

**ОБЩЕСТВО С ОГРАНИЧЕННОЙ ОТВЕТСТВЕННОСТЬЮ
СТРАХОВАЯ МЕДИЦИНСКАЯ КОМПАНИЯ «АСТРА-МЕТАЛЛ»**

УТВЕРЖДЕНЫ

Приказом ООО СМК «АСТРА-МЕТАЛЛ»

от «10» июня 2019 года №444



Генеральный директор

A. I. Panov

А.Ю. Панов

П Р А В И Л А

добровольного медицинского страхования

1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

1.1. В соответствии с законодательством Российской Федерации, Гражданским кодексом РФ, Законом РФ “Об организации страхового дела в Российской Федерации”, иными нормативными документами в области страхования настоящие Правила регулируют отношения, возникающие между Страховщиком и Страхователем по поводу добровольного медицинского страхования граждан.

1.2. Добровольное медицинское страхование осуществляется на основе программ добровольного медицинского страхования (Приложение 8 к настоящим Правилам) и обеспечивает гражданам получение дополнительных медицинских и иных услуг сверх установленных программами обязательного медицинского страхования.

1.3. Субъектами договора страхования выступают:

1.3.1. Страховая организация - ООО Страховая медицинская компания “АСТРА-МЕТАЛЛ” (далее по тексту – “Страховщик”), осуществляющая страховую деятельность в соответствии с лицензией, выданной органом страхового надзора.

1.3.2. Дееспособные физические лица, в том числе индивидуальные предприниматели и (или) юридические лица организационно-правовых форм, предусмотренных гражданским законодательством РФ, заключающие договоры страхования (далее по тексту – “Страхователи”).

1.3.3. Физические лица, в пользу которых заключаются договоры страхования (далее по тексту – “Застрахованные”), при этом Страхователи – физические лица, заключившие такие договоры в свою пользу, являются одновременно Застрахованными.

1.3.4. Медицинские учреждения (включая аптеки, являющиеся их структурными подразделениями) - имеющие лицензии лечебно-профилактические учреждения, научно-исследовательские и медицинские институты, другие учреждения, оказывающие медицинскую помощь, а также лица, осуществляющие медицинскую деятельность как индивидуально, так и коллективно.

1.4. Взаимоотношения между Страховщиком и медицинским учреждением определяются Договором на предоставление лечебно-профилактической помощи (медицинских услуг), по которому медицинское учреждение обязуется предоставлять застрахованному контингенту медицинскую помощь определенного объема и качества в конкретные сроки в рамках программ медицинского страхования. При этом указанный Договор должен содержать: наименование сторон; численность застрахованных; виды лечебно-профилактической помощи (медицинских услуг); стоимость работ и порядок расчетов; порядок контроля качества медицинской помощи и использования страховых средств; ответственность сторон и иные не противоречащие законодательству РФ условия (Приложение 7 к настоящим Правилам).

1.5. Договоры страхования заключаются в пользу граждан в возрасте от рождения до 85 лет.

1.6. Страхование проводится в индивидуальной и коллективной форме. Договор коллективного страхования заключается в пользу работников юридического лица или индивидуального предпринимателя, членов семей таких работников и иных лиц.

1.7. Договор страхования может быть заключен на особых условиях в отношении следующих лиц (с применением повышающего коэффициента к базовой тарифной ставке):

- граждане, состоящие на учете в наркологических, психоневрологических, противотуберкулезных, кожно-венерологических диспансерах, центрах по профилактике и борьбе со СПИДом;

- инвалиды I группы или дети - инвалиды;

- больные онкологическими заболеваниями и системными заболеваниями крови.

1.8. Страховщик не вправе разглашать полученные им в результате своей профессиональной деятельности сведения о Страхователе, Застрахованном, состоянии их здоровья и имущественном положении.

За нарушение тайны страхования Страховщик в зависимости от рода нарушенных прав и характера нарушения несет ответственность в порядке, предусмотренном гражданским законодательством Российской Федерации.

2. ОБЪЕКТ СТРАХОВАНИЯ

2.1. Объектом добровольного медицинского страхования является страховой риск, связанный с затратами на оказание медицинской помощи при возникновении страхового случая.

3. ПОНЯТИЕ СТРАХОВОГО РИСКА. СТРАХОВЫЕ СЛУЧАИ

3.1. Страховым риском является предполагаемое событие, на случай наступления которого проводится страхование. Событие, рассматриваемое в качестве страхового риска, должно обладать признаками вероятности и случайности его наступления.

При заключении договора страхования в соответствии с настоящими Правилами страховым риском является риск обращения Застрахованного лица в медицинское учреждение по поводу оказания ему медицинской помощи в случае острого заболевания, обострения хронического заболевания, травмы, отравления и других случаях, предусмотренных договором страхования.

3.2. Страховым случаем является совершившееся событие, предусмотренное договором страхования, с наступлением которого возникает обязанность Страховщика осуществить страховую выплату.

В соответствии с настоящими Правилами страховым случаем признается обращение Застрахованного в течение срока действия договора страхования в медицинское учреждение, из числа предусмотренных договором страхования, при остром заболевании, обострении хронического заболевания, травме, отравлении и других случаях за получением медицинской (консультативной, профилактической, лечебной, неотложной, реабилитационной), в том числе лекарственной, и иной помощи, предусмотренной договором страхования.

3.3. Договор страхования может быть заключен на следующих условиях:

3.3.1. Организации предоставления и оплаты медицинских услуг, предусмотренных программой медицинского страхования, в медицинских учреждениях и у частнопрактикующих врачей, имеющих лицензию установленного образца, оказывающих амбулаторно-поликлиническую помощь (программа "Амбулаторная помощь").

3.3.2. Организации предоставления и оплаты медицинских услуг, предусмотренных программой медицинского страхования, в медицинских учреждениях, оказывающих стационарную помощь (программа "Стационарная помощь").

3.3.3. Организации предоставления и оплаты медицинских услуг, предусмотренных программой медицинского страхования, в медицинских учреждениях, оказывающих амбулаторно-поликлиническую и стационарную медицинскую помощь (программа "Комплексная медицинская помощь").

3.3.4. Организации предоставления и оплаты медицинских услуг, предусмотренных программой медицинского страхования, при возникновении осложнений в процессе лечения, повлекших за собой ухудшение здоровья Застрахованного лица (программа «Лечение осложнений»).

3.3.5. Организации предоставления и оплаты медицинских услуг, предусмотренных программой медицинского страхования, в медицинских учреждениях, имеющих лицензию установленного образца, оказывающих амбулаторно-поликлиническую и стационарную помощь по ведению беременности и родовспоможению (программа «Материнство»).

3.3.7. Организация предоставления и оплаты медицинских услуг, предусмотренных программой медицинского страхования, в медицинских учреждениях и у частнопрактикующих врачей, имеющих лицензию установленного образца, оказывающих стоматологическую помощь (программа «Стоматология»).

3.4. В программах “Амбулаторная помощь” и “Комплексная медицинская помощь” может предусматриваться возмещение расходов на лекарственные средства при амбулаторно-поликлиническом лечении (дополнительная программа “Лекарственная помощь”). Оплата лекарственных средств осуществляется по рецепту врача при наступлении страхового случая, предусмотренного договором страхования. Порядок предоставления и возмещения затрат на лекарственные средства определяется п.п. 10.2 – 10.3 настоящих Правил.

3.5. В программах, перечисленных в п.п.3.3.1 – 3.3.3, может предусматриваться возмещение расходов на реабилитационно-восстановительное лечение по направлению врача (дополнительная программа “Реабилитационно-восстановительное лечение”).

3.6. Страховщик принимает на себя обязательство обеспечить оказание Застрахованному медицинских и иных услуг в медицинских учреждениях, определенных договором страхования, в соответствии с условиями договора страхования, а также произвести оплату оказанных Застрахованному медицинских и иных услуг медицинскому учреждению.

При заключении договора страхования на условиях п. 3.4 Страховщик принимает обязательство обеспечить Застрахованного лекарственными средствами, назначенными врачом при амбулаторном лечении в аптеках и(или) медицинских учреждениях, указанных в договоре страхования, а также оплатить оказанную лекарственную помощь.

3.7. Не являются страховыми случаи обращения Застрахованного в медицинское учреждение по поводу:

3.7.1. Получения травматического повреждения или иного расстройства здоровья, наступившего в связи с совершением Страхователем (Застрахованным) действий, в которых судом установлены признаки умышленного преступления.

3.7.2. Умышленного причинения Застрахованным вреда своему здоровью, в том числе в связи с покушением на самоубийство.

3.7.3. В связи с получением травматического повреждения в состоянии алкогольного, наркотического или токсического опьянения.

3.8. Страховщик освобождается от ответственности, когда страховой случай наступил вследствие:

3.8.1. Воздействия ядерного взрыва, радиации или радиоактивного заражения.

3.8.2. Военных действий, а также маневров или иных военных мероприятий.

3.8.3. Гражданской войны, народных волнений всякого рода или забастовок.

3.9. Не является страховым случаем обращение за медицинской помощью в медицинские учреждения, не указанные в договоре страхования, за исключением случаев предварительно согласованных со Страховщиком. При этом оплата медицинских услуг, оказанных Застрахованному, осуществляется по прейскурантам, установленных для медицинских учреждений, указанных в договоре страхования.

3.10. При заключении договора страхования в отношении инвалидов II и III группы не предусматривается лечение заболеваний, связанных с причиной инвалидности или являющихся сопутствующими этому заболеванию.

4. СТРАХОВАЯ СУММА

4.1. Под страховой суммой понимается предельный уровень страхового обеспечения по Договору страхования.

4.2. Страховая сумма по договору страхования определяется Страховщиком и Страхователем по их усмотрению исходя из определенных договором условий страхования (программ страхования), действующих на момент заключения договора страхования цен в медицинских учреждениях на медицинские услуги, срока действия договора страхования. В зависимости от оценки Страховщиком конкретных обстоятельств и указанных факторов, страховая сумма может как увеличиваться, так и уменьшаться, но не может быть менее установленной для

конкретной программы страхования и категорий медицинских учреждений, определенных договором страхования.

В медицинском учреждении могут быть предусмотрены сервисные услуги, их перечень устанавливается индивидуально в каждом медицинском учреждении. Это может быть: одно-двух местная палата, телевизор, телефон, белье улучшенного качества, дополнительное питание, индивидуальный сестринский пост и другие, в зависимости от возможностей медицинского учреждения. Поэтому договором страхования может быть предусмотрено предоставление Застрахованному таких сервисных услуг, что соответственно влечет за собой увеличение стоимости медицинских услуг и возрастание страховой суммы.

4.3. В период действия договора страхования Страхователь по согласованию со Страховщиком вправе изменить страховую сумму при изменении цен на стоимость медицинских услуг, перечень медицинских услуг (программы медицинского страхования), а также поменять медицинские учреждения, предоставляющие медицинскую помощь по договору страхования.

Указанные изменения оформляются в письменном виде в форме дополнительного соглашения к договору страхования, которое подписывается Страховщиком и Страхователем с соответствующим перерасчетом страховой премии.

О предполагаемом изменении стоимости медицинских услуг (лекарственной помощи), гарантированных программами добровольного медицинского страхования, Страховщик уведомляет Страхователя за месяц до предполагаемого введения новых цен или в иной срок, предусмотренный договором страхования.

4.4. При заключении договора по нескольким программам страхования одновременно Страховщик несет обязательства по оплате медицинских и иных услуг в пределах страховой суммы по каждой из программ.

5. СТРАХОВАЯ ПРЕМИЯ (СТРАХОВЫЕ ВЗНОСЫ). СТРАХОВОЙ ТАРИФ

5.1. Под страховой премией понимается плата за страхование, которую Страхователь обязан уплатить Страховщику в порядке и в сроки, установленные договором страхования.

Страховая премия (страховые взносы) уплачивается Страхователем в валюте Российской Федерации.

5.2. При заключении конкретного договора медицинского страхования Страховщик применяет рассчитанные им по каждой медицинской программе базовые страховые тарифы (Приложение 1 к настоящим Правилам), определяющие страховую премию, взимаемую с единицы страховой суммы

Законом Российской Федерации "Об организации страхового дела в Российской Федерации" осуществление оценки страхового риска возложено на Страховщика. В связи с этим, основываясь на базовых тарифных ставках, Страховщик, в каждом конкретном случае при заключении договора страхования, для определения степени страхового риска и учета особенностей страхования конкретного лица (лиц) вправе применять к базовым тарифным ставкам повышающие и понижающие коэффициенты, указанные в Приложении 1 к настоящим Правилам.

Решение о конкретном размере повышающего или понижающего коэффициента, принимается Страховщиком после изучения и оценки им информации и документов, представленных Страхователем, результатов медицинского освидетельствования (если оно производилось), а также с учетом следующих факторов: возраста и состояния здоровья Застрахованного, профессии (рода деятельности) Застрахованного, количественного состава группы (при коллективном страховании), категории медицинского учреждения, наличия сервисных услуг в медицинском учреждении, определенном договором страхования, перечня медицинских услуг, включаемых в программу страхования, других обстоятельств, имеющих существенное значение для определения степени страхового риска.

Конкретный размер страхового тарифа определяется договором добровольного медицинского страхования по соглашению сторон.

В связи с отсутствием какой-либо утвержденной методики (рекомендаций) экономического обоснования повышающих и понижающих коэффициентов, применяемых при определении конкретного страхового тарифа по конкретному договору добровольного медицинского страхования, их минимальные и максимальные значения, а также основные факторы риска, указанные в Приложении 1 к настоящим Правилам, определены экспертным путем на основе анализа практической деятельности ряда страховых организаций по рисковым видам страхования и, в частности, добровольному медицинскому страхованию, а также с учетом многолетней практики применения системы повышающих (понижающих) коэффициентов российскими страховыми организациями.

5.3. При заключении договора по нескольким программам страхования размер страховой премии определяется путем суммирования премий по этим программам.

5.4. При заключении договора страхования на неполный год размер страховой премии исчисляется в процентах от годовой суммы страховой премии. При сроке действия договора страхования до 2 месяцев - 30%; 3 месяца - 40%, 4 месяца - 50%, 5 месяцев - 60%, 6 месяцев - 70%, 7 месяцев - 75%, 8 месяцев - 80%, 9 месяцев - 85%, 10 месяцев - 90%, 11 месяцев - 95% от суммы годовой страховой премии.

5.5. Страховая премия по договору страхования может быть уплачена Страхователем единовременно или уплачиваться в рассрочку, наличными деньгами либо безналичным путем.

Порядок уплаты страховой премии и форма проведения расчетов определяется в договоре страхования.

5.6. Страхователь обязан уплатить Страховщику страховую премию (или первый взнос при уплате страховой премии в рассрочку) в 10-дневный срок после подписания договора страхования, если иной срок не предусмотрен договором страхования

Днем уплаты страховой премии (первого страхового взноса) считается:

- при безналичной оплате - день поступления денежных средств на расчетный счет Страховщика;

- при оплате наличными средствами - день уплаты страховой премии (взноса) в кассу Страховщика или их передачи представителю (агенту) страховой компании.

5.7. При неуплате страховой премии или очередного взноса (при уплате страховой премии в рассрочку) договор страхования расторгается¹ по инициативе Страховщика в соответствии с Гражданским кодексом Российской Федерации (гл.29 ГК РФ) или в одностороннем порядке (в случае если такой порядок был предусмотрен сторонами при заключении договора страхования), если стороны не договорились об отсрочке уплаты очередного взноса (договоренность об отсрочке страхового взноса оформляется дополнительным соглашением к договору страхования).

При неуплате в установленный договором страхования срок очередного страхового взноса Страховщик направляет Страхователю письменное уведомление о факте просрочки и последствиях неуплаты Страхователем очередного страхового взноса.

До момента зачисления суммы просроченного страхового взноса на расчетный счет Страховщика (уплаты в кассу или представителю Страховщика) медицинские услуги Застрахованному лицу не оказываются.

5.8. Расчет страховой премии по дополнительному соглашению в связи с увеличением страховой суммы при изменении стоимости или расширении перечня медицинских услуг, производится в следующем порядке:

а) страховая премия по дополнительному соглашению делится на 12 месяцев и умножается на количество месяцев, оставшихся до конца действия основного договора страхования (неполный месяц считается за полный);

Результатом является величина страховой премии по дополнительному соглашению, полученная исходя из увеличенного размера страховой суммы на оставшийся период срока действия основного договора страхования;

¹ Основания для расторжения договора определены ст. 450 ГК РФ.

б) страховая премия по договору страхования делится на 12 месяцев и умножается на количество месяцев (неполный месяц считается за полный), оставшихся до конца срока действия договора страхования.

Результатом является величина страховой премии по основному договору на оставшийся период срока его действия;

в) величина страховой премии, подлежащая уплате Страхователем по дополнительному соглашению к основному договору страхования, определяется путем вычитания из полученной величины страховой премии по дополнительному соглашению (п.п. "а") величины страховой премии за оставшийся период срока действия по основному договору страхования (п.п. "б").

5.9. В случае изменения по согласованию со Страховщиком условий договора страхования, связанных с сокращением Страхователем перечня медицинских программ, Страховщик вправе, по согласованию со Страхователем, возратить ему часть страховой премии пропорционально времени, в течение которого прекращается пользование им медицинскими услугами в рамках исключаемой программы (программ) или зачесть данную сумму в счет оплаты страховой премии при заключении (продлонгации) договора страхования на новый срок. Указанные изменения условий договора страхования оформляются сторонами в письменном виде.

6. СРОК СТРАХОВАНИЯ. ПОРЯДОК ЗАКЛЮЧЕНИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ

6.1. Договор страхования заключается сроком до одного года, на 1 год или на срок более одного года (с расчетом и уплатой страховой премии ежегодно в порядке, предусмотренном настоящими Правилами).

6.2. При заключении договора страхования между Страхователем и Страховщиком должно быть достигнуто соглашение по следующим существенным условиям (п.2 ст. 942 ГК РФ):

- о Застрахованном лице (Застрахованных лицах);
- о характере события, на случай наступления которого в жизни Застрахованного лица осуществляется страхование (страхового случая);
- о программе страхования и перечне медицинских учреждений, оказывающих медицинскую (лекарственную) помощь Застрахованным;
- о размере страховой суммы;
- о сроке действия договора.

6.3. При заключении договора страхования Страховщик обязан вручить Страхователю Правила страхования, о чем делается запись в договоре страхования.

Страховщик обязан вручить Страхователю Правила страхования одним из следующих способов:

6.3.1. в виде изложения в договоре страхования (страховом полисе) на его оборотной стороне;

6.3.2. в виде бумажного документа к договору страхования (страховому полису) как приложение и его неотъемлемая часть;

6.3.3. путем информирования Страхователя об адресе размещения Правил страхования на сайте Страховщика в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет»;

6.3.4. путем направления файла, содержащего текст Правил страхования, на указанный Страхователем адрес электронной почты;

6.3.5. путем вручения Страхователю любого электронного носителя информации (CD или DVD диск, накопитель на жестких магнитных дисках, флеш-накопители и т.д.), на котором размещен файл, содержащий текст Правил страхования.

В случае, если Правила страхования были вручены Страхователю одним из способов, указанных выше, без вручения текста Правил страхования на бумажном носителе, это не освобождает Страхователя от обязанностей, которые предусмотрены настоящими Правилами страхования.

Страхователь имеет право в любой момент действия договора страхования обратиться к Страховщику за получением текста Правил страхования на бумажном носителе.

6.4. При заключении договора добровольного медицинского страхования Страховщик имеет право произвести предварительное медицинское освидетельствование страхуемого лица (страхуемых лиц) для оценки фактического состояния его (их) здоровья или потребовать выписку из истории болезни.

Предварительное медицинское освидетельствование производится за счет средств Страхователя.

6.5. Заключение договора страхования с юридическими лицами.

6.5.1. При заключении коллективных договоров на страхование принимается любое количество работников юридического лица.

6.5.2. Основанием для заключения договора является устное или письменное заявление Страхователя (Приложение 2 к Правилам), в котором должны быть указаны:

- полное наименование и юридический адрес Страхователя, его банковские реквизиты;
- список страхуемых лиц с указанием имени, отчества, фамилии, пола, месяца и года рождения, домашнего адреса и телефона, отношения к Страхователю (работающий, член семьи, другие лица), который передается Страховщику в электронном или письменном виде;
- перечень программ страхования с указанием выбранных из перечня Страховщика медицинских учреждений в отношении каждого из подлежащих страхованию лиц;
- срок страхования;
- другие данные, имеющие значение для установления страховой суммы и страхового тарифа.

6.5.3. Страховщик вправе потребовать от Страхователя – юридического лица документально подтвержденные сведения о заболеваемости с временной утратой трудоспособности на предприятии за последние 3-5 лет – общее количество дней нетрудоспособности и случаев таковой, среднегодовую фактическую численность штатных работников, а при отсутствии таких данных у Страхователя – определять размер подлежащей уплате страховой премии по базовому тарифу, основанному на общей медицинской статистике.

6.5.4. Страховщик в течение 10 рабочих дней принимает решение о возможности заключения договора страхования и делает отметки на заявлении Страхователя о заключении договора страхования или об отказе в заключении.

Отношения между Страховщиком и Страхователем оформляются путем составления договора страхования, подписанного сторонами, и выдачи страховых полисов (карточек) на каждого Застрахованного (Приложения 4, 5, 6 к настоящим Правилам).

Договор страхования оформляется в соответствии с требованиями действующего гражданского законодательства Российской Федерации в двух экземплярах, по одному для каждой стороны. Подписанный Страховщиком экземпляр договора направляется Страхователю – юридическому лицу в течение 15-ти рабочих дней с момента принятия Страховщиком решения о возможности заключения данного договора страхования. К договору прилагается список Застрахованных в электронном или письменном виде, являющийся неотъемлемой его частью.

6.5.5. При утрате Застрахованным страхового полиса (карточки), он должен незамедлительно письменно известить об этом Страховщика. Утраченный документ признается недействительным и не может являться основанием для получения медицинских услуг в соответствии с договором страхования, взамен Застрахованному выдается новый документ.

При повторной утрате страхового полиса в течение действия договора страхования с Застрахованного дополнительно взыскивается платеж в размере фактической стоимости его изготовления.

6.6. Заключение договора страхования с физическими лицами.

6.6.1. Основанием для заключения договора страхования с физическим лицом является устное или письменное заявление Страхователя (Приложение 3 к настоящим Правилам) с указанием:

- фамилии, имени и отчества Страхователя, его домашнего адреса и телефона;
- фамилии, имени и отчества Застрахованного, его пола, месяца и года рождения, домашнего адреса, телефона;
- желаемые условия страхования;
- срок действия договора страхования.

6.6.2. Страховщик принимает решение о возможности заключения договора страхования в течение 15 рабочих дней со дня поступления заявления от Страхователя. До принятия заявления Страховщик вправе потребовать от Страхователя представления медицинского заключения о состоянии здоровья Застрахованного или провести соответствующее анкетирование.

6.6.3. Договор страхования заключается в письменной форме.

Страховой полис (карточка) выдается каждому Застрахованному в течение 30 рабочих дней после вступления в силу договора страхования.

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

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

6.8. Если после заключения договора страхования будет установлено, что Страхователь сообщил заведомо ложные сведения об обстоятельствах, имеющих существенное значение для определения вероятности наступления страхового случая и размера возможных убытков от его наступления, Страховщик вправе потребовать признания договора недействительным и применения последствий в соответствии с законодательством Российской Федерации, за исключением случая, когда обстоятельства, о которых умолчал Страхователь, уже отпали.

6.9. Договор страхования вступает в силу (при условии уплаты страховой премии или первого страхового взноса при уплате страховой премии в рассрочку) с даты, указанной в договоре страхования, но не ранее:

- при перечислении денежных средств безналичным порядком - с 00 часов дня, следующего за днем поступления страховой премии (первого страхового взноса) на расчетный счет Страховщика, если иное не установлено договором страхования;

- при внесении наличных денежных средств в кассу или представителю Страховщика - с 00 часов дня, следующего за днем, в который была произведена оплата, если иное не установлено договором страхования.

Договор страхования оканчивается в 24 часа 00 минут дня, указанного сторонами в договоре как день окончания действия договора страхования.

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

6.11. Согласно гражданскому законодательству при заключении договора страхования Страхователь и Страховщик могут договориться об изменении или исключении отдельных положений Правил страхования и о дополнении Правил в соответствии с п. 10 ст. 32 Закона РФ "Об организации страхового дела в Российской Федерации".

7. ПОРЯДОК ПРЕКРАЩЕНИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ

7.1. Договор страхования прекращается в случаях:

7.1.1. Истечения срока его действия – с 24 часов дня, определенного договором в качестве даты окончания срока его действия.

7.1.2. Исполнения Страховщиком обязательств перед Страхователем по договору в полном объеме – с момента такового.

7.1.3. Ликвидации Страхователя, являющегося юридическим лицом, или смерти Страхователя, являющегося физическим лицом, если Застрахованные не приняли на себя обязанности Страхователя по договору страхования в течение 10 рабочих дней с момента принятия (выдачи) соответствующего акта государственного органа или вступления в законную силу судебного решения.

7.1.4. Смерти Застрахованного (при индивидуальном договоре страхования с физическим лицом) – в день смерти, определенный соответствующим свидетельством.

7.1.5. Соглашения сторон – с даты, определенной соглашением.

7.1.6. Неуплаты Страхователем очередного страхового взноса при уплате страховой премии в рассрочку – с 00 часов суток, следующих за датой, определенной договором страхования для его уплаты.

7.1.7. Вступления в законную силу соответствующего судебного решения – со дня такового.

7.2. Договор страхования может быть прекращен 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.

При досрочном прекращении договора страхования по обстоятельствам, иным, чем страховой случай, Страховщик имеет право на часть страховой премии, пропорционально времени, в течение которого действовало страхование.

Размер страховых взносов, подлежащих возврату, рассчитывается по формуле:

$$ВВ = (0,8 * П - В) * (1 - М / 12),$$

Где П – сумма уплаченной страховой премии за год страхования, В – сумма оплаченной стоимости медицинских услуг, М – количество месяцев, в течение которых действовал Договор (неполный месяц считается за полный).

7.3. Страхователь вправе отказаться от договора страхования в любое время, если к моменту отказа возможность наступления страхового случая не отпала по обстоятельствам, иным, чем страховой случай.

В этом случае, уплаченная Страховщику страховая премия не подлежит возврату, за исключением следующих случаев:

письменного отказа от договора страхования в течение 14 (Четырнадцати) календарных дней со дня его заключения при отсутствии в данном периоде событий, имеющих признаки страхового случая (исключая добровольное медицинское страхование иностранных граждан и лиц без гражданства, находящихся на территории РФ с целью осуществления трудовой деятельности, а также граждан РФ, находящихся за пределами РФ).

Страховая премия возвращается в полном объеме, если Страхователь отказался от договора страхования до даты возникновения обязательств Страховщика по договору страхования.

Страховая премия возвращается пропорционально (расчет производится по формуле из п.7.2.) сроку действия договора страхования, прошедшему с даты начала действия страхования до даты прекращения действия страхования.

Возврат страховой премии производится в безналичном порядке в срок, не превышающий 10 рабочих дней со дня получения письменного заявления Страхователя.

7.4. Изменение и расторжение сторонами договора страхования осуществляется в порядке, предусмотренном Гражданским кодексом Российской Федерации (глава 29 ГК РФ).

7.5. Договор страхования может быть признан недействительным с момента его заключения по основаниям, предусмотренным Гражданским кодексом Российской Федерации.

При недействительности договора страхования каждая из сторон обязана возвратить другой все полученное по нему, если иные последствия недействительности договора не предусмотрены законом.

Признание договора страхования недействительным осуществляется в соответствии с гражданским законодательством Российской Федерации.

7.6. В случае отзыва лицензии Страховщик, в течение месяца со дня вступления в силу данного решения органа страхового надзора, уведомляет Страхователя об отзыве лицензии, о досрочном прекращении договора страхования и/или о передаче обязательств, принятых по договору страхования (страхового портфеля), с указанием страховщика, которому данный портфель может быть передан.

Обязательства по договору страхования, по которому отношения сторон не урегулированы, по истечении трех месяцев со дня вступления в силу решения органа страхового надзора об отзыве лицензии подлежат передаче другому страховщику в порядке, установленном Законом РФ “Об организации страхового дела в Российской Федерации”.

8. ИЗМЕНЕНИЕ СТЕПЕНИ РИСКА

8.1. В период действия договора страхования Страхователь (Застрахованный) обязан незамедлительно сообщить Страховщику о ставших ему известными значительных изменениях в обстоятельствах, сообщенных Страховщику при заключении договора, если эти изменения могут существенно повлиять на увеличение страхового риска. При этом значительными признаются изменения, оговоренные в договоре страхования (страховом полисе) и в переданных Страхователю Правилах страхования, в том числе отнесение Застрахованного к иной категории по состоянию здоровья и выявления обстоятельств, определенных п. 1.7 настоящих Правил.

8.2. При получении информации об обстоятельствах, влекущих увеличение страхового риска Страховщик вправе потребовать изменения условий договора страхования и уплаты дополнительной страховой премии соразмерно увеличению риска.

Если Страхователь (Застрахованный) возражает против изменения условий договора страхования или доплаты страховой премии, Страховщик вправе потребовать расторжения договора в порядке, предусмотренном гражданским законодательством Российской Федерации.

При неисполнении Страхователем (Застрахованным) обязанностей по сообщению Страховщику об увеличении страхового риска последний вправе потребовать расторжения договора и возмещения убытков в порядке, предусмотренном гражданским законодательством Российской Федерации.

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

9. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

9.1. Права и обязанности Застрахованного по договору страхования.

9.1.1. Застрахованный имеет право:

а) на своевременное и качественное получение медицинских услуг и лекарственной помощи в соответствии с избранными Страхователем Программой (программами) страхования и медицинскими учреждениями, определенными договором страхования;

б) предъявлять письменные претензии к Страховщику по качеству своего обслуживания в избранном медицинском учреждении и требовать от Страховщика немедленного проведения расследования по таким претензиям.

9.1.2. Застрахованный обязан:

а) соблюдать предписания лечащего врача;

б) соблюдать порядок, установленный в медицинском учреждении;

в) обеспечить надлежащее хранение страхового полиса, исключая его использование для получения медицинских услуг третьими лицами.

9.2. Права и обязанности Страхователя по договору страхования.

9.2.1. Страхователь имеет право:

а) осуществлять контроль за соблюдением Страховщиком условий договора страхования;

б) при коллективном страховании в период действия договора страхования заменять Застрахованных, внося соответствующие изменения в список Застрахованных лиц в соответствии с условиями, изложенными в п.9.4 настоящих Правил;

в) расширить список Застрахованных и (или) перечень медицинских услуг и медицинских учреждений для Застрахованных в пределах, предусмотренных настоящими Правилами и

утвержденными программами добровольного медицинского страхования, при условии подписания подготовленного Страховщиком письменного дополнительного соглашения к договору страхования и своевременной уплаты дополнительно рассчитанной Страховщиком страховой премии;

г) в случае увольнения Застрахованного работника, Страхователь - юридическое лицо вправе заменить его другим в соответствии с условиями, изложенными в п. 9.5 настоящих Правил;

д) досрочно расторгнуть договор страхования в порядке, предусмотренном настоящими Правилами страхования и гражданским законодательством Российской Федерации.

9.2.2. Страхователь обязан:

а) предоставить Страховщику полную и достоверную информацию, необходимую для заключения договора страхования;

б) уплатить страховую премию в размере и в сроки, определенные договором страхования;

в) довести до сведения каждого Застрахованного условия страхования, определенные договором страхования;

г) предоставлять Страховщику информацию о показателях здоровья Застрахованных;

д) ознакомить Застрахованных с программами добровольного медицинского страхования.

9.3. Права и обязанности Страховщика.

9.3.1. Страховщик имеет право:

а) требовать от Страхователя предоставления полной и достоверной информации, необходимой для заключения договора страхования;

б) изменить страховую сумму по договору страхования при изменении цен на предоставляемые медицинские услуги путем составления дополнительного соглашения к договору страхования на условиях настоящих Правил и уплаты дополнительной страховой премии;

в) досрочно расторгнуть договор в порядке, предусмотренном действующим законодательством и настоящими Правилами.

г) в пределах страховой суммы устанавливать лимиты ответственности по Программам медицинского страхования.

9.3.2. Страховщик обязан:

а) заключать договоры на оказание медицинских, оздоровительных и социальных услуг гражданам по добровольному медицинскому страхованию с любыми медицинскими или иными учреждениями, имеющими лицензию;

б) обеспечить своевременную выдачу Застрахованным страховых медицинских полисов;

в) обеспечить предоставление Застрахованным медицинской помощи и услуг, определенных договором страхования;

г) защищать интересы Застрахованных посредством контроля за объемом, сроками и качеством оказываемой Застрахованным медицинской помощи в соответствии с условиями договора;

д) не разглашать полученные в результате своей профессиональной деятельности сведения о состоянии здоровья Застрахованных и их имущественном положении.

9.4. В случае увеличения списка Застрахованных при коллективной форме страхования Страхователь представляет Страховщику сведения, предусмотренные настоящими Правилами, о дополнительно страхуемых лицах и уплачивает за них страховую премию за период с заключения договора страхования в отношении указанных лиц до окончания срока страхования. При этом страховая премия за неполный месяц уплачивается как за полный.

В случае уменьшения по инициативе Страхователя числа Застрахованных (исключение Застрахованных из списка производится только с их согласия) договор в отношении этих лиц расторгается в порядке, предусмотренном Гражданским кодексом Российской Федерации. При этом уплаченная Страховщику страховая премия не подлежит возврату, если договором страхования не предусмотрено иное.

9.5. В случае замены Застрахованных лиц другими лицами при коллективной форме проведения страхования без увеличения числа Застрахованных Страхователь представляет Страховщику сведения об исключаемых из списка Застрахованных и включаемых в него. Замена Страхователем Застрахованного лица, названного в договоре страхования, другим лицом, может быть произведена с согласия Страховщика.

После возврата Страховщику страховых полисов (карточек) на лиц, исключаемых из списка Застрахованных, вновь Застрахованным выдаются страховые полисы (карточки) на условиях первоначально заключенного договора страхования.

При этом производится пересчет размера страховой премии с учетом состояния здоровья Застрахованных за неистекший срок страхования.

10. ПОРЯДОК ВЫПОЛНЕНИЯ ОБЯЗАТЕЛЬСТВ ПО ДОГОВОРУ. ОПЛАТА СТОИМОСТИ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ (ЛЕКАРСТВЕННОЙ ПОМОЩИ). СТРАХОВАЯ ВЫПЛАТА

10.1. Право Застрахованного на получение и оплату медицинской в том числе лекарственной, помощи, предусмотренной договором страхования, наступает с даты, указанной в договоре страхования, при условии выполнения обязательств Страхователя по уплате страховых взносов.

10.2. Предоставление медицинской (лекарственной) помощи, обусловленной договором страхования, осуществляется путем обращения Застрахованного в медицинские учреждения, указанные в договоре страхования.

При обращении Застрахованного в медицинское учреждение предъявляется страховой полис (карточка), выданный Страховщиком, паспорт либо другой документ, удостоверяющий личность Застрахованного.

При обращении Застрахованного (его представителя) в аптеку и (или) медицинское учреждение по поводу лекарственных средств предъявляется рецепт, установленной формы, выписанный врачом медицинского учреждения, с которым Страховщик состоит в договорных отношениях, а также страховой полис (карточка).

По всем проблемным вопросам, возникшим в ходе реализации предоставленных полисом (карточкой) прав Застрахованный обращается по контактному телефону Страховщика, указанному в страховом полисе (карточке).

10.3. Оплата стоимости услуг, оказанных медицинскими учреждениями, производится Страховщиком, исходя из фактических или предполагаемых затрат на оказание медицинской помощи и медицинских услуг по ценам, согласованным между Страховщиком и медицинским учреждением, в пределах страховой суммы, установленной по договору страхования, путем перечисления Страховщиком денежных средств на счет медицинского учреждения.

Перечисление производится после получения Страховщиком от медицинского учреждения счета согласно реестру понесенных расходов по всем услугам, оказанным Застрахованному в пределах программы, предусмотренной договором страхования.

Перечисление денежных средств на счет медицинского учреждения по поводу лекарственных средств осуществляется Страховщиком после получения от медицинского учреждения реестра (счета) на оплату лекарственных средств с указанием номера и даты предъявленного рецепта или его копии. В реестре (счете) указываются номер полиса, фамилия, имя, отчество Застрахованного.

Страховщик вправе проверить соответствие оказанных Застрахованному лицу медицинских услуг (лекарственной помощи) их перечню по договору страхования.

10.4. В исключительных случаях Страховщик вправе произвести оплату (компенсацию) самостоятельно понесенных Застрахованным лицом расходов по страховому случаю - на основании письменного заявления Застрахованного с приложением оригиналов документов, подтверждающих факт оказания Застрахованному медицинских услуг, диагноза, сроков лечения, перечня оказанных услуг (из числа предусмотренных договором страхования), понесенных расходов.

Для оплаты (компенсации) понесенных Застрахованным расходов по страховому случаю, он должен в течение 30-ти дней со дня оказания медицинской услуги представить Страховщику перечисленные выше документы.

10.5. Страховщик не оплачивает медицинские услуги, полученные по инициативе Застрахованного лица в медицинских учреждениях, не указанных в договоре (полисе, карточке) страхования, за исключением случаев, когда медицинские услуги получены в медицинском учреждении, не предусмотренном в договоре страхования, но обращение в которое согласовано и/или организовано Страховщиком.

Страховщик также не производит страховую выплату, если Застрахованный получил медицинские услуги, включая любой период пребывания в стационаре, которые не были рекомендованы и письменно засвидетельствованы медицинским учреждением (лечащим врачом), как необходимые и целесообразные меры.

11. ИСКОВАЯ ДАВНОСТЬ. ПОРЯДОК РАЗРЕШЕНИЯ СПОРОВ

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

11.2. Качество оказания медицинской помощи, соответствие ее условиям, предусмотренным в договоре страхования, контролируется врачами-экспертами Страховщика (штатными и внештатными).

11.3. Спорные вопросы, возникающие в процессе оказания медицинской помощи Застрахованным, Страхователь и Страховщик будут стремиться урегулировать путем переговоров. Если по спорным вопросам не будет достигнуто соглашение, то они подлежат рассмотрению в Арбитражном суде, в соответствии с действующим законодательством РФ.

В других случаях споры, связанные со страхованием, разрешаются судом, арбитражным или третейским судами в соответствии с их компетенцией.

Приложение 1
к Правилам добровольного
медицинского страхования
ООО СМК «АСТРА-МЕТАЛЛ»
от «10» июня 2019 г.

БАЗОВЫЕ ТАРИФЫ

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

№	Программа страхования	Тариф
1.	Амбулаторная помощь	34,98
2.	Стационарная помощь	12,80
3.	Комплексная медицинская помощь	20,77
4.	Лечение осложнений	
	- при амбулаторном лечении детей до 4-х лет	0,8
	детей 5-14 лет	0,4
	лиц 15-44 лет	0,2
	лиц 44-65 лет	0,7
	лиц старше 65 лет;	1,4
	- при стационарном лечении	6,1
5.	Лекарственная помощь	63,79
6.	«Материнство» (амбулаторная помощь)	29,5
	«Материнство» (стационарная помощь)	2,4
7.	Реабилитационно-восстановительное лечение в дополнение к	
	- Амбулаторной помощи	13,86
	- Стационарной помощи	4,56
	- Комплексной медицинской помощи	18,42
8.	«Стоматология»:	
	- взрослые	12,54
	- дети до 14 лет	2,62

Примечание:

При заключении договора страхования на неполный год размер страховой премии исчисляется в процентах от годовой суммы страховой премии. При сроке действия договора страхования до 2 месяцев - 30%; 3 месяца - 40%, 4 месяца - 50%, 5 месяцев - 60%, 6 месяцев - 70%, 7 месяцев - 75%, 8 месяцев - 80%, 9 месяцев - 85%, 10 месяцев - 90%, 11 месяцев - 95% от суммы годовой страховой премии.

Конкретный размер страхового тарифа определяется договором страхования по соглашению сторон.

Страховщик имеет право применять к базовым тарифным ставкам повышающие (от 1,1 до 5,0) или понижающие (от 0,3 до 0,9) коэффициенты исходя из: возраста и состояния здоровья (группы здоровья) Застрахованного (повышающие от 1,1 до 5,0 или понижающие от 0,5 до 0,9), профессии (рода деятельности) Застрахованного (повышающие от 1,1 до 5,0 или понижающие от 0,5 до 0,9), количественного состава группы (при коллективном страховании) (повышающие от 1,1 до 3,0 или понижающие от 0,4 до 0,9), категории медицинского учреждения, наличия сервисных услуг в медицинском учреждении, определенном договором страхования (повышающие от 1,1 до 5,0 или понижающие от 0,5 до 0,9), перечня медицинских услуг, включаемых в программу страхования (повышающие от 1,1 до 4,0 или понижающие от 0,3 до 0,9) других обстоятельств, имеющих существенное значение для определения степени страхового риска, при этом размер страхового тарифа не может быть больше 99 %.

Генеральный директор



А.Ю. Панов

А.Ю. Панов

Приложение 2
к Правилам добровольного
медицинского страхования
ООО СМК «АСТРА-МЕТАЛЛ»
от «10» июня 2019 г.*

В ООО СМК «АСТРА-МЕТАЛЛ»

З А Я В Л Е Н И Е

о добровольном медицинском страховании

Страхователь _____,
(полное наименование предприятия, организации)

в лице _____,
(должность, Ф.И.О.)

действующего на основании _____,

юридический адрес: _____

_____. Телефон: _____ Факс: _____,

банковские реквизиты: _____

просит заключить договор добровольного медицинского страхования на срок с “___” _____ 20__ г.
по “___” _____ 20__ г. в соответствии с прилагаемым списком:

Фамилия, имя, отчество Застрахованного лица	пол	Месяц и год рождения	Домашний адрес и телефон	Отношение к Страхователю (работающий, член семьи, другие лица)	Желаемые условия страхования (программа страхования, медицинское учреждение)	Другие данные, имеющие значение для установления страховой суммы и тарифа: наличие хронических заболеваний (каких)

Всего: _____ человек.

Руководитель _____ / _____ /

“___” _____ 20__ г.

* если заявление предоставляется в письменном виде

Приложение 3
к Правилам добровольного
медицинского страхования
ООО СМК «АСТРА-МЕТАЛЛ»
от «10» июня 2019 г.*

В ООО СМК «АСТРА-МЕТАЛЛ»

ЗАЯВЛЕНИЕ

о добровольном медицинском страховании

Я, _____,
(Фамилия, Имя, Отчество)
проживающ:й(а), по адресу: _____,
_____, телефон _____,
паспорт: серия _____ № _____, выдан "_____" _____ г., _____

(кем выдан)
прошу заключить договор добровольного медицинского страхования на срок с "_____" _____ 20__ г.
по "_____" _____ 20__ г. в пользу:

Фамилия, имя, отчество лица, в пользу которого заключается договор страхования	пол	Месяц и год рождения	Домашний адрес и телефон	Желаемые условия страхования (программа страхования, медицинское учреждение)

СТРАХОВАТЕЛЬ: _____
(подпись)

"_____" _____ г.

* если заявление предоставляется в письменном виде.

Приложение 4
к Правилам добровольного
медицинского страхования
ООО СМК «АСТРА-МЕТАЛЛ»
от «10» июня 2019 г.

**ОБЩЕСТВО С ОГРАНИЧЕННОЙ ОТВЕТСТВЕННОСТЬЮ
СТРАХОВАЯ МЕДИЦИНСКАЯ КОМПАНИЯ «АСТРА-МЕТАЛЛ»**

Юридический адрес: _____
Банковские реквизиты: _____
Телефон: _____ Факс: _____ E-mail: _____

**П О Л И С
ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ**

серия _____ № _____ от «__» _____ 20__ г.

Настоящий полис удостоверяет факт заключения договора добровольного медицинского страхования на условиях Правил добровольного медицинского страхования в действующей редакции. По настоящему полису страховым случаем является обращение Застрахованного в течение срока действия договора страхования в медицинское учреждение, из числа предусмотренных договором страхования, при остром заболевании, обострении хронического заболевания, травме, отравлении и других случаях за получением медицинской помощи в рамках страховой медицинской программы. Страховщик гарантирует Страхователю предоставление медицинских услуг лечебно-профилактическими учреждениями, перечисленными в Полисе.

Страхователь: _____
(Ф.И.О. Страхователя)

Застрахованный: _____

Место работы: _____

Дата рождения: _____

Домашний адрес: _____

Страховая медицинская программа		Медицинское учреждение	Страховая сумма (руб.)
Амбулаторная помощь	У		
Стационарная помощь	У		
РВЛ			
Лечение осложнений	У		
Материнство			
Стоматология			
Общая страховая сумма:			

Страховая премия _____ руб.

(сумма прописью)

(сроки и порядок внесения)

Срок действия договора: _____

Правила добровольного медицинского страхования Страхователю вручены.

Страховщик: _____ (подпись Застрахованного)

(подпись)

ФИО

должность

документ, подтверждающий полномочия

М.П.

“__” _____ 20__ г.

Оборот страхового полиса

Выписка из Правил страхования

1. Страховой полис является документом, удостоверяющим право Застрахованного на получение медицинских услуг по договору страхования.
2. Действие полиса прекращается с даты окончания срока действия договора страхования.
3. При утрате Застрахованным страхового полиса он должен незамедлительно известить об этом страховую компанию. Взамен Застрахованному выдается новый полис. При этом с Застрахованного взыскивается сумма в размере фактической стоимости изготовления страхового полиса.
4. В случае смерти Застрахованного полис теряет свою силу и подлежит возврату в страховую компанию.
5. Застрахованный имеет право сообщить страховой компании о случаях не предоставления медицинских услуг, неполного или некачественного предоставления таких услуг.
6. При наступлении страхового случая медицинские услуги Застрахованному оказываются на основании предъявления им страхового полиса, паспорта, свидетельства о рождении (для детей).
7. Для получения медицинских услуг Застрахованный обращается в медицинское учреждение, предусмотренные договором страхования.

Телефон для справок: +7 (____) _____, факс: +7 (____) _____

Телефон горячей линии: 8-800-250-01-60

Сведения о расходовании страховых сумм:

Дата	Вид медицинской помощи или услуг, наименование медицинского учреждения	Сумма услуги (руб.)	Подпись (печать) медучреждения

Приложение 5
к Правилам добровольного
медицинского страхования
ООО СМК «АСТРА-МЕТАЛЛ»
от «10» июня 2019 г.

**ОБЩЕСТВО С ОГРАНИЧЕННОЙ ОТВЕТСТВЕННОСТЬЮ
СТРАХОВАЯ МЕДИЦИНСКАЯ КОМПАНИЯ «АСТРА-МЕТАЛЛ»**

Юридический адрес: РФ, 455044, Челябинская область, г. Магнитогорск, ул. Завенягина, 1/2

Телефон для справок: +7 (3519) 28-28-81, факс: +7 (3519) 28-28-81

Телефон горячей линии: 8-800-250-01-60

E-mail: astram@astrametall.ru

СТРАХОВАЯ КАРТОЧКА

серия _____ № _____

(Ф.И.О. Застрахованного, пол, год рождения)

Адрес: _____ телефон: _____

Программа добровольного медицинского страхования _____

Срок действия _____

Оборот страховой карточки

Информация о филиалах ООО СМК «АСТРА-МЕТАЛЛ»:

1. филиал ООО СМК «АСТРА-МЕТАЛЛ» в г. Челябинск, пр. Ленина, 83; тел. (351) 265-44-62
2. филиал ООО СМК «АСТРА-МЕТАЛЛ» в РБ, ул. Ленина, 33/1, тел. (347) 286-21-48
3. филиал ООО СМК «АСТРА-МЕТАЛЛ» в г. Екатеринбург, ул. В.Еремина, 3, тел. (343) 359-44-49

Приложение 6
к Правилам добровольного
медицинского страхования
ООО СМК «АСТРА-МЕТАЛЛ»
от «10» июня 2019 г.

ДОГОВОР

коллективного добровольного медицинского страхования граждан № _____

г. _____ “___” _____ 20__ г.

ООО Страховая медицинская компания “АСТРА-МЕТАЛЛ” (в дальнейшем по тексту - Страховщик), в лице _____

(должность, Ф.И.О. лица, подписавшего договор)

действующего на основании _____ и
лицензии № _____ от “___” _____ г., с одной стороны, и

(наименование юридического лица)

(в дальнейшем по тексту - Страхователь), в лице _____

(должность, Ф.И.О. лица, подписавшего договор)

действующего на основании _____, с другой стороны, в соответствии с
“Правилами добровольного медицинского страхования” Страховщика от «___» _____
_____ года, заключили настоящий договор о нижеследующем:

1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

1.1. По настоящему договору Страховщик принимает на себя обязательства по организации предоставления и оплате медицинских услуг, оказываемых Застрахованным гражданам, включенным в представленные Страхователем списки при наступлении страхового случая, сверх установленных программами обязательного медицинского страхования.

1.2. Объем услуг, оказываемых Застрахованным, определяется предусмотренными Правилами страхования программами медицинского страхования, перечень которых прилагается к настоящему договору (Приложение № 1), включая перечень медицинских учреждений (Приложение № 2).

2. УСЛОВИЯ СТРАХОВАНИЯ

2.1. В соответствии с Правилами добровольного медицинского страхования Страховщика страховым случаем признается обращение Застрахованного в течение срока действия договора страхования в медицинское учреждение, из числа предусмотренных настоящим договором, при остром заболевании, обострении хронического заболевания, травме, отравлении и других несчастных случаях за получением медицинской, в том числе лекарственной, помощи, предусмотренной настоящим договором.

2.2. Общая численность Застрахованных на момент заключения договора составляет _____ человек, в том числе:

по программе «_____» составляет _____ чел.;

по программе «_____» составляет _____ чел.;

по программе «_____» составляет _____ чел.

Список Застрахованных, согласно Приложению № 3, прилагается к настоящему договору в электронном (письменном) виде. Все изменения в списках Застрахованных Страхователь согласовывает со Страховщиком с последующим переоформлением полисов (карточек).

2.3. Страховщик выдает каждому Застрахованному (через Страхователя) в течение 30 рабочих дней после вступления в силу настоящего договора полис (карточку) установленного образца.

3. СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА

3.1. Договор заключается сроком _____ .

3.2. Договор вступает в силу и ответственность Страховщика начинается с “___” _____ 20__ г.,

Примечание: возможно выбрать другой вариант:

Договор вступает в силу и ответственность Страховщика начинается со дня, следующего за днем уплаты страховой премии (взноса).

Договор оканчивается в 24 часа 00 минут “___” _____ 20__ г.

3.3. Действие договора может быть продлено на срок, установленный соглашением сторон.

4. СТРАХОВАЯ СУММА И СТРАХОВАЯ ПРЕМИЯ

4.1. Общая страховая сумма составляет _____ руб.
(сумма прописью)

Страховая сумма по программе «_____» составляет: _____ руб.

Страховая сумма по программе «_____» составляет _____ руб.

4.2. Размер страховой премии за каждого Застрахованного определяется в соответствии с действующими тарифами.

Общая страховая премия _____ руб.
(сумма прописью)

Страховая премия вносится _____
(порядок и сроки внесения)

При неуплате в установленный договором страхования срок очередного страхового взноса Страховщик направляет Страхователю письменное уведомление о факте просрочки и последствиях неуплаты Страхователем очередного страхового взноса.

5. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

5.1. Права и обязанности Застрахованного по договору страхования.

5.1.1. Застрахованный имеет право:

а) на своевременное и качественное получение медицинских услуг и лекарственной помощи в соответствии с избранными Страхователем Программой (программами) страхования и медицинскими учреждениями, определенными договором страхования;

б) предъявлять претензии к Страховщику по качеству своего обслуживания в избранном медицинском учреждении и требовать от Страховщика немедленного проведения расследования по таким претензиям.

5.1.2. Застрахованный обязан:

а) соблюдать предписания лечащего врача;

б) соблюдать порядок, установленный в лечебном учреждении;

в) обеспечить надлежащее хранение страхового полиса (карточки), исключая возможность его использования для получения медицинских услуг третьими лицами.

5.2. Права и обязанности Страхователя по договору страхования.

5.2.1. Страхователь имеет право:

а) осуществлять контроль за соблюдением Страховщиком условий договора страхования;

б) при коллективном страховании в период действия договора страхования заменять Застрахованных, внося соответствующие изменения в список Застрахованных лиц в соответствии с условиями, изложенными в п.5.4 настоящего договора;

в) расширить список Застрахованных и (или) перечень медицинских услуг и медицинских учреждений для Застрахованных в пределах, предусмотренных Правилами и утвержденными программами добровольного медицинского страхования, при условии подписания подготовленного Страховщиком письменного дополнительного соглашения к договору страхования и своевременной уплаты дополнительно рассчитанной Страховщиком страховой премии;

г) в случае увольнения Застрахованного работника, Страхователь - юридическое лицо вправе заменить его другим в соответствии с условиями, изложенными в п. 5.5 настоящего договора;

д) досрочно расторгнуть договор страхования в порядке, предусмотренном Правилами страхования и гражданским законодательством РФ.

5.2.2. Страхователь обязан:

а) предоставить Страховщику полную и достоверную информацию, необходимую для заключения договора страхования;

б) уплатить страховую премию в размере и в сроки, определенные договором страхования;

в) довести до сведения каждого Застрахованного условия страхования, определенные настоящим договором;

г) предоставлять Страховщику информацию о показателях здоровья Застрахованных;

д) ознакомить Застрахованных с программами добровольного медицинского страхования.

5.3. Права и обязанности Страховщика.

5.3.1. Страховщик имеет право:

а) требовать от Страхователя предоставления полной и достоверной информации, необходимой для заключения договора страхования;

б) изменить страховую сумму по договору страхования при изменении цен на предоставляемые медицинские услуги путем составления дополнительного соглашения к договору страхования на условиях Правил страхования и уплаты дополнительной страховой премии;

в) досрочно расторгнуть договор в порядке, предусмотренном действующим законодательством и Правилами страхования.

г) в пределах страховой суммы устанавливать лимиты ответственности по Программам медицинского страхования.

5.3.2. Страховщик обязан:

а) заключать договоры на оказание медицинских, оздоровительных и социальных услуг гражданам по добровольному медицинскому страхованию с любыми медицинскими или иными учреждениями;

б) обеспечить своевременную выдачу Застрахованным страховых медицинских полисов (карточек);

в) обеспечить предоставление Застрахованным медицинской помощи и услуг, определенных договором страхования;

г) защищать интересы Застрахованных посредством контроля за объемом, сроками и качеством оказываемой Застрахованным медицинской помощи в соответствии с условиями договора;

д) не разглашать полученные в результате своей профессиональной деятельности сведения о состоянии здоровья Застрахованных и их имущественном положении.

5.4. В случае увеличения списка Застрахованных при коллективной форме страхования Страхователь представляет Страховщику сведения, предусмотренные Правилами страхования, о дополнительно страхуемых лицах и уплачивает за них страховую премию за период с заключения договора страхования в отношении указанных лиц до окончания срока страхования. При этом страховая премия за неполный месяц уплачивается как за полный.

В случае уменьшения по инициативе Страхователя числа Застрахованных договор в отношении этих лиц расторгается в порядке, предусмотренном Гражданским кодексом Российской Федерации. При этом уплаченная Страховщику страховая премия не подлежит возврату.

5.5. В случае замены Застрахованных лиц другими лицами при коллективной форме проведения страхования без увеличения числа Застрахованных Страхователь представляет Страховщику сведения об исключаемых из списка Застрахованных и включаемых в него. Замена Страхователем Застрахованного лица, названного в договоре страхования, другим лицом, может быть произведена с письменного согласия Страховщика.

После возврата Страховщику страховых полисов и/или страховых карточек лиц, исключаемых из списка Застрахованных, вновь Застрахованным выдаются страховые полисы и/или страховые карточки на условиях первоначально заключенного договора страхования.

При этом производится пересчет размера страховой премии с учетом состояния здоровья Застрахованных за неистекший срок страхования.

6. ПРОЧИЕ УСЛОВИЯ ДОГОВОРА

6.1. В случае изменения цен на медицинские услуги, экономических и других непредвиденных условий, изменения в договор вносятся по согласованию сторон, а при недостижении согласия договор расторгается.

7. ИСКОВАЯ ДАВНОСТЬ

7.1. Иск по требованиям, вытекающим из настоящего договора, может быть предъявлен Страховщику в сроки, предусмотренные гражданским законодательством Российской Федерации.

8. ПОРЯДОК РАЗРЕШЕНИЯ СПОРОВ

8.1. Качество и порядок оказания медицинской, в том числе лекарственной, помощи, соответствие ее условиям, предусмотренным в договоре страхования, контролируется врачами-экспертами Страховщика (штатными и внештатными).

8.2. Спорные вопросы, возникающие в процессе оказания медицинской (лекарственной) помощи Застрахованным, Страхователь и Страховщик будут стремиться урегулировать путем переговоров. Если по спорным вопросам не будет достигнуто соглашение, то они подлежат рассмотрению в Арбитражном суде Челябинской области, в соответствии с действующим законодательством РФ.

В других случаях споры, связанные со страхованием, разрешаются судом, арбитражным или третейским судами в соответствии с их компетенцией.

Страхователь с Правилами страхования ознакомлен и один экземпляр их получил
« ____ » _____ 20__ г. (Приложение № 4)

Приложения:

№1 – Программы добровольного медицинского страхования;

№2 – Перечень медицинских учреждений;

№ 3 – Список Застрахованных с указанием фамилии, имени, отчества, года рождения, пола, места жительства каждого из них (Представляется Страхователем);

№4 – “Правила добровольного медицинского страхования” ООО СМК «АСТРА-МЕТАЛЛ»
от « ____ » _____ 20__ года.

9. ЮРИДИЧЕСКИЕ АДРЕСА И БАНКОВСКИЕ РЕКВИЗИТЫ СТОРОН

9.1. СТРАХОВЩИКА: _____
(индекс) (почтовый адрес)

Расчетный счет _____

Реквизиты банка _____

Телефон: _____ Факс: _____ E-mail: _____

9.2. СТРАХОВАТЕЛЯ: _____
(индекс) (почтовый адрес)

Расчетный счет _____

Реквизиты банка _____

Телефон: _____ Факс: _____ E-mail: _____

СТРАХОВЩИК

(подпись)
“ ” _____ 20__ г.

М.П.

СТРАХОВАТЕЛЬ

(подпись)
“ ” _____ 20__ г.

М.П.

Приложение 1
к Договору коллективного
добровольного
медицинского страхования
ООО СМК «АСТРА-МЕТАЛЛ»
от «___» _____ 20__ г.

ПРОГРАММЫ
добровольного медицинского страхования

Оказание медицинских услуг Застрахованным гарантируется за счет средств страхового взноса на добровольное медицинское страхование, сверх программ обязательного медицинского страхования

Добровольное медицинское страхование проводится по следующим программам:

1. _____
(наименование программы добровольного медицинского страхования)

(перечень медицинской помощи и медицинских услуг)

2. _____
(наименование программы добровольного медицинского страхования)

(перечень медицинской помощи и медицинских услуг)

3. _____
(наименование программы добровольного медицинского страхования)

(перечень медицинской помощи и медицинских услуг)

Страхователь _____
Подпись

М.П.

Страховщик _____
Подпись

М.П.

№ п/п	Наименование медицинского учреждения	Адрес	Телефон	Специализация Мед.учреждения

М.П.

М.П.

Приложение № 3
к Договору коллективного добровольного
медицинского страхования граждан
ООО СМК «АСТРА-МЕТАЛЛ»
от «__» _____ 20__ г.*

СПИСОК ЗАСТРАХОВАННЫХ ЛИЦ
От «__» _____ 200_ года

Страхователь: _____
Телефон: _____ Факс: _____ Адрес: _____

№ п/п	Фамилия Имя Отчество	Дата рождения	Пол	Адрес проживания	Телефон дом.	Телефон служ.

Всего: _____ человек.

Страховщик _____

Страхователь _____

М.П.

М.П.

* если список предоставляется в письменном виде

Приложение 7
к Правилам добровольного
медицинского страхования
ООО СМК «АСТРА-МЕТАЛЛ»
от «10» июня 2019 г.

ДОГОВОР

**с медицинским учреждением на предоставление
медицинской (лекарственной) помощи (медицинских услуг)
по добровольному медицинскому страхованию граждан**
№ _____

г. _____ “___” _____ 20__ г.

ООО Страховая медицинская компания “АСТРА-МЕТАЛЛ” (в дальнейшем по тексту -
Страховщик), в лице _____

(должность, Ф.И.О. лица, подписавшего договор)
действующего на основании _____ и
лицензии № _____ от “___” _____ г., с одной стороны, и медицинское
учреждение _____

(наименование)
(в дальнейшем по тексту - Учреждение), имеющее лицензию № _____ от “___” _____ г.,
выданную _____

(наименование комиссии, выдавшей лицензию)
и сертификат № _____ от “___” _____ г., выданный _____

(наименование органа, выдавшего сертификат)
в лице _____

(должность, Ф.И.О. лица, подписавшего договор)
действующего на основании _____, с другой стороны, совместно именуемые
Стороны, заключили настоящий договор о нижеследующем:

1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

1.1. По настоящему договору Учреждение принимает на себя обязательство оказывать медицинскую (лекарственную) помощь в соответствии с разрешенными ему видами деятельности, гражданам, которым Страховщиком выдан страховой полис (карточка), при наступлении страхового случая, сверх оказываемой в объеме программ обязательного медицинского страхования. Указанные граждане именуются в дальнейшем “Застрахованный контингент”.

1.2. Страховым случаем является совершившееся событие, предусмотренное договором страхования, с наступлением которого возникает обязанность Страховщика осуществить страховую выплату.

В соответствии с Правилами добровольного медицинского страхования, страховым случаем признается обращение Застрахованного в течение срока действия договора страхования в медицинское учреждение, из числа предусмотренных договором страхования, при остром заболевании, обострении хронического заболевания, травме, отравлении и других случаях за получением медицинской, в том числе лекарственной, помощи, предусмотренной договором страхования.

1.3. При обращении Застрахованного в Учреждение предъявляется страховой полис (карточка), выданный Страховщиком, паспорт либо другой документ, удостоверяющий личность Застрахованного (при обращении по поводу лекарственных средств предъявляется рецепт, установленной формы, выписанный врачом медицинского учреждения).

1.4. Учреждение оказывает медицинскую помощь в объеме, определенном программами, указанными в полисе (карточке), в соответствии с существующими технологиями (лекарственную помощь в соответствии с назначением врача по рецепту).

2. ОБЪЕМ И КАЧЕСТВО ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

2.1. Учреждение обязано обеспечивать соответствие оказываемой медицинской помощи существующим технологиям.

2.2. Учреждение оказывает Застрахованному контингенту медицинские услуги (лекарственную помощь), виды, , цены и сроки выполнения которых устанавливаются исходя из договора (полиса, карточки) страхования согласованным сторонами перечнем, являющимся неотъемлемой частью настоящего договора (Приложение № 1).

2.3. При невозможности Учреждением оказать медицинскую (лекарственную) помощь установленного вида, объема, стандарта в установленные сроки оно обязано за свой счет обеспечить Застрахованному контингенту получение такой помощи в другом медицинском учреждении или путем привлечения соответствующего специалиста.

О невозможности оказания медицинской (лекарственной) помощи установленного вида и объема Учреждение немедленно письменно извещает Страховщика с указанием по какому полису (карточке) невозможно оказать медицинскую (лекарственную) помощь.

На оказание медицинской (лекарственной) помощи другим медицинским учреждением, выбранным Учреждением, должно быть получено письменное согласие Застрахованного и Страховщика (за исключением случаев оказания срочной медицинской (лекарственной) помощи).

2.4. Учреждение должно письменно поставить в известность Страховщика о возникших обстоятельствах, которые могут привести к нарушению требований пунктов 2.1 и 2.2 настоящего договора.

2.5. При невозможности Учреждением выполнить требования пунктов 2.1 - 2.2 настоящего договора Страховщик вправе по своему усмотрению расторгнуть в одностороннем порядке настоящий договор.

3. ЧИСЛЕННОСТЬ ЗАСТРАХОВАННЫХ

3.1. Численность Застрахованного контингента составляет _____ человек. Страховщик без согласования с Учреждением вправе изменить указанную численность не более, чем на _____ процентов.

3.2. О всех изменениях численности Застрахованного контингента Страховщик немедленно извещает Учреждение.

4. СТОИМОСТЬ РАБОТ И ПОРЯДОК РАСЧЕТОВ

4.1. Страховщик оплачивает медицинскую (лекарственную) помощь, оказываемую Учреждением Застрахованному контингенту.

4.2. Оплата стоимости услуг, оказанных Учреждением производится исходя из фактических затрат на оказание медицинской (лекарственной) помощи и медицинских услуг по ценам, согласованным между Страховщиком и Учреждением (Приложение № 1) в пределах страховой суммы путем перечисления Страховщиком денежных средств на счет Учреждения. Перечисление производится после получения от Учреждения счета и реестра по согласованной форме. (Аптека медицинского учреждения представляет реестр (счет) на оплату лекарственных средств с приложением копий рецептов или с указанием № и даты предъявленного рецепта.)

4.3. Если предполагаемая стоимость медицинской помощи (лекарственных средств) и медицинских услуг превышает страховую сумму, то вопрос о предоставлении и оплате указанной помощи решается в каждом конкретном случае по письменному согласованию между Страховщиком, Учреждением и Застрахованным (Страхователем). Возможны следующие варианты:

- а) эта помощь не оказывается и не оплачивается в рамках данного договора;
- б) эта помощь оплачивается за счет уплаченной Страхователем Страховщику страховой премии по оформленному соглашению к договору (полису, карточке) страхования.

4.4. Страховщик в срок до 25 числа месяца, следующего за отчетным оплачивает Учреждению сумму средств за оказанные медицинские услуги (лекарственную помощь) застрахованному Контингенту.

При неправильном оформлении счета-фактуры и реестра, акта выполненных работ, оплата может быть отложена соразмерно сроку исправления счетов, реестров и актов.

4.5. В случае, если по результатам технико-экономической и(или) медицинской экспертизы выявлена сумма, подлежащая снятию в соответствии с Актом экспертизы счета, подписанным обеими Сторонами, Страховщик имеет право уменьшить текущий или последующие платежи на выявленную сумму.

4.6. В срок до 20 числа месяца, следующего за отчетным месяцем, стороны производят выверку взаиморасчетов по оплате оказанных медицинских услуг (лекарственной помощи) Застрахованному контингенту. Окончательная выверка взаиморасчетов производится не позднее 30 января года, следующего за отчетным.

Учреждение предоставляет Страховщику все необходимые для производства взаиморасчетов документы.

4.7. Учреждение предоставляет Акт выполненных работ (Приложение № 3) и счет-фактуру Страховщику в срок до 05 числа месяца, следующего за отчетным.

4.8. Учреждение до заключения настоящего Договора предоставляет Страховщику Лицензию на право осуществления медицинской деятельности (копию) и Сертификат (копию), перечень (виды) оказываемых медицинских услуг с указанием цен на услуги, которые отражаются (входят) в Приложении № 1.

5. ПОРЯДОК ОКАЗАНИЯ ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

5.1. Учреждение оказывает медицинские услуги, предусмотренные настоящим договором, Застрахованному контингенту согласно режиму работы, письменно согласованному со Страховщиком.

6. УЧЕТ В МЕДИЦИНСКОМ УЧРЕЖДЕНИИ

6.1. Учреждение обязано вести учет:

- а) Застрахованного контингента, обратившегося в Учреждение;
- б) видов, объемов и сроков оказания медицинской (лекарственной) помощи Застрахованному контингенту;
- в) средств, поступающих от Страховщика.

Организация учета согласовывается со Страховщиком в течение 30 дней с даты подписания настоящего Договора.

7. КОНТРОЛЬ

7.1. Страховщик вправе контролировать соответствие оказываемых Учреждением медицинских и иных услуг перечню, прилагаемому к настоящему договору.

7.2. Контроль осуществляется путем проверок, проводимых представителем Страховщика и Учреждения с участием в равных долях. Проверка осуществляется по мере необходимости.

7.3. Учреждение обязано обеспечить представителям Страховщика, осуществляющим проверку, свободное ознакомление с деятельностью Учреждения, связанную с исполнением настоящего договора.

8. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН

8.1. За просрочку платежей, предусмотренных настоящим договором, Страховщик уплачивает Учреждению пеню в размере ____% просроченной суммы за каждый день просрочки. Уплата пени не освобождает Страховщика от уплаты услуг, оказанных по его полисам. При просрочке Страховщиком платежа, не превышающей _____ дней, Учреждение обязано продолжать оказание лечебно-профилактической помощи Застрахованным лицам.

8.2. За нарушение требований п.6 настоящего договора Учреждение выплачивает Страховщику штраф в размере _____ рублей.

8.3. В случае нарушения требований п.7 настоящего договора Учреждение выплачивает Страховщику штраф в размере _____ рублей.

8.4. В случае неполно или некачественно оказанной услуги Страховщик вправе не возмещать Учреждению ее стоимость.

8.5. При разглашении одной из сторон сведений, составляющих коммерческую тайну, виновная сторона обязана возместить другой стороне понесенные ей в связи с этим убытки.

8.6. Стороны могут предъявлять взаимные претензии по факту нарушений, связанных с исполнением настоящего Договора, в течение всего срока действия настоящего Договора. При наличии претензий и при согласии с ними, виновная сторона должна в 3-х дневный срок представить объяснения, исправить упущения и учесть в последующей работе требования, содержащиеся в претензии.

8.7. В случае необоснованного отказа Учреждения в предоставлении Застрахованному контингенту медицинской помощи по настоящему Договору, а также некачественного или неполного предоставления, Учреждение оказывает необходимую медицинскую помощь качественно, за свой счет, без выставления расходов Страховщику.

9. КОНФИДЕНЦИАЛЬНОСТЬ

9.1. Стороны берут на себя взаимные обязательства со соблюдению 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.

9.2. Конфиденциальной по настоящему Договору признается информация:

- О форме и содержании Договора;
- Сведения о состоянии здоровья Застрахованного, диагнозе его заболевания и иные сведения, полученные при его обследовании и лечении;
- О стоимости медицинских услуг, оказанных Учреждением;
- О выплатах за медицинские услуги, произведенных Страховщиком.

10. УВЕДОМЛЕНИЕ И СООБЩЕНИЕ

10.1. Все уведомления и сообщения, направленные сторонами в связи с исполнением настоящего договора, должны быть сделаны в письменной форме.

10.2. Стороны обязуются в течение 3-х дней извещать друг друга о всех изменениях своих адресов и реквизитов.

11. ИЗМЕНЕНИЕ И ПРЕКРАЩЕНИЕ ДОГОВОРА

11.1. Настоящий договор может быть изменен только по письменному соглашению сторон.

11.2. Настоящий договор может быть прекращен до окончания срока его действия:

а) по соглашению сторон, совершенному в письменном виде;

б) при нарушении одной из сторон условий настоящего договора.

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

12. СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА

12.1. Настоящий договор вступает в силу с даты подписания его сторонами и действует в течение одного года. Если ни одна из Сторон за 30 дней не известит другую Сторону о прекращении Договора, то он пролонгируется на тот же срок.

12.2. Настоящий договор может быть расторгнут по желанию одной из сторон при условии письменного уведомления другой стороны за 30 дней до его расторжения.

13. ПРОЧИЕ УСЛОВИЯ

13.1. По вопросам, не предусмотренным настоящим договором, стороны руководствуются законодательством Российской Федерации.

14. ПРИЛОЖЕНИЯ

Приложение № 1 – Перечень медицинских услуг (лекарственной помощи) с прейскурантом цен;

Приложение № 2 – Форма Реестра Застрахованных для оплаты Страховщиком.

Приложение № 3 – Акт выполненных работ.

15. ЮРИДИЧЕСКИЕ АДРЕСА И БАНКОВСКИЕ РЕКВИЗИТЫ СТОРОН

15.1. СТРАХОВЩИКА:

_____ (индекс) _____ (почтовый адрес)

Расчетный счет _____

Реквизиты банка _____

Телефон: _____ Факс: _____ E-mail: _____

15.2. УЧРЕЖДЕНИЯ:

_____ (индекс) _____ (почтовый адрес)

Расчетный счет _____

Реквизиты банка _____

Телефон: _____ Факс: _____ E-mail: _____

СТРАХОВЩИК

УЧРЕЖДЕНИЕ

(подпись)
“ ” _____ 20__ г.
М.П.

(подпись)
“ ” _____ 20__ г.
М.П.

Приложение 1
к Договору с медицинским
учреждением на
предоставление медицинской
(лекарственной) помощи
ООО СМК «АСТРА-МЕТАЛЛ»
От «___» _____ 20__ г.

**Перечень медицинских услуг (лекарственной помощи),
оказываемых учреждением
с прейскурантом цен
на _____ 200__ г.**

№ п/п	Наименование услуг (лекарственной помощи)	Цена (руб.)

Учреждение _____
Подпись

М.П.

Страховщик _____
Подпись

М.П.

Приложение 2
к Договору с медицинским
учреждением на
предоставление медицинской
(лекарственной) помощи
ООО СМК «АСТРА-МЕТАЛЛ»
От «___» _____ 20__ г.

**Реестр медицинских услуг,
оказанных в _____ 200__ г.**

№ п/п	№ полис а	Фамилия, имя, отчество	Место работы	Сроки лечения	Вид услуги	Стоимос ть услуги и общая сумма лечения (руб.)

Учреждение _____
Подпись

М.П.

Страховщик _____
Подпись

М.П.

Приложение 3
к Договору с медицинским
учреждением на
предоставление медицинской
(лекарственной) помощи
ООО СМК «АСТРА-МЕТАЛЛ»
от «___» _____ 20__ г.

**Акт
выполненных работ
от «___» _____**

Учреждение: _____

Страховщик: ООО Страховая медицинская компания «АСТРА-МЕТАЛЛ»

Договор с медицинским учреждением № _____ от _____

№	Наименование работы (услуги)	Сумма
1.	Медицинские услуги	
	Итого:	
	Всего (с учетом НДС):	

Всего оказано услуг на сумму: _____, в т.ч.: НДС- Ноль рублей 00 копеек.

Вышеперечисленные услуги выполнены полностью и в срок. Заказчик претензий по объему, качеству и срокам оказания услуг не имеет.

Учреждение _____
Подпись

М.П.

Страховщик _____
Подпись

М.П.

ПРОГРАММЫ добровольного медицинского страхования

Оказание медицинских услуг Застрахованным гарантируется за счет средств страхового взноса на добровольное медицинское страхование, сверх программ обязательного медицинского страхования

Добровольное медицинское страхование проводится по следующим программам:

“Амбулаторная помощь”.

Страховщик гарантирует Застрахованному предоставление и оплату медицинских услуг в амбулаторно-поликлинических условиях и у врачей частной практики, определенных договором страхования, при обращении в медицинское учреждение или к представителю Страховщика.

Объем лабораторных и инструментальных методов диагностики и лечения устанавливается лечащим врачом в пределах следующего перечня: - ЭКГ, велоэргометрия, реовазография, электроэнцефалография, холтеровское мониторирование;

- рентгенологические исследования органов грудной клетки, брюшной полости, черепа, костной системы;
- томография;
- тепловидение;
- УЗ методы исследования;
- эндоскопические исследования;
- клинические, биохимические, бактериологические и иммунологические исследования биологических жидкостей организма (крови, мочи, мокроты);
- другие исследования, оказываемые медицинским учреждением, указанным в договоре страхования.

Проведение (по назначению врача) в амбулаторных условиях лечебных манипуляций и физиотерапевтических процедур: массаж, водо-, электро- и теплолечение, магнито- и лазеротерапия.

Амбулаторно-поликлиническая помощь оказывается по следующим специальностям:

- кардиология;
- ревматология;
- гастроэнтерология;
- пульмонология
- эндокринология;
- неврология;
- педиатрия;
- терапия (общая);
- инфекционные болезни;
- травматология;
- урология, нефрология;
- торакальная хирургия;
- проктология;
- кардиохирургия, за исключением случаев указанных в Правилах страхования;
- сосудистая хирургия;
- хирургия (общая, гнойная, торакальная);
- гинекология;
- отоларингология;

- офтальмология;
- дерматология;
- аллергология;
- ортопедия;
- психотерапия;
- иммунология;
- андрология;
- стоматология;
- физиотерапия,
- иммунопрофилактика.

“Стационарная помощь”.

Страховщик гарантирует предоставление и оплату в пределах страховой суммы высококвалифицированного обследования и лечения в стационарах, указанных в договоре страхования.

Стационарная терапевтическая и хирургическая помощь оказывается в следующих отделениях по соответствующим заболеваниям:

- кожное;
- урологическое;
- травматолого-ортопедическое;
- кардиологическое отделение острого инфаркта-миокарда;
- хирургическое;
- сосудистой хирургии;
- кардиологическое;
- гинекологическое;
- офтальмологическое;
- неврологическое;
- эндокринологическое;
- гастроэнтерологическое;
- терапевтическое;
- пульмонологическое;
- отоларингологическое;
- ревматологическое;
- проктологическое;
- физиотерапевтическое;
- анестезиологии и реанимации;
- реанимаций – интенсивной терапии;
- родовспоможение.

Определение показаний к госпитализации определяется врачом медицинского учреждения, в которое обратился больной, врачом скорой помощи или врачом-консультантом Страховщика.

Объем лабораторных, диагностических и лечебных мероприятий устанавливается лечащим врачом в пределах следующего перечня:

лабораторно-диагностические исследования:

- клинические;
- биохимические;
- иммунологические;
- серологические;
- бактериологические;
- гормональные;

диагностические исследования:

- рентгенография, рентгеноскопия, в том числе хирургическая;
- компьютерная томография;
- радиоизотопная диагностика;

- функциональная диагностика, в том числе ультразвуковая.
- другие исследования, оказываемые медицинским учреждением, указанном в договоре страхования.

Обследование и лечение проводятся с применением медицинских технологий, применяемых в стационарах и клиниках, указанных в договоре страхования.

Длительность пребывания в стационаре, объем диагностических и лечебных мероприятий относятся к компетенции лечащего врача стационара.

Если Застрахованный госпитализирован в стационар, не указанный в договоре страхования, он по желанию, с учетом его состояния, может быть переведен в стационар, имеющий договор со Страховщиком. Расходы на транспортировку оплачиваются Страхователем.

“Комплексная медицинская помощь”.

Комплексная медицинская помощь - включает услуги, определенные в разделах I и II программ *“Амбулаторная помощь”* и *“Стационарная помощь”*.

“Лечение осложнений”

Программа предусматривает оказание дополнительно медицинской помощи при возникновении осложнений в процессе лечения, повлекших за собой ухудшение здоровья Застрахованного лица.

Застрахованному лицу гарантируется:

мероприятия по амбулаторно-поликлинической помощи:

- оплата амбулаторной и стационарной медицинской помощи, а также лекарственного обеспечения при возникновении осложнений и заболеваний;
- диагностика, консультации и лечение осложнений и заболеваний, до выздоровления или достижения стадии компенсации в условиях медицинского учреждения амбулаторно-поликлинического типа;
- диагностика, консультации и лечение на дому больных с осложнениями и заболеваниями, возникшими в результате лечения, которые по состоянию здоровья не могут посещать медицинское учреждение.

мероприятия по стационарной помощи:

- плановая и экстренная госпитализация в медицинские учреждения Застрахованных с осложнениями и заболеваниями, нуждающихся в госпитальном режиме, интенсивной терапии и круглосуточном наблюдении;
- диагностика, консультации и лечение осложнений и заболеваний, возникших у Застрахованных в результате лечения, до выздоровления или достижения стадии компенсации в условиях стационара;
- полное медицинское обеспечение и опека Застрахованных при нахождении в стационаре медицинского учреждения, создание необходимых условий для обследования и лечения застрахованных лиц.

“Материнство” (амбулаторная помощь)

Программа предполагает постоянный мониторинг здоровья женщины, начиная с первых недель беременности, и включает:

- Консультации врачей акушеров-гинекологов;
- Консультации узких специалистов;
- Проведение всех необходимых диагностических исследований: 2D-, 3D-, 4D-УЗИ, диагностическая гистероскопия, амниоцентез (инвазивные методы дородовой диагностики состояния плода);
- Психологическая поддержка;
- Контрольное обследование после родов.

Для беременности, протекающей без осложнений, частота посещений гинеколога составляет 1 раз в месяц и в консультацию включены клинические исследования.

“Материнство ”(стационарная помощь)

Медицинская страховая программа включает в себя:

- Предродовую консультацию и обследование в ЛПУ, где планируются роды;
- Транспортировка в стационар специализированным транспортом при наступлении родов;
- Оказание экстренной медицинской помощи при наступлении родов;
- Госпитализация беременной в родильный дом на роды в индивидуальный родильный зал в присутствии мужа;
- Пребывание в комфортабельных 1-2 местных послеродовых палатах с удобствами;
- Совместное пребывание матери с ребенком;
- Наблюдение ребенка врачом-неонатологом и осмотр ребенка специалистами в родильном доме.

“Материнство ”(амбулаторная и стационарная помощь)

В соответствии с настоящей Программой Страховщик гарантирует при возникновении страхового случая обеспечение высококвалифицированного родовспоможения женщинам

- Страховым случаем является обращение Застрахованного в медицинское учреждение за оказанием акушерско-гинекологических медицинских услуг, а именно:
- Наблюдение у врача женской консультации не зависимо от места проживания беременной с 12 недель беременности;
- Посещение врача вне очереди в удобное для Застрахованной время;
- Госпитализация на роды за 2-3 дня до предполагаемого срока родов в общую палату по показаниям;
- Нахождение в отдельной предродовой палате в I периоде родов;
- Подготовка родов и ведение родов высококвалифицированными специалистами, по желанию пациентки - индивидуальным акушером;
- Ведение родов с применением современного медикаментозного обезболивания.
- По желанию и при отсутствии противопоказаний - проведение родов в присутствии мужа;
- Лечение осложнений (сепсис, перитонит, разрыв матки, расхождение швов, плодоразрушение и пр.), включая операционное вмешательство.
- Пребывание в послеродовой период в одно-, двухместной палате, палате «люкс» (по желанию - совместно с новорожденным).

Страховщиком не возмещаются расходы, понесенные Застрахованным при оплате им медицинских услуг или медикаментов без согласования со Страховщиком. Все вопросы, связанные с получением Застрахованным медицинских услуг, необходимо адресовать во врачебно-диспетчерскую службу Страховщика.

“Стоматология”

По настоящей программе ООО СМК «АСТРА-МЕТАЛЛ» организует и оплачивает амбулаторные поликлинические услуги специализированного стоматологического медицинского учреждения (стоматологического отделения поликлиники), предоставляемые Застрахованному при кариесе, пульпите и периодонтите, не кариозных поражениях зубов, заболеваниях пародонта, травме челюстно-лицевой области.

ОБЪЕМ ПРЕДОСТАВЛЯЕМЫХ УСЛУГ

По настоящей программе ООО СМК «АСТРА-МЕТАЛЛ» организует и оплачивает в перечисленных выше случаях следующие диагностические, лечебные и зубопротезные стоматологические услуги, в том числе:

- консультация врачей-стоматологов: терапевта, хирурга, пародонтолога, ортопеда;
- терапевтическая стоматология: лечение поверхностного, среднего и глубокого кариеса с использованием свето- и химиотверждаемых композитных материалов; механическая, медикаментозная обработка каналов, пломбирование каналов;

- хирургическая стоматология: удаление зубов (простое, сложное, в т.ч. с отслаиванием слизисто-надкостничного лоскута), цистэктомия, резекция верхушки корня зуба, вскрытие абсцессов и т.п.;
- рентгеновская и радиовизиографическая диагностика;
- местная анестезия и наркоз;
- терапевтическое лечение пародонтита (закрытый кюретаж и медикаментозная обработка пародонтальных карманов, наложение лечебной повязки и пр.).
- протезирование без имплантации зубов, применения драгоценных металлов и металлокерамики и только в случаях, когда необходимость в зубопротезных услугах возникла в результате травмы челюстно-лицевой области, произошедшей в течение срока действия договора страхования.

НЕ ОТНОСЯТСЯ К СТРАХОВЫМ СОБЫТИЯМ:

- Обращения за медицинской помощью в медицинские учреждения, не указанные в договоре страхования.
- Медицинские услуги, проводимые без медицинских показаний.
- Диагностика, лечение, процедуры, проводимые с эстетической или косметической целью.
- Восстановление коронковой части зуба, разрушенной более чем на 50% пломбировочным материалом с применением анкерных, парапульпарных и стекловидных штифов (микропротезирование).
- Профилактические и оздоровительные мероприятия, в том числе отбеливание и полировка зубов.
- Имплантация, использование титановых штифов, перелечивание зубов, покрытие зубов фторлаком.
- Удаление зубов по ортодонтическим и ортопедическим показаниям.
- Лечение хронических периодонтитов вне стадии обострения.
- Протезирование, кроме случаев, когда необходимость в зубопротезных услугах возникла в результате травмы челюстно-лицевой области, произошедшей в течение срока действия договора страхования.
- Услуги, оказанные Застрахованному после окончания срока действия договора.

Дополнительные программы добровольного медицинского страхования

“Лекарственная помощь”

Программа “Лекарственная помощь” заключается в дополнение к программам “Амбулаторная помощь” или “Комплексная медицинская помощь”.

Основанием для получения лекарственных средств является рецепт врача, установленного образца, на котором проставлены подпись и личная печать лечащего врача, штамп медицинского учреждения.

В случае отсутствия необходимого препарата в аптеке, указанной в договоре страхования, Застрахованный, по согласованию со Страховщиком, вправе самостоятельно оплатить лекарственные средства, назначенные ему в связи с заболеванием, являющимся страховым случаем.

Для получения страховой выплаты в связи с понесенными расходами Застрахованный предоставляет Страховщику:

- заявление произвольной формы;
- выписку из истории болезни с указанием о назначении ему медикаментов;
- рецепт с отметкой об оплате с указанием цены медикамента;
- страховой полис.

Застрахованному возмещается стоимость лекарственного средства по фактически уплаченной сумме, но не выше установленной прейскурантом аптеки, указанной в договоре страхования.

“Реабилитационно-восстановительное лечение”

Программа “Реабилитационно-восстановительное лечение” заключается в дополнение к программам “Амбулаторная помощь”, “Стационарная помощь” или “Комплексная медицинская помощь”.

Программа предусматривает реабилитационно-восстановительное лечение, после перенесенного заболевания, являющегося страховым случаем, в следующих медицинских учреждениях:

- санаториях;
- санаториях-профилакториях;
- водо- и грязелечебницах;
- больницах и специализированных отделениях восстановительного лечения;
- физкультурных диспансерах;
- реабилитационных центрах;
- физиокабинетах амбулаторно-поликлинических учреждений.

Восстановительное лечение проводится по назначению лечащего врача, подтвержденного выпиской из медицинской карты Застрахованного.

Перечень медицинских услуг:

- физиотерапевтические методы лечения (лазеротерапия, магнитотерапия, электросон, ультразвуковая терапия, КВЧ-терапия, индуктотермия, ингаляции, баротерапия и др.);
- лечебная физкультура;
- лечебное плавание;
- массаж;
- фитотерапия;
- гирудотерапия;
- лечение природными факторами (бальнеологическое, грязелечение, климатолечение, талассотерапия, терренкур, душ Шарко, подводное вытяжение и др.);
- лечебные процедуры и манипуляции, осуществляемые в условиях санаторно-курортного учреждения платно (лекарственные блокады, внутрисуставные инъекции, баночный массаж, промывание миндалин, кишечные промывания и др.);
- нетрадиционные методы лечения (иглорефлексотерапия, су-джок-терапия, мануальная терапия и постизометрическая релаксация, гомеопатическое лечение, точечный массаж, аурикулодиагностика и аурикулотерапия, электропунктура и др.);
- психотерапия;
- лечение андрологической и сексологической патологии;
- лечебное голодание, разгрузочно-диетическая терапия, диетолечение.

Страховщик не оплачивает лечение психических, венерических заболеваний, ВИЧ-инфекции и ее осложнений, системных болезней соединительной ткани, хронической почечной недостаточности, заболеваний, связанных с последствиями радиоактивного облучения, заболеваний, явившихся следствием сахарного диабета (ангиопатии, нефропатии, ретинопатии и проч.), в случае патологии прерывания беременности в сроки до 30 недель с угрозой жизни матери или ребенка, а также лечение обострившихся в результате беременности хронических заболеваний; врожденных аномалий; наркологическую помощь.