**ПРАВИЛА ДМС**

**1.**          **ОБЩИЕ  ПОЛОЖЕНИЯ**

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

1.2.     Субъектами договора страхования выступают:

1.2.1.         Акционерное общество «Страховая медицинская компания «Сахамедстрах» (далее по тексту – «Страховщик»), осуществляющая страховую деятельность в соответствии с Лицензией, выданной органом страхового надзора.

1.2.2.         Дееспособные физические лица, в том числе индивидуальные предприниматели и (или) юридические лица любых организационно – правовых форм, заключающие договоры страхования (далее по тексту – «Страхователи»).

1.2.3.         Физические лица, в пользу которых заключаются договоры страхования (далее по тексту - «Застрахованные»), при этом Страхователи – физические лица, заключившие такие договоры в свою пользу, являются одновременно Застрахованными.

1.2.4.         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.

1.3.     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).

1.4.     Договоры страхования заключаются в пользу граждан без возрастных ограничений.

1.5.     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.

1.6.     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.

1.7.     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.

1.8.     Не допускается страхование противоправных интересов.

1.9.     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.

1.10.  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.

**2.          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.

**3.          СТРАХОВОЙ СЛУЧАЙ И ОБЪЕМ ОБЯЗАТЕЛЬСТВ СТРАХОВЩИКА**

3.1.     По настоящим Правилам страховым случаем является:

3.1.1.         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;

3.1.2.         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;

3.2.     Не признается страховым случаем обращение Застрахованного за получением медицинских и иных услуг:

3.2.1.         Не предусмотренных Договором страхования:

3.2.2.         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;

3.2.3.         В связи с получением травматического повреждения или иного расстройства здоровья, наступившего в результате совершения Застрахованным противоправных действий;

3.2.4.         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;

3.2.5.         Не назначенных врачом или выполняемых по желанию Застрахованного.

3.3.     Не признается страховым случаем обращение Застрахованного за получением медицинских и иных услуг, вызванное:

3.3.1.         Воздействием ядерного взрыва, радиации или радиоактивного заражения;

3.3.2.         Военными действиями, а также маневрами или иными военными мероприятиями;

3.3.3.         Гражданской войной, народными волнениями всякого рода или забастовками;

3.3.4.         Стихийными бедствиями.

3.4.     Договор страхования может быть заключен на следующих условиях:

3.4.1.         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»;

3.4.2.         Организации предоставления и оплаты медицинских услуг, предусмотренных программой медицинского страхования, в медицинских учреждениях, оказывающих стационарную помощь – программа «Стационарная помощь»;

3.4.3.         Организации предоставления и оплаты стоматологической помощи – программа «Стоматологическая помощь»;

3.4.4.         Организация предоставления и возмещения расходов на реабилитационно-восстановительное лечение после перенесенного заболевания, являющегося страховым случаем – программа «Восстановительное лечение»;

3.4.5.         Организация предоставления и оплаты скорой (неотложной) медицинской помощи – программа «Скорая (неотложная) медицинская помощь».

3.4.6.         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»;

3.5.     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.

3.6.     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.

3.7.     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.

**4.**          **СТРАХОВАЯ СУММА**

4.1.     Страховой суммой является предельный уровень страхового обеспечения по Договору страхования.

4.2.     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.

4.3.     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.

4.4.     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.

**5.**          **СТРАХОВАЯ ПРЕМИЯ (страховой взнос), ФОРМА И ПОРЯДОК ИХ УПЛАТЫ**

5.1.     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.

5.2.     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.

5.3.     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.

5.4.     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.

**6.**          **СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ**

6.1.     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.

**7.**          **ПОРЯДОК ЗАКЛЮЧЕНИЯ И ОФОРМЛЕНИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ**

7.1.     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.

7.2.     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.).

7.3.     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.

7.4.     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.

7.5.     Страховщик обязан ознакомить Страхователя с содержанием Правил страхования, условиями страхования и вручить ему один экземпляр.

7.6.     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.

7.7.     Заключение договора страхования с юридическими лицами:

7.7.1.         При заключении коллективных договоров на страхование принимается любое количество работников юридического лица, членов их семей, а также иных лиц, определенных Страхователем.

7.7.2.         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.

7.7.3.         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.

7.7.4.         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.

7.8.     Заключение договора страхования с физическими лицами:

7.8.1.         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.

7.9.     Застрахованному лицу запрещается передавать страховой полис другим лицам с целью получения ими медицинских услуг по договору страхования.

7.10.  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.

7.11.  Страховой полис вступает в силу с момента уплаты страховой премии или первого ее взноса.

**8.          ПОРЯДОК ВЫПОЛНЕНИЯ ОБЯЗАТЕЛЬСТВ ПО ДОГОВОРУ**

8.1.     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).

8.2.     Право Страховщика на получение от Страхователя страховой премии (взноса) возникает в момент заключения договора.

8.3.     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.

8.4.     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.

8.5.     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.

**9.**          **ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН**

9.1.     Права и обязанности Застрахованного по договору страхования.

9.1.1.         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.

9.1.2.         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.

9.2.     Права и обязанности Страхователя.

9.2.1.         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.

9.2.2.         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.

9.3.     Права и обязанности Страховщика.

9.3.1.         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;

9.3.2.         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.

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

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

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

**10.**       **ПОРЯДОК  ОРГАНИЗАЦИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ, ПОРЯДОК И УСЛОВИЯ ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЫ**

10.1.  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.

10.2.  Не оплачиваются Страховщиком расходы по лечебно-диагностическим мероприятиям, проведенным по инициативе Застрахованного.

10.3.  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;

10.3.1.      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.

10.3.2.      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.

10.3.3.      При невыполнении условий страхования, после проведения экспертизы, Страховщик вправе возместить Застрахованному сумму страховой премии полностью или частично.

10.4.  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.

10.5.  В течение 45-ти рабочих дней эксперт Страховщика на основании предъявленных документов дает заключение о целесообразности получения платных медицинских услуг.

10.6.  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.

**11.**       **ИЗМЕНЕНИЕ СТЕПЕНИ РИСКА**

11.1.  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.

11.2.  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.

**12.**       **ПРЕКРАЩЕНИЕ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ**

12.1.  Действие договора прекращается в случае:

12.1.1.      истечения срока действия;

12.1.2.      исполнения Страховщиком обязательств перед Страхователем по договору в полном объеме – с момента такового;

12.1.3.      неуплаты Страхователем страховой премии (взносов) в установленные договором сроки;

12.1.4.      при нарушении застрахованным лицом своих обязательств (п.9.1.2.);

12.1.5.      ликвидации Страхователя, являющегося юридическим лицом;

12.1.6.      смерти застрахованного лица;

12.1.7.      ликвидации Страховщика в установленном законом порядке;

12.1.8.      принятия судом решения о признании договора страхования недействительным;

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

12.2.  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.

**13.**       **НЕДЕЙСТВИТЕЛЬНОСТЬ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ**

13.1.  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.

**14.**       **ИСКОВАЯ ДАВНОСТЬ**

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

**15.**       **ПРЕТЕНЗИИ И СПОРЫ**

15.1.  Качество оказания медицинской помощи, соответствие ее условиям, предусмотренным в договоре страхования, контролируется Страховщиком.

15.2.  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.

**16.**       **ПОРЯДОК ВНЕСЕНИЯ ИЗМЕНЕНИЙ И ДОПОЛНЕНИЙ В ПРАВИЛА СТРАХОВАНИЯ**

16.1.  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:

**1.       «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.

**2.**       **«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.

**3.**       **«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.

**4.**       **«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.

**5.**       **«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.

**6.**       **«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.