

ПРАВИЛА
добровольного медицинского
страхования

1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ. СУБЪЕКТЫ И ОБЪЕКТ СТРАХОВАНИЯ

1.1. В соответствии с действующим законодательством РФ, настоящие Правила регулируют отношения, возникающие между Страховщиком, Страхователем, Застрахованным и Медицинским учреждением по поводу осуществления добровольного медицинского страхования.

1.2. Страховщик – ООО Страховая Компания «Гелиос», осуществляет страховую деятельность в соответствии с лицензией, выданной компетентным государственным органом Российской Федерации.

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

1.4. Страхователи – это юридические лица, заключающие со Страховщиком договоры о страховании третьих лиц в пользу последних (Застрахованных лиц).

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

1.5. Страховщик имеет право отказать в заключение договора страхования в отношении лица, попадающего в одну из следующих категорий на момент заключения договора страхования:

- лица в возрасте старше 65 лет;
- лица, состоящего на учете в центре по профилактике и борьбе со СПИД;
- лица, которому присвоена 1 или 2 группа инвалидности;
- лица, больного онкологическим заболеванием.

1.6. Страховщик отказывает в заключение договора страхования в отношении лица, подпадающего в одну из следующих категорий на момент заключения договора страхования:

- лица, состоящего на учете в наркологическом диспансере;
- лица, состоящего на учете в психоневрологическом диспансере;
- лица, состоящего на учете в туберкулезном диспансере;
- лица, состоящего на учете в кожно-венерологическом диспансере.

Договоры страхования, заключенные в отношении лиц, указанных в п.1.6. настоящих Правил страхования, являются незаключенными (недействительными) с момента заключения.

1.7. Объектом добровольного медицинского страхования является имущественный интерес лица, о страховании которого заключен договор страхования (Застрахованного лица), связанный с расходами, вызванными обращением Застрахованного в медицинские учреждения за получением медицинских услуг, включенных в программу страхования.

1.8 Действие договора страхования, обусловленного настоящими Правилами, распространяется на застрахованных, обращающихся при возникновении страхового случая в медицинское учреждение для организации и оказания медицинских услуг на территории страхования, которой по настоящим Правилам является территория Российской Федерации, если иное не предусмотрено договором.

2. СТРАХОВЫЕ СЛУЧАИ

2.1. Страховым случаем является предусмотренное договором страхования событие, совершившееся в течение срока страхования, с наступлением которого возникает обязанность Страховщика осуществить выплату страхового обеспечения в размере полной или частичной компенсации расходов Застрахованного лица, вызванных обращением его в медицинские учреждения за медицинскими услугами, включенными в Медицинскую программу, согласованную сторонами при заключении Договора страхования.

2.2. В соответствии с настоящими Правилами страховым случаем является обращение Застрахованного в течение срока страхования в медицинское учреждение из числа предусмотренных договором страхования, а так же в медицинское учреждение, которое не предусмотрено договором страхования, обращение в которое согласовано и/или организовано Страховщиком при остром заболевании, обострении хронического заболевания, инфекции, при родах, травме, отравлении и других состояниях требующих медицинской помощи за получением медицинских услуг, предусмотренных договором страхования, в том числе, консультативных, лечебных, профилактических, восстановительных и иных, если иное не установлено Договором страхования.

2.3. Страховщик имеет право исключить из страхового покрытия, существующие ранее хронические заболевания, явные симптомы которых проявлялись в течение предшествующих 5 лет или по поводу которых осуществлялось лечение в течение того же срока.

2.4. Страховщик имеет право не оплачивать медицинские услуги, предоставленные Застрахованным лицам, если медицинские услуги или их поставщики не предусмотрены договором страхования.

В этих случаях решение об отказе в оплате медицинских расходов принимается экспертной комиссией Страховщика. Поставщик медицинских услуг вправе взыскать со Страхователя (Застрахованного лица) стоимость оказанных медицинских услуг, а Страхователь (Застрахованное лицо) обязан внести указанную

сумму в кассу (на счет) поставщика медицинских услуг в течение одного месяца с даты решения экспертной комиссии. При несогласии Застрахованного лица (Страхователя) с решением экспертной комиссии отказ Страховщика в оплате может быть оспорен в порядке, предусмотренном законодательством РФ.

2.5. Не признаются страховыми событиями и не покрываются настоящим страхованием, случаи, а так же любые их последствия, которые прямо или косвенно, непосредственно или отдаленно произошли, прослеживаются или возникли в связи с:

- получения травм или иного расстройства здоровья при покушении на самоубийство за исключением тех случаев, когда Застрахованное лицо было доведено до такого состояния противоправными действиями третьих лиц;
- умышленного причинения себе телесных повреждений (членовредительство).

2.6. Не признаются страховым случаем, если иное не оговорено в Договоре страхования услуги, оказанные Застрахованному лицу, в связи с:

- лечением, услугами или обеспечением, которые не являются обоснованными и необходимыми с медицинской точки зрения или не имеют лечебных целей;
- любыми повторными медицинскими услугами аналогичными проведенным ранее в другом лечебном учреждении в отношении одних и тех же жалоб, симптомов, синдромов или состояний, кроме случаев, согласованных со Страховщиком;
- в связи с оплатой услуг, препаратов, лечения, включая любой период пребывания в стационаре или амбулаторного лечения, которые не были рекомендованы, письменно засвидетельствованы уполномоченным представителем Страховщика или лечащим врачом Застрахованного как необходимые и разумные меры;
- любыми услугами, если они оказаны в связи заболеванием (осложнением, состоянием), возникшим в результате того, что Застрахованный (Страхователь) не следовал предписанным лечебным назначениям или не явился на назначенный прием к врачу, ;
- любыми медицинскими услугами, процедурами, консультациями и т.д., которые носят научно-исследовательский или экспериментальный характер;
- операциями сугубо в эстетических или косметических целях, кроме реконструктивной хирургии, когда такая операция оказалась частью или следовала за начальной операцией, которая была произведена в связи со страховым случаем;
- любым лечением или процедурой, которые способствуют или предотвращают половое зачатие, включая но, не ограничиваясь: искусственное оплодотворение, лечение бесплодия или импотенции, стерилизация или де-стерилизация, кроме случаев, когда лечение бесплодия стало следствием заболевания или травмы, входящих в программу страхования и наступивших в период действия договора страхования;
- абортom или преждевременным родоразрешением, за исключением случаев, когда здоровью матери или плода угрожает опасность;
- расходами на очки, контактные линзы, слуховые аппараты, слуховые имплантанты, визуальную терапию, или на любой осмотр или подбор подобных устройств, кроме случаев нарушения зрения и/или слуха в результате несчастного случая или других случаях, определенных прямыми медицинскими показаниями;
- лечением венерических заболеваний и заболеваний, передающихся половым путем;
- получением медицинских услуг в связи с алкоголизмом, токсикоманией или наркоманией;
- пересадкой органов, а также сами органы, кроме случаев лечения травм или последствий травм, а также иных случаев, предусмотренных договором страхования;
- пересадкой тканей, а также сами ткани, за исключением лечения ожогов и травм, а также иных случаев, предусмотренных договором страхования;
- уходом и лечением при выпадении волос, включая парики, пересадку волос или любые препараты, которые способствуют росту волос, вне зависимости от того, предписаны врачом или нет;
- лечением, связанным с инфицированием вирусом иммунодефицита человека;

2.7. Страховщик не организывает и не оплачивает медицинские услуги, оказанные Застрахованным лицам, в связи с заболеваниями и травмами вызванными:

- воздействием ядерного взрыва, радиации или радиоактивного заражения;
- военными действиями, а также маневрами или иными военными мероприятиями;

- гражданской войной, народными волнениями всякого рода или забастовками;
- стихийными бедствиями, экологическими катастрофами.

Стихийное бедствие - экстремальное явление природы катастрофического характера, приводящее к внезапному нарушению нормальной деятельности людей и признанное таковым документами соответствующих органов исполнительной власти РФ.

К стихийным бедствиям по данным Правилам относятся: извержения вулканов, землетрясения, цунами, оползни, обвалы, сели, лавины, наводнения, ураганы, тайфуны, смерчи, лесные пожары, циклоны, засуха, опустынивание и др.

Экологическая катастрофа — необратимое изменение природных комплексов, связанное с массовой гибелью живых организмов.

2.8. По согласованию сторон договор страхования может предусматривать обязанность Страховщика организовать, оплатить или возместить расходы на медицинские услуги в случаях, указанных в пунктах 2.6. и 2.7. настоящих Правил страхования. При этом соответствующие события должны быть четко определены в договоре/полисе страхования.

2.9. При несогласии Застрахованного лица с решением Страховщика об отказе в оплате услуг медицинских учреждений это решение может быть оспорено в порядке, предусмотренном законодательством Российской Федерации.

3. СТРАХОВАЯ СУММА

3.1. Страховой суммой является предельный уровень страхового обеспечения, определяемого договором страхования, исходя из перечня и стоимости медицинских услуг, возраста Застрахованного лица, срока страхования, медицинской программы, влияющих на степень страхового риска.

3.2. Страховая сумма по договору страхования определяется Страховщиком и Страхователем по соглашению сторон исходя из медицинской программы, выбранной Страхователем, возраста Застрахованного лица, срока страхования и иных факторов, влияющих на степень страхового риска.

3.3. Страхователь вправе в период действия договора страхования по согласованию со Страховщиком увеличить страховую сумму, расширить перечень включенных в медицинскую программу услуг, а также внести иные изменения и дополнения в договор страхования.

Внесение изменений и дополнений в договор страхования оформляется путем подписания на условиях настоящих Правил дополнительного соглашения, с уплатой соответствующей части страховой премии.

3.4. Страховщик оплачивает обоснованные медицинские услуги, предоставленные Застрахованному лицу, строго в соответствии со страховым случаем и медицинской программой.

4. СТРАХОВАЯ ПРЕМИЯ

4.1. Под страховой премией/страховым взносом понимается денежная сумма, которую Страхователь обязан уплатить Страховщику в порядке и в сроки, установленные договором страхования.

4.2. Размер страховой премии устанавливается в зависимости от программы страхования, перечня медицинских услуг, лимита страховой ответственности, срока страхования, территории действия страхования предварительной оценки риска и иных условий, предусмотренных договором страхования.

4.3. Страховая премия может быть уплачена в виде единовременного платежа или в рассрочку в виде нескольких страховых взносов. Порядок и сроки уплаты страховой премии определяются в договоре страхования.

4.4. При установлении у Застрахованного лица факторов, дополнительно влияющих на риск возникновения медицинских последствий, оплачиваемых в соответствии с настоящими Правилами, размер страховой премии по договору/полису увеличивается на соответствующий коэффициент, определяемый экспертным путем.

4.5. При существенном изменении условий оказания медицинской помощи в Медицинских учреждениях (ввод в действие нового медицинского оборудования, использование новых методов диагностики и лечения), связанных с увеличением стоимости оказания медицинских услуг, либо при подаче Страхователем заявления о расширении перечня медицинских услуг, что привело к повышению страховой суммы, размер страховой премии может быть изменен по соглашению сторон.

В этом случае Страхователь обязан уплатить дополнительный взнос (при коллективном страховании - в отношении всех Застрахованных лиц), соответствующий увеличению страховой суммы пропорционально оставшемуся периоду действия договора страхования, а при расширении перечня медицинских услуг пропорционально увеличению объема ответственности Страховщика.

4.6. Страховая премия может быть уплачена Страхователем:

- наличными деньгами через кассу Страховщика при подписании договора страхования;
- перечислением на расчетный счет Страховщика путем безналичной оплаты в течение 5 банковских дней со дня подписания договора страхования, если иное не предусмотрено в договоре страхования.

5. СРОК СТРАХОВАНИЯ

5.1. Договор страхования заключается сроком на один, либо менее одного года и может быть продлен по соглашению сторон.

При заключении договора на срок, менее одного года неполный месяц принимается за полный. При страховании на срок менее месяца срок страхования устанавливается в днях, но не менее двух дней.

5.2. При страховании на срок менее 1 года размер страховой премии страхового полиса уменьшается с учетом коэффициента краткосрочности: При страховании на срок менее одного месяца период страхования устанавливается в целых днях (но не менее двух дней), при этом страховой взнос за каждый день страхования принимается равным 1/30 (одна тридцатая) от месячного страхового взноса, рассчитанного на основании приведенной выше таблицы.

Срок действия договора в месяцах	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Страховая премия в % от годовой премии	25%	35 %	40 %	50 %	60 %	70 %	75 %	80 %	85 %	90 %	95 %	100%

5.3. Действие Договора страхования завершается по истечении срока страхования, а также может быть прекращено досрочно в соответствии с условиями, оговоренными в п.п. 6.17 - 6.17.6. настоящих правил.

5.4. Срок страхования может быть продлен при условии дополнительного соглашения сторон.

6. ДОГОВОР СТРАХОВАНИЯ

6.1. Договор страхования является соглашением между Страхователем и Страховщиком, в силу которого Страховщик обязуется при наступлении страхового случая организовать предоставление и оплатить предоставленные Застрахованным лицам медицинские услуги определенного объема в пределах Медицинской программы и страховой суммы.

6.2. Договор страхования заключается в письменной форме, несоблюдение которой влечет его недействительность.

6.3. Медицинские услуги по договору страхования предоставляются и оплачиваются на основании Программ страхования. Программы страхования, оговоренные настоящими Правилами, - это перечень (набор) медицинских и иных услуг, установленных Страховщиком для определения базового тарифа. При этом объем медицинских и иных услуг может быть расширен (сокращен) по соглашению Сторон в каждом конкретном Договоре страхования.

6.4. Перечень медицинских учреждений, описание Медицинской программы, перечень медицинских услуг, обращение за получением которых признаётся страховым случаем, перечень заболеваний, при которых обращение за получением медицинских услуг признаётся страховым случаем, перечень медицинских услуг, обращение за получением которых не признаётся страховым случаем, перечень заболеваний, обращение при которых за получением медицинских услуг не признаётся страховым случаем, определяется в договоре страхования.

6.5. Договор страхования может быть заключен на основании следующих Программ страхования:

- «Амбулаторно-поликлиническая помощь»
- «Скорая и неотложная медицинская помощь»
- «Стационарная помощь»
- «Стоматология»
- «Лекарственное обеспечение»
- «Ведение беременности и родовспоможение»
- «Предоставление медицинских услуг при клещевом энцефалите»
- «Предоставление медицинских услуг по поводу инфекционных заболеваний:
 - амбулаторная помощь
 - стационарное лечение»
- «Профилактика и/или лечение заболеваний»

- амбулаторно-поликлиническая помощь
- стационарная помощь
- лекарственное обеспечение:

6.6. Основанием для заключения договора является заявление Страхователя. При заключении договора страхования Страхователь должен сообщить Страховщику следующую информацию:

6.6.1. При заключении договора страхования с физическим лицом:

- фамилия, имя, отчество Страхователя;
- фамилия, имя, отчество Застрахованного лица;
- год рождения или возраст Застрахованного лица в целых годах на момент подачи заявления о страховании;
- пол Застрахованного лица;
- адрес фактического проживания (с указанием номера и кода подъезда) и телефон Страхователя;
- условия страхования (наименование Медицинской программы);
- срок страхования;
- другие данные, имеющие значение для установления страхового тарифа, в том числе, информацию о состоянии здоровья страхуемых лиц, зафиксированную в декларации здоровья застрахованного лица (декларация предоставляется по требованию Страховщика).

6.6.2. При заключении договора страхования с юридическим лицом на страхование принимается любое количество страхуемых лиц.

6.6.3. Основанием для заключения договора является письменное или устное заявление Страхователя. При заключении договора страхования Страхователь должен сообщить Страховщику следующую информацию:

- наименование и юридический адрес Страхователя, его банковские реквизиты;
- список лиц, в отношении которых будет заключен договор страхования, с указанием имени, отчества, фамилии, пола, возраста, домашнего адреса и телефона;
- желаемые условия страхования (Медицинская программа);
- срок страхования;
- другие данные, имеющие значение для установления страхового тарифа.

6.6.4. Страховщик после получения заявления Страхователя принимает решение о возможности заключения договора страхования.

Договор страхования, как правило, оформляется договором и приложениями к нему, которые выдаются Страхователю,

При заключении договора страхования Страхователь обязан сообщить Страховщику известные Страхователю обстоятельства, имеющие существенное значение для определения вероятности наступления страхового случая и размера возможных убытков от его наступления (страхового риска), если эти обстоятельства не известны и не должны быть известны Страховщику. При этом существенными могут быть признаны обстоятельства, определенно оговоренные Страховщиком в заявлении, в договоре страхования или в письменном запросе.

При заключении договора страхования, до получения ответов Страхователя на поставленные Страховщиком вопросы, последний не может впоследствии требовать расторжения договора либо признания его недействительным на том основании, что соответствующие обстоятельства не были сообщены Страхователем.

Если после заключения договора страхования будет установлено, что Страхователь (Застрахованное лицо) сообщил 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 и применения последствий в соответствии с законодательством Российской Федерации, за исключением случая, когда обстоятельства, о которых умолчал Страхователь, уже отпали.

6.7. Договоры страхования могут заключаться как без предварительного медицинского освидетельствования, так с предварительным медицинским освидетельствованием Застрахованных лиц, которое производится за счет средств Страхователя, если иного не предусмотрено соглашением Страхователя и Страховщика.

6.8. На основании результатов медицинского освидетельствования определяется принадлежность Застрахованных лиц к различным группам риска, по которым могут быть дифференцированы размеры подлежащей уплате страховой премии.

Если предоставленных данных окажется недостаточно для оценки риска, Страховщик вправе затребовать дополнительную информацию от Страхователя /Застрахованного лица из медицинских учреждений или других государственных компетентных органов.

6.9. При уплате страховой премии путем безналичного расчета действие договора начинается не ранее, чем в 00 часов дня, следующего за днем поступления страховой премии или первого страхового взноса на расчетный счет Страховщика.

6.10. При уплате страховой премии в наличной форме действие договора начинается не ранее, чем в 00 часов дня, следующего за днем уплаты страховой премии в кассу Страховщика.

6.11. Условия, содержащиеся в настоящих Правилах страхования и не включенные в текст договора страхования, обязательны для Страхователя, если они приложены к Договору или изложены в одном документе с ним.

6.12. В договоре страхования Страхователем и Страховщиком может быть предусмотрено, что отдельные положения Правил страхования не включаются в договор и не действуют в конкретных условиях страхования, если это не противоречит действующему законодательству РФ

6.13. При коллективном страховании численность работников, принимаемых на страхование, определяется самим предприятием (организацией). Уволенные работники, выбывают из Договора страхования со дня получения Страховщиком письменного уведомления об их увольнении, а вновь принятые включаются в Договор страхования со дня получения Страховщиком письменного уведомления об их приеме на работу. При этом сохраняется численность Застрахованных лиц на момент заключения договора и общий лимит ответственности по договору коллективного страхования. Однако если в отношении выбывших из страхования работников производились страховые выплаты, то договор в отношении них расторгается, а в отношении вновь принятых Застрахованных лиц заключается дополнительный договор страхования.

6.14. Если у Страхователя возникает необходимость застраховать дополнительное количество работников (членов их семей), то он вправе заключить дополнительный договор.

6.15. При утрате Застрахованным лицом Договора/Полиса он должен незамедлительно известить об этом Страховщика. Утраченные документы и носители информации признаются недействительными и не могут являться основанием для получения медицинских услуг в соответствии с договором страхования, взамен Страхователю выдаются новые.

Стоимость медицинских услуг, произведенных третьим лицам, воспользовавшимся Договором/Полисом и / или иными документами, взыскивается в размере фактических затрат со Страхователя/ Застрахованного лица.

6.16. Застрахованному лицу запрещается передавать Полис и иные документы другим лицам с целью получения ими медицинских услуг по договору страхования.

Если будет установлено, что Застрахованное лицо передало другому лицу страховой Договор/Полис с целью получения им медицинских услуг по договору страхования, Страховщик досрочно прекращает действие договора страхования в отношении такого Застрахованного. Возврат страховых взносов в этом случае производится за истекший срок действия договора за вычетом понесенных Страховщиком расходов.

6.17. Договор страхования прекращает действие в случае:

6.17.1. окончания срока действия Договора страхования;

6.17.2. смерти Застрахованного (в отношении данного Застрахованного);

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

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

6.17.5. принятия судом решения о признании Договора страхования недействительным;

6.17.6. в других случаях, предусмотренных Законодательством Российской Федерации.

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

6.17.8. При досрочном расторжении Договора по инициативе Страхователя возврат неиспользованной страховой премии не производится, если иное не предусмотрено Договором страхования

6.17.9. Если Договор страхования предусматривает возможность возврата страховых взносов при прекращении Договора страхования по инициативе Страхователя, то сумма, подлежащая возврату рассчитывается следующим образом:

Сумма

Сумма фактически оплаченных,

Число дней до окончания

8.1.1. на получение медицинских услуг в соответствии с условиями, указанными в договоре страхования, в медицинских учреждениях, перечень которых определен в договоре страхования или обращение в которые согласовано и/или организовано Страховщиком.

8.1.2. на получение дубликата страхового полиса в случае его утраты.

8.2. Застрахованное лицо обязано

8.2.1. соблюдать предписания лечащего врача;

8.2.2. соблюдать порядок пользования страховым полисом;

8.2.3. соблюдать правила внутреннего распорядка Медицинских учреждений;

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

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

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

8.2.7. при утрате страхового полиса незамедлительно извещать об этом Страховщика;

8.2.8. сообщать своевременно Страховщику об изменении своей фамилии или фактического места жительства;

8.2.9. компенсировать расходы Страховщика, возникшие в связи с неявкой Застрахованного на заранее согласованные с медицинским учреждением процедуры, приемы и исследования, а также в связи с необоснованным или ложным вызовом скорой медицинской помощи (СМП), нарушением лечебного режима.

8.3. Страхователь обязан:

8.3.1. предоставить Страховщику полную и достоверную информацию, необходимую для заключения договора страхования;

8.3.2. уплачивать страховую премию (страховые взносы) в размере и в сроки, установленные в договоре страхования.

8.4. Страхователь имеет право:

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

8.4.2. расширить объем страховой ответственности по соглашению со Страховщиком, заключив дополнительное соглашение и уплатив дополнительные страховые взносы;

8.4.3. заменить Застрахованное лицо в порядке, предусмотренном действующим законодательством РФ;

8.4.4. досрочно расторгнуть договор страхования.

8.5. Страховщик обязан:

8.5.1. обеспечить конфиденциальность в отношениях со Страхователем и Застрахованным;

8.5.2. своевременно передать регистрационную карточку Страхователю;

8.5.3. организовать предоставление Застрахованному лицу медицинских услуг, гарантированных условиями договора страхования;

8.5.4. обеспечить контроль качества медицинского обслуживания Застрахованных лиц.

8.6. Страховщик имеет право:

8.6.1. требовать от Страхователя предоставления достоверной информации, необходимой для заключения договора страхования;

8.6.2. самостоятельно выяснять причины и обстоятельства страхового случая, включая направление запросов в соответствующие учреждения.

8.6.3. проверять сообщенную Страхователем информацию;

8.6.4. в случае выявления обстоятельств, влекущих увеличение страхового риска, требовать от Страхователя уплаты дополнительной страховой премии соразмерно увеличению страхового риска или изменения условий (в т.ч. сокращения срока действия) Договора страхования.

8.6.5. приостанавливать организацию обслуживания Застрахованных или расторгать досрочно Договор страхования при непоступлении очередного платежа страхового взноса в соответствии с условиями Договора страхования

8.6.6. расторгнуть договор страхования при непоступлении очередного платежа страхового взноса в соответствии с условиями Договора страхования, уведомив об этом Страхователя в письменном виде,

8.6.7. приостанавливать выполнение своих обязательств в отношении Застрахованного в случаях необоснованных или ложных вызовов скорой медицинской помощи (СМП), нарушениях лечебного режима, невыполнении медицинских предписаний и рекомендаций врачебного персонала;

8.6.8. организовывать экстренную медицинскую помощь Застрахованным по жизненным показаниям с привлечением муниципальной медицины (скорая медицинская помощь "03"; госпитализация в ближайший стационар и пр.) с дальнейшей организацией перевода по желанию Страхователя

(Застрахованного) и при отсутствии медицинских противопоказаний в одно из медицинских учреждений, предусмотренных Договором страхования;

8.6.9. досрочно расторгнуть Договор страхования в отношении Застрахованного в случае, если будет установлено, что Застрахованный передал другому лицу страховой полис и/или страховую карточку с целью получения последним услуг по Договору страхования;

8.6.10. по согласованию со Страхователем изменять программу страхования в случае прекращения взаимоотношений с медицинским учреждением, предусмотренным Договором страхования;

8.6.11. на ознакомление с медицинской документацией из любых медицинских и иных учреждений для решения вопросов, связанных с реализацией Договора страхования и оплатой расходов на оказанные Застрахованному медицинских услуг.

9. ПОСЛЕДСТВИЯ ИЗМЕНЕНИЯ СТЕПЕНИ РИСКА

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

9.2. Страховщик, уведомленный об обстоятельствах, влекущих увеличение страхового риска, вправе потребовать изменения условий договора страхования и/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 страхования.

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

10. ПОРЯДОК ВНЕСЕНИЯ ИЗМЕНЕНИЙ И ДОПОЛНЕНИЙ В ДОГОВОР СТРАХОВАНИЯ

10.1. Изменение условий договора страхования возможно по соглашению сторон.

10.2. Соглашение об изменении договора страхования совершается в той же форме, что и договор.

10.3. При изменении договора обязательства сторон сохраняются в измененном виде.

10.4. В случае изменения договора обязательства считаются измененными с момента заключения соглашения сторон об изменении договора, если иное не вытекает из соглашения или характера изменения договора.

11. ПОРЯДОК РАЗРЕШЕНИЯ СПОРОВ

11.1. Все споры по договору страхования между Страхователем и Страховщиком решаются путем переговоров, а при невозможности достижения согласия – в соответствии с законодательством Российской Федерации.

11.2. Спорные вопросы, возникающие в процессе оказания медицинской помощи Застрахованным лицам, решает согласительная комиссия, в состав которой входят представители Страхователя, Страховщика, Медицинского учреждения, а при недостижении согласия и независимые эксперты.

11.3. Все уведомления и извещения производятся сторонами в письменной форме.

12. ИСКОВАЯ ДАВНОСТЬ

12.1 Иск по требованиям, вытекающим из договора добровольного медицинского страхования, может быть предъявлен Страховщику в сроки, предусмотренные гражданским законодательством Российской Федерации.

13. ОСОБЫЕ УСЛОВИЯ

13.1 Настоящие Правила регламентируют основные условия страхования. Однако по соглашению сторон в договор могут быть внесены оговорки, дополнения и изменения к настоящим Правилам, не противоречащие действующим нормативным актам, исходя из конкретных условий страхования.

13.2 Согласованные положения договора имеют преимущественное значение по сравнению с положениями настоящих Правил.

**БАЗОВЫЕ ТАРИФЫ
ПО ДОБРОВОЛЬНОМУ МЕДИЦИНСКОМУ СТРАХОВАНИЮ**

(в % к страховой сумме, срок страхования – один год)

№	Программа страхования	Тариф
1.	Амбулаторно-поликлиническая помощь	14,97
2.	Скорая и неотложная медицинская помощь	1,02
3.	Стационарная помощь	3,57
4.	Стоматология	16,02
5.	Лекарственное обеспечение	14,07
6.	Ведение беременности и родовспоможение	24,98
7.	Предоставление медицинских услуг при клещевом энцефалите	0,43
8.	Предоставление медицинских услуг по поводу инфекционных заболеваний:	
	амбулаторная помощь	4,30
	стационарное лечение	3,28
9.	Профилактика и/или лечение заболеваний	4,30
	- амбулаторно-поликлиническая помощь	3,28
	- стационарная помощь	2,24
	- лекарственное обеспечение:	

Страховщик имеет право применять к базовым тарифным ставкам понижающие или повышающие коэффициенты исходя из: возраста и состояния здоровья Застрахованного (понижающие от 0,4 до 0,9 и повышающие от 1,1 до 3,0); профессии (рода деятельности) Застрахованного (понижающие от 0,6 до 0,9 и повышающие от 1,1 до 3,0); количественного состава группы, принимаемой на страхование (при коллективном страховании) (понижающие от 0,3 до 0,9 или повышающие от 1,1 до 2,0); перечня медицинских услуг, включаемых в программу страхования (понижающие от 0,2 до 0,9 или повышающие от 1,1 до 2,0); иных обстоятельств, имеющих существенное значение для определения степени страхового риска, определяемых Страховщиком при заключении конкретного договора страхования (понижающие от 0,1 до 0,9 или повышающие от 1,1 до 5,0).

При определении общего размера страховой премии по конкретному договору страхования Страховщик не имеет право применять поправочный коэффициент меньше 0,1 или больше 5,0.

Если при применении повышающих коэффициентов тарифная ставка превышает 100%, то по такому договору страхования устанавливается тариф 99,9 %.