



Приказ № 29-О/Д 06 мая 2019 г.

П РА В И Л А

ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ ГРАЖДАН

Предыдущая редакция от 22 декабря 2017 г.

1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ
2. ОБЪЕКТ СТРАХОВАНИЯ
3. СТРАХОВЫЕ СЛУЧАИ
4. СТРАХОВАЯ СУММА
5. СТРАХОВАЯ ПРЕМИЯ (СТРАХОВОЙ ВЗНОС)
6. ФРАНШИЗА
7. ЗАКЛЮЧЕНИЕ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ
8. ПОРЯДОК ВЫПОЛНЕНИЯ ОБЯЗАТЕЛЬСТВ ПО ДОГОВОРУ
9. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН
10. ПРЕКРАЩЕНИЕ ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ
11. НЕДЕЙСТВИТЕЛЬНОСТЬ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ
12. ИСКОВАЯ ДАВНОСТЬ
13. ПРЕТЕНЗИИ И СПОРЫ
14. ПОРЯДОК РАЗРЕШЕНИЯ СПОРОВ СО СТРАХОВАТЕЛЯМИ
(ВЫГОДОПРИОБРЕТАТЕЛЯМИ, ЗАСТРАХОВАННЫМИ) - ФИЗИЧЕСКИМИ
ЛИЦАМИ

1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

1.1. На основании настоящих Правил страховая организация (далее - Страховщик) заключает со Страхователями договоры добровольного медицинского страхования, по условиям которых при наступлении страховых случаев с Застрахованными Страховщик гарантирует организацию и оплату медицинских и/или иных, связанных с ними услуг в рамках страховых медицинских программ, являющихся неотъемлемой частью договоров страхования, с целью возмещения расходов на такие обоснованные услуги, в том числе по приобретению и доставке медикаментов и необходимых расходных материалов (далее по тексту- услуги), предоставляемые Застрахованным поставщиками таких услуг.

1.2. Страховщик – Общество с ограниченной ответственностью «Страховая компания «Мегарусс-Д», осуществляет страховую деятельность в соответствии с выданной органом государственного страхового надзора Российской Федерации лицензией.

1.3. Поставщиками медицинских и/или иных услуг являются юридические и физические лица (больницы, госпитали, поликлиники, санатории, профилактории, медицинские центры, службы скорой медицинской помощи, частнопрактикующие врачи, фармацевтические и иные предприятия, учреждения, организации, предоставляющие такие услуги, расположенные как на территории Российской Федерации так и за ее пределами), обладающие правом оказания таких услуг, с которыми Страховщик состоит в договорных отношениях. Перечень поставщиков услуг может приводиться Страховщиком как в договоре страхования так и в одном из приложений к нему.

1.4. Страхователями являются юридические лица (предприятия и организации любой организационно-правовой формы, зарегистрированные и действующие в соответствии с законодательством) и дееспособные физические лица, заключившие со Страховщиком договоры страхования.

1.5. При коллективном страховании Страхователи - юридические лица заключают договоры страхования в пользу своих работников, а также членов их семей. При индивидуальном страховании Страхователи - дееспособные физические лица, вправе заключать со Страховщиком договоры страхования, как в свою пользу, так и в пользу третьих лиц (далее - Застрахованные лица)

1.6. Обоснованными услугами являются диагностика, лечение, уход, иные, связанные с ними услуги и/ или их обеспечение, необходимые с точки зрения современных общепринятых подходов медицинской практики и соответствующие симптомам, синдромам, состояниям, диагнозам, особенностям течения, степени тяжести и продолжительности заболевания Застрахованного лица.

1.7. Страховщик вправе не принимать на страхование граждан, состоящих на учете в наркологических, психоневрологических, туберкулезных, кожно-венерологических диспансерах или страдающих соответствующими заболеваниями, подлежащими такому учету, а также больных ВИЧ-инфекцией. Страховщик вправе отказать в заключении договора страхования в отношении лиц, возраст которых на момент заключения договора превышает 65 лет.

2. ОБЪЕКТ СТРАХОВАНИЯ

2.1. Объектом страхования являются не противоречащие законодательству РФ имущественные интересы, связанные с возмещением затрат по предоставлению медицинских и/или иных услуг в объеме, предусмотренном договором страхования.

3. СТРАХОВЫЕ СЛУЧАИ

3.1. Страховыми случаями являются предусмотренные договором страхования события, с наступлением которых возникает обязанность Страховщика организовать и оплатить обоснованные услуги, предусмотренные договором страхования и страховой медицинской программой.

3.2. По настоящим Правилам страховыми случаями признаются факты обращения Застрахованных лиц к поставщику услуг, предусмотренных договором страхования и страховой медицинской программой, при наступлении следующих событий у Застрахованных лиц:

- при ухудшении состояния здоровья или возникновении нового заболевания;
- при обострении или осложнении хронического заболевания или состояния, а также
- при повышении риска обострения или осложнения хронического заболевания или состояния;
- при травме или отравлении, возникших в результате несчастного случая или действий третьих лиц.

3.3. Страховщик имеет право не оплачивать услуги, предоставленные Застрахованным лицам, если такие услуги не предусмотрены договором страхования или не согласованы со Страховщиком письменно до начала оказания этих услуг.

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

- получением травматического повреждения или иного расстройства здоровья Застрахованного лица при нахождении его в состоянии алкогольного, наркотического или токсического опьянения кроме случаев, когда наркотические средства являлись частью лечения Застрахованного лица и были предписаны лечащим врачом, но не для лечения наркологических расстройств;
- получением травм или иного расстройства здоровья Застрахованного лица при покушении его на самоубийство за исключением тех случаев, когда Застрахованное лицо было доведено до такого состояния противоправными действиями третьих лиц;
- умышленным причинением Застрахованным себе телесных повреждений (членовредительство);
- возникновением у Застрахованного лица в период действия договора страхования заболеваний, названных в п.1.7. настоящих Правил, если Страховщик, получивший незамедлительно от Страхователя (Застрахованного лица) информацию о выявлении подобных заболеваний, не выразил письменно согласия на организацию и оплату соответствующих услуг, связанных с этими заболеваниями;
- 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.

4. СТРАХОВАЯ СУММА

4.1. Страховой суммой (максимальным лимитом ответственности Страховщика) по договору является предельный уровень страхового обеспечения Застрахованного лица, определяемый в договоре страхования, исходя из условий договора и страховой медицинской программы.

4.2. Страховые суммы определяются Страховщиком с учетом средней стоимости

услуг, предусмотренных договором страхования и страховыми медицинскими программами, прилагаемыми к нему, с учетом среднестатистического количества обращений к поставщикам таких услуг.

Договором страхования могут быть предусмотрены пределы ответственности Страховщика (предельные суммы оплаты конкретных услуг, предоставленных и оплаченных Страховщиком), установленные отдельно для медицинских услуг по амбулаторному лечению, стационарному лечению, стоматологической помощи, скорой и неотложной помощи или по предоставлению иных услуг, предусмотренных договором или страховой медицинской программой, а также для определенных состояний или заболеваний, существующих у Застрахованного лица на момент заключения договора страхования.

Пределы ответственности Страховщика могут также устанавливаться в договоре страхования на один случай заболевания или травмы, определенные виды медицинской помощи или лечения (хирургия, травматология, интенсивная терапия и др.), периоды страхования, отдельный визит к врачу или на одну медицинскую или иную услугу, предусмотренную договором страхования или страховой медицинской программой. По договоренности со Страхователем ответственность Страховщика по состояниям, возникшим у Застрахованного в период действия Договора страхования и повлекшим экстренную госпитализацию, может длиться до момента выписки из стационара или до момента завершения необходимого физиотерапевтического лечения последствий заболевания или состояния вне зависимости от даты окончания периода страхования. При этом, в случае превышения стоимости услуг, предоставляемых таким Застрахованным, над установленными договором страхования страховыми суммами или пределами ответственности, Страхователь или Застрахованный обязаны осуществить необходимую доплату Страховщику по договору страхования или подписать со Страховщиком дополнительное соглашение к договору страхования и осуществить оплату в виде дополнительной страховой премии.

4.3. Страховщик оплачивает обоснованные услуги, предусмотренные договором страхования, предоставленные Застрахованному лицу поставщиком этих услуг, в соответствии со страховым случаем и страховой медицинской программой в пределах страховой суммы и установленных по договору пределов ответственности Страховщика.

При заключении договора страхования на условиях полной страховой ответственности могут устанавливаться лимиты страховой ответственности отдельно по различным видам обоснованных медицинских услуг.

4.4. Помимо установления страховых сумм по различным видам услуг, определенных договором страхования, может быть ограничено количество услуг, получаемых Застрахованными лицами в течение срока действия договора страхования. В договоре страхования может быть установлена условная или безусловная франшиза, с учетом которой осуществляется предоставление и оплата услуг.

4.5. Страхователь вправе в период действия договора страхования с согласия Страховщика увеличить страховую сумму или расширить перечень предоставляемых страховой медицинской программой услуг путем оформления на условиях настоящих Правил дополнительного соглашения к договору страхования, с уплатой соответствующей части страховой премии.

5. СТРАХОВАЯ ПРЕМИЯ (СТРАХОВОЙ ВЗНОС)

5.1. Страховой премией (страховым взносом) является плата за страхование, который Страхователь обязан оплатить Страховщику в соответствии с договором страхования.

5.2. Размер страховой премии (страхового взноса) устанавливается в зависимости от

предусмотренной договором страхования страховой медицинской программы, перечня услуг, пределов страховой ответственности Страховщика, предусмотренных договором страхования, срока страхования, территории действия договора страхования (в пределах территориальной единицы Российской Федерации, на всей территории Российской Федерации и/или за пределами Российской Федерации), действующих цен у указанных в договоре страхования поставщиков услуг, предварительной оценки степени риска и иных условий, предусмотренных договором страхования (Приложение 1 к настоящим Правилам страхования).

5.3. При установлении у Застрахованного лица факторов, повышающих вероятность наступления страховых случаев, размер страховой премии (взноса) увеличивается на соответствующий коэффициент, определяемый Страховщиком.

5.4. При существенном изменении условий оказания поставщиками услуг, предусмотренных договором страхования, повлекших увеличение или уменьшение стоимости услуг, предусмотренных договором страхования, размер страховой суммы и соответственно страховой премии по договору страхования может быть изменен по соглашению между Страхователем и Страховщиком.

При этом, в случае увеличения размера страховой премии по договору страхования Страхователь обязан уплатить соответственно дополнительный взнос (за Застрахованных по договору лиц).

5.5. Страховая премия может быть уплачена Страхователем в порядке и в сроки, установленные договором страхования:

- единовременно или в рассрочку;
- наличными деньгами в кассу Страховщика или путем безналичной оплаты перечислением на расчетный счет Страховщика.

В случае просрочки уплаты очередного страхового взноса или его уплаты не в полном объеме Страховщик обязан уведомить об этом факте Страхователя в письменной форме (или иным способом, согласованным со Страхователем при заключении договора страхования) в течение 10 календарных дней (если иное не предусмотрено в договоре страхования) с даты, следующей за датой наступления этого взноса.

В случае неуплаты взноса в указанный срок или его уплаты не в полном объеме наступают последствия, предусмотренные в п. 10.1 Правил, если в договоре страхования не предусмотрено иное.

Договором страхования со Страхователем - физическим лицом (кроме договоров страхования, связанных с осуществлением предпринимательской деятельности индивидуальными предпринимателями) могут быть предусмотрены также следующие последствия :

- зачет суммы просроченного страхового взноса при определении размера страховой выплаты;
- изменение условий страхования соразмерно фактически уплаченным в установленный срок страховым взносам, в том числе пропорциональное сокращение срока страхования, пропорциональное снижение страховой суммы, введение или изменение размера франшизы;
- расторжение договора страхования и взыскание со страхователя неуплаченной части страховой премии за период действия договора страхования до даты его расторжения в судебном порядке;
- иные последствия, предусмотренные законодательством.

Если в качестве последствий договором страхования предусмотрено изменение условий страхования, то порядок такого изменения должен быть указан в договоре страхования.

5.6. При страховании на срок менее 1 года стоимость страхового полиса уменьшается

с учетом коэффициента краткосрочности:

Срок действия договора в месяцах										
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Процент от общего годового размера страховой премии										
20	35	50	60	65	70	75	80	85	90	95

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.

6. ФРАНШИЗА

6.1. Договором страхования может быть предусмотрена условная или безусловная франшиза.

6.1.1. При назначении в договоре страхования условной франшизы Страховщик освобождается от ответственности за предоставление и оплату услуг по страховому случаю, если стоимость услуг не превышает размер франшизы, и услуги подлежат предоставлению и возмещению полностью, если стоимость услуг по страховому случаю превышает размер франшизы.

6.1.2. При назначении в договоре страхования безусловной франшизы ответственность Страховщика по организации и оплате услуг по страховому случаю определяется стоимостью услуг за минусом франшизы. Безусловная франшиза может быть выражена в абсолютной величине или в процентах от стоимости услуг, подлежащих предоставлению по страховому случаю согласно договору страхования, страховой медицинской программе. В зависимости от условий договора безусловная франшиза, может подлежать однократному вычету в течение всего периода страхования или вычету при каждом страховом случае (обращении Застрахованного) за услугами, предусмотренными договором страхования и страховой медицинской программой.

6.2. Размер и вид франшизы определяется по соглашению между Страхователем и Страховщиком при заключении договора страхования.

7. ЗАКЛЮЧЕНИЕ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ

7.1. Договор страхования заключается сроком на один год или в месяцах (на срок, менее одного года, при этом неполный месяц принимается за полный), или в днях. При страховании на срок менее месяца срок страхования устанавливается в днях, но не менее двух дней.

7.2. Договор страхования является соглашением между Страхователем и Страховщиком, в силу которого Страховщик обязуется при наступлении страхового случая с Застрахованным (ми) произвести оплату услуг, предусмотренных договором страхования и страховой медицинской программой, оказанных Застрахованному лицу поставщиком таких услуг, а Страхователь обязуется уплатить соответствующую страховую премию в порядке и в сроки, установленные договором страхования.

7.3. Договор страхования составляется в письменной форме в двух экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, по одному экземпляру для Страхователя и Страховщика (Приложение 5 к настоящим Правилам страхования).

7.4. Договор страхования или дополнения к основному договору страхования могут быть заключены на условиях предоставления Застрахованным услуг по:

- амбулаторной помощи;
- стационарной помощи (терапевтический и/или хирургический стационар);
- стоматологической помощи;
- скорой и неотложной медицинской помощи;
- лечению определенных состояний или заболеваний, существующих у Застрахованного лица на момент заключения договора страхования или возникших (обострившихся) во время действия договора страхования;
- лечению одного случая заболевания или травмы;
- определенным видам медицинской и/или иной, связанной с ней, помощи и/или лечения (хирургия, травматология, интенсивная терапия, санаторно-курортное лечение, реабилитационно-восстановительное лечение и др.);
- отдельному визиту к врачу.

Договор страхования может включать в себя условия по предоставлению любой из медицинских и/или иных, связанных с ними, услуг, определенного их набора или всего комплекса медицинских и/или иных, связанных с ними, услуг, предусмотренных договором страхования.

7.5. Для заключения договора страхования Страхователь представляет Страховщику устное или письменное заявление в форме установленной Страховщиком (Приложения 2 и 3 к настоящим Правилам страхования), о своем желании заключить договор страхования, в котором должен сообщить все существенные для договора страхования условия, а также обязательства, имеющие существенное значение для оценки страхового риска и Согласие на обработку Страховщиком персональных данных Застрахованного (Приложение 9 к настоящим Правилам страхования).

7.6. При заключении договора добровольного медицинского страхования Страховщик вправе назначить предварительное медицинское освидетельствование Застрахованного лица (Застрахованных лиц) для оценки фактического состояния его (их) здоровья. Предварительное медицинское освидетельствование производится за счет средств Страхователя, если договором не предусмотрено иное.

В зависимости от результатов предварительного медицинского освидетельствования (при его назначении Страховщиком) или по данным, полученным Страховщиком о Застрахованном лице, последнему присваивается соответствующая группа здоровья

- группа здоровья I - практически здоровые лица без отягощенной наследственности, имеющие в анамнезе детские болезни, простудные заболевания, аппендицит; без вредных привычек или при их умеренной выраженности, не работающие на производстве с опасными или особо вредными условиями труда;

- группа здоровья II - практически здоровые с повышенным риском заболевания лица с отягощенной наследственностью по сахарному диабету, болезням сердечно-сосудистыми, онкологическими, почечно-, желчнокаменной болезнями, психическими заболеваниями. В анамнезе - черепно-мозговые травмы, осложненные детские болезни, злоупотребление алкоголем, курение, работавшие или работающие на производстве с особо вредными условиями труда.;

- группа здоровья III - лица, имеющие хронические заболевания с тенденцией к обострению чаще двух раз в году, страдающие гипертонической болезнью I и II степени, ИБС, перенесшие полостные операции.

7.7. На основании результатов предварительного освидетельствования или в результате ответов Страхователя, на предложенный Страховщиком перечень вопросов, определяется принадлежность Застрахованных к различным группам риска, по которым могут быть дифференцированы размеры подлежащей уплате страховой премии. В случае перехода Застрахованного из одной группы здоровья в другую в течение срока действия договора, а также в отношении детей, лиц, достигших пенсионного возраста и/или имеющих инвалидность I, II, III групп Страховщик вправе применять повышающий коэффициент при расчете размера подлежащей уплате страховой премии, а Страхователь обязан осуществить соответствующую доплату страховой премии.

7.8. В случае первичного установления Застрахованному инвалидности I, II, III группы либо восстановления ранее существовавшей инвалидности I, II, III группы в период действия договора страхования Страховщик вправе с этого момента прекратить страхование в отношении такого Застрахованного или предложить Страхователю изменить условия страхования.

7.9. Договор страхования вступает в силу не ранее, чем с 00 часов дня, следующего после перечисления страховой премии (1-го страхового взноса, если договором предусмотрена оплата в рассрочку) на расчетный счет Страховщика при безналичной оплате, или после уплаты в кассу Страховщика страховой премии (1-го страхового взноса, если договором предусмотрена оплата в рассрочку), при оплате наличными деньгами, если условиями договора не предусмотрено иное.

7.10. При заключении коллективных договоров добровольного медицинского страхования на страхование может приниматься любое количество работников и членов их семей юридического лица.

7.11. Если у Страхователя возникает необходимость застраховать дополнительное количество работников (членов их семей), то он вправе заключить со Страховщиком дополнительное соглашение.

7.12. При коллективном страховании к экземпляру договора для Страхователя прилагаются:

а) письменные заявления в форме установленной Страховщиком (Приложение 2 к настоящим Правилам страхования);

б) список Застрахованных лиц с указанием фамилии, имени, отчества каждого из Застрахованных, их возраста, полного домашнего адреса и телефона (Приложение 3 к настоящим Правилам страхования);

в) страховые программы (единая для всех Застрахованных лиц или индивидуальная для каждого Застрахованного лица или определенной части Застрахованных (в соответствии с условиями договора страхования));

г) полисы Застрахованных лиц в соответствии со списком Страхователя;

д) правила добровольного медицинского страхования.

Список Застрахованных лиц составляется Страхователем в двух экземплярах. Один экземпляр списка передается Страховщику, второй остается у Страхователя.

7.13. При индивидуальном страховании Страхователь получает:

а) договор страхования и страховую программу, в которых указаны основные условия страхования;

б) полис Застрахованного;

в) правила добровольного медицинского страхования граждан.

7.14. Страховщик выдает Страхователю для Застрахованных лиц полисы Застрахованных и страховые программы в течение 5 дней с даты начала действия договора страхования.

7.15. При утрате Страхователем или Застрахованным лицом полиса Застрахованного он должен незамедлительно известить об этом Страховщика. Утраченные документы и носители информации признаются с даты их утраты недействительными и не могут являться основанием для получения услуг в соответствии с договором страхования, взамен Страхователю выдаются новые.

При повторной утрате страховых документов в течение срока действия договора страхования со Страхователя взыскивается платеж в размере фактической стоимости их изготовления. В случае, если в результате утраты Страхователем или Застрахованным страховых документов, были оказаны услуги по договору страхования третьим лицам, то Страхователь возмещает Страхователю стоимость услуг, произведенных третьим лицам, воспользовавшимся этими документами.

8. ПОРЯДОК ВЫПОЛНЕНИЯ ОБЯЗАТЕЛЬСТВ ПО ДОГОВОРУ

8.1. Выплатой страхового обеспечения (далее - страховой выплатой) по настоящим Правилам является оплата услуг, предусмотренных договором страхования, по страховым случаям с Застрахованными, производимая путем перечисления Страховщиком на расчетный счет поставщика таких услуг стоимости услуг, которые были оказаны Застрахованному лицу.

8.2. Перечисление производится после получения от поставщика услуг счета с указанием данных о Застрахованном, которым были оказаны услуги, включая Ф.И.О. Застрахованного, № страхового полиса, по которому оказаны услуги, перечня оказанных услуг, их стоимости и общей суммы расходов, понесенных поставщиком по всем услугам, оказанным Застрахованным лицам. Страховщик анализирует полученные счета, сверяет соответствие внесенных в него услуг перечню тех страховых услуг, за которые он несет ответственность в рамках договоров страхования и страховых медицинских программ и проверяет правильность указания в счете стоимости каждой услуги.

8.3. В рамках договора страхования и страховой медицинской программы Страховщик оплачивает расходы поставщика услуг по разумно и обоснованно предоставленным услугам Застрахованным и оцененным поставщиком услугам.

8.4. Из страхового покрытия исключаются расходы на услуги, предусмотренные договором страхования, полученные Застрахованным лицом у поставщиков таких услуг, с которыми Страховщик не имеет соответствующих договорных отношений.

8.5. Страховщик имеет право отказать в страховой выплате на сумму стоимости услуг, оказанных Застрахованному лицу в связи с его обращением к поставщику медицинских услуг, но не покрываемых по условиям заключенного в отношении его договора страхования.

8.6. Сроки и порядок принятия решения о страховой выплате и сроки осуществления страховой выплаты по договору страхования за оказанную медицинскую помощь или иные услуги Застрахованным, определяются условиями договоров с медицинским и/или иными учреждениями, аптечными (или иными) организациями, если иное не предусмотрено в договоре страхования.

8.7. При принятии решения о страховой выплате Страховщик обязательно проверяет документы, устанавливающие наличие имущественного интереса Страхователя (Выгодоприобретателя).

8.8. В случае отсутствия правовых оснований для осуществления страховой выплаты (далее - решение об отказе) Страховщик в течение трех рабочих дней после принятия решения об отказе информирует Страхователя (Выгодоприобретателя, Застрахованное лицо) в письменном виде об основаниях принятия такого решения со ссылками на нормы права и (или) условия договора страхования и настоящих Правил страхования, на основании которых принято решение об отказе. Указанная информация предоставляется в том объеме, в каком это не противоречит действующему законодательству.

9. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

9.1. Страховщик обязан:

- выдать Страхователю полисы Застрахованных (при необходимости пропуска в учреждения, оказывающие услуги согласно договора страхования и страховой медицинской программе), медицинскую программу с приложением настоящих Правил в установленный срок;
- не разглашать сведения о Страхователях и Застрахованных, кроме случаев,

предусмотренных законодательством Российской Федерации;

- для реализации договоров страхования и страховых медицинских программ заключить двусторонние договоры с поставщиками соответствующих услуг и обеспечить предоставление ими Застрахованным услуг в соответствии с договорами страхования, страховыми медицинскими программами;

- обеспечить доступ Застрахованных лиц в лечебные учреждения, предусмотренные Договором страхования;

- оплачивать обоснованные расходы, возникшие в связи с наступлением у Застрахованных страховых случаев в соответствии с условиями договора страхования и страховой медицинской программой;

- контролировать сроки, качество и объем услуг, предоставляемых Застрахованным лицам при страховых случаях;

9.2. Страховщик имеет право:

- при заключении Договора страхования, замене Застрахованного, установлении страховой суммы по договору страхования и расчете размера страховой премии (страхового взноса) применять повышающие и понижающие коэффициенты, вводить ограничения или исключения по объему страхового обеспечения и пределам ответственности Страховщика, основываясь на результатах оценки риска и стоимости услуг у поставщиков соответствующих услуг;

- проверять достоверность указанных в заявлении на страхование данных, а в случае установления недостоверности сообщенных Страхователем данных отказать Страхователю в заключении договора страхования. Если же недостоверность данных, влияющих на степень риска, будет обнаружена после вступления договора страхования в силу, Страховщик имеет право отказать в предоставлении или оплате услуг по страхованию и/или досрочно прекратить действие договора страхования, с письменным уведомлением Страхователя о причинах такого отказа и/или расторжения договора. Страховая премия в этом случае возвращается Страхователю за оставшийся срок действия договора за вычетом понесенных Страховщиком за прошедший период страхования расходов;

- проверять выполнение Застрахованными лицами (Страхователями) условий договоров страхования;

- знакомиться с медицинской документацией Застрахованных лиц;

- отказать в оплате предоставленных услуг и/или в одностороннем порядке прекратить действие договора страхования, если Застрахованное лицо или Страхователь передали страховые документы другому лицу с целью получения им медицинской и/или иной помощи, или если такая услуга была получена третьим лицом и/или оплачена Страховщиком, а если до того как об этом стало известно Страховщику им уже были оплачены такие услуги – получить от Страхователя компенсацию стоимости таких оплаченных услуг.

- досрочно расторгнуть договор страхования при несоблюдении Застрахованным лицом или Страхователем своих обязанностей по договору страхования;

9.3. Страхователь обязан:

- предоставить Страховщику все необходимые для заключения Договора достоверные сведения. При заключении договора страхования и в течение всего срока его действия сообщать Страховщику обо всех известных ему обстоятельствах и изменениях в обстоятельствах, имеющих значение для оценки страхового риска, а также иную необходимую Страховщику информацию в связи с действием договора страхования;

- своевременно уплачивать страховую премию (страховой взнос);

- выполнять условия договора страхования и настоящих Правил, не вошедшие в договор страхования;

- предоставлять по требованию Страховщика как при заключении договора

страхования так и в течение срока его действия медицинскую документацию на Застрахованного (выписку из его амбулаторной карты, истории болезни и др.);

9.4. Страхователь имеет право:

- требовать от Страховщика соблюдения условий договора страхования;
- на получение услуг в соответствии с условиями, указанными в договоре страхования и страховой медицинской программе в учреждениях, перечень которых определен в договоре страхования или страховой медицинской программе;

- на получение дубликата полиса Застрахованного в случае его утраты на условиях, предусмотренных настоящими Правилами;

- при коллективном страховании в случае увольнения Застрахованного работника, Страхователь вправе исключить его из числа Застрахованных и заменить его другим работником на оставшийся срок страхования.

- вправе изменить избранные в настоящем Договоре для Застрахованных Программы или лечебно-профилактические учреждения, к которым прикреплены Застрахованные для медицинского обслуживания согласно этим Программам. При этом, если Страховщиком уже осуществлен авансовый платеж лечебно-профилактическому учреждению за оказание медицинской помощи Застрахованным, который согласно договору между Страховщиком и лечебно-профилактическим учреждением не подлежит возврату при досрочном откреплении Застрахованных с обслуживания этим лечебно-профилактическим учреждением по выбранной Программе, то Страхователь оплачивает страхование этих Застрахованных по новой Программе или в ином лечебно-профилактическом учреждении вновь в полном размере. Вместо этих ранее Застрахованных по Программам или в лечебно-профилактических учреждениях, выбранных при заключении настоящего Договора, на оставшийся срок страхования в пределах оставшейся страховой суммы за этих Застрахованных Страхователь вправе предоставить замену другими физическими лицами;

9.5. Застрахованное лицо имеет право:

- требовать предоставления услуг в соответствии с условиями договора страхования и страховой медицинской программой в перечисленных в договоре или страховой медицинской программе учреждениях, предприятиях, организациях, являющихся поставщиками этих услуг;

- сообщать Страховщику о случаях отказа, неполного или некачественного предоставления соответствующими поставщиками услуг, предусмотренных договором страхования и страховой медицинской программой.

9.6. Застрахованное лицо обязано:

- предоставлять Страховщику полностью достоверную информацию, необходимую для заключения и действия в отношении его договора страхования, в том числе: о наличии или возникновении заболеваний, перечисленных в п.3.4. настоящих Правил, об установлении группы инвалидности или переводе с одной группы инвалидности на другую, о получении услуги по договору страхования в связи с причинением ущерба здоровью Застрахованного третьими лицами, выписки из амбулаторных карт или историй болезни;

- соблюдать предписания врачей, полученные в ходе лечения, соблюдать распорядок, установленный медицинским учреждением;

- заботиться о сохранности полиса Застрахованного, пропуска в лечебное учреждение и не передавать их другим лицам с целью получения последними услуг, предусмотренных договором страхования. В случае утраты полиса Застрахованного или пропуска в лечебное учреждение немедленно сообщить об этом Страховщику;

- во всех случаях прекращения действия договора страхования возвращать Страховщику полис Застрахованного, действие которой прекращается с момента прекращения действия в отношении этого Застрахованного договора страхования.

- обеспечить сохранность медицинской карты и других медицинских документов в

случае получения их на руки;

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

10. ПРЕКРАЩЕНИЕ ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ

10.1. Договор страхования прекращается в случаях:

10.1.1 Истечения срока его действия.

10.1.2. Исполнения Страховщиком обязательств перед Страхователем по договору в полном объеме, ограниченном размером страховой суммы и пределами ответственности Страховщика, установленными договором страхования.

10.1.3. Неуплаты Страхователем страховой премии (страховых взносов) в установленном в договоре размере или в установленные договором сроки.

10.1.4. При несоблюдении застрахованным лицом или Страхователем своих обязанностей по договору страхования.

10.1.5. ликвидации Страхователя, являющегося юридическим лицом, или смерти Страхователя, являющегося физическим лицом, в случае неуплаты им к этому моменту в полном размере страховой премии по договору страхования.

10.1.6. В случае смерти Застрахованного лица.

10.1.7. в других случаях, предусмотренных законодательными актами Российской Федерации.

10.2. Договор страхования может быть прекращен досрочно по требованию Страхователя или Страховщика в соответствии с нормами гражданского законодательства РФ и условиями настоящих Правил.

10.3. Договор страхования прекращается до наступления срока, на который он был заключен, если после его вступления в силу возможность наступления страхового случая отпала и существование страхового риска прекратилось по обстоятельствам, иным, чем страховой случай.

10.4. При досрочном прекращении договора страхования в связи с тем, что отпала возможность наступления страхового случая и существование страхового риска прекратилось по обстоятельствам иным, чем страховой случай, Страховщик имеет право на часть страховой премии, пропорционально времени, в течение которого действовало страхование.

10.5. Страхователь (Выгодоприобретатель) вправе отказаться от Договора страхования в любое время, если к моменту отказа возможность наступления страхового случая не отпала по обстоятельствам, указанным в пункте 10.3. Правил страхования.

10.6. В случае если Страхователь (Выгодоприобретатель) – физическое лицо отказался от Договора страхования в течение 14 (четырнадцати) календарных дней с даты заключения договора и до даты начала действия страхования, уплаченная страховая премия подлежит возврату Страховщиком Страхователю в полном объеме.

10.6.1. В случае если Страхователь (Выгодоприобретатель) – физическое лицо отказался от Договора страхования в течение 14 (четырнадцати) календарных дней с даты его заключения, но после даты начала действия страхования, при отсутствии в данном периоде событий, имеющих признаки страхового случая, Страховщик при возврате уплаченной страховой премии Страхователю вправе удержать ее часть пропорционально сроку действия Договора страхования, прошедшему с даты начала действия страхования до даты прекращения действия Договора страхования независимо от даты уплаты страховой премии.

10.6.2. При досрочном отказе Страхователя (Выгодоприобретателя) – физического лица от Договора страхования в сроки, превышающие условия, определенные пунктами 10.6.1. и 10.6.2., уплаченная Страховщику страховая премия не подлежит возврату, если Договором страхования не предусмотрено иное.

10.6.3. Возврат Страхователю уплаченной страховой премии (или ее части) осуществляется наличными деньгами или в безналичном порядке (по выбору Страхователя), в срок, не превышающий 10 рабочих дней со дня получения письменного заявления Страхователя об отказе от Договора страхования.

10.7 Договор страхования считается прекратившим свое действие с даты получения Страховщиком письменного заявления Страхователя об отказе от Договора страхования (Приложение 9 к настоящим Правилам страхования) или иной даты, установленной по соглашению сторон.

11. НЕДЕЙСТВИТЕЛЬНОСТЬ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ

11.1. Договор страхования может быть признан недействительным с момента его заключения по основаниям, предусмотренным Гражданским Кодексом Российской Федерации, а также если договор заключен после наступления страхового случая. При признании судом договора страхования недействительным для сторон наступают последствия, предусмотренные действующим законодательством.

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

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. ПРЕТЕНЗИИ И СПОРЫ

13.1. Качество оказания медицинской помощи, соответствие ее условиям, предусмотренным в договоре страхования, контролируется Страховщиком.

13.2. Спорные вопросы, возникающие в процессе оказания медицинской и/или иной помощи Застрахованным, решает согласительная комиссия, в состав которой входят представители Страхователя (Застрахованного), Страховщика и независимые эксперты. Если решение согласительной комиссии не удовлетворяет одну из сторон, то спор разрешается в порядке, установленном действующим законодательством РФ.

14. ПОРЯДОК РАЗРЕШЕНИЯ СПОРОВ СО СТРАХОВАТЕЛЯМИ (ВЫГОДОПРИБРЕТАТЕЛЯМИ, ЗАСТРАХОВАННЫМИ) - ФИЗИЧЕСКИМИ ЛИЦАМИ

14.1. Споры, вытекающие из договора страхования, с потребителями страховой услуги разрешаются по правилам Федерального закона от 04.06.2018г. № 123-ФЗ "Об уполномоченном по правам потребителей финансовых услуг".

В целях настоящего страхования под потребителями страховой услуги понимаются физические лица, являющиеся Страхователями (Выгодоприобретателями, Застрахованными лицами) в соответствии с договором страхования.

14.2. Потребитель страховой услуги обязан соблюдать претензионный порядок урегулирования спора со Страховщиком, если размер требований потребителя страховых услуг о взыскании денежных сумм не превышает 500 тысяч рублей, и если со дня, когда потребитель страховых услуг узнал или должен был узнать о нарушении своего права, прошло не более трех лет.

14.3. В рамках досудебного урегулирования спора, при наличии разногласий относительно исполнения Страховщиком своих обязательств по договору страхования до предъявления к Страховщику иска, вытекающего из неисполнения или ненадлежащего исполнения им обязательств по договору страхования, несогласия с размером осуществленной страховщиком страховой выплаты, нарушения обязательств по проведению восстановительного ремонта транспортного средства, Страхователь (Выгодоприобретатель, Застрахованное лицо) направляет Страховщику претензию с документами, приложенными к ней и обосновывающими требование Страхователя

(Выгодоприобретателя, Застрахованного лица), которая подлежит рассмотрению Страховщиком в течение пятнадцати рабочих дней, а по требованию лица, которому уступлено право требования на основании договора цессии – в течение тридцати рабочих дней, со дня следующего за днем обращения. В течение указанного срока Страховщик обязан удовлетворить выраженное Страхователем (Выгодоприобретателем, Застрахованным лицом) требование о надлежащем исполнении обязательств по договору страхования или направить мотивированный отказ в удовлетворении такого требования.

14.4. После получения ответа Страховщика, либо в случае неполучения ответа по истечении соответствующих сроков рассмотрения Страховщиком претензии Страхователя (Выгодоприобретателя, Застрахованного лица), последний в целях досудебного урегулирования спора обязан обратиться с заявлением к финансовому уполномоченному в порядке ст.ст. 16-17 Федерального закона от 04.06.2018г. № 123-ФЗ «Об уполномоченном по правам потребителей финансовых услуг».

14.5. Рассмотрение заявления Страхователя (Выгодоприобретателя, Застрахованного лица) осуществляется финансовым уполномоченным по правилам ст.ст. 20-23 Федерального закона от 04.06.2018г. № 123-ФЗ "Об уполномоченном по правам потребителей финансовых услуг".

14.6. В случае несогласия Страхователя (Выгодоприобретателя, Застрахованного лица) с вступившим в силу решением финансового уполномоченного, прекращения рассмотрения заявления Страхователя (Выгодоприобретателя, Застрахованного лица) финансовым уполномоченным, неприятия финансовым уполномоченным решения по заявлению по истечении предусмотренного законом срока Страхователь (Выгодоприобретатель, Застрахованное лицо) вправе заявлять в судебном порядке требования к Страховщику по истечении тридцати дней после дня вступления в силу решения финансового уполномоченного.

14.7. В качестве подтверждения соблюдения досудебного порядка урегулирования спора Страхователь (Выгодоприобретатель, Застрахованное лицо) представляет в суд хотя бы один из следующих документов:

- 1) решение финансового уполномоченного;
- 2) соглашение в случае, если Страховщик не исполняет его условия;
- 3) уведомление о принятии заявления к рассмотрению финансовым уполномоченным, либо об отказе в принятии заявления к рассмотрению.

ТАРИФЫ
ПО ДОБРОВОЛЬНОМУ МЕДИЦИНСКОМУ СТРАХОВАНИЮ
(в % к страховой сумме, срок страхования – один год)

Группа здоровья	Программа страхования			
	Амбулаторная помощь	Терапевтический стационар	Хирургический стационар	Стоматологическая помощь
I	49,43	8,31	3,15	37,66
II	74,15 – 98,86	12,47 - 16,62	4,73 – 6,30	56,49 – 75,32
III	108,77 – 138,40	18,28 – 23,37	6,93 – 8,82	82,85 – 105,45

Примечание: Данный документ является образцом. Страховщик вправе вносить в форму и текст образца изменения и (или) дополнения, создавать на его основе иные образцы, в той степени в какой это не противоречит Правилам страхования и действующему законодательству РФ.

Приложение 2
к Правилам добровольного медицинского
страхования граждан

В ООО «Страховая компания «Мегарусс-Д»

**ЗАЯВЛЕНИЕ
о добровольном медицинском страховании**

_____ (наименование учреждения, предприятия, организации)
просит заключить договор добровольного медицинского страхования с
“ _____ ” _____ 20__ г. по “ _____ ” _____ 20__ г.
в соответствии с прилагаемым списком:

Ф.И.О. Застрахованного, пол	Отношение к Страхователю	Год рождения	Домашний адрес с указанием телефона	Страховая программа	Страховая сумма Руб.

Другие условия, имеющие значение для установления страховой суммы и тарифа:

Руководитель предприятия,
организации

(подпись)

“ ” _____ 20__ г.

Примечание: Данный документ является образцом. Страховщик вправе вносить в форму и текст образца изменения и (или) дополнения, создавать на его основе иные образцы, в той степени в какой это не противоречит Правилам страхования и действующему законодательству РФ.

Приложение 3
к Правилам добровольного медицинского
страхования граждан

В ООО «Страховая компания «Мегарусс-Д»

ЗАЯВЛЕНИЕ
о добровольном индивидуальном медицинском страховании

(Фамилия, Имя, Отчество)

(паспортные данные, адрес, телефон)

прошу заключить договор добровольного медицинского страхования в пользу

(паспортные данные лица, в пользу которого заключается договор страхования с указанием
адреса и телефона)

по программе _____

сроком на _____ с " ____ " _____ 20 __ г. по " ____ " _____ 20 __ г.

СТРАХОВАТЕЛЬ: _____
(подпись)

« ____ » _____ 20 __ г.

Примечание: Данный документ является образцом. Страховщик вправе вносить в форму и текст образца изменения и (или) дополнения, создавать на его основе иные образцы, в той степени в какой это не противоречит Правилам страхования и действующему законодательству РФ.

Приложение 4
к Правилам добровольного медицинского страхования граждан

СТРАХОВОЙ ПОЛИС
добровольного медицинского страхования

По настоящему полису _____
(фамилия, имя отчество)

_____ (год рождения, место работы, адрес постоянного места проживания, телефон) имеет право на получение страхового обеспечения, медицинских услуг по договору добровольного медицинского страхования граждан от «__» _____ 20__ г. № _____ на период действия договора с «__» _____ 20__ г. по «__» _____ 20__ г. в соответствии с выбранной программой добровольного медицинского страхования.

Медицинская помощь оказывается в лечебно-профилактических учреждениях:

Программа	Группа здоровья	Страховая сумма	Тариф	Страховой взнос

Страховой взнос по настоящему Договору составляет

_____ и должен быть уплачен _____
(порядок и сроки оплаты) _____

Порядок прекращения и изменения договора страхования:

Другие условия договора страхования:

_____ С
условием страхования согласен, правила получил:

Страхователь:

Адрес

м.п.

Банковские реквизиты

Страховщик

Адрес

м.п.

Банковские реквизиты

«__» _____ 20__ г.

Примечание: Данный документ является образцом. Страховщик вправе вносить в форму и текст образца изменения и (или) дополнения, создавать на его основе иные образцы, в той степени в какой это не противоречит Правилам страхования и действующему законодательству РФ.

Приложение 5
к Правилам добровольного медицинского
страхования граждан

ДОГОВОР
добровольного медицинского страхования
№ _____

г. Москва

«__» _____ 20__ г.

Общество с ограниченной ответственностью «Страховая компания «Мегарусс-Д» (далее «Страховщик») в лице _____,
(должность, Фамилия, имя, отчество)
действующего на основании _____, с одной
(Устава, доверенности и т.п.)
стороны, и _____ (далее
(наименование организации, Ф.И.О. и паспортные данные физического лица)
«Страхователь»), в лице _____,
действующего на основании _____, с другой
(Устава, доверенности и т.п.)
стороны (далее совместно именуемые «Стороны»), заключили настоящий договор страхования (далее «Договор») о нижеследующем:

1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

1.1. В соответствии с письменным заявлением Страхователя, Условиями настоящего договора и Правилами добровольного медицинского страхования граждан от «__» _____ 20__ г. (далее Правила страхования) Страховщик заключает со Страхователем договор добровольного медицинского страхования, по условиям которого при наступлении страховых случаев с Застрахованными, Страховщик гарантирует организацию медицинских и/или иных услуг, в названных в настоящем Договоре лечебно-профилактических учреждениях, и оплату медицинских и/или иных, связанных с ними услуг в рамках страховых медицинских программ, являющихся неотъемлемой частью договора страхования, с целью возмещения расходов на такие обоснованные услуги, в том числе по приобретению и доставке медикаментов и необходимых расходных материалов (далее по тексту – услуги), предоставляемые Застрахованным поставщиками таких услуг, а Страхователь обязуется уплатить страховую премию за весь период страхования в порядке и в сроки, установленные настоящим Договором.

При этом, в случае превышения стоимости услуг, предоставляемых таким Застрахованным, над установленными договором страхования страховыми суммами или пределами ответственности, Страхователь или Застрахованный обязаны осуществить необходимую доплату Страховщику по договору страхования или подписать со Страховщиком дополнительное соглашение к договору страхования и осуществить оплату в виде дополнительной страховой премии.

1.2. Страховыми случаями являются предусмотренные договором страхования события, с наступлением которых возникает обязанность Страховщика организовать и оплатить обоснованные услуги, предусмотренные договором страхования и страховой медицинской программой.

1.3. Объем медицинских и/или иных услуг, оказываемых медицинскими учреждениями и оплачиваемых Страховщиком по настоящему Договору, определяется выбранными Страхователем для Застрахованных Программами (Приложение № 1) к настоящему Договору и размером общей страховой суммы, установленной настоящим Договором. В отношении детей, лиц, достигших возраста 65 лет и/или имеющих инвалидность I, II, III групп, застрахованных по настоящему Договору, применяются повышающие коэффициенты при расчете страховой премии.

1.4. По условиям настоящего Договора Страхователем для предоставления Застрахованным по настоящему Договору медицинских услуг выбраны следующие Программы и лечебно-профилактические учреждения, в которых эти услуги будут предоставляться:

2. ЧИСЛЕННОСТЬ ЗАСТРАХОВАННЫХ

2.1. Общая численность Застрахованных, согласно заявлению Страхователя, на дату заключения Договора составляет _____ человек.

2.2. Списки Застрахованных по прилагаемой форме (Приложение № 2 к настоящему Договору) являются неотъемлемой частью настоящего Договора.

3. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

3.1. Страхователь обязан:

3.1.1. Предоставить Страховщику все необходимые для заключения Договора достоверные сведения. При заключении договора страхования и в течение всего срока его действия сообщать Страховщику обо всех известных ему обстоятельствах и изменениях в обстоятельствах, имеющих значение для оценки страхового риска, а также иную необходимую Страховщику информацию в связи с действием договора страхования.

3.1.2. Своевременно уплачивать страховую премию (страховой взнос).

3.1.3. Выполнять условия договора страхования и настоящих Правил, не вошедшие в договор страхования.

3.1.4. Предоставлять по требованию Страховщика как при заключении договора страхования так и в течение срока его действия медицинскую документацию на Застрахованного (выписку из его амбулаторной карты, истории болезни и др.).

3.2. Страхователь имеет право:

3.2.1. Требовать от Страховщика соблюдения условий договора страхования:

3.2.2. На получение услуг в соответствии с условиями, указанными в договоре страхования и страховой медицинской программе в учреждениях, перечень которых определен в договоре страхования или страховой медицинской программе.

3.2.3. На получение дубликата полиса Застрахованного в случае его утраты на условиях, предусмотренных настоящими Правилами.

3.2.4. При коллективном страховании в случае увольнения Застрахованного работника, Страхователь вправе исключить его из числа Застрахованных и заменить его другим работником на оставшийся срок страхования.

3.2.5. Изменить избранные в настоящем Договоре для Застрахованных Программы или лечебно-профилактические учреждения, к которым прикреплены Застрахованные для медицинского обслуживания согласно этим Программам. При этом, если Страховщиком уже осуществлен авансовый платеж лечебно-профилактическому учреждению за оказание

медицинской помощи Застрахованным, который согласно договору между Страховщиком и лечебно-профилактическим учреждением не подлежит возврату при досрочном откреплении Застрахованных с обслуживания этим лечебно-профилактическим учреждением по выбранной Программе, то Страхователь оплачивает страхование этих Застрахованных по новой Программе или в ином лечебно-профилактическом учреждении вновь в полном размере. Вместо этих ранее Застрахованных по Программам или в лечебно-профилактических учреждениях, выбранных при заключении настоящего Договора, на оставшийся срок страхования в пределах оставшейся страховой суммы за этих Застрахованных Страхователь вправе предоставить замену другими физическими лицами.

3.3. Страховщик обязан:

3.3.1. Выдать Страхователю полисы Застрахованных (при необходимости пропуска в учреждения оказывающие услуги согласно договора страхования и страховой медицинской программе), медицинскую программу с приложением настоящих Правил в установленный срок.

3.3.2. Не разглашать сведения о Страхователях и Застрахованных, кроме случаев, предусмотренных законодательством Российской Федерации.

3.3.3. Для реализации договоров страхования и страховых медицинских программ заключить двусторонние договоры с поставщиками соответствующих услуг и обеспечить предоставление ими Застрахованным услуг в соответствии с договорами страхования, страховыми медицинскими программами.

3.3.4. Обеспечить доступ Застрахованных лиц в лечебные учреждения, предусмотренные Договором страхования.

3.3.5. Оплачивать обоснованные расходы, возникшие в связи с наступлением у Застрахованных страховых случаев в соответствии с условиями договора страхования и страховой медицинской программой.

3.3.6. контролировать сроки, качество и объем услуг, предоставляемых Застрахованным лицам при страховых случаях.

3.4. Страховщик имеет право:

3.4.1. При заключении Договора страхования, замене Застрахованного, установлении страховой суммы по договору страхования и расчете размера страховой премии (страхового взноса) применять повышающие и понижающие коэффициенты, вводить ограничения или исключения по объему страхового обеспечения и пределам ответственности Страховщика, основываясь на результатах оценки риска и стоимости услуг у поставщиков соответствующих услуг.

3.4.2. Проверять достоверность указанных в заявлении на страхование данных, а в случае установления недостоверности сообщенных Страхователем данных отказать Страхователю в заключении договора страхования. Если же недостоверность данных, влияющих на степень риска, будет обнаружена после вступления договора страхования в силу, Страховщик имеет право отказать в предоставлении или оплате услуг по страхованию и/или досрочно прекратить действие договора страхования, с письменным уведомлением Страхователя о причинах такого отказа и/или расторжения договора. Страховая премия в этом случае возвращается Страхователю за оставшийся срок действия договора за вычетом понесенных Страховщиком за прошедший период страхования расходов.

3.4.3. Проверять выполнение Застрахованными лицами (Страхователями) условий договоров страхования.

3.4.4. Знакомиться с медицинской документацией Застрахованных лиц.

3.4.5. Отказать в оплате предоставленных услуг и/или в одностороннем порядке прекратить действие договора страхования, если Застрахованное лицо или Страхователь передали страховые документы другому лицу с целью получения им медицинской и/или иной помощи, или если такая услуга была получена третьим лицом и/или оплачена Страховщиком,

а если до того как об этом стало известно Страховщику им уже были оплачены такие услуги – получить от Страхователя компенсацию стоимости таких оплаченных услуг.

3.4.6. В случае первичного установления Застрахованному инвалидности I, II, III группы либо восстановления ранее существовавшей инвалидности I, II, III группы в период действия договора страхования Страховщик вправе с этого момента прекратить страхование в отношении такого Застрахованного или предложить Страхователю изменить условия страхования.

3.4.7. Досрочно расторгнуть договор страхования при несоблюдении Застрахованным лицом или Страхователем своих обязанностей по договору страхования.

4. СТРАХОВАЯ СУММА, СТРАХОВАЯ ПРЕМИЯ, ПОРЯДОК ЕЕ РАСЧЕТОВ

4.1. Страховая сумма на всех Застрахованных на момент заключения настоящего Договора составляет: _____.

4.2. Размер страховой премии за каждого Застрахованного по программам согласно п.1.4. на момент заключения настоящего Договора составляет: _____.

Размер общей страховой премии за всех Застрахованных на момент заключения настоящего Договора составляет _____.

4.3. Страховая сумма и страховая премия устанавливаются в рублях.

4.4. Страховая премия может быть уплачена Страхователем в порядке и в сроки, установленные договором страхования:

- единовременно или в рассрочку;
- наличными деньгами в кассу Страховщика или путем безналичной оплаты перечислением на расчетный счет Страховщика.

В случае неуплаты страховой премии или очередных страховых взносов (при уплате в рассрочку) в установленные сроки или их уплаты не в полном объеме _____

(указать последствия неуплаты в соответствии с п.5.5 Правил страхования)

4.5. Страховщик оплачивает обоснованные услуги, предусмотренные договором страхования, предоставленные Застрахованному лицу поставщиком этих услуг, в соответствии со страховым случаем и страховой медицинской программой в пределах страховой суммы и установленных по договору пределов ответственности Страховщика.

5. КОНФИДЕНЦИАЛЬНОСТЬ

5.1. Стороны считают конфиденциальной информацию о настоящем Договоре:

- об общей сумме страховой премии, подлежащей уплате по настоящему Договору;
- о страховой сумме на каждого Застрахованного;
- сведения о заболеваниях Застрахованных, а также о случаях их обращения за медицинской помощью;
- обо всех изменениях и дополнениях к настоящему Договору.

5.2. Стороны примут все достаточные меры, чтобы предотвратить разглашение полученной ими конфиденциальной информации третьим лицам.

6. ПОРЯДОК ВЫПЛАТЫ СТРАХОВОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ

6.1. Выплатой страхового обеспечения (далее - страховой выплатой) является оплата услуг, предусмотренных договором страхования, по страховым случаям с Застрахованным, производимая путем перечисления Страховщиком на расчетный счет поставщика таких услуг

стоимости услуг, которые были оказаны Застрахованному лицу.

6.2. Перечисление производится после получения от поставщика услуг счета с указанием данных о Застрахованном, которым были оказаны услуги.

6.3. В рамках договора страхования и страховой медицинской программы Страховщик оплачивает расходы поставщика услуг по разумно и обоснованно предоставленным услугам Застрахованным и оцененным поставщиком услугам.

6.4. Сумма выплат страхового обеспечения по настоящему Договору не может превысить страховой суммы, указанной в п.4.1. Договора.

7. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН

7.1. В случае отказа медицинского учреждения, где обслуживается Застрахованный и с которым Страховщик заключил договор на медицинское обслуживание, в предоставлении Застрахованному услуг, предусмотренных выбранной Программой, а также неполного или некачественного предоставления таких услуг по вине медицинского учреждения, Страховщик обязуется организовать предоставление Страхователю (Застрахованному) равноценных услуг в другом медицинском учреждении такого же уровня.

7.2. Стороны освобождаются от ответственности за частичное или неполное неисполнение обязательств по настоящему Договору, если это неисполнение явилось следствием непреодолимой силы, т.е. чрезвычайных и непредотвратимых при данных условиях обстоятельств (например, стихийные бедствия, принятие компетентными государственными органами решений, выполнение которых является обязательным для Сторон и делает невозможным выполнение ранее взятых на себя обязательств по настоящему Договору и т.п.).

8. ПОРЯДОК РАЗРЕШЕНИЯ СПОРОВ

8.1. Все споры, которые могут возникнуть при исполнении настоящего Договора, Стороны будут стремиться разрешить путем переговоров. Неурегулированные споры разрешаются в соответствии с законодательством РФ и Условиями настоящего Договора.

9. СРОК ДЕЙСТВИЯ, ОКОНЧАНИЯ ДОГОВОРА

9.1. Договор заключается сроком на один календарный год или в месяцах соответственно Правилам страхования.

9.2. Договор страхования вступает в силу не ранее, чем с 00 часов дня, следующего после перечисления страховой премии (или 1-го страхового взноса при оплате в рассрочку) на расчетный счет Страховщика при безналичной оплате, или после уплаты в кассу Страховщика страховой премии (1-го страхового взноса при оплате в рассрочку), при оплате наличными деньгами и действует по «___» _____ 20__ г. включительно.

9.3. Изменение и/или дополнение настоящего Договора совершается по соглашению Сторон и в письменной форме.

9.4. Настоящий Договор прекращается в следующих случаях:

- истечения установленного срока действия;
- исполнения Страховщиком обязательств перед Страхователем по договору в полном объеме, ограниченном размером страховой суммы и пределами ответственности Страховщика, установленными договором страхования;
- неуплаты Страхователем страховой премии в установленные Договором сроки;
- ликвидации Страхователя или Страховщика;
- при несоблюдении Страхователем своих обязанностей по договору страхования;
- в других случаях, предусмотренных законодательством и Условиями настоящего Договора.

Договор может быть расторгнут досрочно по требованию Страхователя или Страховщика в соответствии с нормами гражданского законодательства РФ и условиями настоящих Правил.

9.6. Договор страхования прекращается до наступления срока, на который он был заключен, если после его вступления в силу возможность наступления страхового случая отпала и существование страхового риска прекратилось по обстоятельствам иным, чем страховой случай.

9.7. При досрочном прекращении Договора страхования по обстоятельствам, указанным в пункте 9.6. Договора страхования, Страховщик имеет право на часть страховой премии пропорционально времени, в течение которого действовало страхование.

9.8. Страхователь (Выгодоприобретатель) вправе отказаться от Договора страхования в любое время, если к моменту отказа возможность наступления страхового случая не отпала по обстоятельствам, указанным в пункте 9.6. Договора страхования.

9.8.1 В случае если Страхователь (Выгодоприобретатель) – физическое лицо отказался от Договора страхования в течение 14 (четырнадцати) календарных дней с даты заключения договора и до даты начала действия страхования, уплаченная страховая премия подлежит возврату Страховщиком Страхователю в полном объеме.

9.8.2. В случае если Страхователь (Выгодоприобретатель) – физическое лицо отказался от Договора страхования в течение 14 (четырнадцати) календарных дней с даты его заключения, но после даты начала действия страхования, при отсутствии в данном периоде событий, имеющих признаки страхового случая, Страховщик при возврате уплаченной страховой премии Страхователю вправе удержать ее часть пропорционально сроку действия Договора страхования, прошедшему с даты начала действия страхования до даты прекращения действия Договора страхования независимо от даты уплаты страховой премии.

9.8.3. При досрочном отказе Страхователя (Выгодоприобретателя) – физического лица от Договора страхования в сроки, превышающие условия, определенные пунктами 9.8.1. и 9.8.2., уплаченная Страховщику страховая премия не подлежит возврату, если Договором страхования не предусмотрено иное.

9.8.4. Возврат Страхователю уплаченной страховой премии (или ее части) осуществляется наличными деньгами или в безналичном порядке (по выбору Страхователя), в срок, не превышающий 10 рабочих дней со дня получения письменного заявления Страхователя об отказе от Договора страхования.

9.9 Договор страхования считается прекратившим свое действие с даты получения Страховщиком письменного заявления Страхователя об отказе от Договора страхования (Приложение 5 к настоящему Договору страхования) или иной даты, установленной по соглашению сторон.

10. НЕДЕЙСТВИТЕЛЬНОСТЬ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ

10.1. Договор страхования может быть признан недействительным с момента его заключения по основаниям, предусмотренным Гражданским Кодексом Российской Федерации, а также если договор заключен после наступления страхового случая. При признании судом договора страхования недействительным для сторон наступают последствия, предусмотренные действующим законодательством.

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

11. ИСКОВАЯ ДАВНОСТЬ

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

12. ПРЕТЕНЗИИ И СПОРЫ

12.1. Качество оказания медицинской помощи, соответствие ее условиям, предусмотренным в договоре страхования, контролируется Страховщиком.

12.2. Спорные вопросы, возникающие в процессе оказания медицинской и/или иной помощи Застрахованным, решает согласительная комиссия, в состав которой входят представители Страхователя (Застрахованного), Страховщика и независимые эксперты. Если решение согласительной комиссии не удовлетворяет одну из сторон, то спор разрешается в порядке, установленном действующим законодательством РФ.

13. ПОРЯДОК РАЗРЕШЕНИЯ СПОРОВ СО СТРАХОВАТЕЛЯМИ (ВЫГОДОПРИБРЕТАТЕЛЯМИ, ЗАСТРАХОВАННЫМИ) - ФИЗИЧЕСКИМИ ЛИЦАМИ

13.1. Споры, вытекающие из договора страхования, с потребителями страховой услуги разрешаются по правилам Федерального закона от 04.06.2018г. № 123-ФЗ "Об уполномоченном по правам потребителей финансовых услуг".

В целях настоящего страхования под потребителями страховой услуги понимаются физические лица, являющиеся Страхователями (Выгодоприобретателями, Застрахованными лицами) в соответствии с договором страхования.

13.2. Потребитель страховой услуги обязан соблюдать претензионный порядок урегулирования спора со Страховщиком, если размер требований потребителя страховых услуг о взыскании денежных сумм не превышает 500 тысяч рублей, и если со дня, когда потребитель страховых услуг узнал или должен был узнать о нарушении своего права, прошло не более трех лет.

13.3. В рамках досудебного урегулирования спора, при наличии разногласий относительно исполнения Страховщиком своих обязательств по договору страхования до предъявления к Страховщику иска, вытекающего из неисполнения или ненадлежащего исполнения им обязательств по договору страхования, несогласия с размером осуществленной страховщиком страховой выплаты, нарушения обязательств по проведению восстановительного ремонта транспортного средства, Страхователь (Выгодоприобретатель, Застрахованное лицо) направляет Страховщику претензию с документами, приложенными к ней и обосновывающими требование Страхователя (Выгодоприобретателя, Застрахованного лица), которая подлежит рассмотрению Страховщиком в течение пятнадцати рабочих дней, а по требованию лица, которому уступлено право требования на основании договора цессии – в течение тридцати рабочих дней, со дня следующего за днем обращения. В течение указанного срока Страховщик обязан удовлетворить выраженное Страхователем (Выгодоприобретателем, Застрахованным лицом) требование о надлежащем исполнении обязательств по договору страхования или направить мотивированный отказ в удовлетворении такого требования.

13.4. После получения ответа Страховщика, либо в случае неполучения ответа по истечении соответствующих сроков рассмотрения Страховщиком претензии Страхователя (Выгодоприобретателя, Застрахованного лица), последний в целях досудебного урегулирования спора обязан обратиться с заявлением к финансовому уполномоченному в порядке ст.ст. 16-17 Федерального закона от 04.06.2018г. № 123-ФЗ "Об уполномоченном по правам потребителей финансовых услуг".

13.5. Рассмотрение заявления Страхователя (Выгодоприобретателя, Застрахованного лица) осуществляется финансовым уполномоченным по правилам ст.ст. 20-23 Федерального закона от 04.06.2018г. № 123-ФЗ "Об уполномоченном по правам потребителей финансовых услуг".

13.6. В случае несогласия Страхователя (Выгодоприобретателя, Застрахованного лица) с вступившим в силу решением финансового уполномоченного, прекращения рассмотрения заявления Страхователя (Выгодоприобретателя, Застрахованного лица) финансовым уполномоченным, непринятия финансовым уполномоченным решения по заявлению по истечении предусмотренного законом срока Страхователь (Выгодоприобретатель, Застрахованное лицо) вправе заявлять в судебном порядке требования к Страховщику по истечении тридцати дней после дня вступления в силу решения финансового уполномоченного.

13.7. В качестве подтверждения соблюдения досудебного порядка урегулирования спора Страхователь (Выгодоприобретатель, Застрахованное лицо) представляет в суд хотя бы один из следующих документов:

- 1) решение финансового уполномоченного;
- 2) соглашение в случае, если Страховщик не исполняет его условия;
- 3) уведомление о принятии заявления к рассмотрению финансовым уполномоченным, либо об отказе в принятии заявления к рассмотрению.

14. ПРИЛОЖЕНИЯ К ДОГОВОРУ, ЯВЛЯЮЩИЕСЯ ЕГО НЕОТЪЕМЛЕМОЙ ЧАСТЬЮ

- 14.1. Приложение 1 – Программы страхования;
- 14.2. Приложение 2 - Списки Застрахованных;
- 14.3. Приложение 3 – Заявление на страхование от «__» _____ 20__ г.
- 14.4. Приложение 4 – Правила добровольного медицинского страхования граждан от «__» _____ 20__ г.;
- 14.5. Приложение 5 – Заявление о досрочном прекращении договора страхования.

15. ЮРИДИЧЕСКИЕ АДРЕСА И БАНКОВСКИЕ РЕКВИЗИТЫ

Страховщик	Страхователь
Юридический адрес: Почтовый адрес: ИНН КПП	Юридический адрес: Почтовый адрес: ИНН КПП
Банковские реквизиты: Расчетный счет Наименование банка Корреспондентский счет БИК	Банковские реквизиты: Расчетный счет Наименование банка Корреспондентский счет БИК
Тел/факс: Эл. почта:	Тел/факс: Эл. почта:

Все сведения, сообщенные Страхователем при заключении настоящего Договора, достоверны. Страхователь с Правилами страхования ознакомлен, согласен и один экземпляр получил.

СТРАХОВЩИК

М.П.

СТРАХОВАТЕЛЬ

М.П.

Примечание: Данный документ является образцом. Страховщик вправе вносить в форму и текст образца изменения и (или) дополнения, создавать на его основе иные образцы, в той степени в какой это не противоречит Правилам страхования и действующему законодательству РФ.

Приложение 7
к Правилам добровольного медицинского
страхования граждан

ДОГОВОР
на предоставление лечебно-диагностической помощи
(медицинских услуг)
№

г. Москва

«__» _____ 20__ г.

_____, именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице _____, действующего на основании _____, с одной стороны, и ООО «СК «Мегарусс-Д», именуемое в дальнейшем «Заказчик», в лице _____, действующего на основании _____, с другой стороны, заключили настоящий Договор о нижеследующем:

1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

1.1. Исполнитель обязуется в период срока действия настоящего Договора обеспечивать предоставление лечебно-диагностической помощи (далее - медицинские услуги) контингенту Заказчика (далее - Застрахованные) в соответствии с Программой добровольного медицинского страхования (далее - Программа ДМС).

1.2. Основанием предоставления Застрахованному Исполнителем медицинских услуг в соответствии с вышеназванной Программой ДМС является наличие у Застрахованного действующего страхового медицинского полиса Заказчика и включение его в списки Застрахованных, предоставляемые Заказчиком Исполнителю.

1.3. Заказчик оплачивает Исполнителю стоимость медицинских услуг, оказанных им Застрахованным, в соответствии с Программой ДМС, являющейся неотъемлемой частью настоящего Договора (Приложение № 1). Оплата медицинских услуг осуществляется Заказчиком на основании Прейскуранта цен на медицинские услуги, утверждаемого Исполнителем (Приложение № 2), в порядке, предусмотренном разделом 3 настоящего Договора.

2. ОБЯЗАТЕЛЬСТВА СТОРОН

2.1. Заказчик обязуется:

2.1.1. Выдать Застрахованному страховой медицинский полис, удостоверяющий право Застрахованного на получение медицинских услуг, предоставляемых Исполнителем, согласно Программе ДМС.

2.1.2. Предоставлять Исполнителю списки Застрахованных согласно установленной формы (Приложение № 3);

2.1.3. Своевременно, в установленные настоящим Договором сроки, производить платежи Исполнителю за оказанные им Застрахованным медицинские услуги по Программе ДМС.

2.1.4. Довести определенный Исполнителем порядок оказания медицинских услуг до Застрахованных.

2.2. Исполнитель обязуется:

2.2.1. Обеспечить оказание качественной медицинской помощи Застрахованным согласно Программе ДМС и настоящему Договору. Оказание медицинской помощи осуществляется согласно режиму работы Исполнителя.

2.2.2. Обеспечить свободный доступ Застрахованных к лечебно – диагностической базе Исполнителя, оформив, при необходимости, пропуска установленной формы и амбулаторные карты на каждого Застрахованного;

2.2.3. Поддерживать качественно высокий уровень комплекса медицинских услуг, оказываемых Застрахованным согласно Программе ДМС.

2.2.4. Вести учет видов, сроков, объемов, стоимости оказанных Застрахованным медицинских услуг, а также денежных средств, поступающих от Заказчика;

2.2.5. Незамедлительно поставить в известность Заказчика о следующих событиях:

а) о возникших обстоятельствах, которые могут привести к сокращению оказываемых Застрахованным медицинских услуг;

б) о выявлении у Застрахованного заболевания (состояния), не входящего в Программу ДМС;

в) о необходимости оказания Застрахованному медицинской услуги, не входящей в перечень услуг, предоставляемых Исполнителем, согласно Программе ДМС;

г) об экстренной госпитализации Застрахованного;

д) о необходимости планового стационарного лечения Застрахованного.

2.2.6. Выдавать Застрахованным необходимую медицинскую документацию установленного образца (выписной эпикриз, листок временной нетрудоспособности, рецепты, медицинские справки).

2.2.7. В течение срока действия настоящего Договора по просьбе Застрахованных или Заказчика выдавать необходимую медицинскую документацию, связанную с исполнением настоящего Договора.

2.2.8. Оказывать медицинские услуги Застрахованным, начавшим обслуживаться у Исполнителя в течение срока действия настоящего Договора, до конца действия выданных Заказчиком Застрахованным страховых медицинских полисов, независимо от окончания срока действия настоящего Договора. Заказчик обязуется оплачивать такие счета Исполнителя по названным в представленных Заказчиком списках Застрахованных, при этом счета должны быть выставлены в точном соответствии с порядком расчетов, установленных настоящим Договором.

2.3. Исполнитель имеет право:

2.3.1. Требовать от Заказчика надлежащего выполнения обязательств, взятых им на себя согласно настоящему Договору.

2.4. Заказчик имеет право:

2.4.1. Требовать от Исполнителя надлежащего выполнения принятых им обязательств по настоящему Договору;

2.4.2. В процессе и в течение срока исполнения настоящего Договора Заказчик вправе вносить изменения в Приложение № 3 (Списки Застрахованных) в части замены одних Застрахованных другими, увеличения или уменьшения численности Застрахованных. Однако увеличение численного состава Застрахованных возможно только по согласованию с Исполнителем.

2.5. Конфиденциальность:

2.5.1. Стороны берут на себя взаимные обязательства по соблюдению режима конфиденциальности в отношении информации, полученной при исполнении условий настоящего Договора. Передача информации третьим лицам или иное разглашение информации, признанной по настоящему Договору конфиденциальной, может осуществляться только с письменного согласия другой Стороны и в случаях, установленных действующим законодательством РФ.

- 2.5.2. Конфиденциальной по настоящему Договору признается информация:
- о ценах на медицинские услуги, оказываемые Исполнителем согласно настоящему Договору;
 - сведения о заболеваниях Застрахованных.

3. ПОРЯДОК РАСЧЕТОВ

3.1. По результатам оказанных медицинских услуг Исполнитель один раз в месяц выставляет Заказчику счет за оказанные медицинские услуги. Счет направляется до 10 числа месяца, следующего за отчетным периодом.

3.2. Счет должен содержать все необходимые реквизиты для перечисления денег, ссылку на настоящий Договор, фамилии и имена Застрахованных, номера их страховых полисов, а также подробный перечень оказанных медицинских услуг и дату их оказания со ссылкой на соответствующую статью Прейскуранта (Приложение № 2). Информация об оказанных Застрахованным медицинских услугах предоставляется Исполнителем на бумажных и магнитных носителях.

3.3. Расчеты между Сторонами производятся банковскими переводами на расчетные счета в рублях по курсу ЦБ РФ на день оплаты.

3.4. Заказчик оплачивает счета в течение 5 банковских дней со дня их получения.

3.5. Исполнитель имеет право в одностороннем порядке, в соответствии с темпами роста инфляции, пересматривать и утверждать цены на медицинские и другие услуги, оказываемые по настоящему Договору. Для Заказчика новый прейскурант начинает действовать не ранее, чем через 30 календарных дней после официального уведомления Исполнителем Заказчика в письменном виде. В течение срока действия настоящего Договора Исполнитель может увеличить цены на медицинские услуги не более, чем на 10 % от действующих цен на момент заключения настоящего договора.

3.6. По окончании срока действия Договора Стороны производят окончательный взаиморасчет в течение 30 календарных дней.

4. КОНТРОЛЬ

4.1. Заказчик контролирует соответствие оказываемых Исполнителем Застрахованным медицинских услуг требованиям настоящего Договора и законодательству Российской Федерации.

4.2. Контроль осуществляется путем проверок, проводимых представителем Заказчика. Проверка осуществляется в течение 30 банковских дней со дня получения от Исполнителя счета за оказанные им Застрахованным медицинские услуги, а также в любое время по требованию Заказчика. Результаты проверок доводятся Заказчиком до сведения Исполнителя.

4.3. Исполнитель обязан обеспечить представителю Заказчика, осуществляющему проверку, свободное ознакомление с деятельностью Исполнителя, связанной с выполнением настоящего Договора. Проверку медицинской деятельности, связанной с выполнением данного Договора, может осуществлять представитель Заказчика, имеющий высшее медицинское образование, совместно с представителем Исполнителя.

4.4. При несогласии Исполнителя с выводами Заказчика по результатам проверки, Исполнитель вправе обратиться за разрешением спора в согласительную комиссию.

4.5. Согласительная комиссия создается из равного количества представителей Исполнителя и Заказчика, при необходимости с привлечением независимого эксперта. Расходы по оплате работы эксперта делятся поровну на обе Стороны.

5. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН

5.1. За просрочку оплаты Заказчиком выставленных Исполнителем счетов, предусмотренных настоящим Договором, Заказчик уплачивает Исполнителю пеню в размере 0,1 % от суммы, подлежащей оплате, за каждый день просрочки, но не более 10% от общей суммы счета. Однако, право на получение такой неустойки возникает у Исполнителя только с момента, когда он выставит Заказчику претензию с обоснованным расчетом пени, а Заказчик признает ее, либо с момента вынесения судом решения о присуждении такой неустойки Заказчику в случае, если претензия Исполнителем не выставлялась или Заказчиком не признавалась.

5.2. Стороны могут письменно предъявлять взаимные претензии по факту нарушений, связанных с исполнением настоящего Договора, в течение всего срока действия настоящего Договора. При наличии претензий от одной Стороны и при согласии с ними другой Стороны, виновная Сторона должна в течение 3-х дней предоставить объяснения, исправить упущения и учесть в последующей работе требования, содержащиеся в претензии. В случае несогласия с предъявленными претензиями, Сторона, к которой такие претензии предъявляются, вправе обратиться за разрешением спора в согласительную комиссию.

5.3. Ни одна из Сторон не будет нести ответственность за полное или частичное неисполнение любой из своих обязанностей по настоящему Договору, если докажет, что надлежащее исполнение этой обязанности оказалось невозможным вследствие действия непреодолимой силы, то есть чрезвычайных и непредотвратимых при данных условиях обстоятельств. К таким обстоятельствам не относятся, в частности, нарушение обязанностей со стороны контрагентов Сторон, отсутствие на рынке товаров, нужных для оказания медицинских услуг по настоящему Договору, отсутствие у Сторон необходимых денежных средств.

5.4. Срок исполнения обязательств по настоящему Договору отодвигается соразмерно времени действия обстоятельств непреодолимой силы.

5.5. Сторона, для которой создалась невозможность исполнения обязательства в связи с форс-мажорными обстоятельствами, обязана немедленно известить другую Сторону о наступлении, предполагаемом сроке действия и прекращении названных обстоятельств.

5.6. Действие таких обстоятельств должно быть подтверждено документально соответствующей компетентной организацией или государственным органом.

5.7. В случае необоснованного отказа Исполнителя в предоставлении Застрахованному медицинских услуг по настоящему Договору, а также некачественного или неполного предоставления таких услуг, Исполнитель исправляет свои упущения и оказывает необходимые услуги Застрахованному надлежащим образом в необходимом объеме за свой счет, без выставления счета Заказчику. В случае, если такие обстоятельства принесли Заказчику убытки, Исполнитель возмещает эти убытки в полном объеме.

6. УВЕДОМЛЕНИЯ И СООБЩЕНИЯ

6.1. Все уведомления и сообщения, направляемые Сторонами в связи с исполнением настоящего Договора, должны быть сделаны в письменной форме.

6.2. Стороны обязуются в трехдневный срок извещать друг друга об изменении своих адресов или реквизитов.

7. СРОК ДЕЙСТВИЯ, ИЗМЕНЕНИЕ И ПРЕКРАЩЕНИЕ ДОГОВОРА

7.1. Настоящий Договор вступает в силу с момента его подписания и действует до «__» ____ 20__ г. Если ни одна из Сторон за 1 месяц до окончания настоящего Договора не заявит о его расторжении и не предложит иные условия, Договор считается продленным на очередной год на тех же условиях.

7.2. Условия Договора могут быть изменены или дополнены Сторонами в связи с принятием соответствующих законодательных актов или по предложению одной из Сторон. Предложения Стороны об изменении или дополнении условий Договора рассматриваются другой Стороной в течение 2 недель с момента их поступления этой Стороне. Изменения и дополнения к настоящему Договору будут считаться имеющими силу, если они выполнены в письменной форме и подписаны обеими Сторонами.

7.3. Настоящий Договор может быть прекращен до окончания срока его действия:

7.4. По обоюдному согласию Сторон, оформленному в виде Соглашения и подписанному Заказчиком и Исполнителем.

7.5. Одной из Сторон настоящего Договора в одностороннем порядке:

а) при письменном уведомлении другой Стороны о намерении расторгнуть Договор не менее чем за дней до предполагаемой даты расторжения;

б) в случае прекращения одной из Сторон деятельности, связанной с предметом настоящего Договора, ликвидации или реорганизации Стороны в установленном порядке, при этом за другой Стороной сохраняется право требовать возмещения причиненных ей этим убытков;

в) в случае существенного нарушения условий данного Договора одной из Сторон и невозможности ликвидировать отрицательные последствия такого нарушения иным, нежели расторжение Договора, путем;

г) при наступлении у одной из Сторон обстоятельств, перечисленных в п.5.3. настоящего Договора, если в результате этих обстоятельств у другой Стороны отпал интерес в дальнейшем исполнении настоящего Договора.

7.6. Прекращение настоящего Договора освобождает Стороны от исполнения ими принятых на себя по настоящему Договору обязательств только после того, как они выполнят в отношении Застрахованных свои обязательства, возникшие у них до прекращения настоящего Договора, в полном объеме.

8. ПОРЯДОК РАЗРЕШЕНИЯ СПОРОВ

8.1. Все споры и разногласия, которые могут возникнуть из настоящего Договора или в связи с ним, будут по возможности решаться Сторонами путем переговоров.

8.2. В случае если споры и разногласия не будут решены путем переговоров, они подлежат разрешению в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

9. ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ

9.1. По вопросам, не предусмотренным настоящим Договором, Стороны руководствуются законодательством Российской Федерации.

9.2. Настоящий Договор составлен в двух экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу: один экземпляр находится у Заказчика, другой у Исполнителя.

9.3. Приложения №№ 1, 2, 3 являются неотъемлемыми частями настоящего Договора.

РЕКВИЗИТЫ СТОРОН

«Заказчик»

«Исполнитель»

Примечание: Данный документ является образцом. Страховщик вправе вносить в форму и текст образца изменения и (или) дополнения, создавать на его основе иные образцы, в той степени в какой это не противоречит Правилам страхования и действующему законодательству РФ.

Приложение 8
к Правилам добровольного медицинского
страхования граждан

**ПРОГРАММА №1
страхования регулярных медицинских расходов «Амбулаторная помощь»**

1. В соответствии с настоящей Программой Страховщик гарантирует предоставление и оплату специализированной медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях и на дому в лечебном учреждении, выбранном Страхователем (Застрахованным) из числа имеющих договоры на оказание медицинских услуг со Страховщиком.

2. В перечень предоставляемых и оплачиваемых услуг в выбранном медицинском учреждении включаются:

- диагностические обследования с применением (по показаниям) компьютерной томографии, ультразвуковой диагностики (УЗИ), эндоскопических методик;
- лечебная помощь, включая массаж, ИРТ, мануальную терапию, физиотерапию;
- санаторно-курортное и восстановительное лечение;
- консультации врачей-специалистов на дому при невозможности явки в поликлинику;
- взятие анализов лаборантом и выполнение врачебных назначений патронажной медсестрой на дому;
- лекарственное обеспечение;
- вакцинацию по эпидемическим и медицинским показаниям;
- обеспечение предметами медицинского ухода;
- противорецидивное лечение;
- оформление и получение медицинской документации: листов временной нетрудоспособности, направлений на санаторно-курортное лечение, заключений о состоянии здоровья, выписок из амбулаторных карт и проч.

3. Страховщик вправе предоставлять и оплачивать медицинскую помощь при выявлении:

- онкологических, психических, инфекционных, венерических заболеваний;
- всех форм туберкулеза.

В случаях выявления перечисленных заболеваний Застрахованный направляется в специализированные учреждения, где проходит лечение на общих основаниях.

4. Порядок и условия оказания медицинской помощи.

4.1. При необходимости обращения за медицинской помощью Застрахованный обращается непосредственно в регистратуру поликлиники или к врачу-консультанту страховой организации, который, выяснив жалобы, направляет его к требуемому специалисту в удобное для Застрахованного время.

4.2. Для работы с Застрахованными лицами в лечебном учреждении выделяется регистратор и ответственное лицо из числа администрации для решения организационных вопросов;

4.3. При отсутствии в данном лечебном учреждении необходимых специалистов или диагностической аппаратуры Застрахованному осуществляется консультации и исследования в другом лечебном учреждении.

4.4. Застрахованному обеспечивается:

- лечение у врача высшей квалификации или не ниже 1-й категории;
- выполнение инъекций только одноразовыми шприцами и внутривенных инфузий системами одноразового применения.

5. Страховые суммы, тарифы и страховые взносы:

Группа здоровья	Минимальная страховая сумма, руб.	Тариф, %	Страховой взнос, руб.
-----------------	-----------------------------------	----------	-----------------------

1	150 000	49,43	74 145
2	150 000	74,15-98,86	111 225- 148 290
3	150 000	108,77- 138,40	163 155-207 600

ПРОГРАММА №2
страхования расходов на лечение в терапевтическом стационаре
«Терапевтический стационар»

1. В соответствии с настоящей Программой Страховщик гарантирует предоставление и оплату медицинских и/или иных услуг при необходимости лечения Застрахованного в условиях стационара терапевтической профили.

2. В перечень предоставляемых и оплачиваемых услуг в выбранном медицинском учреждении при стационарном лечении по поводу терапевтических заболеваний в отделениях: нефрологическом, пульмонологическом, кардиологическом, эндокринологическом, неврологическом, гастроэнтерологическом включаются:

- госпитализация в указанные отделения с целью обследования и лечения;
- восстановительное лечение для устранения последствий перенесенных терапевтических заболеваний в условиях отделений реабилитации;
- диагностические обследования с применением (по показаниям) компьютерной томографии, ультразвуковой диагностики (УЗИ), эндоскопических методик, холтеровского мониторирования,;
- лечебную помощь, включая массаж, ИРТ, мануальную терапию, физиотерапию;
- лекарственное обеспечение.

3. Программа не предусматривает предоставление и оплаты услуг при необходимости проведения гемодиализа в связи с хронической почечной недостаточностью.

4. Порядок оказания медицинской помощи.

4.1. При выявлении у Застрахованного заболевания, требующего лечения в отделении терапевтического профили, ему обеспечивается:

- госпитализация в профильное отделение в течении 3-х дней в плановом порядке, а по показаниям в день обращения;
- размещение в одно-двухместной палате;
- лечение у врача высшей квалификации или у заведующего отделением;
- выполнение инъекций только одноразовыми шприцами и внутривенных инфузий системами одноразового применения.

5. Страховые суммы, тарифы и страховые взносы:

Группа здоровья	Минимальная страховая сумма, руб.	Тариф, %	Страховой взнос, руб.
1	400 000	8,31	33 240
2	400000	12,47- 16,62	49 880 – 66 480
3	400.000	18,28 -23,27	73 120-93 080

ПРОГРАММА №3
страхования расходов на лечение в хирургическом стационаре
«Хирургический стационар»

1. В соответствии с настоящей Программой Страховщик гарантирует предоставление и оплат) медицинских услуг при необходимости лечения Застрахованного в условиях стационара хирургического профили.

2. В перечень предоставляемых и оплачиваемых услуг в выбранном медицинском учреждении при стационарном лечении по поводу хирургических заболеваний в отделениях абдоминальной, торакальной, сосудистой хирургии, гинекологическом, урологическом, ЛОР, офтальмологическом и хирургическом отделении общего профиля, включаются:

- госпитализация в указанные отделения с целью обследования (проведения инвазивных диагностических процедур);

- восстановительное лечение для устранения последствий перенесенных хирургических вмешательств в условиях отделений реабилитации;

- диагностическое обследование с применением (по показаниям) компьютерной томографии, ультразвуковой диагностики (УЗИ), эндоскопических методик;

- лечебная помощь, включая традиционные хирургические методики; проведение операций с использованием лапароскопических методов.

3. Программа не предусматривает предоставление и оплаты услуг при сложных кардиохирургических операциях, операциях трансплантации органов и тканей, корректирующих операциях на магистральных сосудах и эндопротезировании.

4. Порядок и условия оказания медицинской помощи.

4.1. При выявлении у Застрахованного заболевания, требующего лечения в отделении хирургического профиля ему обеспечивается:

- госпитализация в профильное хирургическое отделение в течение 3-х дней в плановом порядке, а по показаниям в день обращения;

- размещение в одно - двухместной палате;

- выполнение операции и дальнейшее лечение у врача высшей квалификации или заведующего отделением;

- выполнение инъекций только одноразовыми шприцами и внутривенных инфузий системами одноразового применения.

5. Страховые суммы, тарифы и страховые взносы:

Группа здоровья	Минимальная страховая сумма, руб.	Тариф, %	Страховой взнос, руб.
1	800 000	3,15	25 200
2	800 000	4,73 - 6,30	37 840 – 50 400
3	800 000	6,93 - 8,82	55 440-70 560

ПРОГРАММА №4

страхования расходов на стоматологическую помощь «Стоматологическая помощь»

1. В соответствии с настоящей Программой Страховщик гарантирует предоставление и оплату медицинских услуг при необходимости обращения Застрахованного к зубному врачу (стоматологу).

2. В перечень предоставляемых и оплачиваемых услуг в выбранном медицинском учреждении включаются:

- профилактический осмотр с выдачей рекомендаций по необходимому лечению и уходу за полостью рта;

- лечение воспалительных заболеваний полости рта;

- терапевтическое лечение кариеса и наложение пломб с применением отечественных и импортных пломбировочных материалов;

- снятие зубных отложений ультразвуком;

- покрытие зубов фтор - лаком;

- хирургическое лечение (удаление зубов под местным обезболиванием).

3. Программа не предусматривает предоставление и оплаты услуг по зубопротезированию, ортодонтическому лечению.

4. Порядок и условия оказания медицинской помощи.

*Общество с ограниченной ответственностью
«Страховая компания «Мегарусс-Д»
Правила добровольного медицинского страхования граждан*

4.1. При необходимости оказания медицинской помощи Застрахованный обращается непосредственно в выбранное учреждение или может записаться на прием в удобное для него время через врача-консультанта страховой организации;

4.2. Лечение осуществляется у врачей высокой квалификации, специально выделенных лечебным учреждением для работы с застрахованным контингентом;

5. Страховые суммы, тарифы и страховые взносы:

Группа здоровья	Минимальная страховая сумма, руб.	Тариф, %	Страховой взнос, руб.
1	250 000	37,66	94 150
2	250000	56,49 - 75,32	141 225- 188 300
3	250 000	82,85 - 105,45	207 125-263 625

Примечание: Данный документ является образцом. Страховщик вправе вносить в форму и текст образца изменения и (или) дополнения, создавать на его основе иные образцы, в той степени в какой это не противоречит Правилам страхования и действующему законодательству РФ.

Приложение 9
к Правилам добровольного медицинского
страхования граждан

**Согласие
на обработку Страховщиком персональных данных Застрахованного лица в
целях исполнения Договора добровольного медицинского страхования**

Я, _____,

Дата рождения: _____

Паспорт: серия _____ номер _____ выдан: _____

_____ (кем и когда)

Зарегистрированный по адресу: _____

Контактный телефон _____

В соответствии с Федеральным законом от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных» даю согласие на обработку моих персональных данных в целях заключения Договора добровольного медицинского страхования граждан, в т.ч. в целях проверки качества оказания медицинских услуг и урегулирования убытков по Договору, администрирования Договора, сбора статистической информации и ее анализа, а также в целях исполнения требований действующего законодательства Российской Федерации.

Оператор - ООО СК «Мегарусс-Д», именуемое в дальнейшем Страховщик, местонахождение: Российская Федерация, 1070031, г. Москва, ул. Рождественский б-р, д.14, стр.2,

Мои персональные данные, как данные Застрахованного лица включают: фамилию, имя, отчество, дата и место рождения, паспортные данные или данные другого документа, удостоверяющего личность, адрес проживания/прописки/регистрации, телефоны, сведения о состоянии здоровья, заболеваниях и о случаях обращения в медицинские учреждения.

Предоставляю Страховщику право осуществлять все действия с моими персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, обезличивание, блокирование, уничтожение. Страховщик вправе обрабатывать мои персональные данные посредством включения их в списки и внесения в электронные базы данных Страховщика.

Страховщик имеет право во исполнение своих обязательств по Договору передавать мои персональные данные, в том числе специальные персональные данные, в медицинские, аптечные и другие учреждения, с которыми у Страховщика имеются договорные отношения, направленные на оказание мне медицинской (фармакологической и иной) помощи в рамках страховой программы, и получать от этих учреждений данные обо мне. Передача моих персональных данных иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия.

Настоящее согласие действует на период действия Договора Страхования, а так же на протяжении 5 лет после его прекращения.

Я знаю, что имею право в любой момент отозвать своё согласие посредством направления Страховщику соответствующего письменного уведомления, которое должно быть направлено в его адрес заказным письмом с уведомлением о вручении либо вручено

*Общество с ограниченной ответственностью
«Страховая компания «Мегарусс-Д»
Правила добровольного медицинского страхования граждан*

лично под расписку представителю Страховщика. Я знаю и согласен с тем, что Страховщик вправе рассматривать указанное уведомление как мое волеизъявление о расторжении Договора в отношении меня, в связи с чем я буду снят со страхования по Договору не позднее 3 дней с момента получения указанного уведомления.

Страховщик _____

Страхователь _____

м.п.

« » _____ 20__ г.

Общество с ограниченной ответственностью
«Страховая компания «Мегарусс-Д»
Правила добровольного медицинского страхования граждан

Примечание: Данный документ является образцом. Страховщик вправе вносить в форму и текст образца изменения и (или) дополнения, создавать на его основе иные образцы, в той степени в какой это не противоречит Правилам страхования и действующему законодательству РФ.

Приложение 10
к Правилам добровольного медицинского
страхования граждан

В _____
(в наименование страховой организации)

З А Я В Л Е Н И Е
о досрочном прекращении договора страхования

_____ (наименование или ФИО Страхователя)
просит досрочно прекратить договор страхования (страховой полис) № ____ от « ____ » _____ 20 __ г. в связи с тем, что существование страхового риска прекратилось по следующему (им) обстоятельству (ам)

указать данное обстоятельство (а)
произшедшее (их) « ____ » _____ 20 __ г.

Причитающуюся часть страховой премии за период, когда страхование не будет действовать, просьба перечислить _____ на _____ счет _____ № _____

(указать номер расчетного счета, наименование банка и его реквизиты)

“ ____ ” _____ 20 __ г.

_____/_____/_____/_____
(подпись Страхователя) (Фамилия И.О.)

М.П.

Прошито, пронумеровано и скреплено
Печатью 39 / Приказ № 39 лист об
Генеральный директор ООО «СК «Мегарусс-Д»

_____ А.А. Цысь
«06» мая 2019 г.

