

ПРАВИЛА добровольного медицинского страхования граждан

1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

1.1. По настоящим Правилам общество с ограниченной ответственностью «Страховая компания «Ангара» (далее Страховщик) заключает договоры страхования, по условиям которых гарантирует организацию и финансирование медицинских услуг определенного перечня и качества в объеме страховой медицинской программы.

1.2. Добровольное медицинское страхование допускается на условиях, предусмотренных законом (ст. 934 Гражданского Кодекса РФ).

В соответствии с законом РФ «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации» добровольное медицинское страхование осуществляется на основе программ добровольного медицинского страхования и обеспечивает гражданам получение дополнительных медицинских и иных услуг сверх установленных программами обязательного медицинского страхования.

Добровольное медицинское страхование может быть коллективным и индивидуальным.

1.3. Определения, применяемые в Правилах страхования:

Правила добровольного медицинского страхования – документ, определяющий общие условия и порядок осуществления добровольного страхования (далее Правила). Правила страхования принимаются и утверждаются Страховщиком самостоятельно в соответствии с Гражданским кодексом Российской Федерации и Законом «Об организации страхового дела в Российской Федерации», Законом РФ «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации» и иными законодательными актами РФ. Правила содержат положения о субъектах страхования, об объектах страхования, о страховых случаях, о страховых рисках, о порядке определения страховой суммы, страхового тарифа, страховой премии (страховых взносов), о порядке заключения, исполнения и прекращения договоров страхования, о правах и об обязанностях сторон, об определении размера убытков или ущерба, о порядке определения страховой выплаты, о случаях отказа в страховой выплате и иные положения.

Базовая программа страхования – документ, определяющий общие условия и порядок осуществления страхования для объектов и (или) рисков, объединенных общими качественными и (или) количественными характеристиками (далее Программа). Базовая программа разрабатывается на основе и в рамках правил принимается и утверждается Страховщиком самостоятельно. Базовые программы страхования указаны в приложении №7 к настоящим правилам.

Договор страхования (Полис) - письменное соглашение между Страхователем и Страховщиком, в силу которого Страховщик обязуется за обусловленную договором плату организовать и финансировать предоставление застрахованным лицам медицинской помощи определенного объема или иных услуг по страховым программам, а Страхователь обязуется уплатить страховую премию (страховые взносы) в установленные договором страхования сроки и в соответствующем размере (далее Договор). Договоры страхования заключаются без предварительного медицинского освидетельствования. Формы договора страхования (полиса) указаны в приложении №4,5,6,7 к настоящим правилам.

Медицинские учреждения - организации (лечебно-профилактические и стационарные учреждения, научно-исследовательские и медицинские институты, реабилитационно-восстановительные и санаторно-курортные учреждения и др.) и

физические лица, осуществляющие медицинскую деятельность на территории Российской Федерации и за ее пределами, имеющие лицензию на право осуществления медицинской деятельности.

Медицинские услуги (медицинская помощь) - мероприятия или комплекс мероприятий, направленных на профилактику заболеваний, их диагностику и лечение, имеющих самостоятельное законченное значение и определенную стоимость.

Законченный случай лечения - комплекс медицинских услуг, оказанных Застрахованному с момента обращения до исхода лечения заболевания на всех этапах получения лечебно-профилактической и диагностической помощи в медицинском учреждении.

Под законченным случаем понимается:

- в стационарных учреждениях - совокупный объем медицинской помощи, оказанной застрахованному гражданину по заболеванию за время пребывания в лечебных и реанимационных отделениях стационара в соответствии с Программой страхования;

- в амбулаторно-поликлинических учреждениях - совокупный объем посещений, при обращении застрахованного гражданина за медицинской помощью для осуществления профилактических, лечебно-диагностических, консультационных и реабилитационных мероприятий в соответствии с Программой страхования.

Франшиза – частичное освобождение Страховщика от выплаты страхового обеспечения, не превышающего определенного размера.

Лимит ответственности – ограничение размера выплачиваемого Страховщиком страхового обеспечения (предельные суммы страховых выплат). Если в Договоре установлен лимит ответственности по одному страховому событию, то сумма возмещения по всем убыткам, вызванным одним и тем же страховым событием, не может превысить этого лимита.

Территория страхования – территорией страхования признается РФ, если иное не предусмотрено Договором.

Реестр – документ, составляемый медицинским учреждением и подтверждающий оказанные Застрахованному медицинские услуги.

2. СУБЪЕКТЫ СТРАХОВАНИЯ

2.1. Страховщик - юридическое лицо, созданное в соответствии с законодательством Российской Федерации для осуществления страхования и получившее лицензию в установленном законом порядке.

2.2. Страхователь - юридическое или дееспособное физическое лицо, заключившее со Страховщиком договор страхования.

2.3. Застрахованное лицо - физическое лицо в возрасте от 1 года до 70 лет, в отношении которого заключен договор страхования и имущественные интересы которого являются объектом страхования. На страхование не принимаются граждане (если договором страхования не предусмотрено иное), состоящие на учете в наркологическом, психоневрологическом, противотуберкулезном, кожно-венерологическом (по поводу венерических заболеваний) и других диспансерах, центрах по профилактике и лечению СПИДа и ВИЧ-инфекции, больные онкологическими заболеваниями, инвалиды первой и второй группы, а так же граждане, госпитализированные на дату заключения договора.

2.4. Договор страхования считается заключенным в пользу застрахованного лица, если в договоре не названо в качестве выгодоприобретателя другое лицо. В случае смерти лица, застрахованного по договору, в котором не назван иной выгодоприобретатель, выгодоприобретателями признаются наследники застрахованного лица.

3. ОБЪЕКТ СТРАХОВАНИЯ

3.1. Объектом добровольного медицинского страхования является имущественный интерес лица, о страховании которого заключен договор страхования (Застрахованного

лица), связанный с расходами, вызванными обращением Застрахованного в медицинские учреждения за медицинскими услугами, включенными в программу страхования.

3.2. По договору страхования Застрахованный имеет право на получение медицинских услуг, предусмотренных конкретными условиями договора страхования, в медицинских учреждениях, перечисленных в приложении к страховому полису.

4. СТРАХОВОЙ РИСК

4.1. Страховым риском, на случай наступления, которого проводится настоящее страхование, является возможность наступления события, связанного с обращением Застрахованного в медицинские учреждения за медицинскими услугами, включенными в программу страхования.

5. СТРАХОВОЙ СЛУЧАЙ

5.1. Страховым случаем является обращение Застрахованного в медицинское учреждение из числа предусмотренных договором страхования при остром заболевании, обострении хронического заболевания, травме, отравлении и других несчастных случаях за получение консультативной, профилактической и иной помощи, требующей оказания медицинских услуг в пределах их перечня, предусмотренного договором страхования.

Страховым случаем признается обращение Застрахованного в медицинское учреждение в течение срока действия договора страхования.

5.2. Не является страховым случаем и не подлежит возмещению стоимость медицинских услуг, оказанных Застрахованному лицу в связи с:

5.2.1. военными действиями, маневрами или иными военными мероприятиями, актами терроризма;

5.2.2. гражданской войной, народными волнениями всякого рода или забастовками;

5.2.3. воздействием ядерного взрыва, радиации или радиоактивного заражения.

5.2.4. стихийными бедствиями.

5.3. Не является страховым случаем событие, произошедшее при наступлении обстоятельств указанных в пункте 10.13. настоящих правил страхования.

5.4. Страховщик вправе отказать в возмещении стоимости медицинских услуг, оказанных Застрахованному лицу, в случаях, предусмотренных п.15.1 настоящих Правил.

5.5. Объем ответственности по настоящим Правилам не распространяется также на:

а) лечение кожно-венерических, специфических инфекционных (включая СПИД), онкологических заболеваний;

б) оказание наркологической помощи;

в) выявление беременности, аборт и их осложнения;

г) выявление заболеваний, связанных с радиоактивным облучением и его последствиями;

д) диспансеризацию в амбулаторных условиях для:

- беременных и рожениц;

- инвалидов, пенсионеров, участников ВОВ и приравненных к ним лиц, участников войны в Афганистане и иных военных конфликтов;

- больных туберкулезом, эндокринными и онкологическими заболеваниями, перенесших инфаркт миокарда, острое нарушение мозгового кровообращения, страдающих хронической почечной недостаточностью, психическими и другими заболеваниями, представляющими социальную опасность;

е) введение внутриматочных и назначение гормональных контрацептивов;

з) иные медицинские услуги, оказываемые Страхователю по программе обязательного медицинского страхования.

6. ПОРЯДОК ОПРЕДЕЛЕНИЯ СТРАХОВОЙ СУММЫ

6.1. Страховой суммой является предельный уровень страхового обеспечения по договору медицинского страхования, определяемый исходя из перечня и стоимости медицинских услуг, предусмотренных договором страхования.

6.2. Страховая сумма по договору страхования определяется по соглашению между Страховщиком и Страхователем исходя из программы, выбранной Страхователем с учетом средней стоимости медицинских услуг, входящих в эти программы, возраста Застрахованного лица, срока действия договора страхования и т.д. и не может быть ниже минимальной суммы, установленной Страховщиком для каждой из программ страхования.

6.3. Страховщик оплачивает медицинские и иные услуги, оказываемые Застрахованным лицам в Медицинском учреждении в соответствии со страховым случаем в рамках Программы только в пределах страховой суммы по договору.

6.4. Страхователь вправе в период действия договора страхования по согласованию со Страховщиком увеличить страховую сумму или расширить перечень предоставляемых Программой услуг путем оформления на условиях настоящих Правил дополнительного соглашения с уплатой соответствующей части страховой премии.

6.5. В договоре страхования могут быть указаны предельные суммы страховых выплат (лимиты ответственности), в частности: по Застрахованным, по объему медицинских услуг, по категории медицинского учреждения, по территории страхования, по одному страховому случаю, по одному законченному случаю лечения, по количеству законченных случаев лечения.

6.6. После выплаты по страховому случаю страховая сумма (лимит ответственности по риску) по договору страхования уменьшается на размер страховой выплаты.

6.7. По соглашению сторон в договоре страхования может быть установлена условная франшиза. При установлении условной франшизы страховое обеспечение выплачивается полностью в размере причиненного вреда, но лишь в случае, когда размер вреда превышает размер франшизы. Франшиза определяется по соглашению сторон при заключении договора страхования в процентном отношении к страховой сумме или в абсолютной величине.

6.8. В течение срока действия договора страхования Страхователь по соглашению со Страховщиком может изменить размер страховой суммы по договору страхования в целом или отдельных лимитов ответственности. При изменении страховой суммы (лимитов ответственности) оформляется дополнительное соглашение к договору страхования. При увеличении страховой суммы Страхователь уплачивает дополнительный страховой взнос, рассчитанный пропорционально количеству месяцев, оставшихся до конца срока действия договора страхования. При этом неполный месяц считается за полный.

6.9. В случае неуплаты дополнительного страхового взноса в указанный в дополнительном соглашении срок Страхователем, Страховщик несет ответственность в пределах указанной ранее в основном Договоре страховой суммы.

6.10. Страховые суммы указываются в российских рублях.

7. ПОРЯДОК ОПРЕДЕЛЕНИЯ СТРАХОВОГО ТАРИФА

7.1. Порядок определения страхового тарифа включает в себя установление страховых тарифов по рискам, по которым заключен договор страхования, на основании базовых тарифов Страховщика.

7.2. Страховой тариф устанавливается исходя из оценки риска, принимаемого на страхование на основании базовых страховых тарифов (Приложение №13 к настоящим Правилам) и коэффициентов риска (от 0,30 до 3,00), экспертно определяемых Страховщиком в зависимости от перечня медицинских услуг и уровня страхового обеспечения по договору страхования, срока страхования, возраста Застрахованного, количества Застрахованных и условиях работы на производстве (при коллективном страховании), лимитов ответственности, использования франшизы.

Порядок определения страховой премии при заключении договора страхования с использованием франшизы регламентирован Приложением №13 к настоящим Правилам;

7.3. Страховой тариф является производением базового тарифа и поправочных коэффициентов.

7.4. Конкретный размер страхового тарифа определяется договором добровольного страхования по соглашению сторон, с учетом применения поправочных коэффициентов (Приложение №13 к настоящим Правилам).

8. ПОРЯДОК ОПРЕДЕЛЕНИЯ СТРАХОВОЙ ПРЕМИИ (СТРАХОВЫХ ВЗНОСОВ)

8.1. Страховая премия (страховые взносы) уплачивается Страхователем в валюте Российской Федерации за исключением случаев, предусмотренных законодательством Российской Федерации о валютном регулировании и валютном контроле.

8.2. Порядок расчета страховой премии включает в себя определение ее размера:

- умножением страховой суммы на страховой тариф;
- умножением рассчитанного размера страховой премии на коэффициенты риска, определяемые на основании Заявления о страховании экспертно определяемых Страховщиком в зависимости от перечня медицинских услуг и уровня страхового обеспечения по договору страхования, срока страхования, возраста Застрахованного, количества Застрахованных и условиях работы на производстве (при коллективном страховании), лимитов ответственности, использование франшизы;
- умножением рассчитанного годового размера страховой премии на коэффициент краткосрочности при страховании на срок менее одного года.

8.3. Страховая премия по договорам страхования, заключенным на срок не более 1 месяца, уплачивается единовременно, а при заключении договора на более длительный срок - единовременно или в два срока, причем при уплате в рассрочку первая часть должна быть уплачена в размере не менее 50% от всей страховой премии. Вторая часть страхового взноса должна быть уплачена не позднее 90 календарных дней с момента уплаты первой части страхового взноса.

8.4. Страховой взнос вносится безналичным перечислением на расчетный счет Страховщика не позднее пяти рабочих дней с даты, указанной в счете на оплату, либо наличными деньгами в кассу Страховщика или страховому агенту Страховщика при заключении договора.

8.5. Днем уплаты страховой премии считается день поступления денег на расчетный счет Страховщика (при безналичной уплате страховой премии) или день уплаты страховой премии наличными деньгами в кассу Страховщика.

8.6. Страхователь обязан сохранять документы, подтверждающие уплату им страховой премии, и предъявлять их по требованию Страховщика.

8.7. В случае заключения договора страхования в месяцах до одного года, премия рассчитывается с учетом коэффициента краткосрочности:

Срок действия договора, в месяцах										
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Коэффициент краткосрочности										
0.20	0.30	0.40	0.50	0.60	0.70	0.75	0.80	0.85	0.90	0.95

8.8. При страховании на срок более одного года общая страховая премия по договору страхования в целом устанавливается как сумма страховых премий за каждый год. Если срок страхования устанавливается как год (несколько лет) и несколько месяцев, то страховая премия за указанные месяцы определяется как часть страхового взноса за год пропорционально полным месяцам последнего страхового периода.

8.9. При не поступлении Страховщику единовременного или первого страхового взноса в установленный договором страхования срок, договор страхования считается не состоявшимся и выплат по нему не производится.

8.10. Если страховой случай наступил до уплаты очередного страхового взноса, внесение которого просрочено, страховщик вправе при определении размера подлежащего выплате страхового возмещения по договору страхования зачесть сумму просроченного страхового взноса.

8.11. Если страховой случай наступил до уплаты очередного страхового взноса, внесение которого не просрочено, условие договора страхования о рассрочке уплаты взносов теряет свою силу.

9. СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ

9.1. Срок страхования определяется сторонами договором страхования.

10. ПОРЯДОК ЗАКЛЮЧЕНИЯ, ИСПОЛНЕНИЯ И ПРЕКРАЩЕНИЯ ДОГОВОРОВ СТРАХОВАНИЯ

10.1. Договор страхования заключается на основании письменного заявления Страхователя по форме, указанной в приложении №1,2,3 к настоящим Правилам.

Если Страхователем выступает физическое лицо, в заявлении указываются:

- ◆ фамилия, имя, отчество Страхователя;
- ◆ фамилия, имя, отчество Застрахованного;
- ◆ возраст Страхователя (Застрахованного) в полных годах на момент подачи заявления о страховании;
- ◆ пол Страхователя (Застрахованного);
- ◆ домашний адрес, телефон;
- ◆ условия страхования (в том числе особые условия);
- ◆ срок страхования;
- ◆ предполагаемый перечень медицинских услуг и уровень страхового обеспечения (программа медицинского страхования);

Если Страхователем выступает юридическое лицо – предприятие, организация, и т.п., в заявлении указываются:

- ◆ наименование Страхователя, его юридический адрес и банковские реквизиты;
- ◆ условия страхования (в том числе особые условия);
- ◆ срок страхования;
- ◆ программа медицинского страхования.

К заявлению должен быть приложен список застрахованных с указанием:

- ◆ фамилий, имен, отчеств;
- ◆ домашних адресов и телефонов;
- ◆ пола;
- ◆ профессии.

Все документы, подаваемые Страхователем, должны иметь реквизиты, предусмотренные нормами и правилами деловой переписки: соответствующие даты, подписи и печати.

На основании статьи 944 Гражданского Кодекса при заключении договора Страхователь обязан сообщить Страховщику известные Страхователю обстоятельства, имеющие существенное значение для определения вероятности наступления страхового случая и размера возможных убытков от его наступления (страхового риска).

Существенными признаются, во всяком случае, обстоятельства, определенно оговоренные страховщиком в форме заявления, указанной в Приложении №1,2,3 к настоящим Правилам.

10.2. Страховщик не позднее пяти рабочих дней принимает решение о возможности заключения договора страхования и делает соответствующие отметки на заявлении Страхователя.

Факт заключения Договора страхования может удостоверяться путем составления отдельного документа (Договора страхования по форме предусмотренной приложением №5,6 к настоящим Правилам), либо путем передачи Страховщиком Страхователю

страхового полиса (в этом случае Страховщик имеет право предусмотреть заключение договора на основании устного заявления Страхователя), подписанного Страховщиком.

Страховой полис по форме, предусмотренной приложением №4, 5 к настоящим Правилам выдается в течение пяти рабочих дней после вступления Договора страхования в законную силу, если иное не предусмотрено договором страхования.

В страховом полисе (Приложение №4,5) указывается:

- номер страхового полиса;
- наименование Страхователя, его юридический адрес;
- фамилия, имя, отчество застрахованного, пол, год и месяц рождения;
- условия страхования (программа страхования);
- перечень видов медицинской помощи и медицинских услуг, гарантированных застрахованному по данному полису;
- перечень медицинских учреждений, в которые застрахованный имеет право обратиться за получением медицинской помощи и медицинских услуг (в приложении к полису);
- период действия договора страхования;
- страховая сумма;
- тарифная ставка;
- размер страхового взноса;
- форма и сроки уплаты страхового взноса;
- другие сведения в соответствии с условиями заключения договора страхования.

10.3. В случае расширения списка Застрахованных лиц Страхователь представляет Страховщику сведения, предусмотренные настоящими Правилами, о дополнительно страхуемых лицах и уплачивает за них страховую премию за период: с момента включения их в список Застрахованных лиц до окончания страхового периода, если иное не предусмотрено договором страхования, при этом заключается дополнительное соглашение к договору.

В случае замены Застрахованных лиц другими лицами без увеличения числа Застрахованных Страхователь предоставляет Страховщику сведения об исключаемых из списка Застрахованных и включаемых в него. Страховые полисы лиц, исключаемых из списка Застрахованных, возвращаются Страховщику. Вновь Застрахованным лицам выдается страховой полис.

10.4. Условия, содержащиеся в настоящих Правилах и не включенные в текст договора страхования (полиса), обязательны для Страхователя, если в договоре (полисе) прямо указывается на применение Правил и сами Правила изложены в одном документе с договором (полисом) или на его оборотной стороне либо приложены к нему. В последнем случае вручение Страхователю при заключении договора Правил страхования удостоверяется записью в договоре страхования (полисе).

10.5. Договор страхования вступает в силу со следующего дня с момента уплаты Страхователем страховой премии или ее первого страхового взноса, если условиями договора не предусмотрено иное:

- при уплате страховой премии в наличной форме - в 00 часов дня, следующего за днем уплаты Страхователем страховой премии или ее первого страхового взноса в кассу Страховщика;
- при уплате страховой премии путем безналичного расчета - в 00 часов следующего дня даты поступления страховой премии или ее первого страхового взноса на расчетный счет Страховщика.

10.6. В случае утраты страхового полиса в период действия договора страхования Страхователю на основании его письменного заявления выдается дубликат страхового полиса, после чего утраченный страховой полис считается аннулированным и страховые выплаты по нему не производятся.

10.7. Предоставление медицинских услуг, предусмотренных договором страхования, осуществляется при обращении Застрахованного лица в медицинские учреждения, предусмотренные в договоре страхования. При обращении

Застрахованного лица в медицинское учреждение предъявляется страховая полис, паспорт или иной документ, удостоверяющий личность Застрахованного лица.

10.8. Договор страхования прекращается в случаях:

10.8.1. истечения срока действия;

10.8.2. исполнения Страховщиком обязательств по договору в полном объеме (выплате страхового возмещения в размере страховой суммы);

10.8.3. смерти Страхователя - физического лица или Застрахованного лица;

10.8.4. ликвидации Страхователя - юридического лица кроме случаев замены Страхователя в договоре страхования при его реорганизации (слиянии, присоединении, разделении, выделении, преобразовании);

10.8.5. ликвидации Страховщика в порядке, установленном законодательством Российской Федерации, кроме случаев передачи страхового портфеля ликвидируемого Страховщика другому Страховщику;

10.8.6. при неуплате Страхователем страховых премий в порядке, предусмотренном договором страхования;

10.8.7. в других случаях, предусмотренных действующим законодательством Российской Федерации.

10.9. Договор страхования может быть признан судом недействительным с момента его заключения в порядке, предусмотренном законодательством Российской Федерации. При недействительности договора страхования каждая из сторон обязана возвратить другой все полученное по нему, если иные последствия недействительности договора не предусмотрены законом.

10.10. В случае досрочного прекращения действия Договора страхования в части одного или нескольких застрахованных лиц по инициативе Страхователя, неиспользованная страховая премия за этих лиц возврату не подлежит.

10.11. О намерении досрочного расторжения договора страхования стороны обязаны уведомить друг друга не менее чем за 30 дней до предполагаемой даты прекращения договора страхования.

10.12. В случае прекращения договора страхования Страхователь (Застрахованное лицо) обязан в течение 3-х рабочих дней вернуть Страховщику страховой полис.

10.13. Если в течение срока действия договора страхования у Застрахованных лиц выявляются заболевания, указанные в Договоре как не являющиеся страховым случаем, то Страховщик имеет право прекратить действие договора в отношении данных лиц с момента установления окончательного диагноза.

11. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

11.1. Страховщик обязан:

11.1.1. ознакомить Страхователя с настоящими Правилами;

11.1.2. не разглашать сведения о Страхователе, Застрахованном за исключением случаев, предусмотренных законодательством Российской Федерации;

11.1.3. выдать страховой полис с приложением настоящих Правил или экземпляр договора страхования в течение 5 рабочих дней после вступления Договора страхования в законную силу, если иное не предусмотрено договором страхования;

11.1.4. оплатить медицинские услуги, оказанные Застрахованному в рамках Программы страхования, прилагаемой к Договору;

11.1.5. нести ответственность за организацию номенклатуры, качества, сервиса и условий предоставления медицинской помощи только в организациях, перечисленных в договоре;

11.1.6. обеспечить контроль за медицинским обслуживанием Застрахованных;

11.1.7. для реализации программы страхования заключать двусторонние договоры с Медицинскими учреждениями, в которые должны быть включены следующие условия:

- перечень медицинских услуг с указанием стоимости;

- описание документации, регламентирующей взаимоотношения Страховщика с медицинским учреждением и медицинского учреждения с Застрахованными лицами;

- срок действия договора;

11.1.8. выдать Страхователю дубликат договора страхования (страхового полиса) в случае его утраты;

11.1.9. соблюдать врачебную тайну в соответствии со ст.61 Основ Законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан, а также требования ст.3 Федерального закона от 27.07.2006 №152-ФЗ «О персональных данных»;

11.1.10. совершать другие действия, предусмотренные договором страхования и/или настоящими Правилами;

11.1.11. по заявлению Страхователя оформить дополнительное соглашение об изменении условий договора страхования.

11.2. Страховщик имеет право:

11.2.1. требовать от Страхователя предоставления информации, необходимой для оценки степени риска при заключении договора страхования и в течение срока действия договора страхования;

11.2.2. проверять представленную Страхователем информацию;

11.2.3. потребовать признания договора недействительным, если после заключения договора страхования будет установлено, что Страхователь сообщил Страховщику заведомо ложные сведения об объекте страхования, имеющие существенное значение для оценки степени риска;

11.2.4. знакомится с медицинской документацией Застрахованного, отражающей его историю заболевания, физическое и психическое состояние, диагноз, ход и прогноз результатов лечения, а также может использовать данную информацию для решения вопросов, связанных с реализацией Договора, оплатой оказанных Застрахованных услуг, защитой прав Застрахованного;

11.2.5. требовать от Застрахованного компенсации расходов Страховщика, возникающих в связи с:

11.2.5.1. неявкой Застрахованного на заранее оговоренные с медицинскими учреждениями процедуры (приемы, исследования и т.д.);

11.2.5.2. по необоснованным или ложным вызовам;

Вызов считается необоснованным, если:

- вызов осуществлен Застрахованным для медицинского обслуживания незастрахованного лица;

- при вызове, осуществленном Застрахованным или лицом, действующим в его интересах, преднамеренно представлена искаженная информация, касающаяся необходимости медицинского обслуживания и/или места пребывания Застрахованного;

- вызов осуществлен не в медицинских целях.

11.2.5.3. нарушением лечебного режима;

11.2.6. организовывать экстренную медицинскую помощь Застрахованным по жизненным показаниям с привлечением муниципальной медицины (скорая помощь, госпитализация в дежурный (ближайший) стационар), с последующим переводом по желанию Страхователя (Застрахованного) и при отсутствии медицинских противопоказаний в медицинское учреждение предусмотренное Договором;

11.2.7. изменять Программу и (или) условия Договора, страхового покрытия на согласованную с Страхователем в случае прекращения договорных отношений с конкретным медицинским учреждением;

11.2.8. досрочно расторгнуть договор страхования при несоблюдении застрахованным или Страхователем своих обязанностей по договору страхования;

11.2.9. при возникновении осложнений у Застрахованного лица и необратимых последствий от них по вине Медицинского учреждения предъявить регрессный иск к Медицинскому учреждению на возмещение суммы компенсации, выплаченной Страховщиком Застрахованному лицу в размере стоимости оказанных услуг и оплатой стоимости комплексных

мероприятий, связанных с устранением таких осложнений.

11.2.10. совершать иные действия, предусмотренные законодательством.

11.3. Страхователь обязан:

11.3.1. выполнять условия Договора (полиса);

11.3.2. доводить до сведения Застрахованных условия Договора (полиса) и требования Правил;

11.3.3. доводить до сведения Застрахованных информацию об изменениях условий Договора;

11.3.4. своевременно не позднее 30 рабочих дней сообщать Страховщику об изменении фамилии или домашнего адреса Застрахованного;

11.3.5. при заключении договора страхования сообщить Страховщику известные Страхователю обстоятельства, имеющие существенное значение для определения вероятности наступления страхового случая и размера возможных убытков от его наступления. Существенными признаются, во всяком случае, обстоятельства, определенно оговоренные в заявлении на страхование;

11.3.6. сообщать Страховщику обо всех заключенных или заключаемых договорах страхования в отношении Застрахованного;

11.3.7. своевременно уплатить страховую премию в размере и порядке, определенном договором страхования;

11.3.8. уплатить дополнительную страховую премию в случае увеличения объема страхового покрытия и (или) количества Застрахованных за оставшийся период страхования, по тарифам, действующим на момент внесения изменений, если иное не предусмотрено Договором;

11.3.9. возмещать Страховщику стоимость медицинских услуг, полученных при лечении заболеваний, в случае выявления в течении срока действия Договора фактов, свидетельствующих о сокрытии Застрахованным при заполнении заявления сведений о наличии данных заболеваний (в том числе сокрытия родителями сведений о наличии хронических, врожденных заболеваний у ребенка и т.д.);

11.3.10. вернуть Страховщику полис (договор) во всех случаях досрочного прекращения Договора;

11.3.11. обеспечить сохранность документов по Договору страхования;

11.4. Страхователь имеет право:

11.4.1. ознакомиться с настоящими Правилами страхования;

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

11.4.3. требовать предоставления Застрахованным лицам в Медицинских учреждениях медицинских и иных услуг, определенных в договоре страхования, в соответствии с условиями страхования и медицинской программой.

В случае не предоставления таких медицинских и иных 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;

11.4.4. в течение срока действия договора страхования обратиться к Страховщику с просьбой об изменении условий договора страхования (изменение страховой суммы, количества Застрахованных и т.п.);

11.4.5. на проведение независимой экспертизы в случае несогласия с результатами проведенной Страховщиком экспертизы относительно причин отказа и размеров страховых выплат;

11.4.6. получить дубликат договора страхования (страхового полиса) в случае его утраты, обратившись с письменным заявлением к Страховщику;

11.4.7. требовать выполнения Страховщиком иных условий, не противоречащих законодательству Российской Федерации.

11.5. Застрахованный обязан:

11.5.1. предоставить Страховщику полностью достоверную информацию,

необходимую для заключения Договора;

11.5.2. соблюдать требования Правил, условия Договора, программ;

11.5.3. сообщать своевременно Страховщику об изменении фамилии или домашнего адреса;

11.5.4. при обращении в медицинское учреждение при наступлении страхового случая Застрахованный обязан представить страховой полис и документ, удостоверяющий личность Застрахованного;

11.5.5. предоставлять Страховщику право на ознакомление с медицинской документацией, отражающей его историю заболевания, физическое и психическое состояние, диагноз, ход и прогноз результатов лечения из любых медицинских учреждений для решения вопросов, связанных с реализацией Договора и оплатой Застрахованному услуг;

11.5.6. соблюдать предписания лечащего врача и внутренний распорядок медицинского учреждения;

11.5.7. соблюдать порядок пользования страховым полисом;

11.5.8. заботиться о сохранности страхового договора (полиса) и не передавать их третьим лицам с целью получения ими медицинских и иных услуг по договору страхования. В противном случае Страховщик имеет право досрочно прекратить действие договора страхования в отношении данного Застрахованного лица.

11.5.9. в кратчайший срок уведомить Страховщика, если Застрахованный в силу независящих от него причин госпитализирован в медицинское учреждение, не указанное в страховом полисе. При отсутствии у Застрахованного возможности сообщить об этом Страховщику, информировать Страховщика может любое уполномоченное Страхователем (Застрахованным) лицо.

11.6. Застрахованный имеет право:

11.6.1. на получение медицинских услуг в соответствии с условиями, указанными в договоре страхования, в медицинских учреждениях, перечень которых определен в договоре страхования;

11.6.2. принять на себя обязанности Страхователя – юридического лица, предусмотренные в п.11.3., в случае его ликвидации;

11.6.3. сообщать Страховщику о случаях не предоставления или, неполного и некачественного предоставления медицинских и иных услуг.

11.6.4. запрашивать у Страхователя информацию об изменениях условий Договора;

11.6.5. обратиться к Страховщику за разъяснениями по особенностям получения медицинской помощи;

11.6.6. требовать предоставления медицинских услуг в соответствии с условиями Договора в перечисленных в нем медицинских учреждениях;

11.6.7. выбрать любое медицинское учреждение и/или лечащего врача из числа тех, перечень которых определен в договоре страхования;

11.6.8. требовать от Страховщика в законном порядке соблюдения условий договора страхования.

12. ПОСЛЕДСТВИЯ ИЗМЕНЕНИЯ СТЕПЕНИ РИСКА

12.1. В период действия договора страхования Страхователь (Застрахованное лицо) обязан незамедлительно в письменной форме сообщать Страховщику о ставших ему известными значительных изменениях в обстоятельствах, сообщенных Страховщику при заключении договора, если эти изменения могут существенно повлиять на увеличение страхового риска. Значительными изменениями признаются изменения в обстоятельствах, оговоренных в письменном заявлении.

12.2. Страховщик, уведомленный об обстоятельствах, влекущих увеличение страхового риска, вправе потребовать изменения условий договора страхования или уплаты дополнительной страховой премии соразмерно увеличению риска.

12.3. Если Страхователь возражает против изменения условий договора

страхования или уплаты дополнительной страховой премии в соответствии с п.12.2 настоящих правил, то, в соответствии с Гражданским Кодексом Российской Федерации, Страховщик вправе потребовать расторжения договора и возмещения убытков, причиненных расторжением договора.

13. ОПРЕДЕЛЕНИЕ РАЗМЕРА УБЫТКОВ

13.1. Право Застрахованного лица на получение медицинских услуг, предусмотренных договором страхования, наступает с момента вступления договора в силу.

13.2. Для получения медицинских услуг Застрахованное лицо обращается в медицинские учреждения, предусмотренные договором страхования или непосредственно к Страховщику по телефонам, указанным в страховом полисе, для получения информации о порядке предоставления медицинской помощи.

При обращении застрахованного в медицинское учреждение предъявляется полис, выданный Страховщиком, паспорт либо другой документ, удостоверяющий личность застрахованного.

13.3. В случае выявления у Застрахованного заболеваний и состояний, не предусмотренных договором страхования и/или при которых лечение не может быть осуществлено в медицинских учреждениях, сотрудничающих со Страховщиком, Страховщик оказывает содействие в направлении Застрахованного в специализированное медицинское учреждение. При этом Страховщик не компенсирует расходы по оплате медицинских услуг, оказанных Застрахованному в этих медицинских учреждениях.

13.4. При отсутствии возможности оказания услуги, предусмотренной Договором, в медицинском учреждении, определенном в договоре, Страховщик организует ее выполнение в другом медицинском учреждении. При этом выбор медицинского учреждения производится Страховщиком.

13.5. Оплата стоимости медицинских услуг, оказанных Застрахованному лицу медицинскими учреждениями, производится:

- исходя из фактических затрат на оказание медицинских услуг по ценам, согласованным между Страховщиком и медицинским учреждением, после выставления медицинским учреждением Страховщику реестра и счета по оказанным услугам, путем перечисления Страховщиком денежных средств на счет медицинского учреждения. Взаимоотношения с медицинским учреждением определяются соответствующим договором между медицинским учреждением и Страховщиком;

- согласно страхового покрытия (страховой суммы, лимитов ответственности, страхового обеспечения, размеров франшизы) оговоренных в договоре (полисе)).

13.6. Во всех случаях Страховщик оплачивает услуги медицинских учреждений только в пределах страховой суммы.

13.6.1. При необходимости оказания Застрахованному лицу медицинских услуг сверх страховой суммы эти услуги могут быть оказаны Застрахованному только после увеличения страховой суммы по договору с соответствующим увеличением страховой премии. Размер дополнительной страховой премии определяется Страховщиком.

13.6.2. При отказе Страхователя в оплате дополнительной страховой премии решение вопроса о возможности получения Застрахованным лицом медицинских услуг в медицинских учреждениях, определенных в договоре страхования, за счет личных средств решается Застрахованным лицом индивидуально.

13.7. Решение об отказе в страховой выплате принимается Страховщиком и сообщается Страхователю в письменной или устной форме с мотивированным обоснованием причин отказа.

13.8. В случае несогласия Застрахованного (Страхователя) с результатами проведенной Страховщиком оценки и (или) экспертизы относительно причин страхового случая, а также размера страхового обеспечения, Страхователь может потребовать проведения повторной независимой экспертизы. Повторная независимая экспертиза

проводится экспертной комиссией, предложенной Застрахованным (Страхователем) и одобренной Страховщиком.

13.9. Расходы по проведению повторной независимой экспертизы несет:

13.9.1. Застрахованный (Страхователь), если в результате такой экспертизы будут подтверждены выводы экспертизы Страховщика относительно причин страхового случая и размера страхового обеспечения;

13.9.2. Страховщик, если в результате экспертизы будут установлены причины страхового случая иные, чем в выводах первоначальной экспертизы, более значительный размер страхового обеспечения – пропорционально разнице между размером страхового обеспечения, установленного первоначальной экспертизой и размером страхового обеспечения, установленного повторной экспертизой.

14. ПОРЯДОК ОПРЕДЕЛЕНИЯ СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЫ

14.1. Страховой выплатой по настоящим Правилам является оплата за медицинские и иные услуги по страховым случаям, производимая перечислением на расчетный счет Медицинского учреждения, в котором была оказана медицинская и иная помощь Страхователю (Застрахованному лицу). Страховая выплата по договорам страхования производится в валюте Российской Федерации.

14.2. Порядок определения страховой выплаты включает расчет ее размера в соответствии с пунктом 13.5 настоящих правил.

14.3. После выплаты страхового возмещения договор страхования действует в размере разницы между страховой суммой и выплаченным страховым возмещением.

15. СЛУЧАИ ОТКАЗА В СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЕ

15.1. Страховщик имеет право отказать в страховой выплате на сумму стоимости услуг, оказанных Застрахованному лицу:

15.1.1. в связи с патологическими состояниями и травмами, возникшими или полученными:

15.1.1.1. в состоянии или вследствие алкогольного, наркотического, токсического и иного опьянения Застрахованного лица;

15.1.1.2. при управлении Застрахованным лицом транспортным средством под воздействием лекарственных препаратов, ухудшающих реакцию и внимание, в болезненном или утомленном состоянии;

15.1.1.3. вследствие передачи Застрахованным лицом управления транспортным средством лицу, находящемуся в состоянии опьянения (алкогольного, наркотического, токсического или иного) или под воздействием лекарственных препаратов, ухудшающих реакцию и внимание, в болезненном или утомленном состоянии;

15.1.2. в связи с получением травматического повреждения или иного расстройства здоровья, наступившего в результате или при совершении Застрахованным противоправных действий;

15.1.3. в связи с умышленным причинением, Застрахованным себе телесных повреждений, суицидальными попытками;

15.1.4. не назначенных врачом или выполняемых по желанию Застрахованного.

15.2. Отказ Страховщика произвести страховую выплату может быть обжалован Страхователем (Выгодоприобретателем) в судебном порядке, предусмотренным действующим законодательством Российской Федерации.

16. ПОРЯДОК ВНЕСЕНИЯ ИЗМЕНЕНИЙ И ДОПОЛНЕНИЙ В ДОГОВОР СТРАХОВАНИЯ

16.1. В течение срока действия договора страхования по согласованию сторон отдельные положения договора могут быть изменены или дополнены, если такие изменения и дополнения не противоречат законодательству Российской Федерации, общепринятым в страховой практике обычаям делового оборота, а также не расширяют объём обязательств Страховщика, определённые настоящими правилами.

16.2. Внесение изменений оформляется дополнением к договору страхования в

письменной форме в течение 5-ти дней, если иной срок не оговорен в договоре, с даты получения от другой стороны письменного заявления.

Дополнение к договору страхования после его подписания сторонами становится неотъемлемой частью договора страхования и действует до момента его окончания.

16.3. Если одна из сторон не согласна на внесение изменений в договор страхования или его расторжение либо при неполучении ответа от другой стороны в срок, указанный в предложении или установленный договором, а при его отсутствии - в 30-дневный срок, требование об изменении или расторжении договора может быть заявлено стороной в суд в соответствии с законодательством Российской Федерации.

16.4. Все заявления и извещения, предусмотренные настоящими Правилами, должны осуществляться сторонами в письменной форме, а заявления о досрочном прекращении договора страхования - заказным письмом, если в договоре не указан иной способ уведомления.

17. ПОРЯДОК РАЗРЕШЕНИЯ СПОРОВ

17.1. Все иные, не оговоренные настоящими Правилами условия, регулируются законодательством Российской Федерации.

17.2. Все споры по договору страхования рассматриваются путем переговоров, а при не достижении согласия сторонами - в судебном порядке, установленном законодательством Российской Федерации.

Рисковая надбавка определена по формуле (6), приведенной в Методике расчета страховых тарифов:

РАЗМЕР БАЗОВЫХ СТРАХОВЫХ ТАРИФНЫХ СТАВОК (в % к страховой сумме)

Базовый средний размер страховой тарифной ставки по добровольному медицинскому страхованию полученный расчетным путем, составляет 44,99 рублей со 100 рублей страховой суммы при заключении договора страхования на один год по программе «Комплексное медицинское обслуживание». Базовые страховые тарифные ставки в зависимости от программы страхования определены в таблице 1:

Таблица 1

Наименование программы	Индивидуальное страхование	Коллективное страхование	Средний страховой тариф
	Страховой тариф (расчетный)	Страховой тариф (расчетный)	
Амбулаторная помощь	45,60	25,66	35,63
Стационарная помощь	8,72	10,00	9,36
Комплексное медицинское обслуживание	54,32	35,66	44,99
Защита от клеща	0,32	0,20	0,26

Базовые страховые тарифы

Страховщик имеет право применять к настоящим тарифам повышающие от 1,0 до 3,0 или понижающие от 0,3 до 1,0 коэффициенты, исходя из обстоятельств, имеющих существенное значение для определения степени страхового риска, согласно таблице 2.

Таблица 2

Повышающие/понижающие коэффициенты

Обстоятельства, имеющие существенное значение для определения степени страхового риска	Возраст застрахованного МУЖЧИНЫ	Возраст застрахованной ЖЕНЩИНЫ	Профессия, вид деятельности*	Количество застрахованных*	Непрерывность страхования в ООО «Страховая компания «Ангара»	Использование франшизы	Лимит ответственности
от 1года до 3 лет	1,775	1,612	x	x	x	x	x
от 3 до 7 лет	1,319	1,254	x	x	x	x	x
от 7 до 15 лет	1,198	1,156	x	x	x	x	x
15 лет	1,239	1,094	x	x	x	x	x
16 лет	0,826	0,826	x	x	x	x	x
17 лет	0,812	0,799	x	x	x	x	x
от 18 до 20 лет	0,779	0,786	x	x	x	x	x
от 20 до 25 лет	0,547	0,917	x	x	x	x	x
от 25 до 30 лет	0,442	0,81	x	x	x	x	x
от 30 до 35 лет	0,438	0,72	x	x	x	x	x
от 35 до 40 лет	0,489	0,707	x	x	x	x	x
от 40 до 45 лет	0,576	0,777	x	x	x	x	x
от 45 до 50 лет	0,715	0,915	x	x	x	x	x
от 50 до 55 лет	0,913	1,1	x	x	x	x	x
от 55 до 60 лет	1,109	1,118	x	x	x	x	x
от 60 до 65 лет	1,294	1,358	x	x	x	x	x
от 65 до 70 лет	1,556	1,459	x	x	x	x	x

<p><u>1 Группа.</u> Летно-подъемный состав; испытание машин; бурильщики; спасатели, горные туристы; крановщики; охранники; сотрудники службы безопасности; работники уголовного розыска, оперативных служб; милиционеры; работники нефтедобывающей промышленности; рабочие строительной промышленности, осуществляющие верхолазные, кессонные, кровельные и монтажные работы; добыча полезных ископаемых; цирковые профессии; спортсмены; водолазы; работники вредных производств; пожарные.</p>	x	x	1,7	x	x	x	x
<p><u>2 Группа.</u> Аэродромное обслуживание; конвейер, горячая и холодная прессовка; бульдозеристы; военнослужащие; газохранилища, газоэксплуатация; кузнечное производство; машиностроение и металлообработка; прочие строительномонтажные и строительные работы, за исключением указанных в 1 группе; механизаторы; водители такси; водители других видов транспорта; машинисты тепловозов и электровозов; трактористы; переработка; лесозаготовка, лесоповал, лесосплав; экспедиции; экскаваторщики.</p>	x	x	1,5	x	x	x	x
<p><u>3 Группа.</u> Электрики, электромонтажники, механики, электромеханики, механизаторы</p>	x	x	1,3	x	x	x	x

4 Группа. Прочие работники автомобильной промышленности, за исключением указанных в 1 и 2 группах; механическая обработка, работа с лаками, красками (деревообрабатывающая промышленность); работники неотложной медицинской помощи; работники легкой промышленности; охота; работники сельского хозяйства, за исключением механизаторов; прочие работники транспорта, за исключением указанных во 2 группе.	x	x	1,1	x	x	x	x
5 группа. Бытовое обслуживание населения; воспитатели и педагоги; инженерно-технические работники (неопасных отраслей); общепит; учащиеся ПТУ, техникумов, школ; дети дошкольного возраста; прочие профессии, виды деятельности, не указанные в 1, 2, 3 и 4 группах.	x	x	1,0	x	x	x	x
До 50 чел.	x	x	x	1,0	x	x	x
До 200 чел.	x	x	x	0,95	x	x	x
До 1000 чел.	x	x	x	0,90	x	x	x
Свыше 1000 чел.	x	x	x	0,85	x	x	x
более года до двух лет	x	x	x	x	0,97	x	x
более двух лет до трех лет	x	x	x	x	0,95	x	x
более трех лет	x	x	x	x	0,9	x	x
предусмотрено	x	x	x	x	x	0,90	x
не предусмотрено	x	x	x	x	x	1,00	x
предусмотрен	x	x	x	x	x	x	0,95
не предусмотрен	x	x	x	x	x	x	1,00

* коэффициент используется при страховании работников.