффициенты к базовым тарифным ставкам ДМС в результате хронических заболеваний, инвалидности, в зависимости от тарифов медицинских организаций, в которых осуществляется медицинское обеспечение застрахованных согласно договору страхования, от срока (периода) страхования:

Факторы, влияющие на базовые тарифные ставки	**Значение поправочного коэффициента**	
	Мин.	**Макс.**
Хронические заболевания (определяет врач-эксперт)	1	5
Инвалидность III группы (определяет врач-эксперт), инвалидность I и II группы исключается из страхования	1	5
Тарифы* на услуги медицинских организаций, в которых осуществляется медицинское обеспечение застрахованных согласно договору страхования	0,05	5
Программы** медицинских организаций, в которых осуществляется медицинское обеспечение застрахованных согласно договору страхования	1	5
Регионы пребывания застрахованных, зоны страхового покрытия	0,5	2,5
Характер производственной деятельности	0,5	3
Наличие у Страховщика информации о медицинских затратах Застрахованных лиц	0,5	3
Срок (период) страхования меньше года (поправка к годовому тарифу)		

Для договоров длительностью до 3 месяцев	0,3	0,5
Для договоров длительностью от 3 месяцев до 6 месяцев	0,5	0,70
Для договоров длительностью от 6 месяцев до 9 месяцев	0,70	0,85
Для договоров длительностью от 9 месяцев до 1 года	0,85	1
Срок (период) страхования больше года (поправка к годовому тарифу)		
Для договоров длительностью от 1 до 1,5 года	1	1,8
Для договоров длительностью от 1,5 до 2 лет	1,1	2,3
Для договоров длительностью от 2 до 3 лет	2	3,5
Удаленность от медицинских организаций, в которых осуществляется медицинское обеспечение застрахованных согласно договору страхования	1	1,25

* Тарифы на одни и те же услуги в разных медицинских организациях, в которых осуществляется медицинское обеспечение застрахованных согласно договору страхования, могут быть разными и меняться в течение текущего финансового года.

** Программы медицинских организаций, в которых осуществляется медицинское обеспечение застрахованных согласно договору страхования, могут меняться в течение текущего финансового года, стоимость программы определяется по прейскуранту по добровольному медицинскому страхованию и зависит от стоимости услуг, входящих в программу.

№	Заболевание	Коэффициент*								
		стабильное течение обострения (1 раз в год)			рецидивирующее течение (обострение 2–3 раза в год)			непрерывно рецидивирующее течение или наличие недостаточности функции органов		
		Поликлиника	Стационар	Стоматология	Поликлиника	Стационар	Стоматология	Поликлиника	Стационар	Стоматология
1.	Гипертоническая болезнь	2,1	2,1	2,1	3,2	4,2	4,2	4,2	6,3	6,3
2.	ИБС	2,1	2,1	2,1	3,2	4,2	4,2	4,2	6,3	6,3
3.	Распространенный атеросклероз	2,1	2,1	2,1	3,2	4,2	4,2	4,2	6,3	6,3
4.	Ревматизм	2,1	2,1	2,1	3,2	4,2	4,2	4,2	6,3	6,3
5.	Приобретенные пороки сердца	2,1	2,1	2,1	3,2	4,2	4,2	4,2	6,3	6,3
6.	Нейроциркупаторная дистония	1,5	1,5	1,5	2,3	3	3	3	4,5	4,5
7.	Хронический бронхит	1,7	1,7	1,7	2,6	3,4	3,4	3,4	5,1	5,1
8.	Бронхиальная астма	1,8	2,1	1,8	2,7	4,2	3,6	3,6	6,3	5,4
9.	Хронический гастрит	1,5	1,5	1,5	2,3	3	3	3	4,5	4,5
10.	Язвенная болезнь	1,8	2,1	1,8	2,7	4,2	3,8	3,6	6,3	5,4

11.	Хронический холецистит	1,8	2,1	1,8	2,7	4,2	3,6	3,6	6,3	5,4
12.	Желчнокаменная болезнь	1,8	2,1	1,8	2,7	4,2	3,8	3,6	8,3	5,4
13.	Хронический панкреатит	1,8	2,1	1,8	2,7	4,2	3,6	3,6	8,3	5,4
14.	Хронический гепатит	2,2	2,2	2,2	3,3	4,4	4,4	4,4	6,6	6,6
15.	Цирроз печени	2,4	2,4	2,4	3,6	4,8	4,8	4,8	7,2	7,2
16.	хронический пиелонефрит	1,8	1,8	1,8	2,7	3,6	3,6	3,6	5,4	5,4
17.	Хронический простатит	1,7	1,7	1,7	2,6	3,4	3,4	3,4	5,1	5,1
18.	Аденома предстательной железы	1,8	2,1	1,8	2,7	4,2	3,6	3,6	6,3	5,4
19.	Хронический гломерулонефрит	1,8	1,8	1,8	2,7	3,6	3,6	3,6	5,4	5,4
20.	Мочекаменная болезнь	1,8	2,1	1,8	2,7	4,2	3,6	3,6	6,3	5,4
21.	Миома матки	1,8	2,1	1,8	2,7	4,2	3,6	3,6	6,3	5,4
22.	Хронический аднексит	1,7	1,7	1,7	2,6	3,4	3,4	3,4	5,1	5,1
23.	Дисфункция яичников	1,7	1,7	1,7	2,6	3,4	3,4	3,4	5,1	5,1
24.	Остеохондроз позвоночника	1,8	2,1	1,8	2,7	4,2	3,6	3,6	6,3	5,4
25.	Заболевания щитовидной железы	1,7	2,1	1,7	2,6	4,2	3,4	3,4	6,3	5,1
26.	Геморрой	1,8	2,1	1,8	2,7	4,2	3,6	3,6	6,3	5,4
27.	Нейродермит	1,5	1,5	1,5	2,3	3	3	3	4,5	4,5
28.	Поллиноз	1,8	1,8	1,8	2,7	3,6	3,6	3,6	5,4	5,4
29.	Фиброзно-кистозная мастопатия	1,7	1,7	1,7	2,6	3,4	3,4	3,4	5,1	5,1
30.	Хронический колит	1,7	1,7	1,7	2,6	3,4	3,4	3,4	5,1	5,1
31.	Гипотрофия, недоношенность	1,5			2,3			3		
32.	Гипертонус (педиатр.)	2,1	2,1	2,1	3,2	4,2	4,2	4,2	6,3	6,3
33.	Первая беременность в возрасте > 35 лет	1,5								

* При наличии двух и более заболеваний коэффициент рассчитывается по следующей формуле: К = А + 0,75В + 0,5С + 0,25D,

где К – общий коэффициент, А, В, С, D – коэффициенты заболеваний. При этом А > В > С > D.

3. Поправочные коэффициенты к базовым тарифным ставкам ДМС в зависимости от численности застрахованных сотрудников одного юридического лица (страхователя):

Для амбулаторной помощи

Численность	**1–5**	**6–10**	**11–25**	**26–50**	**51–100**	**>100**
Мин.	1,1	1,05	0,95	0,8	0,6	0,5
Макс.	1,5	1.25	1,1	1	0,95	1

Для стоматологической помощи

Численность	**1–5**	**6–10**	**11–25**	**26–50**	**51–100**	**>100**
Мин.	1,2	1,05	0,95	0,8	0,7	0,65
Макс.	1,6	1,2	1,1	1	1	1

Для стационарной помощи

Численность	**6–10**	**11–20**	**21–30**	**31–50**	**51–100**	**>100**
Мин.	1,2	0,9	0,7	0,6	0,55	0,5
Макс.	1,6	1,2	0,95	0,8	0,75	0,7

Поправочные коэффициенты к базовым тарифным ставкам ДМС к дополнительным программам для группы застрахованных сотрудников одного юридического лица (страхователя):

Факторы, влияющие на базовые тарифные ставки	**Значение поправочного коэффициента**	
	Мин.	**Макс.**
Дополнительные программы для группы застрахованных в зависимости от соотношения численности застрахованных и общей численности сотрудников	1	4

При расчете численности застрахованных учитываются только сотрудники страхователя. В случае принятия на страхование аффилированных организаций численности суммируются. Коэффициент каждого вида медицинской помощи определяется исходя из числа сотрудников, имеющих этот вид в своей программе.

4. Поправочные коэффициенты к базовым тарифным ставкам ДМС в зависимости от средних выплат медицинских организаций на одного обратившегося за медицинской помощью, оказываемой в амбулаторных условиях, и стоматологической помощью, в которых планируется осуществлять медицинское обеспечение застрахованных согласно договору страхования, применяются для новых клиентов.

Тарифы по амбулаторной помощи корректируются в зависимости от средних выплат на одного обратившегося в медицинскую организацию, согласно таблице:

Средние выплаты на обратившегося**		Поправочный коэффициент*
От	До	
1 000	3 000	0,05–0,17
3 000	5 000	0,15–0,28
5 000	6 000	0,25–0,34
6 000	7 000	0,3–0,39

7 000	8 000	0,35–0,45
8 000	9 000	0,41–0,51
9 000	10 000	0,46–0,57
10 000	11 000	0,51–0,62
11 000	12 000	0,56–0,68
12 000	13 000	0,61–0,74
13 000	14 000	0,66–0,79
14 000	15 000	0,71–0,85
15 000	16 000	0,77–0,91
16 000	17 000	0,82–0,97
17 000	18 000	0,87–1,02
18 000	19 000	0,92–1,08
19 000	20 000	0,97–1,14
20 000	21 000	1,02–1,19
21 000	22 000	1,07–1,25
22 000	23 000	1,13–1,31
23 000	24 000	1,18–1,37
24 000	25 000	1,23–1,42
25 000	26 000	1,28–1,48
26 000	27 000	1,33–1,54
27 000	28 000	1,38–1,59
28 000	29 000	1,43–1,65
29 000	30 000	1,49–1,71
30 000	31 000	1,54–1,76
31 000	35 000	1,63–2,11
35 000	40 000	2,09–2,56
40 000	45 000	2,49–2,98
45 000	50 000	2,91–3,37
50 000	55 000	3,33–3,79
55 000	60 000	3,72–4,21
60 000	65 000	4,19–4,65
65 000	70 000	4,61–5,09
70 000	75 000	5,07–5,55
75 000	80 000	5,46–5,88
80 000	85 000	5,86–6,31
85 000	90 000	6,29–6,77
90 000	95 000	6,72–7,29
95 000	100 000	7,27–7,73
100 000	105 000	7,71–8,18
105 000	110 000	8,14–8,61
110 000	115 000	8,58–9,05
115 000	120 000	9,01–9,48

120 000	125 000	9,44–9,87
125 000	130 000	9,79–10,15
130 000	135 000	10,07–10,43
135 000	140 000	10,32–10,79
140 000	145 000	10,71–11,06
145 000	150 000	10,95–11,43
Более 150 000		11,43–14

* Поправочные коэффициенты зависят от средних выплат на одного обратившегося и конкретную медицинскую организацию.

** Средние выплаты на одного обратившегося рассчитываются на основе имеющихся у страховщика данных по выплатам. В случае если число обратившихся в данную медицинскую организацию, оказывающую медицинскую помощь в амбулаторных условиях, составило менее тридцати человек за двухлетний период, предшествующий расчету, то используется методика на основе прейскуранта медицинской организации. Применяется методика, в основе которой лежит линейная регрессионная модель зависимости стоимости страхования в медицинской организации и стоимости выделенных услуг:

1. Прием врача терапевта: лечение/диагностирование, первичное, амбулаторное.
2. Прием акушера-гинеколога: лечение/диагностирование, первичное, амбулаторное.
3. Прием врача-офтальмолога: лечение/диагностирование, первичное, амбулаторное.
4. Прием отоларинголога: лечение/диагностирование, первичное, амбулаторное.
5. Общий анализ крови.
6. Общий анализ мочи.
7. Исследование методом ПЦР (соскоб_мазок_Chlamydia).
8. УЗИ почек и надпочечников.
9. УЗИ вагинальным датчиком.
10. УЗИ щитовидной железы.
11. ЭКГ в 12 отв.
12. RG грудной клетки(2 снимка).
13. Массаж шейно-воротниковой зоны.
14. Мануальная терапия (общая).
15. Магнитотерапия (1 поле).

Тарифы по стоматологической помощи корректируются в зависимости от выплат на одного обратившегося, согласно таблице:

Средние выплаты на обратившегося**		Поправочный коэффициент*
От	До	
1 000	3 000	0,07–0,24
3 000	5 000	0,22–0,41
5 000	6 000	0,37–0,49
6 000	7 000	0,44–0,57
7 000	8 000	0,51–0,65
8 000	9 000	0,59–0,74
9 000	10 000	0,66–0,82

10 000	11 000	0,74–0,9
11 000	12 000	0,81–0,98
12 000	13 000	0,89–1,07
13 000	14 000	0,96–1,15
14 000	15 000	1,03–1,23
15 000	16 000	1,11–1,31
16 000	17 000	1,18–1,4
17 000	18 000	1,26–1,48
18 000	19 000	1,33–1,56
19 000	20 000	1,4–1,64
20 000	21 000	1,48–1,73
21 000	22 000	1,55–1,81
22 000	23 000	1,63–1,89
23 000	24 000	1,7–1,97
24 000	25 000	1,78–2,06
25 000	26 000	1,85–2,14
26 000	27 000	1,92–2,22
27 000	28 000	2–2,3
28 000	29 000	2,07–2,39
29 000	30 000	2,15–2,47
30 000	31 000	2,22–2,55
31 000	33 000	2,49–2,91
33 000	35 000	2,87–3,15
35 000	37 000	3,11–3,59
37 000	39 000	3,56–4,03
39 000	41 000	3,98–4,44
41 000	43 000	4,42–4,87
43 000	45 000	4,83–5,26
45 000	47 000	5,15–5,49
47 000	49 000	5,44–5,92
49 000	51 000	5,89–6,41
51 000	53 000	6,37–6,75
53 000	55 000	6,71–7,13
55 000	57 000	7,08–7,52
57 000	59 000	7,47–7,95
59 000	61 000	7,89–8,33
61 000	63 000	8,31–8,77
63 000	65 000	8,75–9,11
65 000	67 000	9,06–9,48
67 000	69 000	9,43–9,86
69 000	71 000	9,81–10,25
71 000	73 000	10,19–10,67

73 000	75 000	10,62–11,09
75 000	80 000	11,04–11,51
80 000	85 000	11,49–11,93
85 000	90 000	11,88–12,30
90 000	95 000	12,24–12,49
95 000	100 000	12,46–12,91
100 000	105 000	12,87–13,32
105 000	110 000	13,29–13,73
Более 110 000		13,73–14

* Поправочные коэффициенты зависят от средних выплат на одного обратившегося и конкретной медицинской организации.

** Средние выплаты на одного обратившегося рассчитываются на основе имеющихся у страховщика данных по выплатам. В случае если число обратившихся в данную медицинскую организацию, оказывающую медицинскую помощь в амбулаторных условиях, составило менее тридцати человек за двухлетний период, предшествующий расчету, то используется методика на основе прейскуранта медицинской организации. Применяется методика, в основе которой лежит линейная регрессионная модель зависимости стоимости страхования в медицинской организации и стоимости выделенных услуг:

1. Пломба светового отверждения (2-плоскостная, 2-поверх.).
2. Изолирующая прокл.
3. Лечебная прокл.
4. Снятие старой пломбы/формирование кариозной полости.
5. Снятие зубных отложений (1 зуб).
6. Медикаментозная обработка пародонтального кармана (1 зуб).
7. Анестезия инфильтрационная.
8. Удаление зуба сложное.

Тарифы по скорой помощи корректируются в зависимости от выплат на одного обратившегося, согласно таблице:

Средние выплаты на обратившегося**		Поправочный коэффициент*
От	До	
200	300	0,05–0,17
300	500	0,15–0,28
500	600	0,25–0,34
600	700	0,3–0,39
700	800	0,35–0,45
800	900	0,41–0,51
900	1 000	0,46–0,57
1 000	1 100	0,51–0,62
1 100	1 200	0,56–0,68
1 200	1 300	0,61–0,74
1 300	1 400	0,66–0,79

1 400	1 500	0,71–0,85
1 500	1 600	0,77–0,91
1 600	1 700	0,82–0,97
1 700	1 800	0,87–1,02
1 800	1 900	0,92–1,08
1 900	2 000	0,97–1,14
2 000	2 100	1,02–1,19
2 100	2 200	1,07–1,25
2 200	2 300	1,13–1,31
2 300	2 400	1,18–1,37
2 400	2 500	1,23–1,42
2 500	2 600	1,28–1,48
2 600	2 700	1,33–1,54
2 700	2 800	1,38–1,59
2 800	2 900	1,43–1,65
2 900	3 000	1,49–1,71
3 000	3 100	1,54–1,76
3 100	3 500	1,63–2,11
3 500	4 000	2,09–2,56
3 900	4 500	2,49–2,98
4 300	5 000	2,91–3,37
4 700	5 500	3,33–3,79
5 100	6 000	3,72–4,21
Более 6 000		4,21–5

* Поправочные коэффициенты зависят от средних выплат на одного обратившегося и конкретную медицинскую организацию.

** Средние выплаты на одного обратившегося рассчитываются на основе имеющихся у страховщика данных по выплатам.

Тарифы по экстренной и плановой медицинской помощи в стационарных условиях корректируются в зависимости от выплат на одного обратившегося, согласно таблице:

Средние выплаты на обратившегося**		Поправочный коэффициент*
От	До	
1 000	1 500	0,05–0,35
1 500	2 000	0,28–0,53
2 000	2 500	0,49–0,61
2 500	3 000	0,55–0,79
3 000	3 500	0,71–0,85
3 500	4 000	0,77–0,91
4 000	4 500	0,82–0,97
4 500	5 000	0,87–1,02
5 000	5 500	0,92–1,08

5 500	6 000	0,97–1,14
6 000	6 500	1,02–1,19
6 500	7 000	1,07–1,25
7 000	7 500	1,13–1,31
7 500	8 000	1,18–1,37
8 000	8 500	1,23–1,42
8 500	9 000	1,28–1,48
9 000	9 500	1,33–1,54
9 500	10 000	1,38–1,59
10 000	12 000	1,43–1,65
12 000	14 000	1,49–1,71
14 000	16 000	1,54–1,76
16 000	18 000	1,63–2,11
18 000	20 000	2,09–2,56
20 000	22 000	2,49–2,98
22 000	24 000	2,91–3,37
24 000	26 000	3,33–3,79
26 000	28 000	3,72–4,21
28 000	30 000	4,19–4,65
30 000	35 000	4,61–5,09
35 000	40 000	5,07–5,55
40 000	45 000	5,46–5,88
45 000	50 000	5,86–6,31
50 000	55 000	6,29–6,77
55 000	60 000	6,72–7,29
60 000	65 000	7,27–7,73
65 000	70 000	7,71–8,18
70 000	75 000	8,14–8,61
75 000	80 000	8,58–9,05
80 000	85 000	9,01–9,48
85 000	90 000	9,44–9,87
Более 90 000		9,87–11

* Поправочные коэффициенты зависят от средних выплат на одного обратившегося и конкретную медицинскую организацию.

** Средние выплаты на одного обратившегося рассчитываются на основе имеющихся у страховщика данных по выплатам.

Тарифы по дородовому наблюдению беременных женщин в амбулаторных условиях и комплексному дородовому наблюдению беременных женщин корректируются в зависимости от выплат на одного обратившегося, согласно таблице:

Средние выплаты на обратившегося**		Поправочный коэффициент*
От	До	
1 000	4 000	0,10–0,24

4 000	6 000	0,22–0,41
6 000	8 000	0,37–0,49
8 000	10 000	0,44–0,57
10 000	12 000	0,51–0,65
12 000	14 000	0,59–0,74
14 000	16 000	0,66–0,82
16 000	18 000	0,74–0,9
18 000	20 000	0,81–0,98
20 000	22 000	0,89–1,07
22 000	24 000	0,96–1,15
24 000	26 000	1,03–1,23
26 000	28 000	1,11–1,31
28 000	30 000	1,18–1,4
30 000	35 000	1,26–1,48
35 000	40 000	1,33–1,56
40 000	45 000	1,4–1,64
45 000	50 000	1,48–1,73
50 000	55 000	1,55–1,81
55 000	60 000	1,63–1,89
60 000	65 000	1,7–1,97
65 000	70 000	1,78–2,06
70 000	75 000	1,85–2,14
75 000	80 000	1,92–2,22
80 000	85 000	2–2,3
85 000	90 000	2,07–2,39
90 000	100 000	2,15–2,47
100 000	110 000	2,22–2,55
110 000	120 000	2,55–5
120 000	130 000	2,49–2,91
130 000	140 000	2,87–3,15
140 000	150 000	3,11–3,59
150 000	165 000	3,56–4,03
165 000	180 000	3,98–4,44
180 000	195 000	4,42–4,87
195 000	210 000	4,83–5,26
210 000	225 000	5,15–5,49
225 000	240 000	5,44–5,92
240 000	255 000	5,89–6,41
255 000	270 000	6,37–6,75
270 000	285 000	6,71–7,13
285 000	300 000	7,08–7,52
300 000	315 000	7,47–7,95
315 000	330 000	7,89–8,33

Более 330 000		8,33–10

* Поправочные коэффициенты зависят от средних выплат на одного обратившегося и конкретной медицинской организации.

** Средние выплаты на одного обратившегося рассчитываются на основе имеющихся у страховщика данных по выплатам.

В случае если в программу страхования включено несколько медицинских организаций с разными поправочными коэффициентами, то применяется наибольший из них. При этом к тарифам по стоматологической и амбулаторной помощи дополнительно применяются понижающие коэффициенты от 0,85 до 1.

5. Поправочные коэффициенты к базовым тарифным ставкам ДМС, основанные на данных о фактических страховых выплатах для данного застрахованного – физического лица или страхователя – юридического лица, используемые при пролонгации договора:

		Улучшение убыточности			Ухудшение убыточности		
		–15% и более7	от –10% до –5%	от –5% до 0%	от 0% до 5%	от 5% до 10 %	15% и более
ФЛ	мин.	0,2	0,2	0,2	1	1	1
	макс.	1	1	1	5	5	5
ЮЛ	мин.	0,2	0,2	0,2	1	1	1
	макс.	1	1	1	5	5	5

6. Поправочные коэффициенты к базовым тарифным ставкам ДМС в зависимости от региона продажи полиса:

Регион продажи полиса	Поправочный коэффициент
Москва	1–5
Московская область	0,8–4,5
Санкт-Петербург	1–5
Ленинградская область	0,8–4,5
Другие регионы	0,2–5

7. Поправочные коэффициенты к базовым тарифным ставкам по программе ДМС «Лекарственная помощь» в зависимости от региона:

Регион	Мин.	Макс.
Москва	0,8	1,1
Остальные регионы	1	1,5

8. Поправочные коэффициенты к базовым тарифным ставкам по программе ДМС «Лекарственная помощь» в зависимости от наличия франшизы:

Наличие франшизы	Мин.	Макс.
Без франшизы	1	1,5
Франшиза 10%	0,7	1
Франшиза 20%	0,5	0,8

9. Поправочные коэффициенты к базовым тарифным ставкам по программе ДМС «Лекарственная помощь» в зависимости от численности застрахованных сотрудников одного юридического лица (страхователя):

Численность	**1–5**	**6–10**	**11–25**	**26–50**	**51–100**	**> 100**
Мин.	1,1	1,05	0,95	0,8	0,6	0,5
Макс.	1,5	1.25	1,1	1	0,95	1

10. Поправочные коэффициенты к базовым тарифным ставкам по программе ДМС «Лекарственная помощь» в зависимости от пола и возраста:

Возраст	**Ж**	**М**	**Возраст**	**Ж**	**М**	**Возраст**	**Ж**	**М**
1	1,54	1,63	32	1,27	0,62	63	1,36	1,05
2	1,49	1,57	33	1,21	0,62	64	1,39	1,08
3	1,45	1,52	34	1,14	0,63	65	1,41	1,11
4	1,41	1,47	35	1,07	0,63	66	1,43	1,14
5	1,36	1,41	36	1,01	0,63	67	1,46	1,17
6	1,32	1,36	37	1,04	0,63	68	1,48	1,20
7	1,28	1,31	38	1,07	0,63	69	1,50	1,23
8	1,24	1,25	39	1,10	0,64	70	1,53	1,26
9	1,19	1,20	40	1,14	0,64	71	1,55	1,29
10	1,15	1,15	41	1,17	0,64	72	1,57	1,32
11	1,11	1,09	42	1,21	0,64	73	1,59	1,35
12	1,06	1,04	43	1,24	0,65	74	1,62	1,38
13	1,02	0,99	44	1,28	0,65	75	1,64	1,41
14	0,98	0,93	45	1,31	0,65	76	1,66	1,44
15	0,93	0,88	46	1,35	0,65	77	1,69	1,47
16	0,86	0,81	47	1,38	0,66	78	1,71	1,50
17	0,93	0,75	48	1,42	0,66	79	1,73	1,53
18	0,99	0,69	49	1,45	0,66	80	1,76	1,56
19	1,05	0,63	50	1,48	0,66	81		
20	1,11	0,57	51	1,42	0,70	82		
21	1,21	0,57	52	1,40	0,74	83		
22	1,28	0,57	53	1,39	0,78	84		
23	1,34	0,57	54	1,37	0,82	85		
24	1,49	0,58	55	1,36	0,86	86		
25	1,46	0,58	56	1,35	0,89	87		
26	1,44	0,58	57	1,33	0,93	90		
27	1,41	0,59	58	1,32	0,97	91		
28	1,38	0,59	59	1,30	1,01	92		
29	1,35	0,59	60	1,29	1,05	93		
30	1,32	0,59	61	1,32	0,99	95		
31	1,29	0,60	62	1,34	1,02	96		

Если в коллективе несколько человек, то в качестве коэффициента выбирается средний коэффициент по всему коллективу.

11. Поправочные коэффициенты к базовым тарифным ставкам по программе ДМС «Лекарственная помощь» в зависимости от страховой суммы:

Страховая сумма, руб.	Мин.	Макс.
3 000	1	1,1
7 000	0,9	1
10 000	0,7	0,8
20 000	0,45	0,55
30 000	0,4	0,5
50 000	0,3	0,4

Примечание

К указанным тарифным ставкам страховщик имеет право применять повышающие, от 1,0 до 14,0, или понижающие, от 0,01 до 0,99, коэффициенты исходя из обстоятельств, имеющих существенное значение для определения степени страхового риска (рода деятельности застрахованного, возраста и пола застрахованного, состояния здоровья застрахованного и иных факторов, влияющих на степень риска наступления страхового случая.

Страховщик вправе не применять один или несколько вышеуказанных поправочных коэффициентов. Минимальное значение поправочного коэффициента (соответствует наилучшему состоянию конкретного фактора риска) или его максимальное значение (соответствует наихудшему состоянию конкретного фактора риска) определяется андеррайтером или врачом экспертом при проведении оценки риска и расчете страхового тарифа. Все особенности применения поправочных коэффициентов находят отражение в действующей андеррайтерской политике компании.

Поправочные коэффициенты к базовым тарифным ставкам ДМС в зависимости от валюты страхования не применяются, так как стоимость услуг и взаиморасчет с медицинской организацией установлены в рублях.

Ренессанс.
ЗДОРОВЬЕ

АО СК «Ренессанс здоровье»
www.renhealth.ru

115114, Москва, Дербеневская наб., д. 7, стр. 22, этаж/пом. 3/XII
Тел.: 8 495 411-71-14
Факс: 8 495 411-74-24

Приложение №3 к Приказу
№ 017 от 31.05.2019 года

Утверждаю
Генеральный директор
Гиняков В. В.

Структура тарифной ставки
к Правилам добровольного медицинского страхования

Структура тарифной ставки, %			
Нетто-ставка	Нагрузка		
	Расходы на ведение дела		Прибыль
30	65	в т.ч. комиссионное вознаграждение	5
		60	

Ренессанс.
ЗДОРОВЬЕ

АО СК «Ренессанс здоровье»
www.renhealth.ru

115114, Москва, Дербеневская наб., д. 7, стр. 22, этаж/пом. 3/XII
Тел.: 8 495 411-71-14
Факс: 8 495 411-74-24

Приложение №4 к Приказу
№ 017 от 31.05.2019 года

Утверждаю
Генеральный директор
Тиянков В. В.

Страховые тарифы к Правилам добровольного медицинского страхования

Виды медицинской и иной помощи	Тариф (в %)
1. Амбулаторно-поликлиническая помощь (первичная медико-санитарная помощь в амбулаторных условиях и условиях дневного стационара), в том числе в дистанционном формате	0,2816
2. Медицинская помощь на дому	0,4421
3. Стационарная помощь	0,3912
4. Стоматологическая помощь	5,8346
5. Скорая и неотложная медицинская помощь	1,4344
6. Дородовое наблюдение беременных	4,4110
7. Ведение родов и послеродового периода	2,8795
8. Реабилитационно-восстановительное лечение	2,0709
9. Лекарственная помощь (обеспечение лекарственными препаратами для медицинского применения	61,2571
10. Медико-транспортные услуги и услуги по репатриации	1,3730

Тариф по добровольному медицинскому страхованию представлен для средней страховой суммы:

Страховой риск	Средняя страховая сумма S (тыс. руб.)
1. Амбулаторно-поликлиническая помощь (первичная медико-санитарная помощь в амбулаторных условиях и условиях дневного стационара), в том числе в дистанционном формате	3 000
2. Медицинская помощь на дому	300
3. Стационарная помощь	6 000
4. Стоматологическая помощь	600
5. Скорая и неотложная медицинская помощь	500
6. Реабилитационно-восстановительное лечение	9 000
7. Дородовое наблюдение беременных	3 000
8. Ведение родов и послеродового периода	6 500
9. Лекарственная помощь (обеспечение лекарственными препаратами для медицинского применения	7
10. Медико-транспортные услуги и услуги по репатриации	30

Страховщик имеет право применять к настоящим тарифным ставкам повышающие от 1,0 до 14,0 или понижающие от 0,01 до 0,99 коэффициенты исходя из половозрастного состава застрахованных (коллектива), принимаемых на страхование, численности коллектива (застрахованных), состояния здоровья застрахованных (наличие у них хронических заболеваний и инвалидности), тарифов медицинских учреждений, включенных в программу страхования, срока страхования, удаленности от медицинских учреждений, наличия у страховщика информации о медицинских расходах застрахованных, а также условий программы страхования.

Прошито, пронумеровано и скреплено печатью 138
(сто тридцать восемь) лист 06

Генеральный директор
АО СК «Ренессанс здоровье»
_____ Тиняков В.В.

«31» мая 2019 г.

АКЦИОНЕРНОЕ ОБЩЕСТВО СТРАХОВАЯ КОМПАНИЯ «РЕНЕССАНС ЗДОРОВЬЕ» • МОСКВА •
Ренессанс. ЗДОРОВЬЕ