

Утверждаю:
Генеральный директор ООО СК «РОСИНКОР Резерв»
А.Б. Дедов
25 марта 2015 г.



ПРАВИЛА
добровольного медицинского страхования
(25.03.2015г.)

На основании настоящих Правил ООО СК «РОСИНКОР Резерв» (далее - Страховщик) заключает договоры страхования, по условиям которых гарантирует возмещение в объеме страховой медицинской программы расходов на медицинские услуги и медикаменты в Медицинских учреждениях.

1. СУБЪЕКТЫ И ОБЪЕКТ СТРАХОВАНИЯ

- 1.1. Субъектами добровольного медицинского страхования являются: Страхователь (Застрахованный), Страховщик и Медицинское учреждение (Исполнитель).
- 1.2. Страхователями являются юридические лица - предприятия, организации и т.п. любой организационно-правовой формы собственности, зарегистрированные и действующие в соответствии с законодательством Российской Федерации, а также дееспособные физические лица, заключившие со Страховщиком договоры страхования.
- 1.3. При коллективном страховании Страхователи - юридические лица заключают договора страхования в пользу своих работников (а также членов их семей), при индивидуальном страховании Страхователи - физические лица вправе заключать со Страховщиком договоры о страховании как в свою пользу, так и о страховании третьих лиц (далее - Застрахованные лица).

Исполнителями в системе добровольного медицинского страхования являются имеющие лицензии лечебно-профилактические учреждения, научно-исследовательские и медицинские институты, санаторно - реабилитационные и другие учреждения, оказывающие медицинскую помощь, сервисные компании, организующие предоставление медицинских услуг, организации предоставляющие медикаменты, лекарственные препараты, медицинские материалы и приспособления необходимые для лечения Застрахованных, а также лица, осуществляющие медицинскую деятельность как индивидуально, так и коллективно. Страховщик состоит в договорных или иных отношениях с Исполнителями.

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

2. СТРАХОВЫЕ РИСКИ, СТРАХОВЫЕ СЛУЧАИ

- 2.1. При страховании по настоящим правилам страховыми рисками являются следующие предполагаемые события, обладающие признаками вероятности и случайности их наступления:
 - обращение Страхователя (Застрахованного) к Исполнителю за медицинской помощью, предусмотренной договором страхования, вследствие острого заболевания или обострения хронического заболевания;
 - обращение Страхователя (Застрахованного) к Исполнителю за медицинской помощью, предусмотренной договором страхования, вследствие травмы, отравления и т.п.
- 2.2. Страховыми случаями являются совершившиеся события, предусмотренные договором страхования, с наступлением которых возникает обязанность Страховщика произвести страховую выплату.
- 2.3. Событие не является страховым случаем, если Застрахованный обратился в медицинское учреждение в связи:
 - с получением травматического повреждения в состоянии алкогольного, наркотического или токсического опьянения;
 - в результате военных действий и их последствий;
 - гражданских волнений, забастовок;
 - ядерного взрыва и его последствий;
 - с нарушением Застрахованным предписанного ему медицинским работником режима или лечения;
 - с получением травматического повреждения или иного расстройства здоровья, наступившего в результате совершения Застрахованным лицом умышленного преступления, находящегося в прямой причинной связи со страховым случаем;
 - с покушением на самоубийство, за исключением тех случаев, когда Застрахованный был доведен до такого состояния противоправными действиями третьих лиц;
 - с умышленным причинением себе телесных повреждений.

В этих случаях Страхователь (Застрахованный) на основании решения Страховщика основанного на заключении Исполнителя, самостоятельно оплачивает оказанные медицинские услуги.

При несогласии Страхователя (Застрахованного) с отказом Страховщика в оплате лечения может быть оспорен в порядке, предусмотренном законодательством Российской Федерации и договором страхования.

2.4. Страховщик имеет право не оплачивать медицинские услуги если:

- Застрахованным получены медицинские услуги, которые не предусмотрены медицинскими программами, указанными в договоре страхования;
- Застрахованным получены медицинские услуги в медицинских учреждениях, не предусмотренных договором страхования, либо несогласованные со Страховщиком (согласованием является гарантийное письмо Страховщика к Исполнителю).

В этих случаях решение об отказе в оплате медицинских расходов принимается Страховщиком на основании заключения Медицинского учреждения.

При несогласии Застрахованного лица с решением отказа Страховщика в оплате лечения может быть оспорен в порядке, предусмотренном законодательством Российской Федерации и договором страхования.

3. СТРАХОВАЯ СУММА

3.1. Страховой суммой является денежная сумма, определенная договором страхования, исходя из которой устанавливается размер страховой премии (страховых взносов) и размер страховой выплаты при наступлении страхового случая.

Страховая сумма (лимит страховой ответственности) является предельным уровнем страхового обеспечения, определенного договором страхования, исходя из перечня и стоимости медицинских услуг.

3.2. Страховые суммы определяются Страховщиком для медицинских программ по амбулаторному, стационарному, восстановительному лечению с учетом средней стоимости медицинских услуг, входящих в эти программы, и среднего количества обращений за предоставлением этих услуг в Медицинские учреждения.

При заключении договора страхования страховая сумма (лимит страховой ответственности) устанавливается в целом по выбранной медицинской программе (п. 6.3. Правил), а так же при необходимости отдельно по конкретным медицинским услугам, входящим в медицинскую программу.

3.3. Страховой тариф по договору страхования определяется страховщиком на основе действующих тарифных ставок, рассчитываемых и устанавливаемых страховщиком для каждой медицинской программы.

3.4. Страховщик оплачивает все произведенные разумно понесенные расходы Застрахованного лица в Медицинском учреждении связанные со страховым случаем в рамках медицинской программы только в пределах страховой суммы установленной в договоре.

4. СТРАХОВАЯ ПРЕМИЯ

4.1. Страховой премией является плата за настоящее страхование, которое Страхователь обязан внести Страховщику в соответствии с договором страхования.

4.2. Размер страховой премии рассчитывается Страховщиком на основании тарифной ставки, установленной для соответствующей Медицинской программы, лимита страховой ответственности, срока страхования и может корректироваться с учетом коэффициентов, устанавливаемых Страховщиком в зависимости от степени риска.

4.3. Страховая премия уплачивается Страхователем в порядке, указанном в договоре страхования:

- наличными деньгами через кассу Страховщика при подписании договора страхования;
- перечислением на расчетный счет Страховщика путем безналичной оплаты.

4.4. При существенном изменении условий оказания медицинской помощи в Медицинских учреждениях (применение нового медицинского оборудования, использование новых методов диагностики и лечения и т.п.), связанном с увеличением стоимости оказания медицинских услуг, а также при подаче Страхователем заявления о расширении перечня медицинских услуг, что привело к повышению лимита ответственности, размер страховой премии может быть изменен по соглашению сторон.

В этом случае Страхователь обязан уплатить дополнительную страховую премию в соответствии с дополнительным соглашением к договору страхования.

4.5. Страховщик имеет право увеличить или уменьшить стоимость медицинского полиса, в соответствии с экспертно определяемым коэффициентом риска.

5. СРОК СТРАХОВАНИЯ

5.1. Договор страхования заключается сроком на один год, если иное не предусмотрено договором страхования, либо в месяцах на любой срок, при этом неполный месяц принимается за полный.

- 5.2. При страховании на срок менее 1 года стоимость страхового полиса уменьшается с учетом коэффициента краткосрочности:

Срок страхования в месяцах	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Процент от годовой премии	20	30	40	50	60	70	75	80	85	90	95

6. ДОГОВОР СТРАХОВАНИЯ

- 6.1. Договор страхования является соглашением между Страхователем и Страховщиком, в силу которого Страховщик обязуется при страховом случае произвести оплату медицинских услуг, оказанных Страхователю (Застрахованному лицу), о страховании которого заключен договор, с Исполнителем, где Застрахованное лицо получило медицинскую помощь, либо возместить расходы Страхователя (Застрахованного) на медицинские услуги, если они были оказаны в соответствии с договором страхования, а Страхователь обязуется уплатить страховую премию в установленные сроки. Договор страхования заключается, исполняется и прекращается в следующем порядке.
- 6.2. Договор страхования составляется в двух экземплярах, имеющих одинаковую силу, по одному для каждой из сторон.
- 6.3. Договор страхования может быть заключен на основании одного из следующих условий:
- "предоставления медицинских услуг при амбулаторном лечении", предусматривающего предоставление медицинских услуг в соответствии с их перечнем при амбулаторном лечении в Медицинских учреждениях, определенных договором страхования (Медицинская программа к договору страхования);
 - "предоставления медицинских услуг при стационарном лечении", предусматривающего получение медицинских услуг в соответствии с их перечнем по договору страхования при обращении в стационарные, санаторные - реабилитационные Медицинские учреждения, определенные договором страхования (Медицинская программа к договору страхования);
 - "полной страховой ответственности", предусматривающей предоставление медицинских услуг стационарными и амбулаторными Медицинскими учреждениями, определенными в договоре страхования, в соответствии с конкретным перечнем услуг (Медицинская программа к договору страхования).
- 6.4. Для заключения договора страхования Страхователь представляет Страховщику письменное либо устное заявление о своем желании заключить договор страхования.
- 6.5. Предоставленные данные Страхователем и отметка об ознакомлении Страхователя с Правилами страхования должны быть подтверждены подписью Страхователя или его представителем.
- 6.6. При коллективном страховании к заявлению должен быть приложен список Застрахованных лиц с указанием данных о каждом Застрахованном.
- Список Застрахованных лиц составляется в двух экземплярах. Один экземпляр списка передается Страховщику, второй остается у Страхователя.
- 6.7. Договоры страхования могут заключаться как без предварительного медицинского освидетельствования, так и с предварительным медицинским освидетельствованием Застрахованных лиц, на основании результатов которого определяется их принадлежность к группам риска госпитализации, по которым могут быть дифференцированы размеры подлежащей уплате страховой премии.
- 6.8. Договор страхования вступает в силу после перечисления первого (единовременного) взноса страховой премии на расчетный счет Страховщика при безналичной оплате или уплате через кассу Страховщика при оплате наличными деньгами, если условиями договора не предусмотрено иное.
- 6.9. Действие договора страхования начинается в 00 часов дня указанного в договоре страхования и заканчивается в 00 часов дня указанного в договоре страхования.
- 6.10. При коллективном страховании численность работников, принимаемых на страхование, определяется самим предприятием (организацией). Если в договоре страхования не оговорено иное, уволенные работники выбывают из страхования в день их увольнения, а вновь принятые включаются в страхование в день их приема на работу. При этом сохраняется численность Застрахованных лиц на момент заключения договора и общий лимит ответственности по договору коллективного страхования. Однако если в отношении выбывших из страхования работников производились страховые выплаты, то договор в отношении них расторгается, а в отношении вновь принятых Застрахованных лиц заключается дополнительный договор страхования.
- 6.11. Если у Страхователя возникает необходимость застраховать дополнительное количество работников (членов их семей), то он вправе заключить дополнительный договор.
- 6.12. Страховщик выдает Застрахованным лицам страховые полисы, а также при необходимости регистрационные карточки, пластиковые карты.
- 6.13. При утрате Застрахованным лицом страхового полиса, регистрационной карточки или пластиковой карты он должен незамедлительно известить об этом Страховщика. Утраченные документы и носители информации

признаются недействительными и не могут являться основанием для получения медицинских услуг в соответствии с договором страхования, взамен Страхователю выдаются новые.

При утрате страховых документов в течение действия договора страхования со Страхователя может дополнительно взыскиваться платеж в размере фактической стоимости их изготовления и стоимость медицинских услуг, произведенных третьим лицам, воспользовавшимся этими документами.

6.14. Договор страхования прекращается в случаях:

- истечения срока его действия;
- исполнения Страховщиком обязательств по договору в полном объеме (в размере страховой суммы);
- неуплаты Страхователем страховой премии в установленные договором сроки;
- ликвидации Страхователя, являющегося юридическим лицом, или смерти Страхователя, являющегося физическим лицом, кроме случаев замены Страхователя в договоре страхования;
- смерти Застрахованного лица;
- ликвидации Страховщика;
- прекращения действия договора страхования по решению суда.
- по требованию Страхователя или Страховщика, если это предусмотрено условиями договора;
- по соглашению сторон.

6.15. Договор страхования может быть прекращен досрочно по требованию Страхователя или Страховщика, если это предусмотрено условиями договора, или по взаимному соглашению сторон, либо в соответствии с действующим законодательством.

6.16. О намерении досрочного прекращения договора страхования стороны обязаны уведомить друг друга не менее, чем за 15 дней до предполагаемой даты прекращения договора страхования, если договором не предусмотрено иное.

6.17. В случае досрочного прекращения договора страхования страховщик возвращает ему страховые взносы за неистекший срок договора за вычетом понесенных расходов, если иное не определено в договоре страхования.

7. СТРАХОВАЯ ВЫПЛАТА

7.1. Страховой выплатой по настоящим Правилам является денежная сумма, выплачиваемая при наступлении страхового случая за оказанные медицинские услуги.

7.2. Решение об осуществлении страховой выплаты принимает Страховщик в следующем порядке. Страховщик производит экспертизу документов, подтверждающих вид и стоимость оказанных медицинских услуг.

Страховщик сопоставляет подтверждающие документы с условиями заключенных договоров страхования, производит расчет страховой выплаты и принимает решение об ее осуществлении в течении 10 рабочих дней с даты получения вышеуказанных документов. Страховщик производит страховую выплату, либо мотивированно отказывает в выплате, в течении 15 рабочих дней с даты получения вышеуказанных документов.

7.3. Расходы на медицинское обслуживание, полученное Застрахованным лицом, не предусмотренные договором страхования (медицинской программой) и не согласованные со страховщиком не включаются в страховую выплату.

8. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

8.1. Страховщик обязан:

- а) выдать страховой полис с приложением настоящих Правил в установленный срок;
- б) не разглашать сведения о Страхователе, если это не вступит в противоречие с законодательными актами РФ;
- в) для реализации медицинской программы заключать двусторонние договоры с Исполнителями.

8.2. Страховщик обязан:

- установить лимит ответственности на оплату медицинских услуг по договору в зависимости от Медицинской программы;
- проверить достоверность указанных в заявлении на страхование данных, а в случае установления недостоверности сообщенных Страхователем данных Страховщик 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 досрочно прекратить действие договора страхования, с письменным уведомлением Страхователя о причинах расторжения договора или потребовать доплату страховой премии с учетом повышения фактора риска.

- при возникновении осложнений у Застрахованного лица и необратимых последствий от них по вине Исполнителя предъявить регрессный иск к Исполнителю на возмещение суммы компенсации, выплаченной Страховщиком в отношении Застрахованного лица в размере стоимости оказанных услуг и оплатой стоимости комплексных мероприятий, связанных с устранением таких осложнений.
- 8.3. Страхователь обязан:
- своевременно уплачивать страховую премию (страховые взносы при оплате страховой премии в рассрочку);
 - при заключении договора страхования сообщать Страховщику обо всех известных ему обстоятельствах, имеющих значение для оценки страхового риска;
 - во всех случаях прекращения договора страхования в отношении Застрахованных лиц предоставлять Страховщику письменное уведомление об этом;
 - в случае если Застрахованному лицу были оказаны медицинские услуги не предусмотренные договором страхования, оплатить расходы на их оказание непосредственно по месту их получения (медучреждение), либо, в случае если страховщик оплатил эти услуги исполнителю, возместить их страховщику в течение одного календарного месяца с даты получения указанных услуг. Если иное не оговорено в договоре страхования.
- 8.4. Страхователь имеет право:
- требовать предоставления Застрахованным лицам в Медицинских учреждениях и иных организациях именуемых Исполнителями медицинских и сервисных услуг, определенных в договоре страхования, в соответствии с условиями страхования и медицинской программой; в случае же не предоставления таких медицинских услуг Страхователь должен немедленно поставить в известность об этом Страховщика. При отсутствии у Страхователя возможности сообщить об этом Страховщику информировать Страховщика может любое уполномоченное Страхователем лицо.
 - в течение срока действия договора страхования подать заявление на расширение перечня медицинских услуг, добавив услуги из медицинской программы, которая не входила в страховое покрытие по первоначальному договору, или повысить размер страховой суммы (лимит страховой ответственности), заключив дополнительное соглашение к договору страхования и уплатив при этом дополнительный страховой взнос. Дополнительное соглашение к договору страхования начинает действовать со дня уплаты страхового взноса либо срока указанного в соглашении.
- 8.5. Застрахованное лицо имеет право:
- требовать предоставления медицинских услуг в соответствии с условиями договора страхования в перечисленных в нем медицинских учреждениях;
 - сообщать Страховщику о случаях не предоставления или неполного и некачественного предоставления медицинских услуг.
- 8.6. Застрахованные лица (Страхователь) также обязаны:
- а) правильно и правдиво заполнять заявление на страхование;
 - б) соблюдать предписания лечащего врача, полученные в ходе предоставления медицинской помощи, соблюдать распорядок, установленный Медицинским учреждением;
 - в) заботиться о сохранности страховых документов (полисы, а также именные регистрационные карточки, пластиковые карты и иные носители информации, оговоренные договором страхования) и не передавать их третьим лицам с целью получения ими медицинских услуг по договору страхования. В противном случае Страховщик имеет право досрочно прекратить действие договора страхования в отношении данного Застрахованного лица. Возврат взносов страховой премии в этом случае не производится.
- 8.7. Все споры по договору страхования между Страхователем и Страховщиком рассматриваются в претензионном порядке, а при не достижении согласия по претензиям - в судебном (арбитражном) порядке.
- 8.8. Право на предъявление претензий к Страховщику на получение страхового обеспечения по договору сохраняется в течение общего срока исковой давности.

Примерный образец.

Примечание. Настоящий договор является примерным образцом. В зависимости от особенностей условий страхования, согласованных сторонами, отдельные нормы могут быть изменены или исключены, а также договор может быть дополнен положениями, не противоречащими Правилам страхования и действующему законодательству.

МЕДИЦИНСКАЯ ПРОГРАММА ПО ДОБРОВОЛЬНОМУ МЕДИЦИНСКОМУ СТРАХОВАНИЮ

"Предоставление медицинских услуг при амбулаторном лечении"

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

Страховым случаем признается обращение Застрахованного в лечебное учреждение в течение срока действия Договора страхования за получением медицинских услуг в случае:

- острого заболевания;
- обострения хронического заболевания;
- различных травм, отравлений в результате несчастных случаев в быту и на производстве.

Медицинское учреждение оказывает следующие виды медицинской помощи:

- приемы, консультации, оперативные вмешательства и манипуляции врачей-специалистов;
- оказание медицинской помощи на дому (в пределах МКАД г. Москвы);
- медицинские обследования;
- диагностические, лабораторные и инструментальные исследования.

В пределах указанных видов медицинской помощи оказывается следующий объем медицинских услуг:

I. Амбулаторно-поликлиническая помощь:

- прием, консультации, оперативные вмешательства и манипуляции врачей-специалистов;
- диагностические исследования;
- лабораторные исследования;
- лечение обострений хронических и острых заболеваний;
- физиотерапевтическое лечение;
- инстилляций, аппликации лекарственных веществ.

II. Помощь на дому.

Оказание медицинской помощи на дому оказывается Застрахованным, которые по состоянию здоровья не могут посетить медицинское учреждение и нуждаются в постельном режиме.

III. Стоматология.

Стоматологическая помощь оказывается в следующем объеме:

- Прием (первичный, повторный), консультация врачей – специалистов: терапевта, хирурга, физиотерапевта.
- Терапевтическое лечение.
- Физиотерапия в случае острых состояний.
- Хирургия острых процессов.

Исключением из Программы являются медицинские услуги в связи с лечением следующих заболеваний и состояний:

- бесплодия (мужского и женского), импотенции;
- хронических форм кожных заболеваний (псориаза, микозов, экземы);

- заболеваний сосудов, требующих оперативного лечения, в том числе склеротерапия вен;
- острых и хронических гепатитов, цирроза печени;
- системных заболеваний соединительной ткани после постановки диагноза;
- злокачественных заболеваний и их осложнений, заболеваний крови опухолевой природы после постановки диагноза;
- венерических заболеваний, заболеваний передающихся половым путем, ВИЧ инфекции и их осложнений;
- связанных с нарушением обмена веществ (подагра, остеопороз и т.п.);
- психических расстройств, эпилепсии и эписиндромов, дегенеративных и демиелинизирующих заболеваний нервной системы и их осложнений, а также различных травм и соматических заболеваний, возникших в связи с заболеваниями психической природы (кроме неотложной помощи);
- профессиональных заболеваний после постановки диагноза;
- туберкулеза, саркоидоза независимо от стадии процесса после постановки диагноза;
- хронической почечной и печеночной недостаточности; заболеваний, сопровождающихся хронической почечной или печеночной недостаточностью, требующих экстракорпоральных методов лечения;
- объемных образований головного мозга (кисты и др.);
- заболеваний органов и тканей, требующих их трансплантации;
- острой и хронической лучевой болезни;
- врожденных аномалий, аномалий развития, наследственных болезней;
- алкоголизм и наркомания;
- травм, полученных в состоянии алкогольного, токсического или наркотического опьянения;
- умышленного причинения себе телесных повреждений, суицидальных попыток.
- косметология
- гомеопатия
- коррекция зрения с помощью контактных линз

Примерный образец.

Примечание. Настоящий договор является примерным образцом. В зависимости от особенностей условий страхования, согласованных сторонами, отдельные нормы могут быть изменены или исключены, а также договор может быть дополнен положениями, не противоречащими Правилам страхования и действующему законодательству.

МЕДИЦИНСКАЯ ПРОГРАММА ПО ДОБРОВОЛЬНОМУ МЕДИЦИНСКОМУ СТРАХОВАНИЮ

"Предоставление медицинских услуг при стационарном лечении"

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

Стационарное лечение включает следующие виды медицинской помощи:

- прием, консультации, и манипуляции врачей-специалистов;
- оперативные вмешательства;
- оказание неотложной медицинской помощи;
- медицинское обследование;
- диагностические, лабораторные и инструментальные исследования;
- лечебные процедуры.

Исключением из Программы являются медицинские услуги в связи с лечением следующих заболеваний и состояний:

- заболеваний сосудов, требующих оперативного лечения, в том числе склеротерапия вен;
- острых и хронических гепатитов, цирроза печени;
- системных заболеваний соединительной ткани после постановки диагноза;
- кардиохирургические операции;
- нейрохирургические операции;
- злокачественных заболеваний и их осложнений, заболеваний крови опухолевой природы после постановки диагноза;
- психических расстройств, эпилепсии и эписиндромов, дегенеративных и демиелинизирующих заболеваний нервной системы и их осложнений, а также различных травм и соматических заболеваний, возникших в связи с заболеваниями психической природы (кроме неотложной помощи);
- туберкулеза, саркоидоза независимо от стадии процесса после постановки диагноза;
- хронической почечной и печеночной недостаточности; заболеваний, сопровождающихся хронической почечной или печеночной недостаточностью, требующих экстракорпоральных методов лечения;
- объемных образований головного мозга (кисты и др.);
- заболеваний органов и тканей, требующих их трансплантации;
- острой и хронической лучевой болезни;
- врожденных аномалий, аномалий развития, наследственных болезней;
- алкоголизм и наркомания;
- травм, полученных в состоянии алкогольного, токсического или наркотического опьянения;
- умышленного причинения себе телесных повреждений, суицидальных попыток.
- Косметология

Примерный образец.

Примечание. Настоящий договор является примерным образцом. В зависимости от особенностей условий страхования, согласованных сторонами, отдельные нормы могут быть изменены или исключены, а также договор может быть дополнен положениями, не противоречащими Правилам страхования и действующему законодательству.

МЕДИЦИНСКАЯ ПРОГРАММА ПО ДОБРОВОЛЬНОМУ МЕДИЦИНСКОМУ СТРАХОВАНИЮ

"Полная страховая ответственность"

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

Предоставляемые услуги представлены соответственно в перечнях по Медицинским программам.

Примерный образец.

Примечание. Настоящий договор является примерным образцом. В зависимости от особенностей условий страхования, согласованных сторонами, отдельные нормы могут быть изменены или исключены, а также договор может быть дополнен положениями, не противоречащими Правилам страхования и действующему законодательству.

РАЗМЕР ТАРИФНЫХ СТАВОК

(в % к страховой сумме в год)

Оплата медицинских услуг по договору страхования классифицируется Правилами по следующим типовым условиям страхования (медицинским программам):

Наименование риска (медицинская программа)	Базовый страховой тариф, (в % к страховой сумме в год)
«Предоставление медицинских услуг при амбулаторном лечении»	5,6
«Предоставление медицинских услуг при стационарном лечении»	6,7
«Полная страховая ответственность»	6,3

По договорам страхования, заключенным на срок менее года, страховая премия уплачивается в размере, указанном в п. 5.2. Правил страхования, при этом неполный месяц принимается за полный.

Страховщик вправе при определении размера подлежащей уплате страховой премии использовать повышающие (1,0-15,0) и понижающие (0,01-1,0) коэффициенты к базовым страховым тарифам, экспертно определяемые в зависимости от возраста застрахованного, деятельности (условий работы) застрахованного, условий оказания услуг в конкретном медучреждении (применяемые методики лечения и оборудование, квалификация персонала и др.), условий группового страхования, а также иных факторов, влияющих на степень риска.