



УТВЕРЖДЕНЫ

Приказом № 20 от «29» июля 2016 г.

Генерального директора ООО «РИКС»

Румянцев А.В.



ПРАВИЛА ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

1. Субъекты и объект страхования.....	2
2. Страховые случаи.....	2
3. Страховая сумма.....	3
4. Страховая премия.....	3
5. Срок страхования.....	4
6. Договор страхования.....	4
7. Выплаты.....	7
8. Права и обязанности сторон.....	8
9. Страховая выплата.....	10
10. Основания для отказа в страховой выплате.....	10
11. Приложения.....	12

1. СУБЪЕКТЫ И ОБЪЕКТ СТРАХОВАНИЯ

- 1.1. На основании настоящих Правил страховая организация (далее - Страховщик) заключает договоры страхования, по условиям которых гарантирует предоставление медицинских услуг, перечисленных в страховых медицинских программах, являющихся неотъемлемой частью Правил, с целью покрытия расходов на медицинские услуги и медикаменты в Медицинских учреждениях сверх услуг, оказываемых по территориальной программе обязательного медицинского страхования.
 - 1.2. Медицинскими учреждениями являются лечебно-профилактические и иные учреждения, оказывающие амбулаторно-поликлиническую и стационарную медицинскую помощь, с которыми Страховщик состоит в договорных отношениях и перечень которых приводится в приложении к договору страхования.
 - 1.3. Страхователями являются юридические лица - предприятия и организации любой организационно-правовой формы, зарегистрированные и действующие в соответствии с законодательством Российской Федерации, а также дееспособные физические лица, в том числе иностранные граждане, временно проживающие на территории Российской Федерации, заключившие со Страховщиком договоры страхования.
 - 1.4. При коллективном страховании Страхователи - юридические лица заключают договора страхования в пользу своих работников (а также членов их семей), при индивидуальном страховании Страхователи - физические лица вправе заключать со Страховщиком договоры о страховании, как в свою пользу, так и в пользу третьих лиц (далее - Застрахованные лица).
- Страховщик в праве отказать в заключении договора страхования в отношении Застрахованных лиц, возраст которых на момент заключения договора превышает 60 лет.
- 1.5. Объектом страхования являются не противоречащие законодательству РФ имущественные интересы, связанные с возмещением затрат по предоставлению медицинской помощи и медицинских услуг в объеме, предусмотренном договором страхования.
 - 1.6. На страхование не принимаются граждане, состоящие на учете в наркологических, психоневрологических, туберкулезных, кожно-венерологических диспансерах.\

2. СТРАХОВЫЕ СЛУЧАИ

- 2.1. Страховыми случаями являются события, предусмотренные договором страхования, с наступлением которых возникает обязанность Страховщика произвести страховую выплату Медицинскому учреждению.
 - 2.2. По настоящим Правилам страховыми случаями признаются факты обращения Застрахованных лиц в Медицинское учреждение за получением консультативной, профилактической и иной медицинской помощи.
 - 2.3. Страховщик имеет право не оплачивать медицинские расходы Застрахованных лиц, если эти медицинские услуги или Медицинские учреждения не были предусмотрены в договоре страхования.
- В этих случаях решение об отказе в оплате медицинских расходов принимается экспертной комиссией Страховщика на основании заключения Медицинского учреждения. Медицинское учреждение вправе взыскать со Страхователя (Застрахованного лица) стоимость оказанных медицинских услуг, а Страхователь (Застрахованный) обязан внести указанную сумму в кассу (на счет) Медицинского учреждения в течение одного месяца с даты решения экспертной комиссии.
- При несогласии Застрахованного лица с решением экспертной комиссии отказ Страховщика в оплате может быть оспорен в порядке, предусмотренном законодательством РФ.
- 2.4. Не признаются страховыми событиями и не покрываются настоящим страхованием случаи:
 - 2.4.1. получения травматического повреждения в состоянии алкогольного, наркотического или токсического опьянения;
 - 2.4.2. получения травматического повреждения или иного расстройства здоровья, наступившего в результате совершения Застрахованным лицом умышленного преступления, находящегося в прямой причинной связи со страховым случаем;

- 2.4.3. получения травм или покушением на самоубийство за исключением тех случаев, когда Застрахованное лицо было доведено до такого состояния противоправными действиями третьих лиц;
- 2.4.4. умышленного причинения себе телесных повреждений (членовредительство).
- 2.5. Объем ответственности по настоящим Правилам не распространяется на:
 - 2.5.1. выявление стоматологических, кожно-венерических, специфических инфекционных (включая СПИД), онкологических заболеваний;
 - 2.5.2. оказание наркологической помощи;
 - 2.5.3. выявление беременности, аборт и их осложнения;
 - 2.5.4. выявление заболеваний, связанных с радиоактивным облучением и его последствиями;
 - 2.5.5. диспансеризация в амбулаторных условиях для:
 - детей от 0 до 14 лет, включая логоневрозы;
 - подростков от 15 до 18 лет, включая логоневрозы;
 - учащихся и студентов очных форм обучения;
 - беременных и рожениц;
 - введение внутриматочных и назначение гормональных контрацептивов;
 - инвалидов, пенсионеров, участников ВОВ и приравненных к ним лиц, участников войны в Афганистане;
 - диспансеризация больных туберкулезом, эндокринными и онкологическими заболеваниями, перенесших инфаркт миокарда, острое нарушение мозгового кровообращения, страдающих хронической почечной недостаточностью, психическими и другими заболеваниями, представляющими социальную опасность;
 - 2.5.6. иных медицинских услуг, оказываемых Страхователю по программе обязательного медицинского страхования.

3. СТРАХОВАЯ СУММА

- 3.1. Страховой суммой (лимитом страховой ответственности) является предельный уровень страхового обеспечения, определяемого договором страхования, исходя из перечня и стоимости медицинских услуг.
- 3.2. Страховые суммы определяются Страховщиком отдельно для медицинских программ по амбулаторному и стационарному лечению с учетом средней стоимости медицинских услуг, входящих в эти программы, и количества обращений по предоставлению этих услуг в Медицинские учреждения в соответствии с производимыми Страховщиком расчетами тарифных ставок.

При заключении договора страхования на условиях полной страховой ответственности лимиты страховой ответственности учитываются отдельно по амбулаторному и стационарному лечению.
- 3.3. Страховщик оплачивает все разумно произведенные расходы Застрахованного лица в Медицинском учреждении в соответствии со страховым случаем в рамках медицинской программы только в пределах страховой суммы по договору.

4. СТРАХОВАЯ ПРЕМИЯ

- 4.1. Страховой премией является плата за настоящее страхование, которую Страхователь обязан внести Страховщику в соответствии с договором страхования.
- 4.2. Размер страховой премии устанавливается в зависимости от перечня медицинских услуг, лимита страховой ответственности, срока страхования, действующих цен на медицинские услуги в конкретных медицинских учреждениях и иных условий, предусмотренных договором страхования.
- 4.3. Страховая премия при коллективном страховании может быть уплачена в рассрочку, но величина первого взноса не должна быть меньше 50% от общей суммы страховой премии. Дата уплаты второй части страховой премии определяется в договоре страхования, но эта уплата не может быть произведена позднее половины срока страхования, прошедшего с начала действия договора.
- 4.4. При индивидуальном страховании страховая премия уплачивается единовременно.
- 4.5. При установлении у Застрахованного лица факторов риска госпитализации,

стоимость каждого полиса увеличивается на соответственный коэффициент, который определяется экспертным путем и составляет для застрахованных лиц:

- 4.5.1. не имеющих хронических заболеваний и высокого риска их развития -1,00;
 - 4.5.2. не имеющих хронических заболеваний, но имеющие высокий риск их развития - 1,10;
 - 4.5.3. имеющих установленный диагноз хронического заболевания редко рецидивирующего (благоприятного) течения, при котором имеются показания к плановому хирургическому лечению - 1,25;
 - 4.5.4. имеющих установленный диагноз хронического заболевания (или нескольких заболеваний) часто рецидивирующего (прогрессирующего течения), с большим риском хирургического лечения - 1,50.
- 4.6. При существенном изменении условий оказания медицинской помощи в Медицинских учреждениях (применение нового медицинского оборудования, использование новых методов диагностики и лечения и т.п.), связанном с увеличением стоимости оказания медицинских услуг, а также при подаче Страхователем заявления о расширении перечня медицинских услуг (если договор был заключен не на условиях "полной страховой ответственности"), что привело к повышению страховой суммы, размер страховой премии может быть изменен по соглашению сторон.

В этом случае Страхователь обязан уплатить дополнительный взнос страховой премии (при коллективном страховании - в отношении всех Застрахованных лиц), соответствующий увеличению за неистекший период действия договора величины страховой суммы и (при расширении перечня медицинских услуг) объема ответственности.

- 4.7. Страховщик имеет право увеличить стоимость медицинского полиса, умножив страховой тариф на экспертно определяемый коэффициент риска в размере - от 1,1 до 1,5:
- 4.7.1. при индивидуальном страховании для лиц, нуждающихся в посторонней помощи, инвалидов и лиц предпенсионного возраста;
 - 4.7.2. при коллективном страховании:
 - при наличии на предприятии (организации) работающих лиц предпенсионного возраста в количестве более, чем 50 процентов;
 - при особо вредных условиях работы на производстве.
- 4.8. Страховая премия может быть уплачена Страхователем:
- 4.8.1. наличными денежными средствами в кассу Страховщика;
 - 4.8.2. наличными денежными средствами представителю Страховщика;
 - 4.8.3. перечислением на расчетный счет Страховщика денежных средств путем безналичной оплаты.

5. СРОК СТРАХОВАНИЯ

- 5.1. Договор страхования заключается сроком на один год или в месяцах на срок, менее одного года, при этом неполный месяц принимается за полный.

6. ДОГОВОР СТРАХОВАНИЯ

- 6.1. Договор страхования является соглашением между Страхователем и Страховщиком, в силу которого Страховщик обязуется при страховом случае произвести оплату медицинских услуг, оказанных Страхователю (Застрахованному лицу), в пользу которого заключен договор страхования, в Медицинском учреждении, где Застрахованное лицо получило медицинскую помощь, а Страхователь обязуется уплатить страховую премию в установленные сроки.
- 6.2. Договор страхования может быть заключен путем составления одного документа, составляемого в двух экземплярах, по одному для каждой из сторон, либо вручения Страховщиком Страхователю на основании его письменного или устного заявления страхового полиса.
- 6.3. Договор страхования может быть заключен на условиях:
- 6.3.1. "предоставления медицинских услуг при амбулаторном лечении", предусматривающего предоставление медицинских услуг в соответствии с их

перечнем при амбулаторном лечении в Медицинских учреждениях, определенным договором страхования (Медицинская программа №1);

- 6.3.2. "предоставления медицинских услуг при стационарном лечении", предусматривающего получение медицинских услуг в соответствии с их перечнем по договору страхования при обращении в стационарные Медицинские учреждения, определенные договором страхования (Медицинская программа №2);
- 6.3.3. "полной страховой ответственности", предусматривающей предоставление медицинских услуг стационарными и амбулаторными Медицинскими учреждениями, определенными в договоре страхования, в соответствии с конкретным перечнем услуг (Медицинская программа № 3).
- 6.3.4. "частичной страховой ответственности", предусматривающей предоставление медицинских услуг стационарными и амбулаторными Медицинскими учреждениями, определенными в договоре страхования, в соответствии с конкретным перечнем, включающим в себя часть медицинских услуг, определенные Медицинскими программами № 1 и (или) № 2.

При заключении договоров страхования с "частичной страховой ответственностью" для исчисления размеров страховой премии используется страховой тариф (ставка страховой премии с единицы страховой суммы), определяемый с применением понижающих (от 0,2 до 1) или повышающих (от 1 до 3) коэффициентов в зависимости от следующих факторов:

- объема медицинской помощи, определенного договором страхования;
- степени риска обращения Застрахованного лица за получением медицинской помощи;
- срока действия договора страхования;
- количества Застрахованных лиц.

6.4. Индивидуальный договор страхования заключается на основании письменного или устного заявления Страхователя и включает в себя:

- фамилию, имя, отчество, возраст (год рождения) Застрахованного лица;
- условия страхования (наименование медицинской программы или перечень медицинских услуг);
- размер страховой суммы;
- размер страховой премии;
- срок действия договора.

6.5. Коллективный договор страхования заключается на основании письменного заявления Страхователя и включает в себя:

- наименование, юридический адрес и банковские реквизиты Страхователя;
- условия страхования (наименование медицинской программы или перечень медицинских услуг);
- количество Застрахованных лиц;
- размер страховой суммы;
- размер страховой премии;
- срок действия договора.

6.6. Указанные в пунктах 6.4, 6.5 Правил данные и отметка о получении Страхователем Правил должны быть подтверждены подписью Страхователя или - при коллективном страховании - его представителя.

При заключении договора страхования Страховщик имеет право потребовать от Страхователя сообщения обстоятельств, имеющих существенное значение для определения вероятности наступления страхового случая и размера страхового риска.

6.7. Договоры страхования могут заключаться как без предварительного медицинского освидетельствования, так и с предварительным медицинским освидетельствованием Застрахованных лиц, на основании результатов которого определяется их принадлежность к группам риска госпитализации, по которым могут быть дифференцированы размеры подлежащей уплате страховой премии.

6.8. Договор страхования вступает в силу со следующего дня после поступления первого (единовременного) взноса страховой премии на расчетный счет Страховщика при безналичной оплате или со следующего дня после уплаты первого

(единовременного) взноса страховой премии в кассу или представителю Страховщика при оплате наличными деньгами, если условиями договора не предусмотрено иное.

- 6.9. При коллективном страховании численность работников, принимаемых на страхование, определяется самим предприятием (организацией). Уволенные работники выбывают из страхования в день их увольнения с их согласия, а вновь принятые включаются в страхование в день их приема на работу. При этом сохраняется численность Застрахованных лиц на момент заключения договора и общий лимит ответственности по договору коллективного страхования.
 - 6.10. Если у Страхователя возникает необходимость застраховать дополнительное количество работников (членов их семей), то он вправе заключить дополнительный договор.
 - 6.11. При коллективном страховании к договору прилагается:
 - 6.11.1. список Застрахованных лиц с указанием фамилии, имени, отчества, возраста (года рождения) каждого;
 - 6.11.2. страховые полисы Застрахованных лиц, определяющие право на получение медицинской помощи в соответствии с заключенным договором страхования.
 - 6.12. При индивидуальном страховании Страхователь получает страховой полис, определяющий право на получение медицинской помощи в соответствии с заключенным договором страхования.
 - 6.13. Страховщик выдает Застрахованным лицам (Страхователю для Застрахованных лиц) страховые полисы в течение 5 дней после начала действия договора.
 - 6.14. При утрате Застрахованным лицом страхового полиса, он должен незамедлительно известить об этом Страховщика. Утраченный страховой полис признается недействительным и не может являться основанием для получения медицинских услуг в соответствии с договором страхования, взамен Страхователю выдается новый.
- При повторной утрате страхового полиса в течение действия договора страхования со Страхователя дополнительно взыскивается платеж в размере фактической стоимости его изготовления и стоимость медицинских услуг, произведенных третьим лицам, воспользовавшимся этим документом.
- 6.16. Договор страхования прекращается в случаях:
 - 6.16.1. истечения срока действия;
 - 6.16.2. исполнения Страховщиком обязательств по договору в полном объеме (в размере страховой суммы);
 - 6.16.3. неуплаты Страхователем страховой премии в установленные договором сроки;
 - 6.16.4. ликвидации Страхователя, являющегося юридическим лицом, или смерти Страхователя, являющегося физическим лицом, кроме случаев замены Страхователя в договоре страхования;
 - 6.16.5. смерти Застрахованного лица;
 - 6.16.6. ликвидации Страховщика;
 - 6.16.7. прекращения действия договора страхования по решению суда.
 - 6.17. Договор страхования может быть прекращен досрочно по требованию Страхователя или Страховщика, если это предусмотрено условиями договора, или по взаимному соглашению сторон.
 - 6.18. О намерении досрочного прекращения договора страхования стороны обязаны уведомить друг друга не менее, чем за 30 дней до предполагаемой даты прекращения договора страхования, если договором не предусмотрено иное.
 - 6.19. Возврат части страховой премии по договору страхования производится Страховщиком в случаях досрочного прекращения договора, если после вступления его в силу возможность наступления страхового случая отпала и существование страхового риска прекратилось по обстоятельствам иным, чем страховой случай. К таким обстоятельствам, в частности, относятся смерть Застрахованного лица или ликвидация Страхователя, являющегося юридическим лицом (кроме случаев замены Страхователя в договоре страхования).

В указанных в настоящем пункте случаях Страховщик имеет право на часть страховой премии пропорционально времени, в течение которого действовало страхование.

6.20. При досрочном прекращении страхования по требованию Страхователя страховая премия не подлежит возврату, если иное не установлено соглашением Страхователя и Страховщика.

В случае если указанное в настоящем пункте требование Страхователя обусловлено нарушением Страховщиком Правил страхования и заключенного договора, то Страховщик

должен полностью вернуть Страхователю внесенные тем взносы страховой премии.

6.21. При досрочном прекращении страхования по требованию Страховщика он обязан возвратить Страхователю полученные взносы страховой премии полностью.

В случае если указанное в настоящем пункте требование Страховщика обусловлено нарушением Страхователем Правил страхования и заключенного договора, то Страховщик должен вернуть часть страховой премии за не истекший срок договора за вычетом понесенных расходов.

7. ВЫПЛАТЫ

7.1. Страховой выплатой по настоящим Правилам является плата за медицинские услуги по страховым случаям, производимая перечислением на расчетный счет Медицинского учреждения, в котором была оказана медицинская помощь Страхователю (Застрахованному лицу).

7.2. Оплата стоимости оказанной медицинской помощи производится путем ежемесячного перечисления Страховщиком страховых выплат на счет Медицинских учреждений.

7.3. Перечисление производится после получения от Медицинского учреждения счета с указанием перечня оказанных услуг, их стоимости и общей суммы расходов, понесенных за месяц по всем услугам, оказанным Застрахованным лицам. Страховщик анализирует полученные счета, сверяет соответствие внесенных в него услуг перечню страховых услуг, за которые он несет ответственность в рамках медицинской программы и проверяет правильность указания в счете стоимости каждой услуги.

7.4. В рамках медицинской программы Страховщик оплачивает разумно понесенные по амбулаторно-поликлинической и стационарной медицинской помощи расходы на:

7.4.1. прописанные лечащим врачом лекарства и медикаменты;

7.4.2. лабораторные анализы;

7.4.3. электрокардиограммы;

7.4.4. физиотерапию;

7.4.5. медицинские анализы;

7.4.6. анестезию, кислород и т.п.;

7.4.7. рентгенографию;

7.4.8. перевязочный материал, простые шины и гипсовые повязки (за исключением специальных креплений, приспособлений и устройств);

7.4.9. использование операционной, больничной палаты и больничного оборудования;

7.4.10. иные расходы в рамках медицинской программы.

7.5. Из страхового покрытия исключаются расходы на медицинское обслуживание, полученное Застрахованным лицом в медицинских учреждениях, с которыми Страховщик не имеет договора о совместной деятельности по добровольному медицинскому страхованию, услуги частных медсестер, дополнительные гонорары врачам и т. д.

7.6. Данные об оказанных медицинских услугах, включая их наименование (коды), дату обращения в Медицинское учреждение и стоимость оказанной медицинской помощи, заносятся в регистрационные карточки, на пластиковые карты или иные носители.

При занесении данных в регистрационные карточки ставится печать медицинского учреждения, а при занесении данных на пластиковые карты Застрахованному лицу выдается слип в подтверждение произведенных расходов.

7.7. Страховщик имеет право отказать в страховой выплате на сумму стоимости услуг,

оказанных Застрахованному лицу в связи с его обращением в Медицинское учреждение при:

- 7.7.1. получении травматического повреждения в состоянии алкогольного, наркотического или токсического опьянения;
- 7.7.2. получении травматического повреждения или иного расстройства здоровья, наступившего в результате совершения Застрахованным лицом умышленного преступления, находящегося в прямой причинной связи со страховым случаем;
- 7.7.3. покушении на самоубийство за исключением тех случаев, когда Застрахованное лицо было доведено до такого состояния противоправными действиями третьих лиц; умышленном причинении себе телесных повреждений (членовредительство).

В этом случае Медицинское учреждение, оказавшее медицинские услуги, впоследствии не оплаченные Страховщиком, или Страховщик, оплативший стоимость оказанных медицинских услуг в связи с повреждением здоровья Застрахованного лица в результате случая, впоследствии признанного не страховым, вправе потребовать от Страхователя (Застрахованного) оплатить Медицинскому учреждению (Страховщику) стоимость оказанных (оплаченных) услуг, а Страхователь (Застрахованный) должен внести указанную сумму в течение одного месяца с даты подписания искового требования к нему в кассу (на счет) Медицинского учреждения (Страховщика).

8. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

8.1. Страховщик обязан:

- 8.1.1. выдать Страхователю страховой полис с приложением настоящих Правил в установленный срок;
- 8.1.2. не разглашать сведения о Страхователе, если это не вступит в противоречие с законодательными актами РФ;
- 8.1.3. для реализации медицинских программ заключить двухсторонние договоры с Медицинскими учреждениями, в которые должны быть включены следующие условия:
 - перечень медицинских услуг с указанием стоимости;
 - наименование площадей (кабинетов, палат и т.д.), необходимых для получения медицинской помощи;
 - описание документации, регламентирующей взаимоотношения Страховщика с медицинскими учреждениями и медицинского учреждения с Застрахованными лицами;
 - сроки договора;
 - сроки предоставления Медицинским учреждением счетов-фактур по оказанным медицинским услугам Страховщику;
 - сроки оплаты Страховщиком счетов-фактур;
 - порядок разрешения споров.
- 8.1.4. в случае отказа Медицинского учреждения, с которым Страховщик заключил договор, в предоставлении Застрахованному лицу услуги, предусмотренной полисом, а также в случае неполного или некачественного предоставления медицинской услуги уплачивать штраф Страхователю за каждый такой случай в размере, особо оговоренном в договоре;
- 8.1.5. при возникновении осложнений у Застрахованного лица и необратимых последствий от них по вине медицинского учреждения, нести ответственность с выплатой компенсации Страхователю в размере стоимости оказанных услуг и оплатой стоимости комплексных мероприятий, связанных с устранением таких осложнений.

8.2. Страховщик имеет право:

- 8.2.1. установить лимит ответственности на оплату медицинских услуг по договору страхования;
- 8.2.2. проверить достоверность указанных в заявлении на страхование данных, а в случае установления недостоверности сообщенных Страхователем данных отказать Страхователю в заключении договора страхования. Если же недостоверность

- данных, являющих на степень риска, будет обнаружена после вступления договора страхования в силу, Страховщик имеет право досрочно прекратить действие договора страхования, с письменным уведомлением Страхователя о причинах расторжения договора. Страховая премия в этом случае возвращается за не истекший срок действия договора за вычетом понесенных Страховщиком расходов;
- 8.2.3. при возникновении осложнений у Застрахованного лица и необратимых последствий от них по вине Медицинского учреждения предъявить регрессный иск к Медицинскому учреждению на возмещение суммы компенсации, выплаченной Страховщиком Застрахованному лицу в размере стоимости оказанных услуг и оплатой стоимости комплексных мероприятий, связанных с устранением таких осложнений.
- 8.3. Страхователь обязан:
- 8.3.1. своевременно уплачивать страховую премию;
- 8.3.2. при заключении договора страхования сообщить Страховщику обо всех известных ему обстоятельствах, имеющих значение для оценки страхового риска;
- 8.3.3. во всех случаях прекращения договора страхования возвращать Страховщику страховые полисы (регистрационные карточки, пластиковые карты и т.п.), действие которых прекращается с момента прекращения страхования.
- 8.4. Страхователь имеет право:
- 8.4.1. требовать предоставления Застрахованным лицам в Медицинских учреждениях медицинских услуг, определенных в договоре страхования, в соответствии с условиями страхования и медицинской программой; в случае же не предоставления таких медицинских услуг Страхователь должен немедленно поставить в известность об этом Страховщика. При отсутствии у Страхователя возможности сообщить об этом Страховщику информировать Страховщика может любое уполномоченное Страхователем лицо.
- 8.4.2. в течение срока действия договора страхования подать заявление на расширение перечня медицинских услуг (если договор был заключен не на условиях "полной страховой ответственности" в соответствии с Медицинской программой №3), добавив услуги из медицинской программы, которая не входила в страховое покрытие по первоначальному договору, или повысить размер страховой суммы (лимит страховой ответственности), заключив дополнительное соглашение к договору страхования и уплатив при этом дополнительный страховой взнос. Дополнительное соглашение к договору страхования начинает действовать со дня уплаты страхового вноса.
- 8.5. Застрахованное лицо имеет право:
- 8.5.1. требовать предоставления медицинских услуг в соответствии с условиями договора страхования в перечисленных в нем Медицинских учреждениях;
- 8.5.2. сообщить Страховщику о случаях не предоставления или неполного и некачественного предоставления медицинских услуг.
- 8.6. Застрахованные лица обязаны:
- 8.6.1. соблюдать предписания лечащего врача, полученные в ходе предоставления медицинской помощи, соблюдать распорядок, установленный Медицинским учреждением;
- 8.6.2. заботиться о сохранности страховых документов (полисов, а также именных регистрационных карточек, пластиковых карт и иных носителей информации, оговоренные договором страхования) и не передавать их третьим лицам с целью получения ими медицинских услуг по договору страхования. В противном случае Страховщик имеет право досрочно прекратить действие договора страхования в отношении данного Застрахованного лица. Возврат взносов страховой премии в этом случае производится за не истекший срок действия договора за вычетом понесенных Страховщиком расходов.
- 8.7. Все споры по договору страхования между Страхователем и Страховщиком рассматриваются в претензионном порядке, а при недостижении согласия по претензиям - в судебном (арбитражном) порядке-
- 8.8. Право на предъявление претензий к Страховщику на получение страхового

обеспечения по договору сохраняется в течение общего срока исковой давности.

9. СТРАХОВАЯ ВЫПЛАТА

9.1. Страховой выплатой по настоящим Правилам является оплата за медицинские услуги по страховым случаям, производимая перечислением на расчетный счет Медицинского учреждения, в котором была оказана медицинская помощь Страхователю (Застрахованному лицу).

9.2. В соответствии с Программой добровольного медицинского страхования, предусмотренной договором страхования, размер страховой выплаты определяется стоимостью оказанных Застрахованному лицу медицинских услуг в пределах лимитов страховой ответственности Страховщика.

Оплата медицинских услуг (страховая выплата) производится в течение 10 рабочих дней, если иное не оговорено в договоре между Страховщиком и Медицинским учреждением, с даты получения счета Медицинского учреждения путем безналичного перечисления денежных средств на его расчетный счет.

9.3. Счет на оплату медицинских услуг выставляется Медицинским учреждением Страховщику в соответствии с прейскурантами стоимости медицинских услуг, лекарственных средств и иными условиями взаимоотношения сторон, согласованными в договоре между Страховщиком и Медицинским учреждением.

9.4. Из страхового покрытия исключаются расходы на медицинское обслуживание, о полученное Застрахованным лицом в Медицинских учреждениях, которые не указаны в договоре страхования (кроме случаев, когда такое обращение было согласовано с Страховщиком), а также с которыми Страховщик не имеет договора об оказании услуг по добровольному медицинскому страхованию, услуги нанятого в частном порядке медперсонала, дополнительные гонорары медперсоналу и т.д.

10. ОСНОВАНИЯ ДЛЯ ОТКАЗА В СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЕ

10.1. Страховщик освобождается от страховой выплаты если обращение Застрахованного лица в Медицинское учреждение в связи с повреждением здоровья было вызвано:

10.1.1. воздействием ядерного взрыва, радиации или радиоактивного заражения;

10.1.2. военными действиями, а также маневрами или иными военными мероприятиями;

10.1.3. гражданской войной, народными волнениями всякого рода или забастовками.

10.2. Страховщик имеет право отказать в страховой выплате на сумму стоимости услуг, оказанных Застрахованному лицу в связи с его обращением в Медицинское учреждение, если:

10.2.1. медицинские услуги были оказаны после окончания срока действия договора страхования, за исключением расходов, связанных с госпитализацией Застрахованного лица, начавшейся в течение срока действия договора страхования;

10.2.2. оказание таких услуг не является страховым случаем, а также если такие услуги не предусмотрены Программой добровольного медицинского страхования или оказаны при обращении Застрахованного лица в Медицинское учреждение, не указанное в перечне Медицинских учреждений по договору страхования, кроме случаев, когда такое обращение было согласовано и/или организовано Страховщиком;

10.2.3. медицинские услуги были оказаны по факту повреждения здоровья, наступившего в результате совершения Страхователем (Застрахованным лицом) умышленного преступления, находящегося в прямой связи со страховым случаем

В этом случае Медицинское учреждение, оказавшее медицинские услуги, впоследствии не оплаченные Страховщиком, или Страховщик, оплативший стоимость оказанных медицинских услуг в связи с повреждением здоровья Застрахованного лица в результате случая, впоследствии признанного не страховым, вправе потребовать от Страхователя (Застрахованного лица) оплатить Медицинскому учреждению (Страховщику) стоимость оказанных (оплаченных) услуг, а Страхователь (Застрахованное лицо) должен внести указанную сумму в течение одного месяца с даты подписания имущественной претензии к нему в кассу (на счет) Медицинского учреждения (Страховщика).

- 10.3. Решение об отказе в страховой выплате сообщается Страхователю в письменной форме с обоснованием причин отказа в течении 10 рабочих дней с момента получения.
- 10.4. Отказ Страховщика произвести страховую выплату может быть обжалован Страхователем в суде.

**Тарифные ставки по добровольному медицинскому
страхованию**
(в % от страховой суммы)

Медицинская программ	Страховой тариф
Медицинская программа № 1 "Предоставление медицинских услуг при амбулаторном лечении"	38,60
Медицинская программа № 2 "Предоставление медицинских услуг при стационарном лечении"	27,55
Медицинская программа № 3 "Полная страховая ответственность"	30,35

В зависимости от степени риска размеры тарифных ставок могут быть увеличены или уменьшены на основе повышающих от 1 до 3 и понижающих от 0,2 до 1 коэффициентов.

ДОГОВОР № __

**на предоставление медицинских услуг по добровольному медицинскому
страхованию между страховой организацией и медицинским учреждением**

г. _____ « __ » _____ 20_ г.

ООО «РИКС» (далее Страховщик) в лице Генерального директора _____
_____, действующего на основании
Устава и лицензии № _____ от " __ " _____ г., выданной
_____, с одной стороны,
и медицинское учреждение _____ (далее
Учреждение) в лице _____
действующего на основании Устава и лицензии № _____ от " __ " _____ г.,
выданной _____; _____, с другой стороны,
заключили " __ " _____ г. договор о нижеследующем:

1. Предмет договора

1.1. Страховщик поручает, а Учреждение берет на себя обязательство оказывать лечебно-профилактическую помощь гражданам, застрахованным по договорам добровольного медицинского страхования и имеющим направление от Страховщика (далее - Застрахованные лица).

1.2. Учреждение обязано оказывать медицинскую помощь в рамках согласованной между сторонами медицинской программы. Качество лечебно-профилактической помощи должно соответствовать установленным профессиональным стандартам.

1.3. При невозможности Учреждения оказать лечебно-профилактическую помощь в оговоренном объеме и качестве медицинских услуг оно заранее извещает об этом Страховщика, который в этом случае имеет право перевести Застрахованных лиц в другое медицинское учреждение.

2. Стоимость услуг и оплата

2.1. Страховщик оплачивает лечебно- профилактическую помощь согласно действующим тарифам на медицинские услуги. При изменении тарифов Учреждение обязано не менее, чем за 30 дней предупредить об этом Страховщика.

2.2. . Расчеты осуществляются путем оплаты Страховщиком платежных требований Учреждения (счетов-фактур) в течение 10 дней.

2.3. В течение 30 дней по окончании квартала стороны производят проверку взаиморасчетов по оплате.

3. Учет и контроль

3.1. Учреждение обязано вести учет:

а) Застрахованных лиц;

б) вида, объема и сроков оказания медицинской помощи Застрахованным лицам;

в) средствам, поступающим от Страховщика.

3.2. Страховщик обязан вести учет всех платежных документов, поступивших от Учреждения.

3.3. Страховщик имеет право контролировать объем и качество предоставляемой Учреждением медицинской помощи Застрахованным лицам на соответствие требованиям профессиональных стандартов.

3.4. Проверки производятся с предварительным согласованием сроков с Учреждением. Результаты проверок оформляются двусторонним актом.

4. Ответственность сторон

4.1. За просрочку платежей, предусмотренных настоящим договором, Страховщик уплачивает Учреждению пеню в размере 1 % от просроченной суммы за каждый день просрочки.

4.2. За несоответствие объема и качества медицинских услуг медицинской программе (на основании акта о контроле медицинских услуг) Учреждение уплачивает Страховщику штраф в размере претензии, которую обязан уплатить Страховщик по иску Застрахованного лица в соответствии с договором страхования.

4.3. Стороны обязаны хранить конфиденциальные сведения об имущественном положении друг друга, а также о состоянии здоровья Застрахованных лиц.

4.4. Стороны обязаны незамедлительно извещать друг друга об изменении адресов и банковских реквизитов друг друга.

4.5. Стороны освобождаются от ответственности от неисполнения тех обязательств по договору, которые произошли из-за форс-мажорных обстоятельств (пожара, наводнения и иных стихийных бедствий, а также войны, народных волнений, забастовок, распоряжений властей и т. п.).

Однако наступление таких обстоятельств не освобождает стороны от немедленного извещения друг друга о них с подтверждением соответствующими документами и от исполнения своих обязательств после устранения этих обстоятельств.

4.6. Настоящий договор может быть дополнен или прекращен при письменном заявлении одной из сторон не ранее, чем за 30 дней до окончания действия договора.

5. Срок действия договора

5.1. Настоящий договор вступает в силу с даты подписания его сторонами и действует до конца текущего года.

5.2. Договор автоматически продляется на срок до конца года, следующего за текущим, если одна из сторон не заявила о расторжении договора.

6. Прочие условия

6.1. Все спорные вопросы решаются в арбитражном или третейском суде.

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

6.3. Договор составлен в 2 экземплярах.

6.4. Приложение: на _____ листах:

- перечень медицинских услуг;

- наименование площадей (кабинетов, палат и т. д.), необходимых для получения медицинской помощи.

7. Адреса и банковские реквизиты сторон

Страховщик:

Учреждение:

(подпись)

(подпись)

М.П.

М. П.

ДОГОВОР № _____
добровольного медицинского страхования

г. _____

« ___ » _____ 201_ г.

ООО «РИКС» (далее Страховщик) в лице Генерального директора _____

_____,
действующего на основании Устава, с одной стороны, и _____

(фамилия, имя, отчество)

(далее Страхователь) с другой стороны заключили настоящий договор в пользу _____

(фамилия, имя, отчество, год рождения, пол, место работы, адрес постоянного места
проживания, телефон)

(далее Застрахованное лицо).

1. Предмет договора

1.1. Объектом страхования являются не противоречащие законодательству РФ имущественные интересы, связанные с возмещением затрат по предоставлению медицинской помощи и медицинских услуг в объеме, предусмотренном настоящим договором, заключаемом на условиях (нужное подчеркнуть):

а) "предоставления медицинских услуг при амбулаторном лечении"
(Медицинская программа № 1) - да / нет;

б) "предоставления медицинских услуг при стационарном лечении"
(Медицинская программа № 2) - да / нет;

в) "полной страховой ответственности"(Медицинская программа № 3) - да/нет.

1.2. Страховщик принимает на себя оплату медицинских и иных услуг, связанных с покрытием расходов на медицинские услуги и медикаменты в медицинских учреждениях.

1.3. Объем услуг, оказываемых Застрахованному лицу, определяется в программе по добровольному медицинскому страхованию, прилагаемой к настоящему договору и являющейся его неотъемлемой частью.

1.4. Страховщик обязан выдать Застрахованному лицу в течение _____ дней после заключения договора страхования страховой медицинской полис с приложением перечня медицинских учреждений, которые будут оказывать медицинские и иные услуги в рамках медицинской программы.

2. Условия договора

2.1. Количество застрахованных лиц: _____ чел.

2.2. Страховыми случаями признаются факты обращения в Медицинское учреждение за получением консультативной, профилактической и иной медицинской помощи вследствие:

- острых заболеваний или обострении хронических заболеваний;

- травм и отравлений в результате несчастных случаев или действий третьих лиц.

2.3. Страховщик оплачивает все разумно понесенные расходы Застрахованного лица в медицинском учреждении в рамках медицинской программы в пределах страховой суммы (лимита страховой ответственности) в размере _____ руб. на одного Застрахованного.

2.4. Страховая премия на одно Застрахованное лицо: _____ руб.
Итого по договору: _____ руб.

Страховая премия уплачивается (нужное подчеркнуть): наличными деньгами / безналичным расчетом; одновременно / в 2 срока.

Первый взнос уплатить не позднее " _ " _____ 201__ г. в размере _____ руб.

Второй взнос (при рассроченной уплате) внести не позднее " __ " _____ 201_ г. в размере _____ руб.

2.5. Договор вступает в действие с " ____ " _____ 201 ____ г. по " ____ " _____ 201 _ г. сроком на ____ месяцев.

3. Условия прекращения договора

3.1. договор страхования прекращается в случаях:

- истечения срока действия;
- исполнения Страховщиком обязательств по договору в полном объеме;
- неуплаты Страхователем страховой премии в установленные договором сроки;
- ликвидации Страхователя, являющегося юридическим лицом, или смерти Страхователя, являющегося физическим лицом, кроме случаев замены Страхователя в договоре страхования, или смерти Застрахованного лица;
- ликвидации Страховщика;
- прекращения действия договора страхования по решению суда

3.2. Договор страхования может быть прекращен досрочно по требованию Страхователя или Страховщика либо по взаимному соглашению сторон, причем о намерении досрочного прекращения договора стороны обязаны уведомить друг друга не менее, чем за 30 дней до предполагаемой даты прекращения договора страхования.

3.3. При досрочном прекращении страхования по требованию Страхователя страховая премия не подлежит возврату, а если требование Страхователя обусловлено нарушением Страховщиком Правил страхования, то Страховщик должен полностью вернуть Страхователю внесенные тем взносы страховой премии.

3.4. При досрочном прекращении страхования по требованию Страховщика он обязан вернуть Страхователю полученный взнос страховой премии полностью, если прекращение страхования не связано с невыполнением Страхователем Правил страхования, иначе он должен вернуть часть страховой премии за истекший срок договора за вычетом понесенных расходов.

4. Ответственность сторон

4.1. Страховщик обязан:

- выдать страховой полис с приложением настоящих Правил в установленный

срок;

- не разглашать сведения о Страхователе, если это не вступит в противоречие с законодательными актами РФ;

- в случае отказа медицинского учреждения из прилагаемого перечня в предоставлении Застрахованному лицу услуги в рамках медицинской программы, а также в случае неполного или некачественного предоставления медицинской услуги уплатить штраф Страхователю за каждый случай в размере _____ руб.;

- при возникновении осложнений у Застрахованного лица и необратимых последствий от них по вине медицинского учреждения, нести ответственность с выплатой компенсации в размере стоимости оказанных услуг и оплатой стоимости комплексных мероприятий, связанных с устранением таких осложнений.

4.2. Страхователь обязан:

- своевременно уплачивать страховую премию;

- при заключении договора страхования сообщать Страховщику обо всех известных ему обстоятельствах, имеющих значение для оценки страхового риска;

- во всех случаях прекращения договора страхования возвращать Страховщику страховые полисы (регистрационные карточки, пластиковые карты и т. п.), действие которых прекращается с момента прекращения страхования.

5. Порядок разрешения споров

5.1. Все споры по договору страхования между Страхователем и Страховщиком рассматриваются в претензионном порядке, а при недостижении согласия по претензиям - в судебном (арбитражном, третейском) порядке.

5.2. Право на предъявление претензий к Страховщику на получение страхового обеспечения по договору сохраняется в течение общего срока исковой давности.

6. Адреса, реквизиты и подписи сторон

Страхователь:

Страховщик:

(подпись)

М.П.

(подпись)

М.П.

МЕДИЦИНСКАЯ ПРОГРАММА № 1 ПО ДОБРОВОЛЬНОМУ МЕДИЦИНСКОМУ СТРАХОВАНИЮ

"Предоставление медицинских услуг при амбулаторном лечении"

Страхование по Медицинской программе № 1 имеет основной целью осуществление амбулаторных оздоровительных и лечебно-профилактических мероприятий по укреплению здоровья Застрахованного лица при обращении его за диагностическими услугами, консультацией и лечением.

1. Диагностические исследования, процедуры, манипуляции, консультации и курсы лечения, проводимые на дому больным (кроме лиц, которые по состоянию здоровья и характеру заболевания не могут посетить медицинское учреждение).
2. Лечение сексологической патологии.
3. Лечение логоневрозов у лиц после 18 лет.
4. Все виды профилактических медицинских осмотров, включая работающих.
5. Медицинское обеспечение детских, оздоровительных, спортивных, трудовых лагерей, лагерей труда и отдыха, спортивных состязаний, массовых культурных и общественных мероприятий.
6. Кератомия (за исключением выполняемой по медицинским показаниям).
7. Проведение профилактических прививок работающему населению из групп повышенного риска заражения инфекционными заболеваниями.
8. Лечение и диагностика острых профессиональных отравлений и производственных травм.
9. Лечение и диагностика хронического алкоголизма.
10. Медикаментозное обеспечение амбулаторных больных (за исключением категорий больных, видов заболеваний, социальных групп, которым специальными решениями органов государственного управления определены льготы по лекарственному обеспечению).
11. Косметологические услуги.
12. Гомеопатическое лечение.
13. Коррекция зрения с помощью очков и контактных линз.
14. Консультации по вопросам здорового образа жизни (оптимальный двигательный режим, физическая культура, психогигиена, рациональное питание, профилактика вредных привычек, личная гигиена и др.).
15. Услуги центров здоровья.
16. Обучение приемам реанимации и другим видам экстренной медицинской помощи ухода за больными.
17. Медико-психологическая помощь.
18. Медицинские услуги, осуществляемые по желанию граждан при отсутствии аналогичных услуг по территориальной программе обязательного медицинского страхования.
19. Бытовые и сервисные услуги, предоставляемые медицинскими учреждениями при диспансеризации в амбулаторных условиях.
20. Диспансеризация в амбулаторных условиях, за исключением:

- детей от 0 до 14 лет, включая логоневрозы;
- подростков от 15 до 18 лет, включая логоневрозы;
- учащихся и студентов очных форм обучения;
- беременных и рожениц;
- введение внутриматочных и назначение гормональных контрацептивов;

- инвалидов, пенсионеров, участников ВОВ и приравненных к ним лиц, участников войны в Афганистане;
- диспансеризация больных туберкулезом, эндокринными и онкологическими заболеваниями, перенесших инфаркт миокарда, острое нарушение мозгового кровообращения, страдающих хронической почечной недостаточностью, психическими и другими заболеваниями, представляющим социальную опасность.

МЕДИЦИНСКАЯ ПРОГРАММА № 2 ПО ДОБРОВОЛЬНОМУ МЕДИЦИНСКОМУ СТРАХОВАНИЮ

"Предоставление медицинских услуг при стационарном лечении"

Страхование по Медицинской программе № 2 имеет основной целью осуществление стационарных оздоровительных и лечебно-профилактических мероприятий по укреплению здоровья Застрахованного лица как при плановом (по направлению Медицинского учреждения), так и при экстренном (по жизненным показаниям) обращении его за лечением.

1. Искусственная инсеминация и экстакорпоральное оплодотворение.
2. Санаторно-курортное лечение (за исключением больных туберкулезом).
3. Медицинские услуги, осуществляемые по желанию граждан в условиях стационарного лечения в отделениях:

- урологии
- кардиологии
- пульмонологии
- эндокринологии
- гастроэнтерологии
- иммунологии
- нейрохирургии за исключением:

- больных с острыми заболеваниями и обострением хронических заболеваний, травмами, ожогами, отравлениями, представляющими непосредственную угрозу для жизни пациента или окружающих;
- инфекционных больных;
- беременных и рожениц;
- аборт по медицинским и социальным показаниям;
- онкологических больных.

4. Лечение и диагностика хронического алкоголизма в условиях стационара.
5. Бытовые и сервисные услуги, предоставляемые стационарными медицинскими учреждениями как услуги гостиничного типа.

**МЕДИЦИНСКАЯ ПРОГРАММА № 3
ПО ДОБРОВОЛЬНОМУ МЕДИЦИНСКОМУ СТРАХОВАНИЮ**

"Полная страховая ответственность"

Страхование по Медицинской программе № 3 имеет основной целью осуществление как амбулаторных, так и стационарных оздоровительных и лечебно-профилактических мероприятий по укреплению здоровья Застрахованного лица при обращении его за диагностическими услугами, консультацией и лечением, а также при плановом (по направлению Медицинского учреждения) или экстренном (по жизненным показаниям) обращении его за лечением.

Предоставляемые услуги представлены соответственно в перечнях по Медицинским программам № 1 и № 2.

Образец
(для юридических лиц)

В ООО «РИКС»

ЗАЯВЛЕНИЕ
о добровольном медицинском страховании

Страхователь

(полное наименование предприятия, организации)
в _____ лице

(должность, Ф.И.О.)
юридический _____ адрес:

Телефон: _____ Факс:

банковские _____ реквизиты:

просит заключить договор добровольного медицинского страхования на срок с
“___” _____ 20__ г.
по “___” _____ 20__ г. в отношении лиц согласно прилагаемому списку, по
следующим программам страхования:

Наименование программы добровольного медицинского страхования	Медицинское учреждение	Количество лиц, предлагаемых на страхование

Всего: _____ человек.

Все сведения, указанные в настоящем заявлении и приложении к нему (списке лиц, предлагаемых на страхование) подтверждаю.

О последствиях предоставления заведомо ложных сведений предупрежден (признание договора недействительным и применение последствий, предусмотренных п.2 ст.179 ГК РФ). При необходимости обязуюсь предоставить информацию о

состоянии здоровья лиц, в пользу которых заключается договор страхования и способствовать Страховщику в сборе такой информации (в том числе организации медицинского обследования).

Руководитель _____
/ _____ /

М.П.

___.__.20__ г.

Приложение ____
к Заявлению на страхование

Список лиц, предлагаемых на страхование

Страхователь

Фамилия, имя, отчество Застрахованного лица	пол	Месяц и год рождения	Паспортные данные	Домашний адрес и телефон	Программа страхования, медицинское учреждение	Другие данные, имеющие значение для установления страховой суммы и тарифа*:

Всего: _____ человек.

Все сведения, указанные в настоящем заявлении, подтверждаю.

О последствиях предоставления заведомо ложных сведений предупрежден (признание договора недействительным и применение последствий, предусмотренных п.2 ст.179 ГК РФ). При необходимости обязуюсь предоставить информацию о состоянии здоровья лиц, в пользу которых заключается договор страхования и способствовать Страховщику в сборе такой информации (в том числе организации медицинского обследования).

СТРАХОВАТЕЛЬ: _____
(подпись)
М.п.

* Отметить лиц, состоящих на учете в наркологических, психоневрологических, туберкулезных, кожновенерологических, онкологических диспансерах, ВИЧ-инфицированных и ВИЧ-больных, больных сахарным диабетом и системными заболеваниями крови, инвалидов I, II и III группы, детей-инвалидов, а также лиц, служебные обязанности и/или увлечения которых связаны с повышенным риском травматизма или заболеваемости.

Образец
(для физических лиц)

В ООО «РИКС»

ЗАЯВЛЕНИЕ
о добровольном медицинском страховании

Я, _____,
(Фамилия, Имя, Отчество)

проживающий(ая) по адресу:

_____, телефон _____

паспорт: серия _____ № _____, выдан "_____" _____ г.,

(кем выдан)

прошу заключить договор добровольного медицинского страхования в соответствии с Правилами добровольного медицинского страхования ООО «РИКС» 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	Паспортные данные	Домашний адрес и телефон	Желаемые условия страхования (программа страхования, медицинское учреждение)	Другие данные, имеющие значение для установления страховой суммы и тарифа*:

Все сведения, указанные в настоящем заявлении, подтверждаю.

О последствиях предоставления заведомо ложных сведений предупрежден (признание договора недействительным и применение последствий, предусмотренных п.2 ст.179 ГК РФ). При необходимости обязуюсь предоставить информацию о состоянии здоровья лиц, в пользу которых заключается договор страхования и способствовать Страховщику в сборе такой информации (в том числе организации медицинского обследования).

СТРАХОВАТЕЛЬ: _____
(подпись)
_____.20__г.

*Отметить лиц, состоящих на учете в наркологических, психоневрологических, туберкулезных, кожновенерологических, онкологических диспансерах, ВИЧ-инфицированных и ВИЧ-больных, больных сахарным диабетом и системными заболеваниями крови, инвалидов I, II и III группы, детей-инвалидов, а также лиц, служебные обязанности и/или увлечения которых связаны с повышенным риском травматизма или заболеваемости.

СТРАХОВОЙ ПОЛИС № _____
ДОБРОВОЛЬНОЕ МЕДИЦИНСКОЕ СТРАХОВАНИЕ

Настоящий страховой полис выдан в подтверждение заключения договора добровольного медицинского страхования между ООО «РИКС» (далее – Страховщик) и Страхователем в соответствии с «Правилами добровольного медицинского страхования» Страховщика в пользу Застрахованного лица.

СТРАХОВЩИК	<i>Адрес, тел./факс/e-mail, ИНН/КПП, Банковские реквизиты</i>		
СТРАХОВАТЕЛЬ	<i>Наименование юридического лица / ФИО физического лица Адрес, телефон, факс, e-mail</i>		
ЗАСТРАХОВАННОЕ ЛИЦО	<i>ФИО, пол, год рождения, Адрес, телефон</i>		
ОБЪЕКТ СТРАХОВАНИЯ	Имущественные интересы Застрахованного лица, связанные с оказанием ему медицинских услуг.		
СТРАХОВОЙ СЛУЧАЙ	<p>1. Обращение Застрахованного лица в течение срока действия договора страхования в медицинское учреждение из числа предусмотренных настоящим полисом при остром заболевании, обострении хронического заболевания, травме и других несчастных случаях, а также с целью профилактики инфекционных заболеваний, за получением медицинской (лечебной, диагностической, консультативной, реабилитационно-восстановительной, оздоровительной, профилактической, в том числе иммунопрофилактической и др.) и медико-транспортной помощи, требующей оказания медицинских услуг в пределах их перечня, предусмотренного программой ДМС, указанной в настоящем полисе.</p> <p>2. Обращение Застрахованного лица за получением медицинской помощи в течение срока действия договора страхования в соответствии с программой ДМС в иные медицинские учреждения, помимо предусмотренных настоящим полисом (в том числе расположенные в других регионах РФ), если это обращение организовано и/или согласовано Страховщиком.</p>		
СТРАХОВОЙ ТАРИФ		СТРАХОВАЯ ПРЕМИЯ	
СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА	С __.__.20__г. по __.__.20__г.		
ПРОЧИЕ УСЛОВИЯ	<p>1. Изменение и расторжение договора страхования осуществляется в порядке, предусмотренном гражданским законодательством и Правилами страхования.</p> <p>2. Права и обязанности сторон по договору страхования – в соответствии с Правилами страхования.</p>		
ОСОБЫЕ УСЛОВИЯ	В период действия договора страхования Страхователь (Застрахованное лицо) обязан незамедлительно сообщать Страховщику о ставших ему известными значительных изменениях в обстоятельствах, сообщенных при заключении договора, если эти изменения могут существенно повлиять на увеличение страхового риска (диагностирование сахарного диабета, системных		

	заболеваний крови, злокачественных новообразований, ВИЧ – инфекции, установление группы инвалидности, появление избыточной массы тела, постановка на учет в наркологических, психоневрологических, туберкулезных, кожно-венерологических диспансерах, появление служебных обязанностей и/или увлечений, связанных с повышенным риском травматизма или заболеваемости).
ПРИЛОЖЕНИЯ К ПОЛИСУ	<ol style="list-style-type: none">1. Перечень видов медицинской помощи и медицинских услуг по программам страхования;2. Правила добровольного медицинского страхования.