


Утверждено
Президент САО «Медэкспресс»

Н. Ю. Шумилова
«07» марта 2017 г.



ПРАВИЛА ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

**Санкт-Петербург
2017 г.**

1. Общие положения, Субъекты страхования
2. Объект страхования
3. Страховой случай и страховой риск
4. Страховая сумма. Страховой тариф, страховые премии.
5. Порядок заключения, исполнения и прекращения действия договора страхования
6. Увеличение страхового риска
7. Права и обязанности сторон
8. Порядок и условия осуществления страховой выплаты
9. Порядок внесения изменений и рассмотрения претензий по договору страхования
10. Приложения: Образцы используемой страховой документации.
 - Приложение 1 Анкета юридического лица
 - Приложение 2 Анкета физического лица
 - Приложение 3 Медицинская анкета ребенка (от 4 до 17 лет)
 - Приложение 4 Медицинская анкета ребенка (от рождения до 3 лет)
 - Приложение 5 Договор добровольного медицинского страхования с юридическим лицом
 - Приложение 6 Договор добровольного медицинского страхования с физическим лицом
 - Приложение 7 Список застрахованных к договору страхования
 - Приложение 8 Образец страхового полиса
 - Приложение 9 Страховые тарифы

ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

Настоящие Правила разработаны в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации и содержат стандартные условия, на которых Страховое акционерное общество «Медэкспресс» (далее - Страховщик) заключает договоры добровольного медицинского страхования (далее - Договор страхования). В рамках настоящих Правил САО «Медэкспресс» осуществляет добровольное медицинское страхование, относящиеся согласно принятой в законодательстве классификации к виду медицинское страхование.

При заключении договора страхования на условиях настоящих Правил, эти условия становятся неотъемлемой частью договора страхования и обязательными для Страхователя и Страховщика.

В случаях, не противоречащих законодательству Российской Федерации, Страхователь и Страховщик могут договориться об изменении, дополнении или исключении отдельных положений настоящих Правил при заключении договора страхования.

1. СУБЪЕКТЫ СТРАХОВАНИЯ

1.1. Страховщик - страховое акционерное общество «Медэкспресс».

Страхователи физические лица - дееспособные граждане, заключающие договоры страхования в свою пользу и в пользу третьих лиц.

Страхователи юридические лица - предприятия, организации и т.п. любой организационно-правовой формы, зарегистрированные и действующие в соответствии с законодательством Российской Федерации, заключающие договоры страхования в пользу третьих лиц.

Застрахованные - физические лица, в чью пользу заключены договоры страхования страхователями.

1.2. Не заключаются договоры в отношении лиц, состоящих на учете в наркологических, психоневрологических, онкологических, кожно-венерологических (по поводу венерических заболеваний) диспансерах, центрах по профилактике и лечению СПИД, ВИЧ-инфекции, ВИЧ ассоциированных заболеваний, инвалидов I и II групп. Заключенные в отношении таких лиц договоры страхования признаются недействительными, если Договором страхования не предусмотрено иное. В случаях присвоения конкретному лицу инвалидности, в период действия договора страхования, последний следует считать прекратившим свое действие, с момента установления инвалидности, если Договором страхования не предусмотрено иное.

1.3. Страхователь, заключая договор страхования, а так же Застрахованное лицо, в пользу которого заключен Договор, на основании настоящих Правил, в соответствии с Федеральным законом № 152-ФЗ от 27 июля 2006 г. РФ «О персональных данных» выражает Страховщику согласие на обработку своих персональных данных, содержащихся в документах, передаваемых Страховщику в целях обеспечения исполнения заключенного договора страхования. Под обработкой персональных данных в настоящих Правилах понимается любое действие (операция) или совокупность действий (операций), совершаемых с использованием средств автоматизации или без использования таких средств, с персональными данными, включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (распространение, предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение, трансграничную передачу, а также осуществление любых иных действий с персональными данными в соответствии с действующим законодательством. Указанное согласие действительно в течение срока действия договора страхования и в течение 10 (десяти) лет после окончания срока действия договора страхования, или же в течение 5 (пяти) лет с момента вынесения судебного решения, имевшего место в результате возможного спора сторон относительно возмещения убытков, возникших в период действия договора страхования, или до момента его отзыва, осуществляемого путем подачи

Страхователем/Застрахованным соответствующего письменного заявления Страховщику по его адресу, не менее чем за 30 календарных дней до даты отзыва согласия.

Страхователь (Застрахованный), заключая договор страхования на основании настоящих Правил, подтверждает, что он проинформирован о праве в любой момент отозвать данное согласие, о праве на получение сведений об операторах персональных данных, праве на ознакомление с персональными данными, праве требовать уточнения персональных данных, блокирования или уничтожения персональных данных в случае, если они являются неполными, устаревшими, недостоверными, незаконно полученными. Также Страхователь (Застрахованный) подтверждает, что Страховщик предоставил ему информацию о своем наименовании и адресе, о целях обработки персональных данных, их правовых основаниях, о предполагаемых пользователях персональных данных и установленных Федеральным законом от 27.07.2006 г. №152-ФЗ «О персональных данных» правах субъекта персональных данных.

1.4. 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. Страховщик не вправе разглашать полученные им в результате своей профессиональной деятельности сведения о Страхователе, Застрахованном лице, состоянии их здоровья, имущественном положении. Страховщик гарантирует соблюдение врачебной тайны и тайны страхования в соответствии с действующим законодательством.

2.ОБЪЕКТ СТРАХОВАНИЯ

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

3.СТРАХОВОЙ СЛУЧАЙ И СТРАХОВОЙ РИСК

3.1.Страховым риском является предполагаемое событие, на случай наступления которого производится страхование.

3.2.Страховым случаем является:

3.2.1. обращение Застрахованного в медицинское учреждение, предусмотренное Договором страхования, в период его действия за получением медицинской помощи: лечебной (включая лекарственное обеспечение), диагностической, консультативной, реабилитационно-восстановительной, оздоровительной, профилактической (включая иммунопрофилактическую), и иной, в соответствии с условиями Договора страхования, повлекшее за собой обязательства Страховщика произвести оплату:

- предъявленного медицинским учреждением Страховщику счета на оплату медицинских и иных услуг оказанных застрахованному в соответствии с Договором страхования;
- расходов застрахованного (в случае самостоятельной оплаты застрахованным медицинских и иных услуг оказанных ему в соответствии с Договором страхования).

3.2.2. обращение Застрахованного в период действия Договора страхования в соответствии с программой страхования в иные медицинские учреждения, помимо предусмотренных договором страхования, если это обращение согласовано со Страховщиком.

Перечень медицинских и иных услуг по Договору страхования в рамках конкретной страховой программы, а также любое сочетание страховых программ может иметь оригинальное название.

3.3. Страховым случаем не является обращение Застрахованного за получением медицинских и иных услуг:

-В связи с лечением заболеваний и состояний, спровоцированных или явившихся следствием установленного путём медицинского освидетельствования алкогольного, наркотического или токсического опьянения Застрахованного лица;

-В связи с преодолением последствий травм и/или оперативных вмешательств, произошедших вне непрерывного периода добровольного медицинского страхования в САО «Медэкспресс»;

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

-В связи с умышленным причинением Застрахованным себе телесных повреждений, суицидальными попытками;

-В связи с актами терроризма;

-В связи с воздействием ядерного взрыва, радиации или радиоактивного заражения;

-В связи с военными действиями, а также маневрами или иными военными мероприятиями

-Не предусмотренных договором страхования.

4. СТРАХОВАЯ СУММА. СТРАХОВОЙ ТАРИФ. СТРАХОВЫЕ ПРЕМИИ

4.1 Страховой суммой является предельный уровень страховых выплат по договору, определяемый исходя из перечня и стоимости медицинских услуг, предусмотренных конкретной Программой, в пределах которой Страховщик несет ответственность за выполнение своих обязательств по договору страхования.

4.2. Страховая сумма может определяться по всей Программе в целом или совокупности Программ, либо по отдельным заболеваниям (состояниям), отдельным видам медицинской помощи в т.ч. медицинским услугам, обеспечению лекарственными средствами или изделиями медицинского назначения или их различной совокупности, по каждому страховому случаю или агрегатно (по всем страховым случаям суммарно).

4.3 Страховой тариф - ставка страховой премии с единицы страховой суммы или объекта страхования.

Страховой премией является плата за страхование, которую Страхователь обязан уплатить Страховщику в порядке и в сроки, установленные договором страхования.

Размер страховой премии, уплачиваемой Страхователем по договору страхования, определяется в зависимости от выбранной Программы, страховой суммы, численности застрахованных, срока страхования, возраста Застрахованных, результата медицинского анкетирования и других существенных обстоятельств и исчисляется исходя из страхового тарифа по данной Программе.

4.4 Страховая премия вносится Страхователем единовременно, если Договором страхования не предусмотрено иного.

4.5 Страховые премии могут быть внесены:

а) путем безналичного расчета - перечислением на расчетный счет Страховщика;

б) наличными деньгами - в кассу Страховщика.

5. ПОРЯДОК ЗАКЛЮЧЕНИЯ, ИСПОЛНЕНИЯ И ПРЕКРАЩЕНИЯ ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ

5.1. Заключение договора страхования

5.1.1. Для заключения договора страхования Страхователь выражает свои намерения устно или подает письменное заявление.

5.1.2. Договор страхования может заключаться:

– без предварительного медицинского освидетельствования Застрахованного;

– после предварительного анкетирования Застрахованного;

– после предварительного медицинского освидетельствования Застрахованного

В случае отказа Застрахованного от заполнения медицинской анкеты или прохождения медицинского освидетельствования Страховщик имеет право отказать Страхователю в заключении договора страхования.

5.1.3. Страхователи - юридические лица предъявляют Страховщику документы, позволяющие установить следующие сведения:

- наименование;

- идентификационный номер налогоплательщика или код иностранной организации (далее - КИО);

- государственный регистрационный номер (ОГРН/КИО);

- дата и место государственной регистрации;

- наименование регистрирующего органа;

- адрес местонахождения (юридический адрес);

- фактический адрес;

- почтовый адрес;

- бенефициарных владельцев (в объеме сведений, предусмотренном для физического лица ниже);

- единоличного исполнительного органа (в объеме сведений, предусмотренном для физических лиц ниже);

- резидент / не резидент РФ (в случае, если лицо не является резидентом, необходимо указать, резидентом какого государства оно является);

а также сообщают фамилию, имя отчество контактного лица, телефон, адрес электронной почты.

5.1.4. Страхователи - индивидуальные предприниматели предъявляют Страховщику документы, позволяющие установить следующие сведения:

- фамилия, имя, а также отчество (если иное не вытекает из закона или национального обычая);

- гражданство;

- дата и место рождения;

- реквизиты документа, удостоверяющего личность;

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

- адрес места жительства (регистрации) и места пребывания;

- идентификационный номер налогоплательщика;

- государственный регистрационный номер ИП (данные из ОГРНИП);

- дата и место государственной регистрации ИП (данные из ОГРНИП);

- наименование регистрирующего органа (данные из ОГРНИП);

- адрес местонахождения;

-адрес места регистрации;

-почтовый адрес;

а также сообщают фамилию, имя отчество контактного лица, телефон, адрес электронной почты.

5.1.5.Страхователи – физические лица предъявляют Страховщику документы, позволяющие установить следующие сведения:

-фамилия, имя, а также отчество (если иное не вытекает из закона или национального обычая);

-гражданство;

-дата и место рождения;

-реквизиты документа, удостоверяющего личность;

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

-адрес места жительства (регистрации) и места пребывания;

-идентификационный номер налогоплательщика (при его наличии);

-бенефициарный владелец.

5.1.6.Страховщик вправе сократить указанный в пунктах 5.1.3.-5.1.5 перечень.

5.1.7.Срок действия договора страхования 1 год, если договором не предусмотрено иного.

5.1.8.Территория действия договора страхования определяется в договоре страхования.

5.1.9.Договор страхования вступает в силу в соответствии с условиями, изложенными в Договоре страхования.

Страхование, обусловленное договором страхования, распространяется на страховые случаи, происшедшие после вступления договора страхования в силу.

5.1.10.Договор страхования заключается в письменной форме путем составления одного документа, подписанного Страхователем и Страховщиком.

5.1.11.Страховщик выдает Застрахованным страховые полисы и/или страховые карточки после оплаты договора страхования.

Страховой полис и/или страховая карточка является документом, подтверждающим факт того, что его обладатель является застрахованным по договору страхования. Медицинские услуги в рамках договора страхования оказываются застрахованному только при предъявлении им страхового полиса и/или страховой карточки.

В случае утери страхового полиса и/или страховой карточки в период действия договора Застрахованный должен незамедлительно известить об этом Страховщика. С этого момента утраченный страховой полис и/или страховая карточка считается недействительным и никакие медицинские услуги, оказанные при его предъявлении, Страховщиком не оплачиваются. Взамен утраченного полиса и/или страховой карточки на основании письменного заявления, Застрахованному выдается дубликат.

5.1.12. В Договоре страхования указываются:

-наименование, адрес места нахождения и реквизиты банковского счета Страховщика;

-наименование, адрес места нахождения и реквизиты банковского счета (фамилия, имя, отчество) Страхователя;

-численность Застрахованных;

-программа(ы) страхования;

-перечень медицинских и иных организаций, обеспечивающих обслуживание Застрахованных;

-страховая сумма;

-срок действия Договора страхования;

-размер страховой премии, подлежащей уплате по Договору страхования, порядок и форма её уплаты;

-права, обязанности, ответственность Сторон и иные не противоречащие Законодательству Российской Федерации условия.

К Договору страхования прилагаются списки Застрахованных по установленной Страховщиком форме.

5.1.12.Если Договор страхования заключается путем передачи Страховщиком Страхователю страхового полиса, то в таком полисе указываются:

-наименование, адрес места нахождения и реквизиты банковского счета Страховщика;

-наименование, адрес места нахождения и реквизиты банковского счета (фамилия, имя, отчество) Страхователя (для физических лиц - реквизиты документа, удостоверяющего личность, адрес места жительства (регистрации) или места пребывания, ИНН (при наличии));

-фамилия, имя, отчество Застрахованного;

-программа страхования;

-перечень медицинских и иных организаций, обеспечивающих обслуживание Застрахованного;

-страховая сумма;

-срок действия Договора страхования;

-размер страховой премии, подлежащей уплате по Договору страхования, порядок и форма её уплаты;

-права, обязанности, ответственность Сторон и иные не противоречащие Законодательству Российской Федерации условия.

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

5.2.Порядок прекращения действия договора

5.2.1.Действие договора страхования прекращается, и Застрахованный теряет право на оплату Страховщиком оказанных ему медицинских услуг по договору в случае:

а) истечения срока действия договора страхования;

б) смерти Застрахованного;

в) исполнения Страховщиком обязательств в полном объеме перед Страхователем (Застрахованным) - оплаты оказанной Застрахованному медицинской помощи в размере страховой суммы (максимальной ответственности Страховщика), оговоренной в п.4.1. настоящих Правил;

г) по требованию (инициативе) Страхователя - в случае нарушения Страховщиком настоящих Правил;

д) по соглашению сторон;

е) ликвидации Страховщика в порядке, установленном законодательством Российской Федерации;

ж) принятия судом (арбитражным судом) решения о признании договора страхования недействительным;

з) в других случаях, предусмотренных законодательными актами Российской Федерации.

5.2.2. При отказе Страхователя (физического лица) от договора страхования в течение 5 (пяти) рабочих дней со дня заключения договора страхования и до даты начала действия срока страхования, предусмотренного договором страхования, уплаченная страховая премия подлежит Страховщиком Страхователю в полном объеме.

5.2.3. При отказе Страхователя (физического лица) от договора страхования в течение 5 (пяти) рабочих дней со дня заключения договора страхования, но после начала даты

начала срока страхования, предусмотренного договором страхования, Страховщик возвращает Страхователю часть оплаченной Страхователем премии пропорционально сроку действия договора страхования, прошедшему с даты начала действия страхования до даты прекращения действия договора добровольного страхования, при условии отсутствия в данном периоде событий, имеющих признаки страхового случая.

5.2.4. В случаях, указанных в п.5.2.2. и п. 5.2.3. настоящих Правил договор страхования считается прекратившим свое действие с даты получения Страховщиком письменного заявления Страхователя (физического лица) об отказе от договора страхования. В случаях предусмотренных настоящим пунктом оплаченная страховая премия (часть страховой премии) подлежит возврату Страхователю по выбору последнего наличными деньгами или в безналичном порядке в срок, не превышающий 10 (десять) рабочих дней со дня получения письменного заявления Страхователя об отказе от договора страхования.

5.2.5. При досрочном расторжении договора страхования по требованию Страхователя, за исключением случаев, предусмотренных п.5.2.2. и п.5.2.3. настоящих Правил, Страховщик возвращает ему страховые взносы за неистекший срок договора за вычетом понесенных расходов в размере 20 (двадцати) процентов от суммы страховой премии, если иное не предусмотрено договором страхования.

5.2.6. Во всех случаях досрочного прекращения договора страхования, Страхователь обязан вернуть Страховщику страховые полисы.

Страховщик имеет право расторгнуть досрочно Договор Страхования при не поступлении очередного платежа страхового взноса в соответствии с условиями Договора страхования

6.УВЕЛИЧЕНИЕ СТРАХОВОГО РИСКА

6.1. В период действия Договора страхования Страхователь (Застрахованный) обязан незамедлительно сообщать Страховщику о ставших ему известными значительных изменениях в обстоятельствах, сообщенных Страховщику при заключении договора, если эти изменения могут существенно повлиять на увеличение страхового риска.

Значительными, во всяком случае, признаются изменения, оговоренные в Договоре страхования (Страховом полисе) и в переданных Страхователю Правилах.

6.2. Страховщик, уведомленный (Страхователем, Застрахованным, ЛПУ, иным лицом) об обстоятельствах, влекущих увеличение страхового риска (хронические заболевания, инвалидность, другие обстоятельства, если они указаны в Договоре страхования, анкете Страхователя/Застрахованного или медицинской документации), 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 в соответствии с правилами, предусмотренными главой 29 Гражданского Кодекса Российской Федерации.

6.3. При неисполнении Страхователем либо Застрахованным обязанности, указанной в пункте 6.1, Страховщик вправе потребовать расторжения Договора страхования и возмещения убытков, причиненных расторжением Договора (пункт 5 статьи 453 Гражданского Кодекса Российской Федерации).

7.ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

Обязательства Страховщика и Страхователя отражаются в Договоре страхования, заключаемом сторонами на основе настоящих Правил.

7.1.1. Права и обязанности Страхователя:

Страхователь имеет право:

-изменять по согласованию со Страховщиком в течение срока действия настоящего Договора программу страхования или иные условия настоящего Договора страхования,

заклячая дополнительные соглашения к настоящему Договору страхования и уплачивая, в случае необходимости, дополнительные страховые взносы. Дополнительные соглашения вступают в силу в порядке, установленном для настоящего Договора страхования.

7.1.2. Страхователь обязан:

- уплачивать своевременно и в полном объеме обусловленные настоящим Договором страховые взносы;
- довести до сведения Застрахованных условия настоящего Договора, Правила страхования и программы страхования,
- предоставить Страховщику необходимые для заключения договора страхования сведения, а также иную необходимую информацию, связанную с действием договора страхования;
- обеспечить сохранность документов по договору страхования.

7.2. Права обязанности Страховщика:

7.2.1. Страховщик имеет право:

- проверять сообщенную Страхователем (Застрахованным) информацию, а также выполнение Страхователем (Застрахованным) требований и условий настоящего Договора страхования;
- Страховщик оставляет за собой право получать документы, подтверждающие факт и причину наступления страхового случая, в компетентных органах, а также проверять подлинники медицинских документов в медицинских учреждениях;
- в случае выявления обстоятельств, влекущих увеличение страхового риска, требовать от Страхователя уплаты дополнительной страховой премии соразмерно увеличению страхового риска или изменения условий Договора страхования.

7.2.2. Страховщик обязан:

- ознакомить Страхователя с Правилами страхования;
- выдавать Страхователю (Застрахованным) страховые полисы и/или страховые карточки установленной формы;
- обеспечивать организацию и оплату медицинской помощи Застрахованным при наступлении страховых случаев в соответствии с Правилами страхования и условиями настоящего Договора,
- контролировать объем, сроки и качество медицинской помощи оказанной Застрахованному в соответствии с его программой страхования,
- обеспечивать конфиденциальность в отношениях со Страхователем (Застрахованным) в соответствии со ст. 79 ФЗ-323 «Об основах охраны здоровья граждан в РФ». Информация об обращении Застрахованного за медицинской помощью и ее объеме, может быть представлена Страхователю только при наличии письменного согласия Застрахованного.

7.2.3. Обязательство Страховщика по страховой выплате возникает при подтверждении экспертами Страховщика факта наступления страхового случая на основании соответствующей медицинской документации (выписка из истории болезни) и платежных документов (счета), представленных Страховщику медицинским учреждением.

7.3. Действия Застрахованного при наступлении страхового случая

7.3.1. При наступлении страхового случая Застрахованный обращается в круглосуточную диспетчерскую службу Страховщика по телефону или в медицинское учреждение из числа указанных в Программе страхования, в соответствии с условиями Договора страхования.

При обращении в медицинское учреждение при наступлении страхового случая Застрахованный представляет страховой полис и/или страховую карточку и документ, удостоверяющий личность Застрахованного.

7.3.2. Если при наступлении страхового случая, Застрахованному была оказана (оказывается) медицинская помощь по жизненным показаниям в ином медицинском

учреждении, Застрахованный или его родственники сообщают об этом Страховщику любым доступным образом в наиболее короткие сроки.

7.3.3.Застрахованный обязан соблюдать предписания лечащего врача, полученные в ходе предоставления медицинской помощи, соблюдать распорядок, установленный медицинским учреждением.

7.3.4.При невозможности оказания услуг Застрахованному в медицинском учреждении, из числа предусмотренных Договором страхования, в связи с особенностями течения страхового случая, Страховщик организует их выполнение в ином медицинском учреждении. Выбор медицинского учреждения производится Страховщиком.

7.3.5.В случае прекращения взаимоотношений с медицинским учреждением, предусмотренным договором страхования, в течение действия данного договора, Страховщик имеет право исключить данное учреждение из программы страхования.

8.ПОРЯДОК И УСЛОВИЯ ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЫ

8.1.Страховая выплата по договору страхования осуществляется Страховщиком в виде оплаты стоимости медицинской и иной помощи непосредственно (или через поверенного, агента, комиссионера) в медицинскую организацию (или другому участнику страхования) по их счетам.

8.2.Оплата стоимости медицинской помощи осуществляется на базе договора в письменной форме, заключенного в соответствии с пунктом 2 статьи 434 Гражданского кодекса Российской Федерации.

8.3.Для получения предусмотренной договором (программой) страхования медицинской или иной помощи Застрахованный вправе с предварительного согласия (устного или письменного) Страховщика обратиться в согласованную медицинскую организацию (фармацевтическую или иную организацию) и самостоятельно оплатить стоимость предусмотренных программой страхования медицинских и иных услуг, лекарственных препаратов.

В этом случае страховая выплата осуществляется Страховщиком в виде возмещения Застрахованному его личных средств, израсходованных на получение медицинской помощи. Для получения возмещения Застрахованному необходимо предъявить Страховщику заявление установленного образца с приложением:

- оригинала кассового чека с квитанцией к приходному кассовому ордеру или копии бланка строгой отчетности, приравненного к кассовому чеку,
- оплаченного счета с указанием медицинской организации, перечня оказанных услуг и их стоимости,
- направления на лечение, выписки из медицинской карты амбулаторного или стационарного больного,
- иные документы, предусмотренные Договором страхования.

Страховщик вправе сократить вышеизложенный перечень документов.

Заявление Застрахованного принимается в срок не позднее трех месяцев после получения им медицинских услуг. Возмещение производится в течение 15-ти рабочих дней после получения от Застрахованного всей необходимой документации.

8.4.В Договоре страхования может быть установлена условная, безусловная или временная франшиза.

Условная франшиза освобождает Страховщика от страховой выплаты, если её размер не превышает размер франшизы.

Безусловная франшиза уменьшает размер страховой выплаты на размер франшизы.

Временная франшиза – период времени, в течение которого медицинская помощь, определенная программой страхования, оказывается за счет Застрахованного и оплате Страховщиком не подлежит.

Размер франшизы определяется Страховщиком и Страхователем по их усмотрению.

8.5. Страховщик имеет право отказать в страховой выплате:

8.5.1. в случае, если обращение в медицинскую организацию не было согласовано со Страховщиком (исключая ситуации, когда Застрахованный по медицинским показаниям не имел возможности выполнить данное обязательство), если Договором страхования не предусмотрено иное ;

8.5.2. в случае, если расходы, возникли по окончании срока действия Договора страхования, за исключением расходов, связанных с экстренной госпитализацией Застрахованного, начавшейся в течение срока действия Договора страхования и до момента исчезновения угрозы жизни страхователя/застрахованного лица, но, в любом случае, не более 15 календарных дней после окончания срока действия договора;

8.5.3. если расходы связаны с повторным выполнением исследований для плановой госпитализации, не состоявшейся по инициативе Застрахованного;

8.5.4. в случае нарушения Застрахованным сроков, предусмотренных Договором страхования, для предоставления Страховщику заявления на страховое возмещение его личных средств, затраченных на приобретение медицинской помощи, предусмотренной программой страхования, если не будет доказано, что Страховщик своевременно узнал о наступлении страхового случая, либо, что отсутствие у Страховщика сведений об этом не могло сказаться на его обязанности выплатить страховое возмещение;

8.5.5. в случае, если обращение в медицинскую организацию, не предусмотренную Программой страхования, не было согласовано со Страховщиком, или информирование Страховщика о таком обращении было осуществлено в процессе получения медицинской помощи, если Договором страхования не предусмотрено иное.

8.5.6. в других случаях, предусмотренных Гражданским кодексом Российской Федерации, договором (программой) страхования.

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

9. ПОРЯДОК ВНЕСЕНИЯ ИЗМЕНЕНИЙ И РАССМОТРЕНИЯ ПРЕТЕНЗИЙ ПО ДОГОВОРУ СТРАХОВАНИЯ

9.1. Все дополнения и изменения в договор страхования могут быть внесены только по письменному соглашению сторон.

9.2. Все споры, возникающие по договору страхования, разрешаются путем переговоров с привлечением, при необходимости, специально созданной экспертной комиссии. Срок ответа на претензию устанавливается в 15 дней.

При не достижении соглашения или не получении ответа на претензию в установленный срок, спор передается на рассмотрение суда в порядке, предусмотренном действующим законодательством Российской Федерации.

9.3. По вопросам, не отраженным настоящими Правилами или договором страхования, стороны руководствуются действующим законодательством Российской Федерации.

Образцы используемой страховой документации

Приложение 1

АНКЕТА ЮРИДИЧЕСКОГО ЛИЦА

В CAO "Медэкспресс" от _____

(Полное название предприятия)

в лице _____,

(Ф.И.О., должность)

действующего на основании _____

1. ЗАЯВЛЕНИЕ - АНКЕТА

на заключение договора добровольного медицинского страхования

1.1 Общие сведения о Страхователе:	
Юридический адрес:	
Фактический адрес:	
ОГРН:	
ИНН/КПП	
Р/с	
Банк	
К/с	
БИК	
1.2. Информация о контактном лице	Ф.И.О.
	Адрес доставки почтовой корреспонденции:
	e-mail: _____ Контактный телефон: _____
2. Общая численность работающих на предприятии: _____	
Общее количество работников, подлежащих страхованию: - согласно прилагаемому списку	
Принцип страхования сотрудников: <input type="checkbox"/> весь коллектив / полностью подразделение <input type="checkbox"/> по выбору	
Принцип подбора страховых программ:	
<input type="checkbox"/> всем одинаковая программа <input type="checkbox"/> по занимаемой должности <input type="checkbox"/> по выбору	
2.1. Страхование родственников (муж, жена, дети, родители)	<input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/> да
3. Участие сотрудников в оплате полисов ДМС: <input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/> да, доля участия %% _____	

4. Сведения о ранее заключенных договорах добровольного медицинского страхования	
4.1. Имеет ли предприятие предыдущий опыт страхования по ДМС? <input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет Если "да", укажите	
<i>Страховщик</i>	<i>Период действия договора</i>
5. Информация о Страхователе:	
5.1. Входит ли юридическое лицо в группу компаний (в холдинг или объединение)	<input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/> да, укажите количество и названия юридических лиц, входящих в группу _____ _____
Условия страхования, изложенные в Правилах добровольного медицинского страхования САО «Медэкспресс», нам известны. Сведения, содержащиеся в настоящем Заявлении, являются полными и соответствуют действительности.	
_____ (подпись Заявителя)	_____ (Ф. И. О. и должность Заявителя) « _____ » _____ 20__ г.

Анкета физического лица

Анкета о состоянии Вашего здоровья

1. ФИО _____
2. Дата рождения _____
3. Домашний адрес _____
4. Контактный телефон _____
5. Программа ДМС _____

<input type="checkbox"/> - «Амбулаторная Бизнес» + «Экстренная госпитализация Бизнес»	<input type="checkbox"/> - «Амбулаторная Стандарт» + «Экстренная госпитализация Стандарт»	<input type="checkbox"/> - «Амбулаторная Бизнес» + «Экстренная госпитализация Стандарт»
---	---	---

<input type="checkbox"/> - «Амбулаторная Стандарт» + «Экстренная госпитализация Бизнес»	<input type="checkbox"/> - «Экстренная госпитализация Бизнес»	<input type="checkbox"/> - «Экстренная госпитализация Стандарт»
---	---	---

6. Дата последнего обращения к врачу (обследование)

7. Перечислите жалобы и проблемы со здоровьем, которые у Вас есть в настоящий момент.

Если нет проблем - просто поставьте галочку здесь .

Если есть:

- _____
- _____
- _____
- _____
- _____

8. Отметьте из ниже перечисленных те заболевания, которыми болеют/болели Ваши бабушки и дедушки

- ожирение (да / нет)
- сахарный диабет (да / нет)
- повышенные цифры артериального давления (да / нет)
- инфаркт миокарда (да / нет)
- инсульт (да / нет)
- заболевания почек (да / нет)
- заболевания печени (да / нет)
- злокачественные заболевания (рак) (да / нет)
- варикозная болезнь, тромбоз, тромбозы (да / нет)

9. Отметьте из ниже перечисленных те заболевания, которыми болеют/болели Ваши родители

- ожирение (да / нет)
- сахарный диабет (да / нет)

- повышенные цифры артериального давления (да / нет)
- инфаркт миокарда (да / нет)
- инсульт (да / нет)
- заболевания почек (да / нет)
- заболевания печени (да / нет)
- злокачественные заболевания (рак) (да / нет)
- варикозная болезнь, тромбозы, тромбозы (да / нет)

10. Госпитализации: перечислите все случаи Вашей госпитализации в связи с болезнями и хирургическими операциями за последние 5 лет.

1.1.1 Дата	Повод к госпитализации	Больница
------------	------------------------	----------

11. Состоите ли Вы на диспансерном учете (у какого специалиста, укажите диагноз):

12. Наличие инвалидности (на дату заполнения анкеты) нет / да указать группу инвалидности _____

13. Рост _____ см, Вес _____ кг. Изменение веса за последние 12 месяцев _____ кг.

Набрал или Потерял вес (ненужное зачеркнуть)

14. Отметьте из ниже перечисленных те состояния, которые имеются у Вас и ухудшают качество Вашей жизни:

- Проблемы с глазами / болезни, травмы/ (да / нет)
- Проблемы с ушами / слухом / (да / нет)
- Проблемы с носом, пазухами /синуситы/, гортанью, глоткой (да / нет)
- Проблемы с зубами / ротовой полостью / (а / нет)
- Приступы слабости (а / нет)
- Судороги (да / нет)
- Паралич или потеря чувствительности (да / нет)
- Головокружения (да / нет)
- Частые или сильные головные боли (да / нет)
- Сложности с запоминанием или концентрацией внимания (да / нет)

- Проблемы со сном (да / нет)
- Приступы беспричинного плача (да / нет)
- Увеличенные лимфатические узлы (да / нет)
- Увеличенная щитовидная железа, зоб (да / нет)
- Проблемы с кожей / болезни кожи / (да / нет)
- Хронический или частый кашель (да / нет)
- Боль в груди, стенокардия (да / нет)
- Кровохарканье (да / нет)
- Ночная потливость (да / нет)
- Одышка (да / нет)
- Перебои в работе сердца (да / нет)
- Шумы в сердце (да / нет)
- Отеки рук, ног, лодыжек (да / нет)
- Повышение артериального давления / цифры / (да / нет)
- Чрезмерная усталость или /и слабость (да / нет)
- Варикозные вены (да / нет)
- Болезни почек / камни / (да / нет)
- Болезни мочевого пузыря (да / нет)
- Болезни предстательной железы (да / нет)
- Болезни уретры (да / нет)
- Белок, сахар, кровь, лейкоциты в моче (да / нет)
- Проблемы с мочеиспусканием (да / нет)
- Жажда (да / нет)
- Проблемы с желудком, язва (да / нет)
- Отрыжка или изжога (да / нет)
- Печень или болезни желчного пузыря (да / нет)
- Колиты и другие заболевания толстого кишечника (да / нет)
- Геморрой (да / нет)
- Кровяные выделения из заднего прохода (да / нет)
- Запоры и /или поносы (да / нет)
- Недавние изменения аппетита или пищевых привычек (да / нет)
- Черный стул (да / нет)
- Тугие, малоподвижные суставы / боли в суставах / (да / нет)
- Гинекологические заболевания (да / нет)
- Урологические заболевания (да / нет)
- Деформации, хромота, ампутации (да / нет)

15. Вас когда-либо исследовали с помощью Рентгена и если была выявлена патология, то

отметьте какая:

- Грудная клетка _____
- Позвоночник _____
- Конечности _____
- Желудок /пищевод/ _____
- Толстый кишечник/ клизма с барием/ _____
- Желчный пузырь _____
- Другие органы _____

16. Если Вас исследовали с помощью ультразвуковой аппаратуры (УЗИ) и были выявлены заболевания, то отметьте, каких органов:

- Грудная клетка (легкие, сердце) _____
- Головной мозг, спинной мозг _____
- Позвоночник _____
- Органы брюшной полости и малого таза _____
- Почки _____
- Сосуды, лимфлузлы _____

17. Если Вас исследовали с помощью магнитно-ядерного резонансного (ЯМРТ) или компьютерного томографа (КТ) и были выявлены заболевания, то отметьте, каких органов:

- Грудная клетка (легкие, сердце) _____
- Головной мозг, спинной мозг _____
- Позвоночник _____
- Органы брюшной полости и малого таза _____
- Почки _____
- Кости _____
- Сосуды _____

18. Делали Вам электрокардиографию / ЭКГ/ и в результате исследования были выявлены патологические изменения (да / нет)

19. Отметьте то, что принимаете регулярно:

- Слабительное (да / нет)
- Витамины (да / нет)
- Успокаивающие препараты (да / нет)

«Я подтверждаю, что мне понятны все вопросы настоящей Анкеты, а также то, что на основании ответов в Анкете Страховщиком будет оцениваться степень риска и определяться размер страховой премии. Информация, сообщенная мною в Анкете достоверна. На сегодняшний день мне не известны и не должны быть известны какие-либо иные данные о здоровье или связанные с ним. Мне известно, что в случае предоставления мною в Анкете недостоверной информации САО «Медэкспресс» вправе отказать в выплате страхового возмещения/обеспечения или расторгнуть договор без возврата суммы внесенной страховой премии».

1.2

1.3 Дата «__» _____ 200__ г. Подпись _____ (_____)

Заполняется представителем Страховщика:

Заключение о возможности страхования ПОДЛЕЖИТ НЕ ПОДЛЕЖИТ

Группа здоровья I II III IV

Необходимо предъявление дополнительной медицинской документации

Необходимо медицинское освидетельствование

2. ПРИМЕЧАНИЯ

Дата «__» _____ 200__ г. Подпись _____ (_____)

Приложение 3

МЕДИЦИНСКАЯ АНКЕТА РЕБЕНКА (от 4 до 17 лет)

Заполняется одним из родителей (опекунов) ребенка, вне зависимости от того, кто является Страхователем

ФИО Страхователя (Организация-		
ФИО ребенка, дата рождения		Пол
Домашний адрес,		
ФИО, дата рождения, место работы, тел.		
ФИО, дата рождения место работы, тел. ОТЦА		

Программа - ВАШ РЕБЕНОК АМБУЛАТОРНАЯ - Скорая помощь - Экстренная госпитализация

- ВАШ РЕБЕНОК (Амбулаторная помощь + СП + Экстренная и Плановая госпитализация)

- ВАШ РЕБЕНОК ЛЮКС - УКАЗАТЬ БАЗОВУЮ КЛИНИКУ

Ниже просим дать медицинскую информацию.

Обратите внимание: Данная информация конфиденциальна, на ее основе могут быть рассчитаны понижающие/повышающие коэффициенты к цене полиса. Информация никому не будет передана без Вашего согласия.

Медицинская история семьи

Родственник	зд ор ов ье	Родственники когда либо имели	О т м ет ьт е	Примечания (у кого из родственников)
-------------	----------------------	----------------------------------	------------------------------	--------------------------------------

Мать			Р	Аллергия	Д	
				Бронхиальная астма	Д	
				Глаукома	Д	
				Онкологические заболевания	Д	
Отец			Р	Туберкулез	Д	
				Диабет	Д	
				Проблемы с сердцем	Д	
				Гипертония	Д	
Братья				Инсульт	Д	
				Эпилепсия	Д	
				Наркомания	Д	
				Алкоголизм	Д	
				Депрессия	Д	
				Артриты	Д	
				Проблемы с почками	Д	
				Проблемы со щитовидной	Д	

1. Вес при рождении _____ . Грудное вскармливание до _____ .

2. Развитие ребенка на 1-м году жизни соответствовало возрасту? _____

Если _____ нет, _____ указать
причину _____

3. Наличие врожденной патологии и / или аномалии развития органов _____ НЕТ _____ ДА (указать какие, предоставить _____

медицинскую документацию) _____

4. Наличие родовых травм и развившихся заболеваний в этой связи *НЕТ* *ДА (указать какие)*

5. Посещает ли детское дошкольное учреждение? *НЕТ* *ДА (указать какое)*

- *обычное*

- *специализированное*

- *иное*

6. Обучается в школе? *НЕТ* *ДА (указать какой)*

- *общеобразовательной*

- *специализированной*

- *иное*

7. Перенесенные заболевания в течение последнего года (какие, кратность обращения за медицинской помощью)

8. Дата и причина последнего обращения к врачу _____

9. Наличие в настоящий момент жалоб и проблем со здоровьем? *НЕТ* *ДА (указать какие)* _____

10. Перенесенные инфекционные заболевания *НЕТ* *ДА (указать какие и в каком возрасте)* _____

11. Наличие хронических заболеваний *НЕТ* *ДА (указать какие)*

пробывание на диспансерном наблюдении *НЕТ* *ДА (сведения отразить в таблице)*

Специалист/ мед. учреждение	заболевание / дата первичной установки диагноза	Частота обострения	Получаемое лечение

12. Находились ли на стационарном лечении? *НЕТ* *ДА (указать все случаи с рождения)*

дата и сроки госпитализации	наименование стационара	заболевание (диагноз)

13. Проводились ли какие-либо оперативные вмешательства? *НЕТ* *ДА (указать диагноз, название лечебного учреждения)* _____

14. Принимаете ли лекарственные препараты или витамины? *НЕТ* *ДА (указать какие, по назначению какого специалиста)* _____

15. Имеется ли инвалидность? *НЕТ* *ДА (указать по какому заболеванию, дата его диагностики и действует ли по настоящее время?)* _____

16. Рост _____ вес _____ в настоящее время.

17. Имеется ли предыдущий опыт страхования по ДМС? *НЕТ* *ДА (указать страховую компанию, период страхования)* _____

Данная мною информация в анкете достоверна. На сегодняшний день мне не известны какие-либо другие данные о здоровье ребенка. Я понимаю, что в случае предоставления недостоверной и/или неполной информации, которая искажала бы степень риска медицинских расходов в будущем, Страховая компания «МЕДЭКСПРЕСС» вправе отказать в выплатах и/или прекратить действие договора страхования. Мне понятны и я полностью согласен (согласна) с Программой и Правилами страхования.

Дата _____
Подпись _____ (ФИО)

Страховщик на свое усмотрение может затребовать дополнительную медицинскую документацию.

Заполняется Представителем Страховщика:

Заключение о возможности страхования **ПОДЛЕЖИТ** **НЕ ПОДЛЕЖИТ**

Группа здоровья I II III IV (инвалидность)

Коэффициент надбавки _____ скидки _____

Примечания

Подпись врача – эксперта

(ФИО)

МЕДИЦИНСКАЯ АНКЕТА РЕБЕНКА (от рождения до 3 лет)

Заполняется одним из родителей (опекунов) ребенка, вне зависимости от того, кто является Страхователем.

ФИО Страхователя (Организация-)		
ФИО ребенка, дата рождения		Пол
Домашний адрес, телефон		
ФИО, дата рождения, место работы, тел. МАТЕРИ		
ФИО, дата рождения, место работы, тел.ОТЦА		

Программа -ВАШ РЕБЕНОК АМБУЛАТОРНАЯ -Скорая помощь -Экстренная госпитализация

- ВАШ РЕБЕНОК (Амбулаторная помощь + СП + Экстренная и Плановая госпитализация)

-ВАШ РЕБЕНОК ЛЮКС - УКАЗАТЬ БАЗОВУЮ КЛИНИКУ

Ниже просим дать медицинскую информацию.

Обратите внимание: Данная информация конфиденциальна, на ее основе могут быть рассчитаны понижающие/повышающие коэффициенты к цене полиса. Информация никому не будет передана без Вашего согласия.

Медицинская история семьи

Родственник	возраст	здоровье	Родственники когда либо имели	Отметьте	Примечания (у кого из родственников)	
Мать			P	Аллергия	ДА	
				Бронхиальная астма	ДА	
				Глаукома	ДА	
				Онкологические заболевания	ДА	
Отец			P	Туберкулез	ДА	
				Лишай	ДА	
				Проблемы с сердцем	ДА	
Братья				Гипертония	ДА	
				Инсульт	ДА	
				Эпилепсия	ДА	
				Наркомания	ДА	
				Алкоголизм	ДА	
				Депрессия	ДА	
				Артриты	ДА	
				Проблемы с почками	ДА	
				Проблемы со щитовидной	ДА	

1. Ребенок родился от (какой по счету) _____ беременности?
2. Предыдущие беременности закончились (подчеркнуть): родами (число, даты) _____, самопроизвольным (и) выкидышами (указать сроки беременности, даты) _____ мед. абортom (число) _____.
3. Были ли осложнения настоящей беременности? **НЕТ ДА** (указать какие) - _____

4. Роды на _____ неделе, быстрые, стремительные (нужное подчеркнуть)
5. Роды проходили через естественные родовые пути? **НЕТ** **ДА**. При проведении кесарева сечения - указать причины оперативного родоразрешения и характер его проведения – плановый или экстренный

6. Были ли осложнения в родах: **НЕТ** **ДА** (указать какие)?

7. Ребенок закричал сразу / не сразу.

8. Оценка по шкале Апгар на 1 минуте _____ на 5 минуте _____

9. Вес ребенка при рождении _____ рост при рождении _____ окружность головы _____

10. Прививка БЦЖ в роддоме сделана / не сделана.

11. Имеется ли заключение неонатолога родильного дома о необходимости амбулаторного наблюдения узких (каких) специалистов после выписки из родильного дома _____

12. Ребенок из роддома выписан домой (указать на какие сутки) _____ или переведен в детскую больницу **НЕТ** **ДА** (указать в какую, причину перевода) _____

13. Вскармливание грудное до _____ месяцев / смешанное / искусственное.

14. Держит голову с _____ месяца. Ползает с _____ месяца. Ходит с _____ месяца. Первый зуб прорезался в _____ мес.

15. Наличие врожденной патологии и / или аномалии развития органов. **НЕТ** **ДА** (указать какая, предоставить медицинскую документацию) _____

16. Развитие на 1-м году жизни соответствовало возрасту? **ДА** **НЕТ** (указать причину несоответствия)

17. Посещает детское дошкольное учреждение? **НЕТ** **ДА** (указать какое):

- общеобразовательное _____

- специализированное _____

- иное _____

18. Перенесенные заболевания в течение последнего года (какие, кратность обращения за медицинской помощью)

17. Дата и причина последнего обращения к врачу

18. Наличие в настоящий момент жалоб и проблем со здоровьем? **НЕТ** **ДА** (указать какие) -

19. Перенесенные инфекционные заболевания? **НЕТ** **ДА** (указать какие и в каком возрасте) _____

20. Наличие хронических заболеваний **НЕТ** **ДА** (указать какие) и пребывание на диспансерном наблюдении **НЕТ** **ДА** (сведения отразить в таблице)

Специалист/ мед.учреждени	Заболевание первичной	/ дата установки	Частота обострения	Получаемое лечение

21. Находились ли на стационарном лечении? **НЕТ** **ДА** (указать все случаи с рождения)

дата	и	сроки	наименование стационара	заболевание (диагноз)

22. Проводились ли оперативные вмешательства? **НЕТ** **ДА** (указать диагноз, название лечебного учреждения)_

23. Имеется ли инвалидность? **НЕТ** **ДА** (указать по какому заболеванию, дата его диагностики и действует ли по настоящее время?)

24. Рост _____ вес _____ (в настоящее время)

25. Имеется ли предыдущий опыт страхования по ДМС? **НЕТ** **ДА** (указать страховую компанию, период страхования)

Данная мною информация в анкете достоверна. На сегодняшний день мне не известны какие-либо другие данные о здоровье ребенка. Я понимаю, что в случае предоставления недостоверной и/или неполной информации, которая исказала бы степень риска медицинских расходов в будущем, Страховая компания «МЕДЭКСПРЕСС» вправе отказать в выплатах и/или прекратить действие договора страхования. Мне понятны и я полностью согласен (согласна) с Программой и Правилами страхования.

Дата _____ Подпись _____ (ФИО) _____

Страховщик на свое усмотрение может затребовать дополнительную медицинскую документацию.

3 Заполняется Представителем Страховщика:

Заключение о возможности страхования ПОДЛЕЖИТ НЕ ПОДЛЕЖИТ
Группа здоровья I II III IV
Примечания
Подпись врача – эксперта _____ (ФИО _____)

Приложение 5

ДОГОВОР ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ С ЮРИДИЧЕСКИМ ЛИЦОМ

№

/2016**Российская Федерация,****Санкт-Петербург****20__ г.**

«__» _____

Страховое акционерное общество «Медэкспресс», именуемое в дальнейшем «Страховщик»,
в лице _____, действующей на основании _____, с одной стороны, и

далее Страхователь, в лице

действующего (ей) на основании

Устава

с другой стороны, при совместном упоминании именуемые Стороны, заключили настоящий договор (далее — Договор) о нижеследующем

1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

1.1. По настоящему Договору Страховщик при наступлении страхового случая и в соответствии с Правилами добровольного медицинского страхования САО «Медэкспресс», (далее — «Правила страхования»), принимает на себя обязательство организовать и оплатить медицинские услуги, оказываемые гражданам (Застрахованным), включенным в представленные Страхователем списки, а Страхователь обязуется уплатить страховую премию.

1.2. Страховым случаем по Договору является обращение Застрахованного в медицинское или сервисное учреждение в случае острого заболевания или обострения хронических заболеваний, возникших в период действия Договора страхования и оказание ему медицинской помощи, включенной в указанные в договоре страхования Программы, повлекшее за собой предъявление медицинским учреждением Страховщику счета на оплату медицинских услуг, оказанных Застрахованному в соответствии с Программой.

1.3. Виды медицинских услуг, оказываемые Застрахованным, определяются страховыми Программами, соответствующего вида (Приложение № 3) и Правилами страхования (Приложение № 2), являющимися неотъемлемыми приложениями настоящего Договора и предоставляются медицинскими учреждениями, указанными в конкретной страховой Программе.

1.4. При невозможности оказания услуг Застрахованному в медицинском учреждении, из числа предусмотренных Договором страхования, в связи с особенностями течения страхового случая или по другой причине, Страховщик организует их выполнение в ином аналогичном медицинском учреждении. Выбор медицинского учреждения производится Страховщиком.

1.5. Застрахованными для целей настоящего Договора считаются лица, указанные в списке застрахованных лиц, являющимся неотъемлемой частью Договора (см. Приложение № 1).

В списках должны быть указаны следующие сведения о Застрахованных: Ф.И.О., дата рождения, домашний адрес, номер телефона и Программа страхования.

1.6. Страховщик выдает каждому Застрахованному (непосредственно или через Страхователя) страховой полис не позднее 5 дней с момента вступления Договора в силу.

1.7. Страхователь обязан предоставлять по требованию Страховщика все имеющиеся у него документы, необходимые для проведения экспертизы страхового случая (обращения за медицинской помощью).

2. УСЛОВИЯ СТРАХОВАНИЯ

2.1. Условия, на которых осуществляется страхование, приведены в таблице:

Программа страхования	Количество застрахованных	Страховая премия за 1-го застрахованного (руб.)	Страховая сумма на 1-го застрахованного	Всего страховая премия по Программе (руб.)	Всего страховая сумма по Программе (руб.)

	нн ых (ч ел .)		(руб.)		

2.2. Страховая премия – плата, которую обязан внести Страхователь за услуги, предоставляемые Страховщиком. Страховая премия дифференцируется в зависимости от выбранной Программы, страховой суммы, численности Застрахованных, периода страхования, возраста Застрахованных, результата медицинского анкетирования (если оно проводилось), порядка уплаты страховой премии и других существенных обстоятельств.

Страховая премия по Договору по всем страховым Программам, указанным в п. 2.1 составляет в российских рублях (RUR):

(числом)

(прописью)

2.3. Порядок уплаты страховой премии (ненужное перечеркнуть):

– одновременно за весь период действия Договора;

– в рассрочку в следующем порядке:

(размер страховых взносов (платежей) и сроки их перечисления)

(размер страховых взносов (платежей) и сроки их перечисления)

2.4. Страховая премия уплачивается путем перечисления денег банковским переводом на расчетный счет Страховщика или в кассу – при оплате наличными, НДС не облагается.

2.5. Страховая сумма (или «лимит ответственности») – максимальный размер обязательств Страховщика при наступлении страхового случая, который устанавливается для каждого Застрахованного в рублях и дифференцируется в зависимости от выбранной страховой Программы.

Общая страховая сумма по Договору (совокупная страховая сумма по всем страховым Программам, указанным в п. 2.1 составляет в российских рублях (RUR):

(числом)

2.6. Территория действия Договора:

г. Санкт-Петербург, в административных границах.

Выезд бригады Скорой помощи осуществляется в радиусе 100 км от г. Санкт-Петербурга.

Организация экстренной медицинской помощи при поездках на территории РФ в соответствии с программой страхования.

3. ВСТУПЛЕНИЕ ДОГОВОРА В СИЛУ, ПЕРИОД СТРАХОВАНИЯ, УСЛОВИЯ ПРОДЛЕНИЯ

3.1. Настоящий Договор вступает в силу 00 ч. 00 мин. _____ г. и действует до 24 ч. 00 мин. _____ г.

3.2. Обязанность Страховщика по несению страхового риска (риск выплаты страхового возмещения при наступлении страхового случая, после вступления Договора страхования в силу) действует в течение 1 года с момента вступления в силу (период страхования – 365 дней). Договором страхования может быть предусмотрено несколько периодов страхования.

3.3. При не поступлении первого страхового взноса на расчетный счет Страховщика в сроки, указанные в п. 2.3 настоящего Договора, Страховщик имеет право расторгнуть настоящий Договор и инициировать процедуру возврата средств, потраченных им на исполнение своих обязательств по Договору.

3.4. В случае если за 2 месяца до истечения периода действия Договора ни одна из Сторон не известила письменно другую Сторону о намерении прекратить Договор, то Договор может быть пролонгирован при условии уплаты Страхователем страхового взноса на очередной период. При этом Страховщик оставляет за собой право пересмотра стоимости услуг на очередной период страхования, путем подписания Дополнительного соглашения к действующему Договору.

4. ИЗМЕНЕНИЕ И РАСТОРЖЕНИЕ ДОГОВОРА

4.1. Стороны по взаимному согласию в течение всего периода действия договора могут изменять количество Застрахованных, Программы страхования и страховые суммы по ним. В этом случае, по вновь включаемому Застрахованному, либо Застрахованному, у которого изменяется страховая сумма по Программе, изменяется (и/или добавляется) Программа страхования, страховая премия определяется Страховщиком, который оставляет за собой право провести анкетирование или медицинское освидетельствование указанных Застрахованных.

О необходимости внесения изменений в Договор Страхователь извещает Страховщика в письменной форме не позднее, чем за 10 дней до предполагаемого начала их действия.

4.2. В случае расширения списка Застрахованных, за счет вновь принятых сотрудников, Страхователь предоставляет Страховщику сведения о новых Застрахованных в соответствии с п.1.5 Договора и уплачивает за них страховую премию за период с даты их включения в список Застрахованных до даты окончания периода действия договора страхования. Страховщик выдает Страхователю страховые полисы на вновь Застрахованных после оплаты Страхователем дополнительной страховой премии.

Дополнительная страховая премия по Программам категории «П» уплачивается в полном размере в соответствии с п.2.1 Договора вне зависимости от оставшегося периода страхования.

Дополнительная страховая премия по другим Программам уплачивается в соответствии с поправочными коэффициентами в зависимости от периода страхования:

Периода страхования	2 мес.	3 мес.	4 мес.	5 мес.	6 мес.	7 мес.	8 мес.	9 мес.
Поправочный коэффициент	0,42 0	0,47 8	0,53 6	0,59 4	0,65 2	0,71 0	0,76 8	0,82 6

4.3. При исключении Застрахованных лиц из списка Застрахованных по инициативе Страхователя Страховщик возвращает Страхователю страховую премию в соответствии с п. 4.7 Договора, при условии возврата Страховщику страхового полиса или, при невозможности возврата, письменного отказа от использования услуг Страховщика. Действие Договора/Полиса страхования Застрахованного прекращается с даты получения Страховщиком уведомления о расторжении Договора/Полиса в отношении лиц, исключенных из списка Застрахованных.

Замена Страхователем Застрахованного лица в рамках одной и той же Программы прекращается за 2 месяца до окончания периода действия настоящего Договора.

При одновременном исключении из списка Застрахованных и включении в список Застрахованных вновь принятых сотрудников, в рамках одной и той же Программы, замена полисов осуществляется в течение 10 дней. Замена без дополнительного страхового взноса осуществляется при условии, что медицинские услуги не оказывались лицу, исключаемому из списка.

Страховая премия по Программам категории «П» уплачивается в полном размере в соответствии с п.2.1. Договора за каждого вновь принятого Застрахованного вне зависимости от периода страхования.

4.4. Все изменения оформляются дополнительным соглашением к Договору.

4.5. Договор страхования может быть расторгнут в следующих случаях:

4.5.1. Договор/Полис, может быть, расторгнут (прекращен) в случаях, установленных Правилами Страхования и действующим законодательством Российской Федерации.

4.5.2. При неуплате Страхователем очередного страхового взноса в установленный настоящим договором срок Страховщик вправе расторгнуть настоящий Договор в одностороннем порядке путем направления соответствующего письменного уведомления Страхователю. При этом Страхователь обязан уплатить страховой взнос за неоплаченный период времени страхования, в течение которого продолжал действовать настоящий Договор. Расторжение настоящего Договора влечет прекращение обязательств Страховщика по настоящему Договору с даты, указанной Страховщиком в письменном уведомлении.

4.5.3. Договор (в отношении всех Застрахованных по договору) может быть, расторгнут в одностороннем порядке по письменному требованию Страхователя, предъявленному за 30 дней до

даты предполагаемого расторжения. Страхователь обязан вернуть страховые полисы, выданные Застрахованным, не позднее даты расторжения. При невозможности представить страховые(ой) полис(ы) Страхователь предоставляет Страховщику письменные отказы застрахованных от использования услуг Страховщика.

4.6. Страховщик вправе по согласованию со Страхователем изменить размер страховой премии. Страховая премия будет пересматриваться сторонами в случае, если количество Застрахованных лиц составит 80% и менее от общей численности Застрахованных лиц на момент заключения Договора. При этом, при перерасчете размера премии, сторонами будут применяться следующие повышающие коэффициенты:

Количество Застрахованных лиц (в % от первоначальной численности)	Повышающий коэффициент
60%-80%	1,10
40%-60%	1,15
20%-40%	1,20
<20%	1,50

4.7. При досрочном расторжении Договора/полиса страхования Страховщик возвращает Страхователю страховую премию за не истекший оплаченный период действия Договора/Полиса (по всем Программам, за исключением Программ категории П) за вычетом понесенных расходов, состоящих из расходов на ведение дела (20%) и выплат по всем страховым случаям настоящего Договора/Полиса.

Возврат страховой премии осуществляется по следующей формуле:

$$BC = \frac{(П-Р) * M}{N} - V$$

Где:

- BC – величина премии, подлежащей возврату
- П – оплаченная часть страховой премии по Договору/Полису
- Р – расходы на ведение дела (20%) от оплаченной страховой премии по Договору/Полису
- М – число дней по которым не истекла ответственность Страховщика по Договору/Полису
- N – число дней оплаченного периода Договора/Полиса
- V – выплаты по всем страховым случаям настоящего Договора/Полиса

5. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

5.1. Страхователь имеет право:

- изменять по согласованию со Страховщиком в течение периода действия настоящего Договора Программу страхования или иные условия настоящего Договора страхования, заключая дополнительные соглашения к настоящему Договору страхования и уплачивая, в случае необходимости, дополнительную страховую премию. Дополнительные соглашения вступают в силу в порядке, установленном для настоящего Договора страхования.

- расторгнуть настоящий Договор страхования, обратившись с письменным заявлением к Страховщику,

5.2. Страхователь обязан:

- уплатить своевременно и в полном объеме (в соответствии с п. 2.3) обусловленную настоящим Договором страховую премию;
- обеспечивать сохранность документов по настоящему Договору;
- представить Страховщику списки Застрахованных по установленной форме (приложение 1 к Договору);
- довести до сведения Застрахованных условия страхования,

5.3. Страховщик имеет право:

- проверять сообщенную Страхователем (Застрахованным) информацию, а также выполнение Страхователем (Застрахованным) требований и условий настоящего Договора страхования;
- отказать в выплате страхового возмещения в случае установления того, что Страхователь или Застрахованные сообщили заведомо ложные сведения;
- досрочно расторгнуть настоящий Договор страхования в случаях, указанных в п. 4.5;

5.4. Страховщик обязан:

- ознакомить Страхователя с Правилами и Программами страхования;
- выдавать Страхователю (Застрахованным) страховые полисы;
- обеспечивать организацию и оплату медицинской помощи Застрахованным при наступлении страховых случаев в соответствии с Правилами страхования и условиями настоящего Договора,
- контролировать объем, сроки и качество медицинской помощи оказанной Застрахованному в соответствии с его Программой страхования,
- обеспечивать конфиденциальность в отношениях со Страхователем (Застрахованным) в соответствии со ст.79 Федерального закона от 21.11.2011 N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации». Информация об обращении Застрахованного за медицинской помощью и ее объеме, может быть представлена Страхователю только при наличии письменного согласия Застрахованного.

6. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН

6.1. За неисполнение или ненадлежащее исполнение обязательств по настоящему Договору Стороны несут ответственность в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации и условиями настоящего Договора.

6.2. Сторона, не исполнившая или ненадлежащим образом исполнившая принятые на себя обязательства по настоящему Договору, возмещает другой стороне убытки в полном объеме (прямой реальный ущерб).

6.3. При невозможности оказания медицинских и иных услуг в медицинской организации, указанной в Программе страхования, по независящим от Страховщика причинам, последний организует оказание вышеуказанных услуг в иной медицинской организации согласно категории Программы страхования.

6.4. В случае оказания медицинской помощи в ненадлежащем объеме и/или ненадлежащего качества Страховщик обязуется без дополнительной оплаты представлять интересы Застрахованного в его отношениях с медицинским учреждением (юридические консультации, составление искового заявления, проведение предварительной медицинской экспертизы). В случае неисполнения предусмотренных в данном пункте обязанностей Страховщик уплачивает Страхователю штраф в размере 20 МРОТ. Уплата штрафа не освобождает Страховщика от исполнения обязанностей, предусмотренных в настоящем пункте.

6.5. Стороны не несут ответственности за невыполнение обязательств по Договору, если невозможность их выполнения явилась следствием чрезвычайных и непредотвратимых при данных условиях событий непреодолимой силы (стихийные бедствия, пожары, забастовки, эпидемии, катастрофы, военные действия, распоряжения и иные акты государственных органов и т.п.). Наличие обстоятельств непреодолимой силы должно быть подтверждено органами, компетентными в установлении данных обстоятельств.

7. КОНФИДЕНЦИАЛЬНОСТЬ И ЗАЩИТА ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ.

7.1. *Обработка персональных данных Застрахованных по настоящему договору, содержащихся в документах, передаваемых Страховщику в целях заключения и исполнения договора страхования, осуществляется в соответствии с Законодательством РФ.*

7.2. Страхователь, в соответствии с Федеральным законом от 27.07.2006 №152-ФЗ «О персональных данных», гарантирует наличие согласия на обработку персональных данных Застрахованных (включая персональные данные о состоянии здоровья, указанные в медицинской анкете на страхование и иных документах, представленных при заключении договора страхования) в целях надлежащего исполнения договора страхования, организации оказания медицинских услуг, а также для осуществления информационного сопровождения исполнения договора страхования, в том числе посредством направления уведомлений с применением смс-сообщений, посредством электронной почты и иными доступными способами.

Настоящее согласие действительно в течение срока действия договора страхования и в течение 5 (пяти) лет после окончания действия договора страхования. Настоящее согласие на обработку персональных данных может быть отозвано посредством направления письменного уведомления в адрес Страховщика

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

7.4. *Страховщик обязуется соблюдать режим конфиденциальности относительно информации о заболеваниях Застрахованного, указанной им в Медицинской анкете, либо полученной Страховщиком в ходе исполнения настоящего Договора от медицинских учреждений.*

7.5. *Стороны берут на себя взаимные обязательства по соблюдению режима конфиденциальности информации, полученной при исполнении условий настоящего Договора. Передача информации третьим лицам или иное разглашение информации, признанной по настоящему Договору конфиденциальной, может осуществляться исключительно с письменного согласия другой Стороны.*

Конфиденциальной по настоящему Договору признается информация о Программе страхования, страховой премии, а также сведения о заболеваниях Застрахованных и о факте их обращения за медицинской помощью, Страховщик обязуется не передавать указанную информацию без письменного согласия Застрахованного каким-либо третьим лицам, в т.ч. Страхователю.

8. ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ

8.1. *Стороны примут все меры к разрешению возникающих при исполнении Договора разногласий путем переговоров. Ответ на предъявленную претензию Стороны должны предоставить не позднее 15 (пятнадцати) дней с момента ее получения.*

8.2. *В случае если Стороны не придут к соглашению все неурегулированные споры между ними по Договору рассматриваются в Арбитражном суде г. Санкт-Петербурга и Ленинградской области.*

8.3. *Условия Договора могут быть дополнены или изменены по соглашению Сторон, выраженному в простой письменной форме. Внесенные в Договор дополнения и изменения прилагаются к Договору и являются его неотъемлемой частью.*

8.4. *По всем вопросам, не урегулированным настоящим Договором, Стороны руководствуются Правилами страхования и действующим законодательством Российской Федерации.*

8.5. В случае расхождения Правил страхования и условий Договора и/или Программ страхования приоритет имеют условия настоящего Договора и/или Программ страхования, являющихся неотъемлемой частью настоящего Договора страхования.

8.6. В случае изменения юридического адреса, номера расчетного счета или обслуживающего банка Стороны обязаны в течение 10-ти дней уведомить об этом друг друга.

8.7. Настоящий договор составлен на семи страницах в двух экземплярах, обладающих равной юридической силой – по одному для каждой из Сторон.

9. ПРИЛОЖЕНИЯ

9.1. Список застрахованных лиц;

9.2. Правила добровольного медицинского страхования САО «Медэкспресс».

В соответствии с п.2 ст.943 Гражданского кодекса Российской Федерации Правила добровольного медицинского страхования, официально действующие у Страховщика на момент подписания Договора, вручены Страхователю при заключении Договора;

9.3. Программы добровольного медицинского страхования САО «Медэкспресс».

10. ОСОБЫЕ УСЛОВИЯ

11. АДРЕСА СТОРОН И ПЛАТЕЖНЫЕ РЕКВИЗИТЫ

СТРАХОВЩИК

САО "Медэкспресс"

191186, г.Санкт-Петербург,
ул.Гороховая, д. 14\26

ИНН 7803025365 КПП 783501001

Р/с 40702810455020100566

Северо-Западный банк ПАО "Сбербанк
России"

г. Санкт-Петербург

К/с 30101810500000000653

БИК 044030653

ОКПО 20811309

ОГРН 1037843040465

Страховщик

СТРАХОВАТЕЛЬ ЮРИДИЧЕСКОЕ ЛИЦО:

Наименование предприятия

Юридический и фактический адрес

ИНН/КПП

ОГРН

ОКПО

Банковские реквизиты

Страхователь

ДОГОВОР ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ С ФИЗИЧЕСКИМ ЛИЦОМ

 № /2016
Российская Федерация,
Санкт-Петербург

«___»

Страховое акционерное общество «**Медэкспресс**», именуемое в дальнейшем «**Страховщик**», в лице _____, действующей на основании _____, с одной стороны, и

далее **Страхователь**, с другой стороны, при совместном упоминании именуемые **Стороны**, заключили настоящий договор (далее — **Договор**) о нижеследующем

1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

Страховщик при наступлении страхового случая и в соответствии с **Правилами добровольного медицинского страхования САО «Медэкспресс»** принимает на себя обязательство оплатить медицинские услуги, оказываемые гражданам (застрахованным), а **Страхователь** обязуется уплатить страховую премию. **Страховая премия** – плата, которую обязан внести **Страхователь** за услуги, предлагаемые **Страховщиком**. **Страховая премия дифференцируется** в зависимости от вида страховой программы, от сроков и порядка ее уплаты.

Страховым случаем по **Договору** является обращение застрахованного в медицинское учреждение и оказание ему, в период действия договора страхования, медицинских услуг перечисленных в указанной в договоре страхования **Программе**, повлекшее за собой предъявление медицинским учреждением **Страховщику** счета на оплату медицинских услуг, оказанных застрахованному в соответствии с **Программой** и в пределах страховой суммы.

Предусмотренные страховой программой услуги предоставляются медицинскими учреждениями, указанными в конкретной страховой **Программе**.

2. УСЛОВИЯ СТРАХОВАНИЯ

2.1. Условия, на которых осуществляется страхование, приведены в таблице:

Застрахованное лицо ФИО	дата рождения, место жительства, телефон	Программа страхования	Страховая премия, руб.	Страховая сумма, руб.

2.2. Общая сумма **Договора** (сумма страховых премий по различным страховым программам) составляет в российских рублях (RUR):

(числом)

(прописью)

2.3. Порядок уплаты страховой премии:

– одновременно за весь период действия Договора.

3. СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА

Срок действия договора (обязанность Страховщика по несению риска выплаты страхового возмещения при наступлении страхового случая).

Договор вступает в силу с 00 часов дня, следующего за днем оплаты страховой премии, и действует до _____

4. ТЕРРИТОРИЯ ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА

Территория действия договора - г. Санкт-Петербург, в административных границах. Выезд бригады Скорой помощи осуществляется в радиусе 100 км от г. Санкт-Петербурга.

5. ПРИЛОЖЕНИЯ

5.1. Правила добровольного медицинского страхования САО «Медэкспресс»

5.2. Программы добровольного медицинского страхования САО «Медэкспресс»

Правила добровольного медицинского страхования САО «Медэкспресс», Программы добровольного медицинского страхования САО «Медэкспресс» вручены Страхователю при заключении Договора

Страхователь _____ / _____ /

6. АДРЕСА СТОРОН И ПЛАТЕЖНЫЕ РЕКВИЗИТЫ

СТРАХОВАТЕЛЬ:

СТРАХОВЩИК:

САО "Медэкспресс"

191186, г. Санкт-Петербург, ул. Гороховая, д. 14\26

ИНН 7803025365 КПП 783501001

Р/с 40702810455020100566

Северо-Западный банк ПАО "Сбербанк России"

г. Санкт-Петербург

К/с 30101810500000000653

БИК 044030653

ОКПО 20811309

ОГРН 1037843040465

Страховщик

Страхователь

ОБРАЗЕЦ СТРАХОВОГО ПОЛИСА



ФИО: Иванов Иван Иванович 01.01.1990г.р.

Полис №0000001 действует: 01.01.2016 - 31.12.2016

Программы и лимиты ответственности страховой компании:

Амбулаторная Бизнес	2000000руб
Госпитализация Бизнес	2500000руб

Подпись Страховщика:

Круглосуточная врачебная служба "Ассистанс":
 * организация мед. помощи (812) 494 94 00 (прямой для Санкт-Петербурга),
 8 800 200 33 03 (федеральный)
 * вызов скорой помощи (812) 494 94 29 (прямой для Санкт-Петербурга),
 8 800 200 55 05 (федеральный)

СТРАХОВЫЕ ТАРИФЫ
по добровольному медицинскому страхованию

(годовые, в % от страховой суммы)

Вариант страховых сумм «до 200 000 руб»

ПРОГРАММА СТРАХОВАНИЯ	СТРАХОВОЙ ТАРИФ
<i>Амбулаторная</i>	9,67
<i>Госпитализация</i>	9,23
<i>Экстренная госпитализация</i>	5,15
<i>Стоматологическая</i>	9,42
<i>Комплексная</i>	9,73
<i>Комплексная региональная</i>	5,91
<i>Комплексная специальная</i>	3,16
<i>Скорая помощь</i>	0,76
<i>Семейный врач</i>	21,42
<i>Ваш ребенок</i>	24,50
<i>Лечебная</i>	9,80

Вариант страховых сумм «более 200 000 руб»

ПРОГРАММА СТРАХОВАНИЯ	СТРАХОВОЙ ТАРИФ
<i>Амбулаторная</i>	0,25
<i>Госпитализация</i>	0,27
<i>Экстренная госпитализация</i>	0,15
<i>Стоматологическая</i>	0,49
<i>Комплексная</i>	0,50
<i>Комплексная региональная</i>	0,30
<i>Комплексная специальная</i>	0,13
<i>Скорая помощь</i>	0,02
<i>Семейный врач</i>	0,66
<i>Ваш ребенок</i>	0,87
<i>Лечебная</i>	9,79

4.1 Определение поправочного коэффициента

При заключении конкретного договора страхования, страховой тариф может устанавливаться путем умножения базового страхового тарифа на поправочный коэффициент.

Значение коэффициента выбирается Страховщиком при заключении конкретного договора страхования, исходя из степени риска и текущих расходов Страховщика на ведение договора страхования. Результирующий поправочный коэффициент является произведением поправочных коэффициентов, выбранных в зависимости от

каждого фактора риска. Итоговый результирующий поправочный коэффициент в любом случае не может быть менее 0.1 и более 10.