**ПРАВИЛА**

**ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ**

1. **ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ**
   1. В соответствии с законодательством Российской Федерации, Гражданским кодексом РФ, Законом «Об организации страхового дела в Российской Федерации», Базовым стандартом защиты прав и интересов физических и юридических лиц- получателей финансовых услуг, оказываемых членами саморегулируемых организаций, объединяющих страховые организации и иными нормативными документами в области страхования настоящие Правила регулируют отношения, возникающие между Страховщиком, Страхователем и Застрахованным по поводу осуществления добровольного медицинского страхования.
   2. Субъектами договора страхования выступают:
      1. Акционерное общество «Страховая медицинская компания «Сахамедстрах» (далее по тексту – «Страховщик»), осуществляющая страховую деятельность в соответствии с Лицензией, выданной органом страхового надзора.
      2. Дееспособные физические лица, в том числе индивидуальные предприниматели и (или) юридические лица любых организационно – правовых форм, заключающие договоры страхования (далее по тексту – «Страхователи»).
      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.
      4. Медицинские учреждения – 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.
   3. 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; виды лечебно – профилактической помощи (медицинских услуг); стоимость работ и порядок расчетов; порядок контроля качества медицинской помощи; ответственность сторон и иные не противоречащие законодательству РФ условия (Приложение 6 к настоящим Правилам).
   4. Договоры страхования заключаются в пользу граждан без возрастных ограничений.
   5. 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.

До заключения договора страхования страховщик вправе потребовать предварительного медицинского освидетельствования лиц направление с ЛПУ или выписка из истории болезни, амбулаторной карты и др., подлежащих страхованию.

* 1. В программах «Амбулаторная помощь» и «Комплексная медицинская помощь» может предусматриваться возмещение расходов на лекарственные средства при амбулаторно-поликлиническом лечении. Оплата лекарственных средств осуществляется по рецепту врача при наступлении страхового случая, предусмотренного договором страхования.
  2. Страхованию не подлежат граждане, состоящие на учете в наркологических, психоневрологических, противотуберкулезных, кожно-венерологических диспансерах, центрах по профилактике и борьбе со СПИД; Инвалиды I группы, дети – инвалиды; больные онкологическими заболеваниями и системными заболеваниями крови.

Заключенные в отношении таких лиц договоры страхования признаются недействительными с момента заключения.

* 1. Не допускается страхование противоправных интересов.
  2. Страховщик не вправе разглашать полученные им в результате своей профессиональной деятельности сведения о Страхователе, застрахованном лице, состоянии их здоровья, имущественном положении. За нарушение тайны страхования Страховщик, в зависимости от рода нарушенных прав и характера нарушения, несет ответственность в порядке, предусмотренном нормами гражданского законодательства Российской Федерации.
  3. Застрахованные лица обязаны предоставить Страховщику право полного доступа к информации о состоянии своего здоровья, установленных диагнозах, полученной медицинской помощи, освободив от обязательств конфиденциальности перед Страховщиком сотрудников медицинских учреждений.

1. ОБЪЕКТ СТРАХОВАНИЯ, СТРАХОВОЙ РИСК

2.1. Объектом медицинского страхования является имущественный интерес Страхователя, связанный с оплатой организации и оказания медицинской и лекарственной помощи (медицинских услуг) и иных услуг вследствие расстройства здоровья Застрахованного лица или состояния Застрахованного лица, требующий организации и оказания таких услуг, а также проведения профилактических мероприятий, снижающих степень опасных для жизни или здоровья Застрахованного лица угроз и (или) устраняющих их (медицинское страхование).

2.2. По договору страхования Застрахованный имеет право на получение медицинских и иных услуг, в порядке и на условиях договора страхования, в медицинских организациях и у частнопрактикующих медицинских работников, имеющих соответствующую лицензию (далее - медицинских организациях), а также сервисных организациях, перечисленных в договоре страхования (страховом Полисе) или в приложении к нему. Медицинские и иные услуги оказываются медицинскими организациями в рамках заключенного договора со Страховщиком. Страховщик несет ответственность за номенклатуру, качество, сервис и условия предоставления медицинской помощи, оказанной по программам добровольного медицинского страхования, только в этих медицинских организациях и не несет ответственности при оказании медицинской помощи вне этих организаций.

2.3. 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.

1. СТРАХОВОЙ СЛУЧАЙ И ОБЪЕМ оБЯЗАТЕЛЬСТВ СТРАХОВЩИКА
   1. По настоящим Правилам страховым случаем является:
      1. Обращение Застрахованного в медицинское учреждение из числа предусмотренных Договором страхования при остром заболевании или обострении хронического заболевания, травме, отравлении за получением диагностической, консультативной, лечебной, лекарственной, профилактической (включая иммунопрофилактику), восстановительной и иной (в том числе медико-социальной) помощи в соответствии с условиями и программой Договора страхования, и повлекшее возникновению обязательств Страховщика по осуществлению страховых выплат;
      2. Обращение Застрахованного за получением медицинской помощи в течение срока действия Договора страхования в соответствии с программой страхования в иные медицинские учреждения, помимо предусмотренных Договором страхования (в том числе расположенные других регионах РФ при необходимости организации неотложной медицинской помощи, если таковая может быть организована филиалом Страховщика), если это обращение согласовано и/или организовано Страховщиком;
   2. Не признается страховым случаем обращение Застрахованного за получением медицинских и иных услуг:
      1. Не предусмотренных Договором страхования:
      2. В связи с патологическими состояниями и травмами, возникшими или полученными в состоянии или вследствие алкогольного, наркотического или токсического опьянения, а также вследствие передачи Застрахованным управления транспортным средством лицу, находящемуся в состоянии алкогольного, наркотического или токсического опьянения;
      3. В связи с получением травматического повреждения или иного расстройства здоровья, наступившего в результате совершения Застрахованным противоправных действий;
      4. В связи с умышленным причинением, Застрахованным себе телесных повреждений, суицидальными попытками, за исключением тех случаев, когда Застрахованный был доведен до такого состояния противоправными действиями третьих лиц, что подтверждено соответствующими судебными решениями;
      5. Не назначенных врачом или выполняемых по желанию Застрахованного.
   3. Не признается страховым случаем обращение Застрахованного за получением медицинских и иных услуг, вызванное:
      1. Воздействием ядерного взрыва, радиации или радиоактивного заражения;
      2. Военными действиями, а также маневрами или иными военными мероприятиями;
      3. Гражданской войной, народными волнениями всякого рода или забастовками;
      4. Стихийными бедствиями.
   4. Договор страхования может быть заключен на следующих условиях:
      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 «Амбулаторно-поликлиническая помощь»;
      2. Организации предоставления и оплаты медицинских услуг, предусмотренных программой медицинского страхования, в медицинских учреждениях, оказывающих стационарную помощь – программа «Стационарная помощь»;
      3. Организации предоставления и оплаты стоматологической помощи – программа «Стоматологическая помощь»;
      4. Организация предоставления и возмещения расходов на реабилитационно-восстановительное лечение после перенесенного заболевания, являющегося страховым случаем – программа «Восстановительное лечение»;
      5. Организация предоставления и оплаты скорой (неотложной) медицинской помощи – программа «Скорая (неотложная) медицинская помощь».
      6. Организации предоставления и оплаты медицинских услуг, предусмотренных программой медицинского страхования в медицинских учреждениях, оказывающих амбулаторно-поликлиническую помощь, стационарную помощь, стоматологическую помощь, восстановительное лечение, скорую (неотложную) медицинскую помощь, включая выездную медицинскую помощь – программа «Комплексная медицинская помощь»;
   5. При заключении договора страхования Страховщик гарантирует застрахованному лицу предоставление медицинских услуг медицинскими учреждениями, оказывающими амбулаторно-поликлиническую, стационарную и другие виды медицинской помощи, определенными договором страхования, в соответствии с конкретным перечнем услуг, выбранным Страхователем при заключении договора страхования.
   6. Перечень медицинских услуг и объем обязательств Страховщика (страховая сумма) по договору страхования определяется программой медицинского страхования и перечнем медицинских учреждений, определенных договором страхования, в которых Застрахованный вправе получить медицинскую помощь.
   7. При заключении договора страхования в отношении инвалидов II и III группы не покрываются страхованием возникновение или обострение заболеваний, связанных с причиной инвалидности или являющихся сопутствующими этому заболеванию.
2. **СТРАХОВАЯ СУММА**
   1. Страховой суммой является предельный уровень страхового обеспечения по Договору страхования.
   2. Страховая сумма по договору страхования определяется Страховщиком и Страхователем по их усмотрению исходя из определенных договоров условий страхования, состояния здоровья Застрахованного, срока действия договора страхования, стоимости сервисных услуг, включаемых в стоимость медицинских услуг, но не может быть менее установленной Страховщиком для конкретной программы страхования, категорий медицинских учреждений, определенных договором страхования.
   3. В период действия договора страхования Страховщик по согласованию со Страхователем вправе изменить страховую сумму при изменении цен на стоимость медицинских услуг, перечень медицинских услуг (программы добровольного медицинского страхования), а также поменять медицинские учреждения, предоставляющие медицинскую помощь по договору страхования.

Указанные изменения оформляются в письменном виде путем подписания дополнительного соглашения к договору страхования с соответствующим перерасчетом страховой премии.

* 1. При заключении договора страхования по нескольким условиям одновременно Страховщик несет ответственность по оплате медицинских и иных услуг в пределах страховой суммы по каждому их условий.

1. **СТРАХОВАЯ ПРЕМИЯ (страховой взнос), ФОРМА И ПОРЯДОК ИХ УПЛАТЫ**
   1. Страховой премией является плата за страхование, которую Страхователь обязан уплатить Страховщику в порядке и в сроки, которые устанавливаются договором страхования.

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

* 1. При определении размера страховой премии, подлежащей уплате по договору страхования, Страховщик применяет рассчитанные им страховые тарифы (Приложение №2 к настоящим Правилам), определяющие премию, взимаемую с единицы страховой суммы, с учетом условий страхования, выбранной Страхователем программы добровольного медицинского страхования, категории медицинского учреждения (в зависимости от цен на оказание медицинских услуг в Медицинском учреждении, предусмотренном договором страховании), срока страхования. Конкретный размер страхового тарифа определяется договором страхования по соглашению сторон.

При заключении договора страхования по нескольким условиям размер страховой премии определятся путем суммирования премий по этим условиям.

* 1. Страховая премия (взносы) по договору страхования может быть уплачена Страхователем единовременно или уплачиваться в рассрочку, наличными деньгами представителю Страховщика или перечислены на расчетный счет Страховщика путем безналичных расчетов.

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

* 1. Страхователь обязан уплатить Страховщику страховой взнос в сроки, предусмотренные договором страхования или, в случае уплаты страхового взноса в рассрочку, первую его часть, после подписания договора 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 передача представителю (агенту) страховой компании.

В случае неуплаты очередной части страхового взноса в оговоренные договором страхования сроки, действие договора прекращается в порядке, предусмотренном настоящими Правилами и действующим законодательством, если сторонами не достигнута дополнительная договоренность по этому вопросу.

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

1. **СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ**
   1. Договор страхования заключается сроком до одного (календарного) года, на один год и на срок более 1 года с физическим лицом и юридическим лицом (в коллективной форме). Даты начала и окончания срока действия Договора указываются в полисе страхования.
2. **ПОРЯДОК ЗАКЛЮЧЕНИЯ И ОФОРМЛЕНИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ**
   1. Договором страхования является соглашение между Страхователем и Страховщиком, при котором Страховщик обязуется за обусловленную договором плату (страховую премию), уплачиваемую Страхователем, выплатить единовременно или выплачивать периодически обусловленную договором сумму (страховую сумму) при наступлении страхового случая.
   2. Для заключения Договора страхования Страхователь обращается к Страховщику с письменным заявлением или устным заявлением, форма которого устанавливается Страховщиком и в котором сообщаются данные, необходимые для заключения Договора страхования, либо иным допустимым способом заявляет о своем намерении заключить Договор страхования (устное заявление, факс и т.д.).
   3. Страховщик принимает решение о заключении Договора страхования в течение пяти дней после поступления заявления Страхователя. Факт заключения Договора страхования может удостоверяться путем составления отдельного документа (Договора страхования), либо путем передачи Страховщиком Страхователю страхового полиса, подписанного Страховщиком, с приложением Правил страхования, как в полном изложении, так и в сокращении (выдержки) или условиями страхования.
   4. При заключении договора страхования между Страхователем и Страховщиком должно быть достигнуто соглашение по следующим существенным условиям:

* о застрахованном лице;
* о характере события, на случай наступления, которого осуществляется страхование (страхового случая);
* о программе страхования и перечне медицинских учреждений, оказывающих медицинскую помощь Застрахованным;
* о сроке действия договора и размере страховой суммы.
  1. Страховщик обязан ознакомить Страхователя с содержанием Правил страхования, условиями страхования и вручить ему один экземпляр.
  2. 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 медицинской карты с поликлиники (стационара).

Предварительное медицинское освидетельствование производится за счет средств Страхователя.

В зависимости от результатов предварительного медицинского освидетельствования Застрахованному устанавливается соответствующая группа Здоровья и категория полиса:

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

*Группа здоровья* *II* – практически здоровые лица с повышенным риском заболевания, отягощенной наследственностью по диабету, сердечно-сосудистыми, почечно-желчнокаменной болезнями, психическими заболеваниями. В анамнезе – черепно-мозговые травмы, осложненные детские болезни, злоупотребление алкоголем, курение, работавшие или работающие на производстве с особо вредными условиями труда. Женщины детородного возраста.

*Группа здоровья* *III* – лица трудоспособного возраста, имеющие хронические заболевания с тенденцией к обострению чаще двух раз в году, злоупотребляющие алкоголем, систематически употребляющие транквилизаторы, снотворные, страдающие выраженными неврозами, психопатиями, гипертонической болезнью II степени, ИБС без выраженной стенокардии, перенесшие полостные операции. Дети от 1 года до 5 лет и лица старше 60 лет.

* 1. Заключение договора страхования с юридическими лицами:
     1. При заключении коллективных договоров на страхование принимается любое количество работников юридического лица, членов их семей, а также иных лиц, определенных Страхователем.
     2. Основанием для заключения договора страхования является письменное заявление Страхователя (Приложение 3), в котором должны быть указаны:

наименование и юридический адрес Страхователя, его банковские реквизиты, телефон;

условия страхования (в том числе особые условия);

срок страхования;

другие сведения, имеющие значение для заключения договора страхования.

К заявлению должен быть приложен список страхуемых граждан с указанием фамилии, имени, отчества, пола, даты, месяца и года рождения, домашнего адреса и телефона.

* + 1. Страховщик вправе требовать 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.
    2. Страховщик принимает решение о заключении договора страхования в течение пяти дней после поступления письменного заявления Страхователя.

Договор страхования оформляется в письменной форме (Приложение №4) и сопровождается страховым полисом, выдаваемым Страхователю на каждое застрахованное лицо.

В страховом полисе (Приложение 6) указывается:

наименование Страхователя;

фамилия, имя, отчество застрахованного лица, пол, год и месяц рождения;

домашний адрес и телефон;

условия страхования;

перечень медицинских услуг (Программа медицинского страхования);

перечень лечебно-профилактических учреждений (ЛПУ);

размер страховой суммы;

размер страховой премии;

срок действия договора;

другие сведения в соответствии с условиями заключения договора страхования;

подписи сторон.

* 1. Заключение договора страхования с физическими лицами:
     1. Факт заключения договора страхования с физическими лицами является передача Страхователю страхового полиса с условиями страхования по устному или письменному (Приложение 3) заявлению Страхователя с указанием:

фамилии, имени и отчества Страхователя, паспортные данные, его домашнего адреса и телефона;

фамилии, имени и отчества лица, в пользу которого заключен договор страхования (если таковой имеется);

пола, даты, месяца, года рождения, домашнего адреса и телефона застрахованного лица;

желаемых условий заключения договора страхования;

перечень медицинских услуг (Программа медицинского страхования);

срока действия договора страхования.

* 1. Застрахованному лицу запрещается передавать страховой полис другим лицам с целью получения ими медицинских услуг по договору страхования.
  2. При утрате Застрахованным лицом страхового полиса он должен незамедлительно известить об этом Страховщика. Утраченный документ признается недействительным и не может являться основанием для получения медицинских услуг, взамен Страхователю выдается новый.
  3. Страховой полис вступает в силу с момента уплаты страховой премии или первого ее взноса.

1. ПОРЯДОК ВЫПОЛНЕНИЯ ОБЯЗАТЕЛЬСТВ ПО ДОГОВОРУ
   1. Право Застрахованного на получение и оплату медицинской помощи, предусмотренной договором страхования, наступает с даты, указанной в договоре или полисе страхования, и/или с даты уплаты страховой премии (взноса).
   2. Право Страховщика на получение от Страхователя страховой премии (взноса) возникает в момент заключения договора.
   3. Предоставление медицинской помощи, обусловленной договором страхования, осуществляется путем обращения Застрахованного лица в медицинские учреждения, с которыми Страховщик состоит в договорных отношениях. При обращении Застрахованного лица в медицинское учреждение предъявляется страховой полис, выданный Страховщиком, паспорт или другой документ, удостоверяющий личность Застрахованного лица.
   4. Оплата стоимости услуг, оказанных медицинскими учреждениями, производится исходя из фактических затрат на оказание медицинской помощи и медицинских услуг по ценам, согласованным между Страховщиком и медицинским учреждением, путем перечисления Страховщиком денежных средств на счет медицинского учреждения.
   5. По соглашению между Страховщиком и медицинским учреждением, в целях приобретения учреждением медицинского оборудования, расходных материалов и медикаментов оплата стоимости услуг, оказанных медицинским учреждением, может производиться путем авансового перечисления денежных средств учреждению, либо по счету фирме-поставщику, в счет последующей отработки реестров за оказанные медицинские услуги.
2. **ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН**
   1. Права и обязанности Застрахованного по договору страхования.
      1. Застрахованный имеет право:

* на своевременное качественное получение медицинских услуг и лекарственной помощи в соответствии с избранными Страхователем Программой (программами) страхования и медицинскими учреждениями, определенными договором страхования;
* предъявлять претензии к Страховщику по качеству своего обслуживания в избранном медицинском учреждении и требовать от Страховщика немедленного проведения расследования по таким претензиям.
  + 1. Застрахованный обязан:
* соблюдать предписания лечащего врача;
* соблюдать порядок, установленный в лечебном учреждении;
* обеспечить надлежащее хранение страхового полиса, исключающее возможность его использования для получения медицинских услуг третьими лицами.
  1. Права и обязанности Страхователя.
     1. Страхователь имеет право:
* осуществлять контроль за соблюдением Страховщиком условий договора страхования;
* 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;
* расширить список Застрахованных и (или) перечень медицинских услуг, 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;
* в случае увольнения Застрахованного работника, Страхователь – юридическое лицо вправе заменить его другим в соответствии с условиями, изложенными в п. 9.5. настоящих Правил;
* досрочно расторгнуть договор страхования в порядке, предусмотренном настоящими Правилами страхования и гражданским законодательством Российской Федерации.
* по запросу, бесплатно один раз, получить копию договора страхования (страхового полиса) и иных документов, являющихся неотъемлемой частью договора страхования (правил страхования, программ, планов, дополнительных условий страхования и других документов в соответствии с условиями, указанными в договоре страхования), за исключением информации, не подлежащей разглашению(персональные данные других застрахованных лиц, данные об уплаченных премиях по коллективным договорам страхования, условия страхования других категорий застрахованных лиц и пр.)
  + 1. Страхователь обязан:
* предоставить Страховщику полную и достоверную информацию, необходимую для заключения договора страхования;
* уплатить своевременно страховую премию в размере и в сроки, определенные договором страхования;
* уплачивать дополнительный страховой взнос соразмерно увеличению страхового риска или согласовывать изменение условий Договора страхования в случае выявления обстоятельств, влекущих увеличение страхового риска;
* довести до сведения каждого Застрахованного условия страхования, определенные договором страхования.
  1. Права и обязанности Страховщика.
     1. Страховщик имеет право:
* требовать от Страхователя предоставления полной и достоверной информации, необходимой для заключения договора страхования;
* отказать Страхователю в заключении Договора страхования, выплате страхового возмещения или досрочно расторгнуть Договор страхования в случае установления факта, что Страхователь или Застрахованные (родители застрахованного ребенка) сообщили ложные данные, влияющие на степень страхового риска;
* приостанавливать организацию обслуживания Застрахованных или расторгать досрочно Договор страхования при не поступлении очередного платежа страхового взноса в соответствии с условиями Договора страхования;
* приостанавливать выполнение своих обязательств либо расторгать досрочно Договор страхования в отношении Застрахованного в случаях его неявки на заранее согласованные с медицинским учреждением процедуры, приемы и исследования, нарушениях лечебного режима, невыполнении медицинских предписаний и рекомендаций врачебного персонала;
* досрочно расторгнуть Договор страхования в отношении Застрахованного в случае, если будет установлено, что Застрахованный передал другому лицу страховой полис с целью получения последним услуг по Договору страхования;
  + 1. Страховщик обязан:
* заключать договоры на оказание медицинских, оздоровительных и социальных услуг гражданам по добровольному медицинскому страхованию с любыми медицинскими и или иными учреждениями;
* обеспечить своевременную выдачу Застрахованным страховых медицинских полисов;
* обеспечить предоставление Застрахованным медицинской помощи и услуг, определенных договором страхования;
* защищать интересы Застрахованных посредством контроля за объемом, сроками и качеством оказываемой Застрахованным медицинской помощи в соответствии с условиями договора;
* не разглашать полученные в результате своей профессиональной деятельности сведения о состоянии здоровья Застрахованных и их имущественном положении.
  1. 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.

* 1. 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 самого Застрахованного и Страховщика.

После возврата Страховщику страховых полисов, исключаемых из списка Застрахованных, вновь Застрахованным выдается страховые полисы на условиях первоначально заключенного договора страхования.

При этом производится перерасчет размера страховой премии с учетом состояния здоровья Застрахованных за не истекший срок страхования.

1. **ПОРЯДОК ОРГАНИЗАЦИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ, ПОРЯДОК И УСЛОВИЯ ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЫ**
   1. За получением медицинских услуг Застрахованный обращается в медицинские и иные учреждения, предусмотренные Договором страхования, или непосредственно к Страховщику по телефонам, указанным в страховом полисе, для получения информации о порядке предоставления медицинской помощи.
   2. Не оплачиваются Страховщиком расходы по лечебно-диагностическим мероприятиям, проведенным по инициативе Застрахованного.
   3. Выплаты по договорам страхования производятся в те лечебно-профилактические учреждения, с которыми заключен договор на предоставление медицинских услуг по ДМС и где Застрахованный получил медицинские услуги по страховому случаю;
      1. Оплата услуг лечебного учреждения производится по мере поступления реестров на медицинские услуги. По заявке Учреждения, Страховщик вправе произвести за предстоящие медицинские услуги авансовые платежи в размерах указанной в заявке и согласованной сторонами.
      2. Страховщик также вправе по заявке Учреждения, оплатить счета на приобретение медицинского оборудования, расходных материалов и медикаментов, авансовым платежом в счет последующей отработки по реестрам за оказанные медицинские услуги.
      3. При невыполнении условий страхования, после проведения экспертизы, Страховщик вправе возместить Застрахованному сумму страховой премии полностью или частично.
   4. Страховщик возмещает Застрахованному его личные средства, израсходованные на получение медицинской помощи (по согласованию со Страхователем), при предъявлении Застрахованным заявления с приложением оригинала оплаченного счета с указанием медицинского учреждения, перечня оказанных услуг и их стоимости, квитанции, направления на лечение, выписки из медицинской карты амбулаторного или стационарного больного. Счета, выставляемые лечебным учреждением за медицинские услуги по страховым случаям, могут выставляться как за отдельно взятую услугу, так и за комплекс услуг, входящих в прейскурант лечебного учреждения.

Не оплачиваются Страховщиком расходы, возникшие по окончании срока действия Договора страхования.

* 1. В течение 45-ти рабочих дней эксперт Страховщика на основании предъявленных документов дает заключение о целесообразности получения платных медицинских услуг.
  2. Сроки и порядок страховой выплаты: - в случае возмещения расходов Застрахованного (Страхователя), понесенных им для получения медицинских и иных услуг, предусмотренных программой добровольного медицинского страхования, возмещение расходов происходит в порядке и сроки, предусмотренном договором добровольного медицинского страхования, но не позже 45 календарных дней с момента выдачи экспертом заключения о целесообразности получения медицинских услуг.
  3. Налогообложение страховых выплат производится в соответствии с действующим налоговым законодательством РФ

1. **ИЗМЕНЕНИЕ СТЕПЕНИ РИСКА**
   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.1.6. настоящих Правил.
   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.

1. **ПРЕКРАЩЕНИЕ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ**
   1. Действие договора прекращается в случае:
      1. истечения срока действия;
      2. исполнения Страховщиком обязательств перед Страхователем по договору в полном объеме – с момента такового;
      3. неуплаты Страхователем страховой премии (взносов) в установленные договором сроки;
      4. при нарушении застрахованным лицом своих обязательств (п.9.1.2.);
      5. ликвидации Страхователя, являющегося юридическим лицом;
      6. смерти застрахованного лица;
      7. ликвидации Страховщика в установленном законом порядке;
      8. принятия судом решения о признании договора страхования недействительным;
      9. в других случаях, предусмотренных действующим законодательством Российской Федерации.
   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.

12.3. При досрочном прекращении Договора по инициативе Страхователя в целом или в отношении какого-либо Застрахованного возврат части страховой премии не производится, если это не предусмотрено условиями Договора страхования.

12.4. Если возврат предусмотрен условиями Договора страхования, он осуществляется исходя из фактически поступившей по Договору страхования страховой премии (страховых взносов), при этом возврату подлежит часть оплаченной страховой премии за не истекший период действия страхования за вычетом 20% расходов Страховщика на ведение дела.

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

12.6. Во всех случаях прекращения договора страхования Застрахованные обязаны вернуть Страховщику страховые полисы, действие которых прекращается с момента прекращения договора страхования.

1. **НЕДЕЙСТВИТЕЛЬНОСТЬ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ**
   1. Договор страхования считается недействительным с момента его заключения в случаях, предусмотренных гражданским законодательством Российской Федерации.

Договор страхования признается недействительным судом, арбитражным судом.

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

1. **ИСКОВАЯ ДАВНОСТЬ**
   1. Иск по требованиям, вытекающим из договора добровольного медицинского страхования, может быть предъявлен Страховщику в сроки, предусмотренные гражданским законодательством Российской Федерации.
2. **ПРЕТЕНЗИИ И СПОРЫ**
   1. Качество оказания медицинской помощи, соответствие ее условиям, предусмотренным в договоре страхования, контролируется Страховщиком.
   2. Спорные вопросы, возникающие в процессе оказания медицинской помощи Застрахованным, решает согласительная комиссия, в состав которой входят представители Страхователя, Страховщика и независимые эксперты. При несогласии с решением согласительной комиссии Страхователь (Застрахованный) вправе потребовать независимой экспертизы с оплатой за свой счет.

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

* 1. Рассмотрение обращений получателей страховых услуг физических лиц производится в соответствии с «Регламентом АО «СМК «Сахамедстрах» по организации приема граждан, обеспечению своевременного и в полном объеме рассмотрения их устных и письменных обращений с уведомлением граждан о принятии решений в установленный законодательством Российской Федерации срок на территории Республики Саха (Якутия).

1. **ПОРЯДОК ВНЕСЕНИЯ ИЗМЕНЕНИЙ И ДОПОЛНЕНИЙ В ПРАВИЛА СТРАХОВАНИЯ**
   1. Изменения и дополнения в настоящие Правила страхования с целью расширения объема обязательств Страховщика по договору страхования, включая перечень объектов страхования и страховых рисков, в обязательном порядке предварительно согласовываются с органом государственного страхового надзора. Иные изменения в настоящие Правила страхования, не противоречащие законодательству, вносятся Страховщиком самостоятельно с уведомлением в установленный срок о внесенных изменениях органа государственного страхового надзора.

ПРИЛОЖЕНИЕ 1

к Правилам добровольного

медицинского страхования

#### **ПРОГРАММЫ ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ**

##### Оказание медицинских услуг застрахованным гарантируется за счет средств страхового взноса на добровольное медицинское страхование.

Добровольное медицинское страхование проводится по следующим программам:

##### «АМБУЛАТОРНО – ПОЛИКЛИНИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ»

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

Амбулаторно-поликлиническая помощь оказывается по следующим специальностям:

* аллергология, андрология, гастроэнтерология, гериатрия, гинекология, дерматология, кардиология, колопроктология, неврология, оториноларингология, офтальмология, педиатрия, пульмонология (за исключением туберкулеза и онкологических заболеваний), ревматология, эндокринология, терапия общая, инфекционные болезни, травматология, урология, нефрология, кардиохирургия (за исключением случаев указанных в Правилах страхования), сосудистая хирургия, хирургия общая, ортопедия.

##### Объем лабораторных и инструментальных методов диагностики и лечения устанавливается лечащим врачом в пределах следующего перечня:

* ЭКГ, велоэргометрия, реовазография, электроэнцефалография, холтеровское мониторирование;
* ультразвуковые методы исследования;
* рентгенологические исследования органов грудной клетки, брюшной полости, черепа, костной системы;
* компьютерная томография;
* аллергологические пробы;
* эндоскопические исследования;
* радиоизотопное исследование органов и систем;
* клинические, биохимические, иммунологические, бактериологические исследования биологических жидкостей организма (крови, мочи, мокроты);
* магнитно-резонансная томография (проводится строго по медицинским показаниям по согласованию со Страховщиком).

Физиотерапевтические процедуры и лечебные манипуляции: проведение по назначению врача в амбулаторных условиях лечебно-оздоровительных мероприятий и физиотерапевтических процедур: массаж, электро- и теплолечение, магнито- и лазеротерапия, ультразвуковая терапия; иглорефлексотерапия; эфферентные методы диагностики и лечения: гемосорбция, плазмаферез, ультрафиолетовое и лазерное облучение крови, озонотерапия.

Страховщик организует также консультативно – диагностическую помощь на дому у пациента с привлечением при необходимости врачей-консультантов – кардиолога, невропатолога, хирурга, педиатра, гериатра и врачей других специальностей.

##### Программа «Амбулаторно-поликлиническая помощь» включает специализированные программы: «Крепыш», «Малыш», «Непоседа», «Юниор», «Женское здоровье», «Мигрант», «Антиклещ» и др.

Детские программы предусматривают следующие медицинские услуги: к**онсультативно-диагностические приемы и наблюдение специалистов** (педиатра, хирурга, кардиолога, гастроэнтеролога, нефролога, эндокринолога, инфекциониста, физиотерапевта, окулиста, врача ЛФК, травматолога, уролога, отоларинголога, невролога, дерматовенеролога, детского гинеколога, аллерголога, проктолога, онколога (до постановки диагноза), психоневролога (первичный прием)), оформление и выдача застрахованному необходимой медицинской документации.

Л**абораторно-диагностические исследования:**

* лабораторная диагностика: общеклинические, биохимические, серологические, бактериологические, иммунологические (общий IgЕ, кожные скарификационные аллергологические пробы), гормональные исследования (5 половых гормонов и гормоны щитовидной железы), ПЦР-диагностика;
* радиоизотопные исследования;
* рентгенодиагностика в полном объеме;
* ультразвуковые исследования (включая биопсию с УЗИ-контролем);
* функциональная диагностика (ЭКГ, РВГ, РЭГ, ЭЭГ, фонокардиография, исследование функции внешнего дыхания, холтеровское мониторирование ЭКГ и суточное мониторирование АД, ЭХО-КГ и т.д.);
* эндоскопические исследования;
* диагностическая биопсия.

**Плановые профилактические осмотры детей (осмотры врача-педиатра, консультации врачей-специалистов, лабораторно-диагностические исследования в соответствии с возрастной программой диспансеризации).**

**Восстановительное лечение в поликлинике:** физиотерапия: назначение не более 2-х видов физиопроцедур по поводу одного страхового события (электро-, свето- и теплолечение, магнито- и лазеротерапия), ЛФК; классический лечебный массаж, классическая корпоральная иглорефлексотерапия.

1. **«СТАЦИОНАРНАЯ ПОМОЩЬ»**

Страховщик гарантирует предоставление и оплату в пределах страховой суммы высококвалифицированное обследование и лечение в стационарах, указанных в договоре страхования. Стационарная помощь без оперативного вмешательства и стационарная помощь с оперативным вмешательством оказывается в следующих отделениях в соответствии профиля заболевания:

* кардиологическое, терапевтическое, пульмонологическое, ревматологическое, неврологическое, эндокринологическое, гастроэнтерологическое, кожное, оториноларингологическое, урологическое, травматолого-ортопедическое, хирургическое, сосудистой хирургии, кардиохирургическое, офтальмологическое, гинекологическое, проктологическое, физиотерапевтическое, анестезиологии и реанимации, реанимации и интенсивной терапии и отделения по другим профилям.

##### Определение показаний к госпитализации определяется врачом поликлиники, в которой наблюдается больной, врачом скорой помощи или врачом-консультантом Страховщика.

Стационарные услуги: пребывание в стационаре, питание, обслуживание медицинским персоналом, вспомогательные медицинские услуги с использованием одноразового инструментария. В зависимости от наличия сервисных услуг в стационарах (пребывание в палатах повышенного уровня комфортности).

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

##### Лабораторно-диагностические исследования:

##### клинические

* биохимические

##### иммунологические

* серологические
* бактериологические
* гормональные
* вирусологические.

Диагностические исследования:

##### рентгенография, рентгеноскопия, в том числе хирургическая

##### компьютерная томография

* радиоизотопная диагностика
* функциональная диагностика, в том числе ультразвуковая
* другие исследования, оказываемые медицинским учреждением, указанные в договоре страхования.

Медикаментозное обеспечение:

* лекарственное обеспечение
* перевязочный материал
* анестезиологическое пособие согласно стандарту лечения.

##### 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.

##### 

##### «СТОМАТОЛОГИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ»

Страховщик гарантирует Застрахованному предоставление и оплату терапевтической и хирургической стоматологической помощи с перечнем медицинских услуг:

* консультативные услуги врачей-стоматологов;
* диагностические стоматологические мероприятия (рентгенологическое обследование, реография и др.) по показаниям врачей-стоматологов;
* лечебные терапевтические мероприятия и процедуры, проводимые по медицинским показаниям: лечение кариеса, пульпита, периодонтита, острого гингивита, стоматита и других острых заболеваний слизистой оболочки полости рта;
* лечебные хирургические мероприятия, проводимые по медицинским показаниям: обезболивание при удалении зуба, удаление зуба, цистэктомия и др;
* ортодонтические услуги детскому населению в рамках специальной программы ДМС;
* физиотерапевтическое лечение при острых заболеваниях;
* дополнительные лечебные мероприятия, проводимые по медицинским показаниям.

1. **« ВОССТАНОВИТЕЛЬНОЕ ЛЕЧЕНИЕ »**

Программа предусматривает реабилитационно-восстановительное лечение после перенесенного заболевания, обострения хронических заболеваний являющихся страховым случаем, с целью восстановления трудоспособности.

##### Реабилитационно-восстановительное лечение проводится по назначению лечащего врача в условиях восстановительных и/или санаторных лечебно-профилактичеких учреждений.

##### Перечень медицинских услуг:

* физиотерапевтические методы лечения: лазеротерапия, магнитотерапия, электросон, ультразвуковая терапия, КВЧ-терапия, индуктотерапия, 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, кишечное промывание и др;
* методы лечения: мануальная терапия, точечный массаж и др;
* психотерапия;
* лечение андрологической и сексологической патологии;
* разгрузочно-диетическая терапия, диетолечение.

1. **«СКОРАЯ И НЕОТЛОЖНАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ»**

Страховщик гарантирует Застрахованному предоставление и оплату медицинских услуг при обращении в соответствующие учреждения скорой (неотложной) медицинской помощи, определенные договором.

Неотложная медицинская помощь предусматривает оказание медицинской помощи при возникновении у Застрахованного угрожающих жизни состояний, требующих неотложного медицинского вмешательства.

1. **«КОМПЛЕКСНАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ»**

##### Комплексная медицинская помощь – включает услуги, определенные в программах «Амбулаторно-поликлиническая помощь», «Стационарная помощь», «Стоматологическая помощь», «Восстановительное лечение», «Скорая и неотложная медицинская помощь».

##### Также включена программа «Выездная медицинская помощь», предусматривающая приближение видов специализированной медицинской помощи к месту проживания застрахованного населения путем организации выездной медицинской помощи в улусах республики, обеспечение высококвалифицированной медицинской и медико-социальной помощи больным в условиях поликлиники, стационара и на дому:

##### Страховщик организует предоставление медицинских услуг по программе «Выездная медицинская помощь» , определенных договором страхования физическим и юридическим лицам по программам:

* Выездная консультативно-диагностическая помощь по направлениям: гинекология, онкогинекология, онкология, стоматология, эндокринология, офтальмология, кардиология и другим;
* Проведение медицинского осмотра застрахованного населения с целью раннего выявления заболеваний или факторов риска их развития, назначение лечения и динамическое наблюдение;
* Выездная оперативная помощь по направлениям: офтальмология, травматология, челюстно-лицевая, отоларингология и другие.

##### ВИДЫ ПРОГРАММ ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| №  п/п | Виды программ | Перечень оказываемых медицинских и иных услуг |
| 1. | Амбулаторно-поликлиническая помощь взрослому и детскому населению | * Консультативно-диагностическая помощь:   Консультативный прием врачей всех специальностей,  Проведение лабораторных и инструментальных исследований с использованием современных технологий;   * Лечебно-оздоровительная помощь:   Диагностические исследования, консультации специалистов, процедуры, манипуляции, курсы лечения при возникновении острых или обострения хронических заболеваний;  Обследование, лечение в условиях дневного стационара;  Озонотерапия (дневной стационар)  Применение комплекса физиотерапевтических процедур, традиционных методов лечения.  Помощь на дому.   * Лечебно-диагностические мероприятия:   Проведение профилактических медицинских осмотров с целью раннего выявления отдельных заболеваний или факторов риска их развития (онкозаболевания, заболевания сердечно-сосудистой системы, органов пищеварения, бронхолегочной системы и т.д.), назначение лечения.  Проведение вакцинации и прочих лечебно-диагностических мероприятий.   * Прикрепление к поликлинике; * Диспансеризация и динамическое наблюдение:   Динамическое наблюдение за состоянием здоровья застрахованных при наличии хронических заболеваний;  Возможность динамического наблюдения на дому.   * Для отдельных категорий работников предприятий: консультативно-диагностическая помощь, «Доверенный врач», «Личный врач»; * «Специализированные программы :«Крепыш», «Малыш», «Непоседа», «Юниор», «Женское здоровье», «Мигрант», «Антиклещ» и др; * Серия программ «Семейная медицина», «Базовая», «Элитная», Забота о родителях – «Золотая осень». * Наблюдение за беременной и подготовка к родам:   Первичный консультативный осмотр врача акушера-гинеколога женской консультации. Составление индивидуального плана наблюдения. Определение объема диагностических и лечебных мероприятий. Взятие на диспансерное наблюдение.   * Амбулаторная помощь в женской консультации, включая программу «Женское счастье»:   Консультации специалистов, диагностические исследования, процедуры, манипуляции, курсы лечения при возникновении острых или обострении хронических заболеваний женской половой сферы.  Диспансерное наблюдение. Профилактические медицинские осмотры женщин, включая организованные осмотры работающих женщин с целью раннего выявления гинекологических заболеваний.   * Профилактический медицинский осмотр иностранных граждан; * Амбулаторно-поликлиническая помощь для иностранных граждан; * Восстановительное лечение; * Медикаментозное обеспечение; * Организация консультаций по системе «Телекоммуникационная медицина». * VIP – программа для взрослого населения. * Консультативно-диспетчерская служба для сопровождения договоров |
| 2.  2.1.  2.2.  2.3.  2.4. | Стационарная помощь  взрослому населению  Стационарная помощь без оперативного вмешательства  Стационарная помощь с оперативным вмешательством  Стационарная помощь детям  Специализированная Высокотехнологичная  медицинская помощь | * Оказание медицинской помощи в отделениях по следующим направлениям: терапия, неврология, эндокринология, пульмонология, гастроэнтерология, гематология, кардиология, педиатрия, родовспомогательные учреждения, инфекционные в других профильных отделениях.   Плановая и экстренная госпитализация;  Обследование и лечение в стационаре;  Предоставление дополнительных сервисных услуг (пребывание в палатах повышенного уровня комфортности).  Предоставление 1-3- местной палаты;   * Восстановительное лечение; * Медикаментозное обеспечение. * Высококвалифицированная помощь в профильных хирургических отделениях стационаров по направлениям: хирургия общая, сосудистая хирургия, урология, челюстно-лицевая хирургия, травматология, акушерство-гинекология, офтальмология, нейрохирургия, оториноларингология, в других отделениях; * Медикаментозное обеспечение. * Стационарная помощь детям без оперативного вмешательства   Оказание медицинской помощи в отделениях по следующим профилям: общая педиатрия, неврология, гастроэнтерология, нефрология, кардиология, инфекционные болезни, другие профили.  Предоставление дополнительных сервисных услуг (пребывание в палатах повышенного уровня комфортности).  Восстановительное лечение.   * Стационарная помощь с оперативным вмешательством:   Высококвалифицированная помощь в хирургических отделениях стационаров по профилям: хирургия общая, травматология, нейрохирургия, оториноларингология, в других отделениях;   * Медикаментозное обеспечение. * Кардиохирургические операции в условиях искусственного кровообращения; * Кардиохирургические операции на клапанах сердца; * Имплантация кардиостимулятора; * Пересадка почки от живого донора родственника; * Эндопротезирование крупных суставов; * Высокотехнологичные офтальмологические операции; * Организация консультаций по системе «Телекоммуникационная медицина»; * Другие виды высокотехнологичной специализированной помощи. |
| 3.  3.1.  3.2.  3.3. | Стоматологическая помощь  Стоматологическая помощь взрослому населению  Стоматологическая помощь детскому населению  Ортодонтия | * Лечение заболеваний твердых тканей зубов с устранением дефектов функциональными и косметическими пломбами, с использованием дорогостоящих пломбировочных материалов; * Лечение осложненного кариеса зубов (пульпиты, периодонтит) с восстановлением коронок и функций зубов, с использованием дорогостоящих пломбировочных материалов; * Лечение заболеваний опорных тканей зубов (десен, пародонта) путем применения местной противовоспалительной терапии: физиотерапии, амбулаторные операции на пародонте; * Лечение заболеваний слизистой оболочки полости рта, слюнных желез с динамическим наблюдением за больным; * Удаление разрушенных и подвижных зубов, амбулаторные хирургические операции при новообразованиях в полости рта; * Подготовка полости рта к протезированию; * Местная анестезия с применением анестетиков пролонгированного действия при проведении стоматологических терапевтических и хирургических манипуляций; * Анестезиологическое пособие при проведении стоматологических терапевтических и хирургических манипуляций; * Консультации специалистов – стоматологов высшей квалификационной категории, специалистов по челюстно-лицевой хирургии. * Гигиенические мероприятия: осмотр, удаление зубных отложений, местная флюоризация зубов, обучение гигиеническим навыкам под контролем врача; * Прочие стоматологические услуги, включая зубопротезирование (по согласованию). * Лечение заболеваний твердых тканей зубов с устранением дефектов функциональными и косметическими пломбами, с использованием дорогостоящих пломбировочных материалов; * Лечение заболеваний опорных тканей зубов (десен, пародонта) путем применения местной противовоспалительной терапии: физиотерапии; * Удаление разрушенных и подвижных зубов, амбулаторные хирургические операции при новообразованиях в полости рта; * Лечение заболеваний слизистой оболочки полости рта, слюнных желез с динамическим наблюдением за больным. * Местная анестезия с применением анестетиков пролонгированного действия при проведении стоматологических терапевтических и хирургических манипуляций у детей; * Гигиенические мероприятия: осмотр, обучение гигиеническим навыкам под контролем врача; * Физиолечение и рентгенообследование по показаниям; * При заключении договора страхования сроком на 1 год проведение в течение срока действия договора профилактического осмотра с проведением при необходимости полного объема профилактических мероприятий по защите детских зубов; * Прочие стоматологические услуги. * Лечение, профилактика аномалий положений, формы и количества зубов; * Лечение, профилактика аномалий формы зубных дуг; * Лечение, профилактика аномалий прикуса; * Нормализация функций зубочелюстной системы; * Протезирование пациентов до 15 лет для полного восстановления функций и профилактика зубочелюстных аномалий; * Устранение эстетических нарушений за счет косметического протезирования, в том числе профилактическое лечение врожденных аномалий зубочелюстной системы; * Восстановительное протезирование после обширных операций, травм зубочелюстной системы; * Ортодонтическое лечение с использованием трейнеров; * Ортодонтическое лечение в неактивный (ретенционный) период; * Ортодонтическое лечение с применением брекетов по «Эджуайс технике». |
| 4. | Восстановительное лечение | Программа предусматривает восстановительное лечение после перенесенного заболевания, обострения хронических заболеваний, с целью восстановления трудоспособности в следующих медицинских учреждениях РС (Я), РФ и за рубежом:   * санаториях; * санаториях-профилакториях; * водо- и грязелечебницах; * больницах и специализированных отделениях восстановительного лечения; * физкультурных диспансерах; * реабилитационных центрах;   - физиокабинетах амбулаторно-поликлинических и стационарных учреждений. |
| 5. | Скорая (неотложная) медицинская помощь | Неотложная медицинская помощь предусматривает оказание медицинской помощи при возникновении у Застрахованного угрожающих жизни состояний, вызванных острыми заболеваниями, обострениями хронических заболеваний, травмами, ожогами, отравлениями, преждевременными родами, внематочной беременностью, требующих неотложного медицинского вмешательства. |
| 6. | Комплексная медицинская помощь | Оказание медицинских и иных услуг по программам п.1, п.2, п.3,п.4.п.5. Входит программа «Выездная медицинская помощь», предусматривающая организацию оказания видов специализированной медицинской и медико-социальной помощи застрахованным в улусах республики выездными медицинской бригадами в условиях поликлиники, стационара и на дому по программам:   * Выездная консультативно-диагностическая помощь по направлениям: гинекология, онкогинекология, онкология, стоматология, эндокринология, офтальмология, кардиология и другим; Проведение медицинского осмотра застрахованного населения с целью раннего выявления заболеваний или факторов риска их развития, назначение лечения и динамическое наблюдение. * Выездная оперативная помощь по направлениям: офтальмология, травматология, челюстно-лицевая, отоларингология и другие. |

ПРИЛОЖЕНИЕ 2

к Правилам добровольного

медицинского страхования

**БАЗОВЫЕ СТРАХОВЫЕ ТАРИФЫ**

**ПО ДОБРОВОЛЬНОМУ МЕДИЦИНСКОМУ СТРАХОВАНИЮ.**

(в процентах)

|  |  |
| --- | --- |
| **Программа страхования** | **Тариф** |
| «Амбулаторно-поликлиническая помощь» | 53,89 |
| «Стационарная помощь» | 44,56 |
| «Стоматологическая помощь» | 51,89 |
| «Восстановительное лечение»  - Амбулаторно-поликлиническая помощь  - Стационарная помощь | 56,24  28,99  27,25 |
| «Скорая (неотложная) медицинская помощь» | 6,38 |
| «Комплексная медицинская помощь» » | 49,06 |

При заключении договора страхования на неполный год размер страховой премии исчисляется в процентах от годовой суммы страховой премии.

При сроке действия договора страхования до 1 месяца – 20%, 2 месяцев – 30%, 3 месяца – 40%, 5 месяцев – 60%, 6 месяцев – 70 %, 7 месяцев – 75%, 8 месяцев – 80 %, 9 месяцев – 85 %, 10 месяцев – 90%, 11 месяцев – 95 % от годовой страховой премии.

Конкретный размер страхового тарифа определяется договором страхования по соглашению сторон.

### ПРИЛОЖЕНИЕ 3

# к Правилам добровольного

медицинского страхования

а) Форма заявления от юридических лиц:

## **ЗАЯВЛЕНИЕ**

**о добровольном медицинском страховании**

Страхователь\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(полное наименование организации и юридический адрес)

в лице\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(должность1, Ф.И.О.)

просит заключить на условиях предусмотренных Правилами добровольного медицинского страхования АО ГСМК «Сахамедстрах» договор добровольного медицинского страхования по Программе:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

с «\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_\_г. по «\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_\_г., в пользу2

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

адрес:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Количество Застрахованных \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ человек

С Правилами страхования, страховой программой и перечнем лечебных учреждений, оказывающих помощь Застрахованным, ознакомлен \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись)

Дополнительные условия заключения договора

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Банковские реквизиты Страхователя:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Юридический адрес:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Телефон:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Факс:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

«\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_\_г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись)

РЕШЕНИЕ СТРАХОВЩИКА

Принимается на страхование \_\_\_\_\_\_человек с «\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_\_г. по «\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_\_г.

Страховую премию в сумме \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_руб. следует уплатить до «\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_г.

СТРАХОВЩИК СТРАХОВАТЕЛЬ

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись) (подпись)

«\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_г. «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_г.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1- заполняется при коллективной форме страхования.

2- Ф.И.О. Застрахованного и его адрес или список Застрахованных и их адреса при коллективном страховании.

б) Форма заявления от физических лиц:

ЗАЯВЛЕНИЕ

Я,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Проживающий (ая) по адресу:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Паспорт: серия\_\_\_\_\_\_№\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, выдан «\_\_\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_года

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(кем и когда выдан)

Контактный телефон\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_прошу заключить договор

Добровольного медицинского страхования по Программе :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Наименование МО\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(фамилия, имя, отчество)

**На Застрахованного**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата рождения: «\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_г. Удостоверяющий документ, адрес:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(серия, №, дата выдачи, кем выдано. Паспорт, св/во о рожд.,загран.паспорт, вод.удост.,адрес)

Срок страхования с «\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_ года

По «\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_ года

Оплату страхового взноса гарантирую.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ «\_\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_года

Заявление принял\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/

ПРИЛОЖЕНИЕ 4

# к Правилам добровольного

медицинского страхования

**ДОГОВОР**

**добровольного медицинского страхования**

**№ \_\_\_**

|  |  |
| --- | --- |
| г. Якутск | "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_ 201\_г. |

Акционерное общество «Страховая медицинская компания «Сахамедстрах»,именуемое в дальнейшем «Страховщик», в лице генерального директора \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, действующего на основании Устава и лицензии \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, с одной стороны, и \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, именуемый в дальнейшем «Страхователь», в лице \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, действующего на основании \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, с другой стороны, вместе именуемые «Стороны», заключили настоящий Договор о нижеследующем:

**1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА**

**1.1*.*** Страховщик обязуется за установленную договором плату (страховую премию) организовать и оплатить медицинские и иные услуги, оказываемые Застрахованным лицам при наступлении страховых случаев.

**1.2.** Страховым случаем по настоящему Договору является обращение Застрахованного лица в медицинское учреждение для получения медицинских и иных услуг. Перечень лечебных учреждений, а также объем и порядок предоставления медицинской помощи указаны в Программе добровольного медицинского страхования (далее – Программа ДМС), являющейся неотъемлемой частью Договора (Приложение № 1).

**2. ДАННЫЕ О ЗАСТРАХОВАННЫХ ЛИЦАХ**

**2.1.** Застрахованными лицами (далее Застрахованными) по настоящему Договору являются лица, указанные в Списке (Приложение №2). Список Застрахованных является неотъемлемой частью договора.

**2.2.** Список Застрахованных составляется отдельно по каждой страховой программе с обязательным указанием для каждого Застрахованного: фамилии, имени, отчества, даты рождения, адреса фактического проживания, номеров контактных телефонов.

**2.3.** Общее количество Застрахованных на момент заключения Договора составляет \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_) человек .

**2.4.**  При включении новых лиц в Список Застрахованных в течение срока действия Договора, Страхователь подает не позднее, чем за \_\_\_\_\_\_\_ рабочих дней до предполагаемой даты внесения изменений в Список Застрахованных данные о новых Застрахованных (в письменной форме), соответствующие п.2.2. настоящего Договора..

**2.5.**  При исключении лиц из Списка Застрахованных в течение срока действия Договора, Страхователь письменно сообщает об этом Страховщику не позднее, чем за \_\_\_\_\_\_\_ рабочих дней до предполагаемой даты исключения, индивидуально определяя каждого исключаемого.

**2.6.** Внесение изменений в Список Застрахованных прекращается за 1 (Один) месяц до даты истечения срока действия настоящего Договора.

**2.7.** На страхование не принимаются граждане, состоящие на учете в наркологическом, психоневрологическом, противотуберкулезном, кожно-венерологическом, онкологическом и других диспансерах, центрах по профилактике и борьбе со СПИДом, а также лица имеющие инвалидность I – II группы.

**3. СТРАХОВЫЕ СЛУЧАИ**

**3.1.** Страховым случаем является обращение Застрахованного лица в течение срока действия настоящего Договора в медицинское учреждение, указанное в Программе ДМС, для оказания медицинских услуг в соответствии с Программой ДМС, предусмотренной настоящим Договором.

**3.2.** Страховщик не оплачивает оказанную медицинскую помощь, если:

**3.2.1.** Если застрахованное лицо получило медицинские услуги, не предусмотренные настоящим Договором или в объемах, превышающих условия Договора.

**3.2.2.** Медицинская помощь в ЛПУ получена без согласования со Страховщиком и не предусмотрена настоящим Договором.

**3.2.3.** Медицинская помощь была оказана незастрахованному лицу, которому Застрахованное лицо передало свой страховой полис, пропуск в медицинское учреждение и.т.п. документы.

**3.3.** Другие исключения из страхования находятся в правилах и программе ДМС.

**4. СТРАХОВАЯ СУММА, СТРАХОВАЯ ПРЕМИЯ И ПОРЯДОК ЕЕ ВНЕСЕНИЯ**

**4.1.**Страховой суммой является предельный размер страховой выплаты, в пределах которого Страховщик несет свои обязательства по оплате медицинских услуг. Страховая сумма по Договору определяется в целом и составляет \_\_\_\_ (\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_) рубль 00 копеек.

**4.2.**  Страховая премия по всем Застрахованным \_\_\_\_ (\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_) рублей 00 копеек.

**4.3.**  Страховые премии по каждому Застрахованному определяются по таблице:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Программа страхования | Количество Застрахованных  по программе | Индивидуальная страховая премия  (руб.) |
|  |  |  |

**4.4.** Перечень страховых случаев, входящих в страховое покрытие; лимит выплат по рискам (объем страхового покрытия) содержится в Правилах медицинского страхования (Приложение № 3).

**4.5.** При любом изменении размера страховой премии Стороны оформляют дополнительное соглашение к Договору, содержащее новый размер страховой премии по Договору в целом. При увеличении размера страховой премии в соглашении указывается порядок и сроки ее оплаты, при уменьшении – порядок распоряжения высвободившейся суммой (возврат Страхователю, если на момент соглашения вся страховая премия была оплачена или порядок учета этой суммы при дальнейших взаиморасчетах Сторон).

**4.6.**Размер дополнительной страховой премии при увеличении количества застрахованных рассчитывается пропорционально сроку страхования. Размер высвободившейся премии при уменьшении численности, подлежащей учету при дальнейших взаиморасчетах, рассчитывается пропорционально оставшемуся оплаченному периоду. Размер высвободившейся премии при уменьшении численности, подлежащей возврату Страхователю, рассчитывается как 80% от оплаченной страховой премии за неистекший период

**4.7.**В случае если Страховщик произвел выплату страхового обеспечения в размере, предусмотренном пунктом 4.1., обязанности Страховщика считаются выполненными в полном объеме. Для возобновления ответственности Страховщика, Страхователь обязан уплатить дополнительную страховую премию в размере, установленном дополнительным соглашением Сторон.

**4.8.**В случае если Страховщик произвел выплату страхового обеспечения, превышающую размеры, предусмотренные пунктом 4.1., Страховщик извещает об этом Страхователя и выставляет ему счет на оплату такого превышения

**4.9.** Страховые взносы уплачиваются в соответствие со следующим графиком оплаты:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Взнос  (№) | Размер  (руб.) | Оплатить не позднее |
| 1 |  |  |
| 2 |  |  |

**4.10.**В течение срока действия Договора Страховщик не вправе увеличивать размер страховой премии по программам страхования, перечисленным в п.4.3. настоящего Договор.

**4.11.**  Страхователь обязан оплатить выставленный счет в течение 10 (десяти) дней с момента его получения путем перечисления денежных средств на расчетный счет Страховщика. Датой уплаты страховой премии при уплате путем безналичного расчета считается дата поступления денежных средств на расчетный счет Страховщика. В случае просрочки в оплате счета Страхователь обязан уплатить Страховщику штрафную неустойку в размере 0,5 % за каждый день просрочки от суммы, следующей к оплате.

**5. СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА**

**5.1.**  Настоящий Договор действует с \_\_\_\_\_\_\_ 201\_г. по \_\_\_\_\_\_\_ 201\_г.

**5.2.**Период страхования начинается в срок установленный в п.4.1. настоящего Договора при условии, что вся сумма страховой премии (первого взноса) поступила на расчетный счет Страховщика.

**5.3.**Период страхования заканчивается по истечении срока, указанного в п. 5.1. настоящего Договора

**6. ПРЕКРАЩЕНИЕ ДОГОВОРА**

**6.1.** Настоящий Договор прекращает свое действие, а Застрахованный теряет право на получение услуг в случаях:

**6.1.1.** истечения периода страхования (п.5.1.);

**6.1.2.** исполнения Страховщиком своих обязательств в полном объеме (п.4.1.);

**6.1.3.** смерти Застрахованного лица. Договор страхования в этом случае прекращается только в отношении умершего Застрахованного лица, Страховщик возвращает Страхователю часть уплаченной страховой премии за неистекший срок действия договора страхования, уплаченной за данное Застрахованное лицо, за минусом расходов Страховщика на исполнение обязательств по договору в отношении данного Застрахованного лица;

**6.1.4.** признания судом договора недействительным и в других предусмотренных законодательством РФ случаях.

**6.2.** Настоящий Договор может быть расторгнут досрочно по инициативе Страхователя путем письменного уведомления Страховщика не позднее, чем за 30 дней до даты предполагаемого расторжения.

**6.3.** В случае досрочного расторжения Договора Страховщик возвращает Страхователю часть страховой премии за не истекший оплаченный период за вычетом понесенных Страховщиком расходов.

**6.4.** Настоящий Договор может быть расторгнут досрочно по инициативе Страховщика в случае неуплаты Страхователем страхового взноса в установленные настоящим Договором сроки.

**6.4.1.** В случае не поступления очередного страхового взноса на расчетный счет Страховщика в сроки, предусмотренные п. 4.8 Договора, Договор расторгается, о чем Страховщик уведомляет Страхователя соответствующим письмом. Договор считается расторгнутым с даты, указанной в письме.

**6.4.2.** Возврат страховой премии в этом случае не производится.

**6.5.**При расторжении настоящего Договора Страхователь не освобождается от обязанности оплатить страховой взнос за неоплаченный период времени, в течение которого продолжал действовать настоящий Договор.

**6.6.** По окончании срока действия договора, неиспользованная уплаченная страховая премия возврату не подлежит.

.

**7. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН**

**7.1.** **Страхователь имеет право:**

**7.1.1.** Требовать предоставления Застрахованным по настоящему Договору услуг, определенных в Договоре, в соответствии с Программой ДМС при наступлении страхового случая (Приложение №1). В случае не предоставления таких услуг, несвоевременного, неполного или некачественного их предоставления Страхователь, Застрахованный или другие уполномоченные им лица должны немедленно поставить в известность об этом Страховщика.

**7.1.2.** В течение срока действия Договора вносить изменения в Список Застрахованных, соблюдая порядок и условия, установленные настоящим Договором.

**7.1.3.** По согласованию со Страховщиком вносить изменения в программу ДМС путем оформления Дополнительного соглашения к настоящему Договору.

**7.1.4.** Досрочно расторгнуть настоящий Договор, соблюдая процедуры, описанные в п.п. 6.2., 6.3. настоящего Договора

**7.2.** **Страховщик имеет право:**

**7.2.1.** проверять сообщенную Страхователем (Застрахованным лицом) информацию, а также выполнение Страхователем (Застрахованным лицом) требований и условий настоящего Договора.

**7.2.2.** не оплачивать медицинские услуги в случаях, предусмотренных п.п. 3.2., 3.3. настоящего Договора.

**7.2.3.** в случае замены Застрахованного лица в течение срока действия договора страхования – произвести перерасчет страховой премии для нового Застрахованного лица, с учетом остатка страховой премии, уплаченной за заменяемое Застрахованное лицо.

**7.2.4.** при оказании Застрахованному лицу медицинских услуг по поводу заболеваний и состояний, исключенных их Программы ДМС, не оплачивать данные услуги.

**7.2.5.** при уведомлении Страхователем об обстоятельствах, которые могут повлиять на увеличение страхового риска в соответствии с п.п. 7.3.5. Договора, потребовать изменения условий Договора или доплаты страховой премии в соответствии с увеличением страхового риска.

**7.2.6.**Досрочно расторгнуть настоящий Договор в случае невыполнения Страхователем порядка уплаты страховой премии, описанного в п.п.4.8. настоящего Договора.

**7.2.7.**Страховщик вправе не принимать на страхование лиц, ранее исключенных из Списка застрахованных по настоящему Договору.

**7.3.** **Страхователь обязан:**

**7.3.1.** Представить Страховщику списки Застрахованных лиц в порядке и в форме, установленной Страховщиком: в электронном виде и на бумажном носителе.

**7.3.2.** Уплатить страховую премию  в размере и порядке, установленными в п.4.8. настоящего Договора и всеми последующими соглашениями.

**7.3.3.** Передать каждому Застрахованному по настоящему Договору полученные от Страховщика страховые полисы и индивидуальные Страховые Программы, разъяснить Застрахованным условия настоящего Договора, их права и обязанности, а также информировать Застрахованных об изменениях и дополнениях, сделанных к Договору.

**7.3.4.** Сообщать Страховщику обо всех изменениях в данных, указанных в Списке Застрахованных.

**7.3.5.** В период действия Договора незамедлительно сообщить Страховщику о ставших ему известными обстоятельствах, которые могут повлиять на увеличение страхового риска.

**7.3.6.** Произвести доплату страховой премии в случаях, указанных в п.п. 7.1.3., 7.2.3., 7.4.5. настоящего Договора, в срок, указанный в дополнительном соглашении к Договору страхования.

**7.3.7.** Во всех случаях досрочного прекращения настоящего Договора возвратить Страховщику страховые полисы, выданные по настоящему Договору.

**7.4.** **Страховщик обязан:**

**7.4.1.** Ознакомить Страхователя с Правилами медицинского страхования (Приложение №3), являющимися неотъемлемой частью настоящего Договора.

**7.4.2.**Выдать Страхователю (не позднее 10 рабочих дней с момента зачисления суммы страховой премии  / первого взноса на расчетный счет Страховщика) для передачи каждому Застрахованному именные страховые полисы с Приложениями, содержащими индивидуальные страховые программы, а в случае необходимости, и пропуска в лечебные учреждения. В случае увеличения количества Застрахованных в течение срока действия настоящего Договора новые страховые полисы выдаются не позднее 10 рабочих дней с момента поступления на расчетный счет Страховщика страхового взноса, определенного дополнительным соглашением Сторон.

**7.4.3.** Организовать оказание  медицинских и иных услуг Застрахованным в соответствии с Программой ДМС и условиями, содержащимися в настоящем Договоре.

**7.4.4.** В случае невозможности оказания услуги, предусмотренной Договором, в лечебном учреждении, входящем в страховую программу, организовать и оплатить оказание такой услуги в другом лечебном учреждении. При самостоятельной организации Застрахованным лицом предоставления медицинской помощи без участия Страховщика последний не несет ответственность за качество оказанной медицинской помощи и не возмещает понесенные Застрахованным лицом расходы.

**7.4.5.** При повышении медицинским учреждением стоимости услуг, оказываемых в рамках Программы ДМС, письменно уведомить об этом Страхователя в течение 30 рабочих дней и согласовать с ним соответствующее изменение условий Договора (в том числе доплату страховой премии) путем оформления дополнительного соглашения к Договору страхования.

**7.4.6.** Защищать права Застрахованных в отношениях с медицинскими учреждениями в рамках добровольного медицинского страхования.

**7.4.7.** Не разглашать конфиденциальную информацию о Страхователе, соблюдать врачебную тайну о состоянии здоровья Застрахованных лиц, а также не разглашать третьим лицам любые персональные данные о Застрахованных лицах, кроме как в случаях и для целей, установленных в настоящем Договоре.

**8. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ ЗАСТРАХОВАННЫХ**

**8.1.** **Застрахованный имеет право:**

**8.1.1.** Требовать оказания услуг, определенных в Договоре, в соответствии с Программой ДМС (Приложение №1).

**8.1.2.** Обращаться к Страховщику за разъяснениями по особенностям получения медицинской помощи, а также при возникновении спорных ситуаций во взаимоотношениях с лечебными учреждениями в рамках настоящего Договора.

**8.1.3.** Получить бесплатно дубликат страхового полиса в случае его утраты.

**8.2.** **Застрахованный обязан:**

**8.2.1.** Соблюдать предписания лечащего врача, полученные в ходе предоставления медицинской помощи, соблюдать распорядок, установленный медицинским учреждением.

**8.2.2.** Заботиться о сохранности страховых документов и не передавать их другим лицам с целью получения ими медицинских услуг. Если будет установлено, что Застрахованный передал другому лицу страховой Полис с целью получения им медицинских услуг по настоящему Договору, Страховщик вправе досрочно прекратить действие Договора в отношении такого Застрахованного.

**9. ПОРЯДОК И УСЛОВИЯ ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ СТРАХОВЫХ ВЫПЛАТ**

**9.1.** Страховая выплата определяется стоимостью медицинской помощи, оказываемой Застрахованному лицу в соответствии с условиями договора страхования, и не может превышать соответствующей страховой суммы и лимитов ответственности, указанных в п.п. 4.1., 4.3. настоящего Договора.

**9.2.** Страховые выплаты производятся в соответствии с Правилами медицинского страхования (Приложение № 3).

**10. ИНЫЕ УСЛОВИЯ**

**10.1.** За неисполнение или ненадлежащее исполнение обязательств по настоящему Договору Стороны несут ответственность в соответствии с действующим законодательством и условиями настоящего Договора.

**10.2.** Во всем, что не предусмотрено условиями настоящего Договора, Стороны руководствуются законодательством Российской Федерации.

**10.3.** Настоящий Договор составлен в двух экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу - по одному для каждой из Сторон.

**10.4.** Стороны обязаны в трехдневный срок информировать друг друга об изменениях в своем адресе, контактных телефонах, факсах и банковских реквизитах.

**10.5.** Все изменения и дополнения к настоящему Договору составляются в письменной форме, подписываются и скрепляются печатями Сторон.

**10.6.** Односторонние сообщения, предусмотренные настоящим Договором, должны быть составлены в письменной форме, подписаны уполномоченным на то лицом и направлены другой Стороне посредством почтовой, телеграфной, факсовой, электронной связи или нарочным.

**10.7.** Споры, возникающие по Договору страхования, разрешаются путем переговоров.При невозможности достижения соглашения спор передается на рассмотрение суда в порядке, предусмотренном действующим законодательством Российской Федерации

**10.8.** Страхователь подтверждает, что имеет  согласие застрахованных  - субъектов персональных данных на   обработку их персональных данных (термин дан в соответствие с  п.п.3. Ст.3  Федерального закона от 27.07.2006г. "О персональных данных"  №152-ФЗ) Страховщиком  в  целях, связанных с исполнением обязательств по настоящему Договору. Все претензии,  возникающие или могущие возникнуть у застрахованных,  касающиеся  обработки  их персональных данных Страховщиком, Страхователь обязуется урегулировать своими силами и за свой счет. Страхователь обязуется при обработке персональных данных, предоставленных ему Страхователем, соблюдать требования Федерального закона от 27.07.2006г. "О персональных данных"  №152-ФЗ, других нормативных правовых актов,  обеспечивающих безопасность персональных данных при их обработке.

10.8.1 Страхователь подтверждает, что доводит до сотрудников информацию, полученную от Страховщика о Базовом стандарте защиты прав и интересов физических и юридических лиц-получателей финансовых услуг, оказываемых членами саморегулируемых организаций, объединяющих страховые организации

10.9.К настоящему договору прилагаются и являются его неотъемлемой частью:

Приложение № 1. «Программа добровольного медицинского страхования»

Приложение № 2. «Список застрахованных лиц»

Приложение № 3. «Правила медицинского страхования»

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**11. АДРЕСА И РЕКВИЗИТЫ СТОРОН**

|  |  |
| --- | --- |
| **СТРАХОВЩИК** | **СТРАХОВАТЕЛЬ** |
| АО «СМК «Сахамедстрах» Адрес\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ИНН \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ КПП \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ р/с \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Банк \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ к/с \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  БИК\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Коды: ОКПО \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ОКОНХ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  ОГРН \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ э/ адрес:  Тел/факс: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ИНН \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ КПП \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ р/с \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Банк: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ БИК \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  к/с \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Коды: ОКПО \_\_\_\_\_\_\_\_ ОКОНХ \_\_\_\_\_\_\_  ОГРН \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Тел.:/факс: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

|  |  |
| --- | --- |
| Страховщик | Страхователь |
|  |  |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ / |
| М. П. | М. П. |
|  |  |

ПРИЛОЖЕНИЕ 5

# к Правилам добровольного

медицинского страхования

# **Акционерное общество**

# **«Страховая медицинская компания «Сахамедстрах»**

Юридический адрес: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Телефон:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Факс:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

##### СТРАХОВОЙ ПОЛИС ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

Серия\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ №\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Настоящий полис удостоверяет факт заключения договора страхования

по правилам добровольного медицинского страхования

Страхователь: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Застрахованный: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Адрес: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата рождения: «\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_г. Пол \_\_\_\_ Тел.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Срок действия договора: с «\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_г. по «\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_г.

|  |  |
| --- | --- |
| Программа и условия страхования | Лечебное учреждение |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

Страховая премия: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Страховая сумма: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Договор \_\_\_\_\_\_\_\_(1 – коллективный, 2 – индивидуальный);\_\_\_\_\_\_\_ (1 - первоначальный, 2 - возобновленный); \_\_\_\_\_\_\_\_(1 – дубликат, 2 – дополнительный, 3 – переоформленный); \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ номер предыдущего полиса.

Представитель Страховщика: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

м.п.

Страхователь с условиями, Правилами страхования ознакомлен и согласен: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата выдачи: «\_\_\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_г.

# ПРИЛОЖЕНИЕ 6

# к Правилам добровольного

медицинского страхования

ДОГОВОР

**с медицинским учреждением на предоставление медицинской помощи**

**(медицинских услуг) по добровольному медицинскому страхованию**

**№ \_\_\_\_\_**

г. Якутск «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 201\_г.

АО «Страховая медицинская компания «Сахамедстрах», в дальнейшем именуемая «Страховщик», в лице генерального директора \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, действующего на основании Устава страховой организации и лицензии \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, с одной стороны, и медицинское учреждение **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** (в дальнейшем по тексту – Учреждение), имеющее лицензию \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ в лице\_\_\_\_\_\_\_\_\_**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**, действующего на основании \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, с другой стороны, заключили настоящий договор о нижеследующем:

**1.ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА**

* 1. Страховщик поручает, а Учреждение берет на себя обязательство оказывать медицинскую помощь гражданам, которым Страховщиком выдан страховой полис, при наступлении страхового случая.
  2. Граждане, застрахованные Страховщиком по добровольному медицинскому страхованию, в дальнейшем именуются «Застрахованными».
  3. Страховым случаем является обращение Застрахованного в медицинское учреждение, из числа предусмотренных договором страхования, при остром заболевании или обострении хронического заболевания, травме, отравлении за получением медицинской помощи, предусмотренной условиями договора страхования.

Медицинская помощь: диагностическая, консультативная, лечебная, лекарственная, профилактическая (включая иммунопрофилактику), восстановительная и иная (в том числе медико-социальная) помощь по согласованию со Страховщиком.

* 1. Основанием для обращения Застрахованного в медицинское учреждение является страховой полис, выданный Страховщиком.
  2. Учреждение оказывает медицинскую помощь в объеме, определенном программами, указанными в полисе, в соответствии с существующими технологиями.

**2.ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН**

УЧРЕЖДЕНИЕ ОБЯЗУЕТСЯ:

2.1. Оказывать Застрахованному контингенту медицинские услуги, виды, объем и сроки выполнения которых устанавливаются исходя из договора (полиса) страхования, в рамках согласованным сторонами Перечнем, являющемся неотъемлемой частью настоящего договора.

2.2. Обеспечить соответствие оказываемых услуг ЛПУ утвержденным в системе здравоохранения профессиональным стандартам, медико-экономическим стандартам, тарифам на медицинские услуги, в том числе сервисных услуг согласованных Сторонами.

2.3. Обеспечить комфортное пребывание застрахованного в лечебно - профилактическом учреждении (ЛПУ) в период лечения, под понятием «комфортное пребывание» предусматривается максимально комфортные условия, которые может оказать ЛПУ по своему материально-техническому оснащению (оборудованию).

2.4. При невозможности Учреждения оказать медицинские услуги установленного вида, объема, срока и стандарта застрахованному контингенту Учреждение сообщает Страховщику о получении такой помощи в другом медицинском учреждении (за исключением случаев оказания экстренной медицинской помощи).

2.5. Извещать Страховщика: в 3-хдневный срок в письменном виде о возникших обстоятельствах, которые могут привести к сокращению вида, объема и качества оказываемых услуг; в однодневный срок о невозможности предоставить необходимую лечебно-профилактическую помощь.

2.6. Учреждение обязуется по требованию Страховщика отстранять от работы по страховым программам медицинских работников, в отношении которых имеются обоснованные жалобы.

2.7. Определить состав лиц, ответственных за обслуживание застрахованных. Выделить доверенного врача из числа штатных врачей Учреждения, в обязанности которого вменить:

* координацию работы специалистов Учреждения по оказанию услуг застрахованным, контроль за соблюдением специалистами и персоналом Учреждения сервисных требований;
* взаимодействие с ответственными должностными лицами Страховщика для оперативного решения конфликтных и спорных вопросов, возникших между сотрудниками Учреждения и застрахованным.

2.8. Учреждение обязано вести учет:

1) обратившегося застрахованного контингента;

2) видов, объемов и сроков оказания медицинских услуг застрахованным.

СТРАХОВЩИК ОБЯЗУЕТСЯ:

2.9. Направлять клиентов на обследование и лечение в Учреждение, выдавая им страховой полис.

2.10. Страховщик обязуется проводить расчеты с Учреждением за оказанные услуги ежемесячно.

2.11. Проводить рекламную, информационную работу по оказываемым Учреждением услугам, обеспечивая постоянный доступ к рынку медицинских услуг.

**3. СТОИМОСТЬ РАБОТ И ПОРЯДОК РАСЧЕТОВ**

3.1. Страховщик оплачивает лечебно-профилактическую помощь, оказываемую Учреждением застрахованному контингенту по взаимно согласованным тарифам (Приложение №2).

3.2. Страховщик обязан оплачивать лечебно-профилактическую помощь ежемесячно в срок до 10 числа месяца, следующего за отчетным.

3.3. Учреждение обязано ежемесячно предоставить Страховщику счет на оплату, реестр застрахованных, счет-фактуру и акт оказанных услуг застрахованным в срок до 5 числа месяца, следующего за отчетным.

3.4. Учреждение уведомляет Страховщика о каждом страховом случае с указанием ориентировочной стоимости оказания медицинской помощи (медицинских услуг).

Если предполагаемая стоимость медицинской помощи (медицинских услуг) превышает страховую сумму, то вопрос о предоставлении и оплате указанной помощи решается в каждом конкретном случае по 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) страхования.

3.5. Страховщик вправе по заявке Учреждения, оплатить счета на приобретение медицинского оборудования, расходных материалов и медикаментов, авансовым платежом в счет последующей отработки реестров за оказанные медицинские услуги.

**4. ПОРЯДОК ОКАЗАНИЯ УСЛУГ**

4.1. Учреждение оказывает услуги только в рамках взаимно согласованного Перечня (Приложение №1).

4.2. Учреждение самостоятельно устанавливает выбор лечения, исследования и манипуляций, необходимых для установления диагноза и лечения Застрахованного. По согласованию со Страховщиком привлекает консультантов и специалистов других лечебно-профилактических учреждений для работы с Застрахованными, выполняет лечебно-профилактические процедуры в других лечебных учреждениях города.

4.3. Медицинские услуги осуществляются согласно режиму работы подразделений Учреждения.

4.4. Учреждение вправе отказать застрахованному в предоставлении медицинских и иных услуг, не предусмотренных настоящим договором.

4.5. Страховщик имеет право привлекать своих консультантов с правом рекомендательного голоса.

**5. КОНТРОЛЬ КАЧЕСТВА**

5.1. Страховщик вправе контролировать соответствие оказываемых Учреждением медицинских услуг перечню, прилагаемому к настоящему договору.

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

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

5.4. Экспертиза проводится в соответствии с «Порядком организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по добровольному медицинскому страхованию" .

**6. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН**

6.1. За просрочку платежей предусмотренных настоящим договором (п.3.2), Страховщик уплачивает Учреждению пеню в размере 0,1% от просроченной суммы за каждый день просрочки, но не более 10 % от неуплаченной суммы. Уплата пени не освобождает Страховщика от выполнения основного платежа.

6.2. За необоснованный отказ в предоставлении застрахованному медицинских услуг, предусмотренных п.1.1. настоящего договора, Учреждение выплачивает Страховщику штраф в размере до 30% от величины взноса страхователя.

6.3. Споры, возникшие при отказе Страховщика от оплаты выполненных услуг или отказе Учреждения от оплаты штрафных санкций, разрешаются путем переговоров между сторонами, а при отсутствии договоренности передаются для рассмотрения в Арбитражном суде РС(Я).

6.4. В случае неполного или некачественно оказанной медицинской услуги или иных услуг Учреждением Страховщик вправе не возмещать Учреждению ее стоимость.

6.5. В случае неисполнения или ненадлежащего исполнения медицинской услуги, а также в случае причинения вреда здоровью застрахованного по вине Учреждения, Учреждение несет ответственность в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

6.6. В случае неисполнения Учреждением обязанности установленным п.п. 3.3. Страховщик освобождается от оплаты оказанной Учреждением медицинских услуг.

**7. КОНФИДЕНЦИАЛЬНОСТЬ**

7.1. Стороны берут взаимные обязательства по соблюдению режима конфиденциальности в отношении информации, полученной при исполнении настоящего договора.

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

7.3. Конфиденциальной по настоящему договору признается информация:

* о форме и содержании договоров, программ, полисов Страховщика;
* сведения о заболеваниях застрахованных, если это не противоречит интересам больного.

**8. УВЕДОМЛЕНИЯ И СООБЩЕНИЯ**

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

8.2. Стороны обязуются незамедлительно извещать друг друга о всех изменениях своих адресов и реквизитов.

**9. ИЗМЕНЕНИЕ И ПРЕКРАЩЕНИЕ ДОГОВОРА**

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

9.2. 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.

**10. СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА**

10.1. Начало действия договора «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 201\_г.

Окончание действия договора «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 201\_г.

10.2. Договор автоматически пролонгируется на следующий год, если ни одна из сторон не заявит о намерении его прекратить за 30 дней до срока окончания договора.

10.3. Настоящий договор составлен в двух экземплярах, имеющих равную юридическую силу.

**11. ПРОЧИЕ УСЛОВИЯ**

11.1. По вопросам, не предусмотренным настоящим договором, стороны руководствуются Правилами добровольного медицинского страхования, а также законодательством Российской Федерации.

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

11.3. Приложения к настоящему договору, являющиеся неотъемлемой частью настоящего договора:

* лицензия ЛПУ на медицинскую деятельность;
* прейскурант цен на оказание медицинских услуг;
* список лиц, ответственных за обслуживание по ДМС в лечебном учреждении.

**12. ЮРИДИЧЕСКИЕ АДРЕСА СТОРОН**

12.1. СТРАХОВЩИК 12.2. УЧРЕЖДЕНИЕ

|  |  |
| --- | --- |
| АО «СМК «Сахамедстрах» Адрес\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ИНН \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ КПП \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ р/с \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Банк \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ к/с \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  БИК\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Коды: ОКПО \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ОКОНХ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  ОГРН \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Тел/факс: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ИНН \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ КПП \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ р/с \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Банк: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ БИК \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  к/с \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Коды: ОКПО \_\_\_\_\_\_\_\_ ОКОНХ \_\_\_\_\_\_\_  ОГРН \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Тел.:/факс: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

Страховщик Учреждение

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/

ПРИЛОЖЕНИЕ 7

# к Правилам добровольного

медицинского страхования

**ДОГОВОР № \_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**на восстановительное лечение по добровольному медицинскому страхованию**

г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ "\_\_\_\_\_\_"\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_201 г.

АО «Страховая медицинская компания «Сахамедстрах», в дальнейшем именуемая Страховщик", имеющая лицензию \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, в лице \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, действующего на основании Устава с одной стороны, и медицинское учреждение\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, в дальнейшем именуемое "Учреждение", имеющее лицензию \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ выданную \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, в лице \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ действующего на основании \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ с другой стороны, заключили настоящий договор о нижеследующем.

1. **ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА**

1.1.Страховщик поручает, а Учреждение принимает на себя обязанности оказания восстановительного лечения граждан (далее застрахованных), заключившим договор добровольного медицинского страхования (ДМС) со Страховщиком.

1.2.В рамках настоящего договора страховым событием считается обращение застрахованного с полисом ДМС и направлением Страховщика в учреждение для получения восстановительного лечения, при этом услуги Учреждения должны ограничиваться перечисленными в направлении видами услуг, согласно тарифному соглашению (Приложение № 2).

1.3.При наступлении страхового события Страховщик оплачивает стоимость полученного Застрахованным восстановительного лечения.

1.4.Учреждение принимает на себя обязательства по предоставлению дополнительной информации, касающейся медицинского обслуживания застрахованных.

1. **ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН**

2.1. УЧРЕЖДЕНИЕ ОБЯЗУЕТСЯ:

2.1.1. Учреждение обеспечивает соответствие оказываемого восстановительного лечения существующим методам лечения.

2.1.2. Учреждение оказывает Застрахованным восстановительное лечение, согласно протоколу к лицензии на осуществление медицинской деятельности без выдачи больничного листа.

2.1.3. Учреждение сообщает Страховщику обо всех случаях нарушения пациентами медицинских предписаний и лечебно-организационного режима с целью принятия необходимых мер по их устранению.

2.1.4. Разрабатывать и предоставить медико-организационные решения обеспечивающие оказание восстановительной помощи застрахованным. Корректировка их возможна только по согласованию со Страховщиком, не чаще одного раза в квартал. Корректировка оформляется двусторонним протоколом и является составной частью договора.

2.1.5. По требованию Страховщика исключать из списка врачей, оказывающих услуги по лечению, в отношении которых имеется обоснованные жалобы.

2.1.6. Учреждение по окончании отчетного периода предоставляет Страховщику счет с реестром, счет-фактуру и акт об оказанных услугах за оказанное восстановительное лечение.

2.2. СТРАХОВЩИК ОБЯЗАН:

2.2.1. Заключать договора страхования на оказание восстановительного лечения.

2.2.2. Выдавать застрахованным страховые полисы определенного образца.

2.2.3. Страховщик должен своевременно, в соответствии с требованиями, установленными настоящим договором, оплачивать восстановительное лечение, оказанное Учреждением.

**3. СТОИМОСТЬ РАБОТ И ПОРЯДОК РАСЧЁТОВ**

3.1. Стоимость восстановительного лечения определяется тарифными соглашениями (Приложение № 2).

3.2. Оплата восстановительного лечения, оказываемого Учреждением, производится Страховщиком в соответствии с тарифными соглашениями, которые являются неотъемлемой частью настоящего договора.

3.3. По соглашению между Страховщиком и медицинским учреждением, оплата стоимости услуг по программе «Восстановительное лечение», может производиться путем авансового перечисления денежных средств учреждению в счет последующей отработки реестров за оказанные услуги.

**4. ПОРЯДОК ОКАЗАНИЯ ВОССТАНОВИТЕЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ**

4.1. Учреждение оказывает долечивание и (или) восстановительное лечение, предусмотренные настоящим договором, Застрахованным согласно режиму работы Учреждения.

4.2. Учреждение принимает пациентов, застрахованных Страховщиком, имеющих полис установленного образца, направление, заверенное подписью руководителя и главного бухгалтера (Приложение №6) или доверенность, установленного образца.

4.3. Страховщик предоставляет заявки по бронированию мест не позднее, чем за 10-14 дней до заезда в санаторий и предоставляет Учреждению в одном экземпляре список застрахованных.

4.4. Учреждение в течении 2-х рабочих дней согласовывает заявку Страховщика, производит бронирование мест. В случае, если нельзя в полном объеме исполнить заявку, Учреждение предлагает альтернативные сроки заезда.

4.5. Учреждение принимает застрахованного, выдает необходимые медицинские документы установленного образца.

1. **КОНТРОЛЬ**

5.1. Страховщик имеет право периодически знакомиться с объемом и качеством оказываемых услуг.

5.2. Контроль осуществляется путем проверок, проводимых представителем Страховщика и Учреждения. Проверка осуществляется по мере необходимости.

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

5.4. Медицинская экспертиза проводится совместно с экспертом Страховщика и Учреждения. В случае, если мнения экспертов расходятся, то сторона-инициатор должна привлечь независимого эксперта, конфиденциальность которого должна быть согласована с другой стороной.

5.5. Экспертиза проводится в соответствии Приказа ФФ ОМС № 111 от 26.05.2008 г. «Методические рекомендации по организации контроля объемов и качества медицинской помощи при осуществлении ОМС.» (Приказ ФФ ОМС № 111 от 26.05.2008 г.) и «Положение о вневедомственном контроле качества медицинской помощи в системе ОМС на территории Республики Саха (Якутия)».

1. **ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН**

6.1. За просрочку платежей предусмотренных настоящим договором (п.3.2), Страховщик уплачивает Учреждению пеню в размере 0,1% от просроченной суммы за каждый день просрочки, но не более 10 % от неуплаченной суммы. Уплата пени не освобождает Страховщика от выполнения основного платежа.

6.2. За необоснованный отказ в предоставлении застрахованному медицинских услуг, предусмотренных п.1.1. настоящего договора, Учреждение выплачивает Страховщику штраф в размере 50 % от величины взноса страхователя.

6.3. Споры, возникшие при отказе Страховщика от оплаты выполненных услуг или отказе Учреждения от оплаты штрафных санкций, разрешаются путём переговоров между сторонами, а при отсутствии договорённости передаются для рассмотрения в судебном порядке.

6.4. В случае неполного или некачественно оказанной медицинской услуги или иных услуг Учреждением Страховщик вправе не возмещать Учреждению ее стоимость.

6.5. В случае неисполнения или ненадлежащего исполнения медицинской услуги, а также в случае причинения вреда здоровью застрахованного по вине Учреждения, Учреждение несет ответственность в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

1. **КОНФИДЕНЦИАЛЬНОСТЬ**

7.1. Стороны берут взаимные обязательства по соблюдению режима конфиденциальности в отношении информации, полученной при исполнении настоящего договора.

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

7.3. Конфиденциальной по настоящему договору признается информация:

- о форме и содержании договоров, программ, полисов Страховщика;

- сведения о заболеваниях застрахованных, если это не противоречит интересам застрахованного.

1. **УВЕДОМЛЕНИЯ И СООБЩЕНИЯ**

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

8.2. Стороны обязуются незамедлительно извещать друг друга о всех изменениях своих адресов и реквизитов.

1. **ИЗМЕНЕНИЕ И ПРЕКРАЩЕНИЕ ДОГОВОРА**

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

9.2. 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.

1. **СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА**

10.1. Начало действия договора «\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_201\_\_г.

Окончание действия договора «\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_201\_\_г.

10.2. Договор автоматически пролонгируется на следующий год, если ни одна из сторон не заявит о намерении его прекратить за 30 дней до срока окончания договора.

10.3. Настоящий договор составлен в двух экземплярах, имеющих равную юридическую силу.

**11. ПРОЧИЕ УСЛОВИЯ**

11.1. По вопросам, не предусмотренным настоящим договором, стороны руководствуются Правилами добровольного медицинского страхования, а также законодательством Российской Федерации.

11.2. При невозможности Учреждением выполнить требования пунктов 2.1.1. - 2.1.2. настоящего договора Страховщик вправе по своему усмотрению расторгнуть в одностороннем порядке настоящий договор.

11.3. Приложения к договору, являющиеся неотъемлемой частью настоящего договора:

- Тарифное соглашение;

- Образец «Направление-доверенность» на восстановительное лечение;

- Лицензии.

**12. ЮРИДИЧЕСКИЕ АДРЕСА СТОРОН**

|  |  |
| --- | --- |
| **12.1. СТРАХОВЩИК**  АО «СМК «Сахамедстрах»  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  ИНН \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ КПП \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Р/с \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  К/с \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  БИК \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Коды \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Банк \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Тел. /факс \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | **12.2. УЧРЕЖДЕНИЕ**  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  ИНН \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ КПП \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Р/с \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  К/с \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  БИК \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Банк \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Тел.: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

Страховщик Учреждение

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/

м.п. м.п.

к договору (заявлению) ДМС №\_\_\_\_ от «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_ 201\_ г.

**НАПРАВЛЕНИЕ – ДОВЕРЕННОСТЬ № \_\_\_\_\_**

Настоящая доверенность выдана АО «СМК «Сахамедстрах» на восстановительное лечение

Направление действительно с «\_\_\_\_» по «\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 201\_г.

Ф.И.О. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Паспорт серия \_\_\_\_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Дата выдачи \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Выдан (кем) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Полис ДМС № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Санаторий \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Категория номера \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата заезда с \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ по \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 201\_\_ г.

Срок лечения \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Диагноз основной: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Диагноз сопутствующий: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Начальник отдела медицинских услуг \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/

Подпись застрахованного \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Подтверждаем:

Генеральный директор \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/

Главный бухгалтер \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/

М.П.

УТВЕРЖДАЮ

Генеральный директор

АО «СМК «Сахамедстрах»

Г.Д. Варфоломеева

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

«28» апреля 2017г.

**ЭКОНОМИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ**

**И РАСЧЕТ ТАРИФОВ**

**ПО ДОБРОВОЛЬНОМУ МЕДИЦИНСКОМУ СТРАХОВАНИЮ**

1. **МЕТОДИКА РАСЧЕТА ТАРИФНЫХ СТАВОК.**

1. Расчет тарифных ставок по ДМС производится на основании программ ДМС Правил добровольного медицинского страхования:

- амбулаторно-поликлиническая помощь;

- стационарная помощь;

- комплексную (включающую амбулаторно-поликлиническую и стационарную)

- восстановительное лечение;

- скорая медицинская помощь.

При проведении расчетов использованы статистические данные Министерства здравоохранения Республики Саха (Якутия), в частности, результаты выборочных медицинских освидетельствований (диспансеризация населения за 2005-2011г.г.), данные Якутского Республиканского Медицинского информационно- аналитического центра РС(Я) и страховой компании. Стоимость медицинских услуг, гарантированных основными условиями страхования, оценивалась экспертами страховой организации на основании договорных цен с медицинскими учреждениями, с которыми страховая организация сотрудничает по реализации программ добровольного медицинского страхования.

При обосновании тарифных ставок по добровольному медицинскому страхованию использована Методика I Росстрахнадзора для расчета тарифов по массовым рисковым видам страхования.

2. С учетом того, что ДМС подлежат лица с существенно отличающимися индивидуальными особенностями от средних характеристик (возраст, состояние здоровья, условия труда, образ жизни и т.д.), вероятность наступления случая заболевания у этих лиц различна. В связи с этим вырабатываются общие принципы дифференциации тарифных ставок по данным признакам.

Базовая тарифная ставка (нетто-ставка) корректируется по следующим группам здоровья в зависимости от результатов предварительного медицинского освидетельствования:

- группа здоровья 1 - практически здоровые лица без отягощенной наследственности, имеющие в анамнезе детские болезни, простудные заболевания, аппендицит, грыжу; без вредных привычек или при их умеренной выраженности, не работающие на производстве с особо вредными условиями труда;

- группа здоровья 2 - практически здоровые лица с повышенным риском заболевания, отягощенные наследственностью по диабету, сердечнососудистым, почечно- и желчнокаменной болезнями, психическими заболеваниями, черепно-мозговые травмы, осложненные детские болезни, злоупотребление алкоголем, курение, работавшие или работающие на производстве с особо вредными условиями труда;

- группа здоровья 3 - лица трудоспособного возраста, имеющие хронические заболевания с тенденцией к обострению чаще двух раз в году, злоупотребляющие алкоголем, систематически употребляющие транквилизаторы, снотворные, страдающие выраженными неврозами, психопатиями, гипертонической болезнью I и II степени, ИБС без выраженной стенокардии, перенесшие полостные операции.

3. Тарифные ставки также дифференцируются по возрасту, полу, городскому и сельскому населению, при индивидуальном или коллективном страховании.

Тарифная ставка включает в себя основную часть нетто-ставки, формирующую выплатный фонд, рисковую надбавку к основной части нетто-ставки, предназначенную для создания страхового резервного фонда и нагрузку. В нагрузку включены расходы на ведение дела и планируемый доход от проведения страховой деятельности.

Структура тарифной ставки:

80,0% - нетто-ставка, нагрузка - 18% - расходы на ведение дела, 2,0 % - прибыль.

1. **Амбулаторно – поликлиническая помощь**

Страховым случаем считается обращение застрахованного за медицинской помощью в поликлинику. Уточним, что одно обращение предполагает одно или несколько посещений поликлиники.

Нетто ставка рассчитывается по следующей формуле:

То = q\*S′\*/S\*100

Где:

То - основная часть нетто-ставки;

q - среднее число обращений за медицинской помощью в расчете на 1000 человек населения;

S′- средняя стоимость пролеченного больного;

S - максимальная выплата по одному договору (страховая сумма).

Рисковая надбавка к основной части нетто-ставки определялась на основании расчетов по формуле:

Тр =1,2\*То\*α(γ) √ (1-q) / (n q )

Где:

Тр - рисковая надбавка к основной части нетто-ставки

α(γ) - коэффициент безопасности; в расчете α(γ) = 1,645

1,2 – коэффициент, учитывающий вариацию выплат;

n- планируемое число договоров страхования

Значение показателей гарантий безопасности. (α(γ)- коэффициент безопасности)

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Заданное значение вероятности | 84% | 90% | 95% | 98% | 99,86% |
| Значение, при котором α(γ)= | 1,0 | 1,3 | 1,645 | 2,0 | 3,0 |

Для расчета нетто-ставки вероятность выбрана 95% расчете α(γ) = 1,645.

Исходные данные для расчета тарифных ставок:

|  |  |
| --- | --- |
| Наименование показателя | Амбулаторная помощь |
| Частота обращений за медицинской помощью, ед. | 0,775 |
| Средняя стоимость пролеченного больного, руб. | 5 488 |
| Максимальная выплата по договору, руб. | 10 000 |
| Планируемое число договоров страхования, ед. | 6 000 |

Расчет основной части нетто-ставки.

Тоа= 0,775\*5 488/10000\*100=42,53 (%)

Рисковая надбавка к основной части нетто-ставки:

Тр а = 1,2\*42,53\*1,645 √ (1-0,775)/(6 000\*0,775) = 0,58(%);

Нетто- ставка:

Тн а = 42,53+0,58 = 43,11 (%);

Тарифная ставка:

Тб а = 43,11 / (1-0,20)= 53,89 (%)

1. **Стационарная помощь**

Исходные данные для расчета тарифных ставок:

|  |  |
| --- | --- |
| Наименование показателя | Стационарная помощь |
| Частота обращений за медицинской помощью, ед. | 0,411 |
| Средняя стоимость пролеченного больного, руб. | 40 503,60 |
| Максимальная выплата по договору , руб. | 50 000,00 |
| Планируемое число договоров страхования, ед. | 1 076 |

Расчет основной части нетто-ставки.

Тос= 0,411\*40 503,60/50 000,00\*100=33,29 (%)

Рисковая надбавка к основной части нетто-ставки:

Тр с = 1,2\*33,29\*1,645 √ (1-0,411)/(1076\*0,411) = 2,36(%);

Нетто- ставка:

Тн с = 33,29+2,36 = 35,65 (%);

Тарифная ставка:

Тб с = 35,65 / (1-0,20)= 44,56 (%)

1. **Комплексная медицинская помощь**

Расчет тарифной ставки по программе «Комплексная медицинская помощь» проведен исходя из предположения о независимости страховых событий, ведущих к обращению за медицинской помощью по программам «Амбулаторно – поликлиническая помощь» и «Стационарная помощь».

Максимальная выплата по договору страхования, гарантирующему оказание медицинской помощи в условиях стационара и амбулаторно- поликлинического учреждения, установлена в размере:

Sk = S a + S c = 10000 + 50000 = 60000 (руб.)

Размер платежа, соответствующего основной части нетто- ставки, рассчитан как сумма соответствующих частей платежа по программам «Амбулаторно – поликлиническая помощь» и «Стационарная помощь»:

Расчет основной части нетто-ставки.

33,29/100\*50000+42,53/100\*10000= 20 898

Тр’= √ (0,58/100\*10000)2+(2,36/100\*50000)2 = 1181,42

20898 + 1181,42 = 22 079,42

22079,42/(1-0,20)=27 599,27

Тбк = (27599,27/60000)\*100= 45,99 (%).

1. **Стоматологическая помощь**

Исходные данные для расчета тарифных ставок:

|  |  |
| --- | --- |
| Наименование показателя | Значение показателя |
| Частота обращений за получением стоматологической помощи ед. | 0,58 |
| Средняя стоимость пролеченного больного, руб. | 6 000 |
| Максимальная выплата по договору, руб. | 10 000 |
| Планируемое число договоров страхования, ед. | 200 |

Основная часть нетто- ставки, предназначенный на выплаты, связанные с оказанием стоматологической помощи:

То = 0,58\*6000/10000\*100=34,80

Рисковая надбавка к основной части нетто-ставки:

Тр ст = 1,2\*34,80\*1,645 √ (1-0,58)/(200\*0,58) = 4,12 (%);

Нетто- ставка:

Тн = 34,80+4,12=38,92 (%)

Тарифная ставка:

Тбст = 38,92/(1-0,25) = 51,89 (%)

1. **Восстановительное лечение**

На основе экспертных оценок Страховщика установлено, что потребность в восстановительном лечении возникает в 23 % случаев после лечения заболевания амбулаторным путем, и в 35 % случаев после стационарного лечения.

Исходные данные для расчета тарифных ставок:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Наименование показателя | Восстановительное лечение | |
| Амбулаторно-поликлиническая помощь | Стационарная помощь |
| Частота обращений за медицинской помощью ед. | 0,231 | 0,262 |
| Средняя стоимость пролеченного больного, руб | 8 000 | 10 000 |
| Максимальная выплата по договору, руб. | 10 000 | 15 000 |
| Планируемое число договоров страхования, ед. | 200 | 200 |

Основная часть нетто- ставки, предназначенная на оплату расходов на восстановительное лечение:

- программа «Амбулаторно- поликлиническая помощь»:

То = 0,231\*8000/10000\*100=18,48 (%)

- в дополнение к программе «Стационарная помощь»:

То = 0,262\*10000/15000\*100=17,47 (%)

Рисковая надбавка к основной части нетто- ставки:

- программа «Амбулаторно–поликлиническая помощь»:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Тр = 1,2\*18,48\*1,645 √ (1-0,231)/(200\*0,231) = 4,71 (%);

- программа «Стационарная помощь»:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Тр = 1,2\*17,47\*1,645 √ (1-0,262)/(200\*0,262) = 4,33 (%);

Нетто – ставка:

- программа «Амбулаторно-поликлиническая помощь»:

Тн = 18,48+4,71=23,19 (%)

- программа «Стационарная помощь»:

Тн= 17,47+4,33=21,80 (%)

Тарифная ставка по программе «Восстановительное лечение»:

- программа «Амбулаторно-поликлиническая помощь»:

Тб в = 23,19/(1-0,20) = 28,99 (%)

- программа «Стационарная помощь»:

Тб в = 21,80/(1-0,20)= 27,25 (%)

Брутто-взнос, предназначенный на оплату расходов на восстановительное лечение:

- программа «Амбулаторно-поликлиническая помощь»:

28,99/100\*10000=2 899,00(руб.)

- программа «Стационарная помощь»:

27,25/100\*10000=2 725 ,00(руб.)

Оплата восстановительного лечения по программе «Комплексная медицинская помощь» осуществляется на тех же условиях, что и по программам «Амбулаторно-поликлиническая помощь» и «Стационарная помощь».

Дополнительный страховой взнос при этом составит:

2899+2725 = 5624 (руб.)

Базовая тарифная ставка, предназначенная на оплату восстановительного лечение по программе «Комплексная медицинская помощь»

Тб вк = (5624/10000) \* 100= 56,24 (%).

Размер страховой премии по программам , включающим в перечень медицинских услуг реабилитационно- восстановительное лечение, определяется путем суммирования премий по основной программе и соответствующей премии по программе «Реабилитационно- восстановительное лечение».

1. **Скорая (неотложная) медицинская помощь**

Исходные данные для расчета тарифных ставок:

|  |  |
| --- | --- |
| Наименование показателя | Значение показателя |
| Частота обращений за скорой (неотложной) медицинской помощью, ед. | 0,376 |
| Средняя стоимость, руб. | 4 499,63 |
| Максимальная выплата, руб. | 40 000 |
| Планируемое число договоров страхования, ед. | 150 |

Основная часть нетто-ставки:

То = 0,376х4499,63/40000х100=4,229(%)

Рисковая надбавка к основной части нетто – ставки

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Тр ст = 1,2\*4,229\*1,645 √ (1-0,376)/(150\*0,376) = 0,876 (%);

Нетто – ставка:

Тн=4,229+0,876=5,105(%).

Тарифная ставка:

Тб скор = 5,105/(1-0,20)= 6,38 (%).

Страховщик имеет право применять к базовым тарифным ставкам повышающие или понижающие коэффициенты, в размере от 0,2 до 3,0 исходя из 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, других обстоятельств, имеющих существенное значение для определения степени страхового риска, при этом размер страхового тарифа не может быть больше 99%.

1. **Расчет тарифных ставок по группам здоровья**

Амбулаторно-поликлиническая, стационарная помощь

Полученные тарифные ставки характерны для средней (второй) группы здоровья. Распределение размеров тарифных ставок по группам здоровья :

по амбулаторно-поликлинической помощи: 0,5 : 1: 1,1 (соответственно для 1, 2 из группы здоровья);

по стационарной помощи - 0,6 : 1 : 1,1.

Тарифные ставки: амбулаторно-поликлиническая и стационарная помощь .

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Программа страхования** | **Страховой тариф по группам здоровья** | | |
| 1 | 2 | 3 |
| Амбулаторная помощь | 43,91 | 87,81 | 96,59 |
| Стационарная помощь | 49,89 | 83,15 | 91,46 |

1. **Расчет тарифных ставок по возрастным группам и полу с учетом дифференцированных коэффициентов.**

Коэффициенты перерасчета тарифных ставок приведены в таблице . Для получения достоверных сведений необходимо проводить основной расчет тарифных ставок по возрастным группам отдельно по мужчинам и женщинам.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Возраст | 15-19 | 20-24 | 25-29 | 30-34 | 35-39 | 40-44 | 45-49 | 50-54 | 55-59 | 60 |
| Мужчины | 0,48 | 0,57 | 0,44 | 0,44 | 0,55 | 1,77 | 1,00 | 1,11 | 1,44 | 1,66 |
| Женщины | 0,66 | 0,77 | 0,88 | 1,88 | 1,00 | 1,11 | 1,22 | 1,44 | 1,55 | 1,88 |

Приведенный расчет тарифных ставок по добровольному медицинскому страхованию представляет собой принципиальный порядок ведения актуарных расчетов в ДМС.

**3. ПОВЫШАЮЩИЕ И ПОНИЖАЮЩИЕ КОЭФФИЦИЕНТЫ К БАЗОВЫМ ТАРИФНЫМ СТАВКАМ ПО ДОБРОВОЛЬНОМУ МЕДИЦИНСКОМУ СТРАХОВАНИЮ**

Конкретный размер страхового тарифа определяется договором страхования по соглашению сторон.

Страховщик имеет право применять к базовым тарифным ставкам повышающие или понижающие коэффициенты в размере от 0,2 до 3,0, исходя из 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, других обстоятельств, имеющих существенное значение для определения степени страхового риска, при этом размер страхового тарифа не может быть больше 99%.