

**ОБЩЕСТВО С ОГРАНИЧЕННОЙ ОТВЕТСТВЕННОСТЬЮ
СТРАХОВАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ “ЧУЛПАН - МЕД”**

**ПРАВИЛА
ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО
СТРАХОВАНИЯ**

Вид страхования (05): *Медицинское страхование*

г. Альметьевск, Республика Татарстан



УТВЕРЖДЕНЫ

Приказом № 80 от « 16 » ноября 2015г.

Директор ООО СМО «Чулпан-Мед»

Б.А. Галяутдинов

**ПРАВИЛА
ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО
СТРАХОВАНИЯ**
(в редакции Приказов от 01.02.2008г. №13;
от 01.07.2010г. № 24; от 04.05.2011г. № 39)

Раздел 1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

Статья 1. Для целей настоящих Правил используются следующие специальные термины:

- **субъекты** – это стороны, участвующие в добровольном медицинском страховании. В качестве субъектов добровольного медицинского страхования выступают: Страховщик, Страхователь, Медицинская организация, Застрахованные лица;

- **страховщик** – страховая медицинская организация созданная в соответствии с законодательством Российской Федерации для осуществления деятельности по страхованию и получившая лицензию на осуществление существующего вида страховой деятельности – ООО СМО «Чулпан-Мед»;

- **страхователи** – страхователями признаются юридические лица и дееспособные физические лица, заключившие со страховщиками договоры страхования;

- **медицинская организация** - юридическое лицо независимо от организационно-правовой формы, осуществляющее в качестве основного (уставного) вида деятельности медицинскую деятельность на основании лицензии, выданной в порядке, установленном законодательством Российской Федерации;

- **заболевание** – состояние, возникающее в связи с воздействием патогенных факторов нарушение деятельности организма, работоспособности, способности адаптироваться к изменяющимся условиям внешней и внутренней среды при одновременном изменении защитно-компенсаторных и защитно-приспособительных реакций и механизмов организма;

- **медицинская услуга** – медицинское вмешательство или комплекс медицинских вмешательств, направленных на профилактику, диагностику и лечение заболеваний, медицинскую реабилитацию и имеющих самостоятельное законченное значение;

- **иная услуга** – мероприятие, непосредственно не направленное на выявление заболевания и его лечение, однако, улучшающее процесс лечения. Например, пребывание в палате повышенной комфортности во время стационарного лечения застрахованного, усиленное питание, медицинское сопровождение, необходимая по медицинским показаниям транспортировка Застрахованного лица спецтранспортом и т.д.;

- **диагностические медицинские услуги** – медицинские услуги, направленные на выявление заболевания и формулирование медицинского заключения, выраженного в терминах, предусмотренной принятой классификацией болезней;

- **лечебные медицинские услуги** – медицинские услуги, направленные на лечение заболевания. Например, инъекции, физиопроцедуры, массаж, эндоскопические методы лечения, операции и т.д.;

- **реабилитационные медицинские услуги** – комплекс медицинских услуг, направленных на восстановление или компенсацию нарушенных функций организма;

- **специализированные медицинские услуги** – медицинские услуги, оказываемые в узкоспециализированных медицинских организациях. Например, стоматологические поликлиники, кардиологические центры, нейрохирургические клиники и т.д.;

- **медицинская помощь** – комплекс мероприятий, направленных на поддержание и (или) восстановление здоровья и включающих в себя предоставление медицинских услуг;

- **медицинские расходы** – расходы на оказание медицинских услуг. К ним могут относиться: расходы по госпитализации (обычно максимально допустимые дневные расходы) хирургические расходы, разнообразные больничные расходы (лекарства, рентген и т.д.), врачебный уход (обычно исходя из числа вызовов или визитов к врачу).

Статья 2. В соответствии с гражданским законодательством, Федеральным законом “Об основах охраны здоровья граждан в РФ” от 21.11.2011г. №323-ФЗ, нормативными документами Центрального Банка Российской Федерации и остальными подзаконными актами в области страхования, настоящие Правила регулируют отношения, возникающие между Страховщиком и Страхователем и медицинской организацией по поводу добровольного медицинского страхования граждан.

Статья 3. Добровольное медицинское страхование осуществляется на основе Программ добровольного медицинского страхования (Приложение 3 к настоящим Правилам) и обеспечивает гражданам получение дополнительных медицинских и иных услуг сверх установленных программами обязательного медицинского страхования.

При заключении договора страхования, стороны могут договориться об уменьшении объема оказываемых услуг в рамках программы. Данные изменения указываются в особых условиях, прилагаемых к программе добровольного медицинского страхования.

Добровольное медицинское страхование может быть коллективным и индивидуальным. Под коллективным страхованием понимается страхование работодателем своих работников или членов их семей.

Раздел 2. СУБЪЕКТЫ СТРАХОВАНИЯ

Статья 4. Договор страхования может быть заключен гражданами (Страхователями) как в отношении самих себя (то есть Страхователь и Застрахованный в заключаемом договоре одно и то же лицо), так и в отношении других лиц (Застрахованных), а также юридическими лицами в отношении граждан, являющихся как работниками данного юридического лица, так и не являющихся таковыми.

Застрахованное лицо, названное в договоре медицинского страхования, может быть заменено Страхователем другим лицом лишь с согласия самого Застрахованного лица и Страховщика.

Статья 5. На условиях настоящих Правил заключаются договоры добровольного медицинского страхования в пользу граждан в возрасте не превышающем 80 лет, на момент заключения договора страхования проживающих на территории РФ. При страховании по программе ОМС + «Сердце под контролем» договор добровольного медицинского страхования заключается в пользу граждан в возрасте не превышающем 90 лет, на момент заключения договора страхования проживающих на территории РФ

Раздел 3. ОБЪЕКТ СТРАХОВАНИЯ.

Статья 6. Объектами медицинского страхования могут быть имущественные интересы, связанные с оплатой организации и оказания медицинской и лекарственной помощи (медицинских услуг) и иных услуг вследствие расстройства здоровья физического лица или состояния физического лица, требующих организации и оказания таких услуг, а также проведения профилактических мероприятий, снижающих степень опасных для жизни или здоровья физического лица угроз и (или) устраняющих их.

Раздел 4. СТРАХОВЫЕ РИСКИ. СТРАХОВЫЕ СЛУЧАИ И ОБЪЕМ СТРАХОВОЙ ОТВЕТСТВЕННОСТИ.

Статья 7. 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.

Риском при добровольном медицинском страховании является вероятность возникновения затрат связанных с причинением вреда жизни, здоровью граждан, организацией и оказанием им медицинских и иных услуг при оказании консультативной, профилактической, диагностической, амбулаторно-поликлинической, стационарной, скорой, восстановительно-реабилитационной, стоматологической, медикаментозной и иной помощи.

Статья 8. Страховым случаем является совершившееся событие, предусмотренное договором страхования, с наступлением которого возникает обязанность страховщика произвести страховую выплату страхователю, застрахованному лицу, выгодоприобретателю или иным третьим лицам.

Страховым случаем является совершившееся в период действия договора добровольного медицинского страхования, событие, предусмотренное настоящими Правилами, с наступлением которого, возникает обязанность Страховщика осуществить страховую выплату.

Страховым случаем является обращение Застрахованного лица в медицинские организации из числа предусмотренных договором добровольного медицинского страхования за получением консультативной, профилактической, диагностической, амбулаторно-поликлинической, стационарной, скорой, восстановительно-реабилитационной, стоматологической, медикаментозной и иной помощи, предусмотренной программами добровольного медицинского страхования, указанными в договоре страхования.

Статья 9. В соответствии с договором добровольного медицинского страхования Страховщик принимает на себя обязательство организовать Застрахованным гражданам медицинскую помощь по существующим технологиям в соответствии с условиями договора добровольного медицинского страхования и оплатить медицинские услуги в пределах обусловленной в нем страховой суммы.

Статья 10. На страхование не принимаются:

а) граждане, состоящие на учете в наркологических, психоневрологических, противотуберкулезных, дерматовенерологических диспансерах, центрах по профилактике и борьбе со СПИДом;

б) инвалиды, за исключением инвалидов, признанных медико-социальной экспертизой трудоспособными.

в) больные онкологическими заболеваниями, за исключением больных, признанных медико-социальной экспертизой трудоспособными. При этом оплата медицинских услуг по основному онкологическому заболеванию и осложнениям, связанных с ним, не производится.

г) граждане старше 80 лет, за исключением застрахованных по программе ОМС + «Сердце под контролем». По данной программе на страхование не принимаются граждане старше 90 лет.

Статья 11. Страховщик не несет страховой ответственности, если Застрахованное лицо обратилось в медицинскую организацию:

а) по поводу получения травматического повреждения или иного расстройства здоровья, наступившего в связи с совершением действий, в которых судом или следственными органами установлены признаки умышленного преступления;

б) в связи с умышленным причинением вреда своему здоровью, в том числе с покушением на самоубийство;

в) в связи с расстройством здоровья, произошедшим в состоянии алкогольного, наркотического и иных форм опьянения, либо явившимся следствием любых форм опьянения.

Статья 12. Страховщик не производит выплат в связи с расстройством здоровья, вызванным:

а) воздействием ядерного взрыва, радиации или радиоактивного заражения;

б) военными действиями, а также маневрами или иными военными мероприятиями;

в) гражданской войной; народными волнениями всякого рода или забастовками.

Статья 13. Страховщик не возмещает затраты на медицинскую помощь и медицинские услуги, полученные по инициативе Застрахованного лица в медицинских организациях, не определенных договором добровольного медицинского страхования.

Раздел 5. СТРАХОВАЯ СУММА.

Статья 14. Страховая сумма - денежная сумма, которая определена в порядке, установленном договором страхования при его заключении, и исходя из которой устанавливаются размер страховой премии (страховых взносов) и размер страховой выплаты при наступлении страхового случая

Страховой суммой является определенная договором страхования денежная сумма, исходя из которой, устанавливаются размеры страховой премии и страховой выплаты.

Страховые суммы устанавливаются в российских рублях.

Статья 15. Страховая сумма по договору страхования определяется Страховщиком и Страхователем исходя из определенных договором условий страхования (программ добровольного медицинского страхования), действующих на момент заключения договора страхования цен в медицинских организациях на медицинские услуги, срока действия договора страхования.

Статья 16. Страхователь вправе в период действия договора добровольного медицинского страхования по согласованию со Страховщиком изменить страховую сумму. Изменения страховой

суммы оформляются на условиях настоящих Правил в письменной форме в виде дополнительного соглашения к основному договору добровольного медицинского страхования.

Раздел 6. СТРАХОВАЯ ПРЕМИЯ И СТРАХОВЫЕ ВЗНОСЫ.

Статья 17. Под страховой премией понимается плата за страхование, которую Страхователь обязан уплатить Страховщику в порядке и в сроки, установленные договором добровольного медицинского страхования.

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

Статья 18. Страховая премия по договору страхования рассчитывается Страховщиком исходя из величин страховой суммы и соответствующих величин базового страхового тарифа (Приложение №1).

Страховой тариф - ставка страховой премии с единицы страховой суммы с учетом объекта страхования и характера страхового риска, а также других условий страхования.

Страховой тариф по конкретному договору страхования определяется по соглашению сторон.

При заключении договора страхования со сроком действия иным чем 1 год, размер страховой премии определяется исходя из размера годовой страховой суммы и с учетом коэффициента продолжительности страхования (Приложение № 2 к настоящим Правилам). В иных случаях применяется метод Pro rata:

$$\text{Страховой тариф} = \frac{\text{Страховой тариф по программе (год)}}{365(366)\text{дн}} * \text{Срок действия в дн.}$$

Статья 19. Страховая премия может быть уплачена наличными деньгами в кассу Страховщика или перечислена на расчетный счет Страховщика путем безналичных расчетов, единовременным платежом либо в рассрочку. Конкретный порядок и сроки уплаты страховой премии определяются в договоре страхования.

Неуплата Страхователем очередного страхового взноса в установленный договором срок рассматривается Сторонами, как досрочный отказ Страхователя от договора страхования (п.2 ст.958 ГК РФ), если договором не предусмотрено иное и если стороны не договорились об отсрочке уплаты очередного взноса (договоренность об отсрочке страхового взноса оформляется дополнительным соглашением к договору страхования).

Статья 20. Страхователь обязан уплатить Страховщику страховую премию в 5-дневный срок (если иное не предусмотрено договором добровольного медицинского страхования) или первый ее взнос (в случае уплаты взносов в рассрочку) после подписания договора добровольного медицинского страхования.

Раздел 7. ЗАКЛЮЧЕНИЕ ДОГОВОРА ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ.

Статья 21. Договор добровольного медицинского страхования является соглашением между Страхователем и Страховщиком, в соответствии с которым последний обязуется организовывать и финансировать предоставление застрахованным лицам медицинскую помощь определенного объема и качества согласно программам добровольного медицинского страхования.

Статья 22. Договор добровольного медицинского страхования заключается в письменной форме, несоблюдение письменной формы договора влечет его недействительность.

Договор медицинского страхования должен содержать:

- 1) наименования сторон;
- 2) сроки действия договора;
- 3) численность застрахованных;
- 4) размер, сроки и порядок внесения страховых взносов;
- 5) перечень медицинских услуг, соответствующих программам страхования;
- 6) права, обязанности, ответственность сторон и иные не противоречащие законодательству РФ условия.

Статья 23. При заключении договора страхования между Страхователем и Страховщиком должно быть достигнуто соглашение:

- 1) о Застрахованном лице;
- 2) о характере события, на случай наступления которого в жизни Застрахованного лица осуществляется страхование;
- 3) о размере страховой суммы;
- 4) о сроке действия договора

Статья 24. Страховщик обязан ознакомить Страхователя с содержанием Правил добровольного медицинского страхования и вручить ему один экземпляр.

Статья 25. При заключении договора добровольного медицинского страхования Страховщик имеет право произвести предварительное медицинское освидетельствование страхуемого лица (страхуемых лиц) для оценки фактического состояния его (их) здоровья. Предварительное медицинское освидетельствование производится за счет средств Страхователя.

Перечень медицинских организаций, в которые Застрахованное лицо имеет право обратиться за получением медицинской помощи, является неотъемлемой частью договора страхования.

Статья 26. При заключении коллективных договоров на добровольное медицинское страхование принимается любое количество работников юридического лица.

Статья 27. Основанием для заключения договора добровольного медицинского страхования с юридическими лицами и индивидуальными предпринимателями является письменное заявление и анкета Страхователя (Приложения 4-6).

Статья 28. Основанием для заключения договора добровольного медицинского страхования с физическими лицами в их пользу или в пользу третьих лиц является письменное заявление Страхователя (Приложения 7,8).

Статья 29. Договор страхования может быть заключен путем составления одного документа (Приложение 9) либо вручения Страховщиком Страхователю на основании его письменного или устного заявления страхового полиса (Приложение 13), подписанного Страховщиком.

При заключении коллективного договора добровольного страхования, полис добровольного медицинского страхования выдается на каждое застрахованное лицо в течение пяти рабочих дней после вступления договора добровольного медицинского страхования в силу, если иное не предусмотрено договором добровольного медицинского страхования.

Статья 30. При заключении договора добровольного медицинского страхования Страхователь обязан сообщить Страховщику известные Страхователю обстоятельства, имеющие существенное значение для определения вероятности наступления страхового случая и размера возможных убытков от его наступления (страхового риска), если эти обстоятельства не известны Страховщику.

Статья 31. Существенными признаются обстоятельства, определенно оговоренные Страховщиком в договоре добровольного медицинского страхования (полисе добровольного медицинского страхования) или в его письменном запросе (письменном заявлении).

Статья 32. Если договор страхования заключен при отсутствии ответов Страхователя на какие-либо вопросы Страховщика, последний не может впоследствии требовать расторжения договора добровольного медицинского страхования, либо признания его недействительным на том основании, что соответствующие обстоятельства не были сообщены Страхователем, если иное не предусмотрено договором.

Статья 33. Если после заключения договора добровольного медицинского страхования будет установлено, что Страхователь сообщил заведомо ложные сведения об обстоятельствах, имеющих существенное значение для определения вероятности наступления страхового случая и размера возможных убытков от его наступления, Страховщик вправе потребовать признания договора недействительным и применения последствий в соответствии с законодательством Российской Федерации за исключением случая, когда обстоятельства, о которых умолчал Страхователь, уже отпали.

Статья 34. Если иное не предусмотрено договором, договор добровольного медицинского страхования вступает в силу:

а) при уплате страховой премии путем безналичных расчетов – в день поступления страховой премии или ее первой части на расчетный счет страховщика.

б) при уплате страховой премии наличными деньгами - в день поступления страховой премии или ее первой части в кассу страховщика.

Днем уплаты считается день поступления платежа, определяемый датой выписки по банку, на счет или в кассу Страховщика, если иное не оговорено в договоре.

Статья 35. Факт уплаты страховой премии наличными деньгами должен быть подтвержден квитанционным материалом ООО СМО «Чулпан-Мед».

Оплата премии не считается состоявшейся, если платеж произведен с нарушением законодательства, регулирующего порядок расчетов. Договором страхования может быть предусмотрен иной порядок вступления договора в силу.

Статья 36. Договор страхования заключается сроком на 1 год, если условиями договора не предусмотрено иное. В случае, когда договор страхования заключается на срок не равный году, страховая премия рассчитывается с учетом коэффициента срока страхования (Приложение №2).

Действие договора страхования заканчивается в 24 часа местного времени дня, который указан в договоре как дата его окончания.

Статья 37. Условия, содержащиеся в настоящих Правилах добровольного медицинского страхования и не включенные в текст договора добровольного медицинского страхования (полиса добровольного медицинского страхования), обязательны для Страхователя, если в договоре (полисе добровольного медицинского страхования) прямо указывается на применение таких Правил.

Статья 38. В договоре добровольного медицинского страхования Страхователем и Страховщиком может быть предусмотрено, что отдельные положения Правил добровольного медицинского страхования не включаются в договор и не действуют в конкретных условиях страхования.

Раздел 8. ПОРЯДОК ВЫПОЛНЕНИЯ ОБЯЗАТЕЛЬСТВ ПО ДОГОВОРУ ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ.

Статья 39. Все права и обязанности сторон по договору страхования начинаются только с момента вступления договора страхования в законную силу.

Статья 40. Предоставление медицинских и иных услуг, обусловленных договором добровольного медицинского страхования, осуществляется путем обращения Застрахованного лица в медицинские организации, с которыми Страховщик состоит в договорных отношениях.

При обращении Застрахованного лица в медицинскую организацию предъявляется полис добровольного медицинского страхования, выданный Страховщиком, паспорт, либо другой документ, удостоверяющий личность Застрахованного лица также направление, выданное Страховщиком при его наличии.

Статья 41. Страховщик осуществляет страховую выплату в виде оплаты медицинских и иных услуг, предусмотренных Программой добровольного медицинского страхования, указанной в договоре страхования (страховом полисе).

Оплата стоимости услуг оказанных медицинскими организациями производится исходя из фактических затрат на оказание медицинской помощи и медицинских услуг по ценам, согласованным между Страховщиком и Медицинской организацией путем перечисления Страховщиком денежных средств на счет Медицинской организации. Перечисление производится после получения от Медицинских организаций акта выполненных работ, прошедшего медико-экономическую экспертизу в пределах программы, предусмотренной договором добровольного медицинского страхования. Взаимоотношения с Медицинской организацией определяются соответствующим договором (Приложение 14-16).

Раздел 9. ПОСЛЕДСТВИЯ УВЕЛИЧЕНИЯ СТРАХОВОГО РИСКА В ПЕРИОД ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ.

Статья 42. В период действия договора добровольного медицинского страхования Страхователь (Застрахованное лицо) обязан незамедлительно сообщить Страховщику о ставших ему известными значительных изменениях в обстоятельствах, сообщенных Страховщику при заключении договора добровольного медицинского страхования, если эти изменения могут существенно повлиять на увеличение страхового риска. При этом, значительными признаются изменения, оговоренных в договоре добровольного медицинского страхования (страховом полисе) и в переданных Страхова-

телю Правилах добровольного медицинского страхования и приложенных к нему условий (численность застрахованных, перечень медицинских услуг, цены на медицинские услуги в медицинских организациях).

Статья 43. При получении информации об обстоятельствах, влекущих увеличение страхового риска Страховщик вправе потребовать изменения условий договора добровольного медицинского страхования или уплаты дополнительной страховой премии соразмерно увеличению риска.

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

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

Последствия изменения страхового риска в период действия договора страхования, оговоренные в абзацах 2 и 3 настоящей статьи, могут наступить, только если они прямо предусмотрены в договоре страхования.

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

Статья 44. Страховщик не вправе разглашать полученные им в результате своей профессиональной деятельности сведения о Страхователе, Застрахованном лице, состоянии их здоровья и имущественном положении. За нарушение тайны страхования Страховщик в зависимости от рода нарушенных прав и характера нарушения несет ответственность в порядке, предусмотренном нормами гражданского законодательства Российской Федерации.

Раздел 10. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН ПО ДОГОВОРУ ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ.

Статья 45. Права и обязанности Застрахованных граждан по договору добровольного медицинского страхования.

Застрахованное лицо имеет право:

а) на получение медицинских услуг в соответствии с условиями, указанными в договоре добровольного медицинского страхования, в медицинских организациях, перечень которых определен в договоре добровольного медицинского страхования;

б) требовать от Страховщика в законном порядке соблюдения условий договора добровольного медицинского страхования

в) при условии обязательного согласования со Страховщиком, получить медицинские услуги в соответствии с условиями, указанными в договоре добровольного медицинского страхования, в медицинских организациях, не входящих в перечень, который определен в договоре добровольного медицинского страхования, исключительно в том случае, когда обращение в медицинские организации, указанные в договоре, не представляется физически возможным для Застрахованного. При этом, обязательным условием является наличие у Страховщика возможности заключения договора с медицинской организацией на предоставление медицинской помощи (медицинских услуг) по добровольному медицинскому страхованию граждан.

Застрахованное лицо обязано:

а) соблюдать предписания лечащего врача, полученные при оказании медицинской помощи, соблюдать распорядок, установленный медицинской организацией;

б) в случае проведения Страховщиком экспертной проверки качества оказания медицинской помощи пройти медицинский осмотр;

в) не передавать другим лицам страховой полис и медицинскую карточку (направление) для получения ими медицинской помощи;

г) при утрате страхового полиса и/или медицинской карточки в течение 3-х дней письменно известить об этом Страховщика.

Статья 46. Права и обязанности Страхователя по договору добровольного медицинского страхования.

Страхователь имеет право:

а) требовать от Страховщика в законном порядке соблюдения условий договора

добровольного медицинского страхования:

б) расширить список Застрахованных лиц в соответствии с условиями, изложенными в настоящих Правилах;

в) расширить объем страховой ответственности по соглашению со Страховщиком в пределах, предусмотренных настоящими Правилами и утвержденными, программами добровольного медицинского страхования, уплатив дополнительные страховые взносы;

г) в случае увольнения Застрахованного работника Страхователь вправе исключить его из числа Застрахованных или заменить другим в соответствии с условиями, изложенными в настоящих Правилах.

Для включения в число Застрахованных вместо отказавшегося или уволенного другого лица, Страхователь направляет Страховщику письменное извещение о замене ранее Застрахованного. При этом, к извещению прилагается полис ранее застрахованного лица. Извещение должно быть направлено в 3-хдневный срок с момента издания приказа об увольнении ранее Застрахованного. В этом случае вновь принятый работник считается Застрахованным с момента приема его на работу на тех же условиях, что и уволенный без уплаты дополнительной страховой премии.

д) досрочно расторгнуть договор добровольного медицинского страхования с оформлением дополнительного соглашения.

Страхователь обязан:

а) предоставить Страховщику полностью достоверную информацию, необходимую для заключения договора добровольного медицинского страхования;

б) при изменении обстоятельств, включенных Страховщиком в форму заявления на страхование, имеющих значение для оценки степени риска, письменно уведомить об этом Страховщика;

в) уплачивать взносы страховой премии в размере и в сроки, установленные в договоре добровольного медицинского страхования;

г) предоставлять Страховщику списки застрахованных с соблюдением требований Федерального закона от 27 июля 2006 года № 152 –ФЗ «О персональных данных»;

д) в случае расширения списка Застрахованных лиц предоставлять Страховщику сведения, предусмотренные договором страхования о дополнительно страхуемых лицах.

Статья 47. Права и обязанности Страховщика по договору добровольного медицинского страхования. Страховщик обязан:

а) своевременно вручить страховые полисы Страхователю (Застрахованным лицам) и ознакомить Страхователя с настоящими правилами;

б) оплачивать Застрахованному лицу медицинскую помощь и медицинские услуги, предусмотренные условиями договора добровольного медицинского страхования;

в) организовывать эффективный контроль качества медицинской помощи Застрахованным лицам;

г) письменно известить об изменении перечня Медицинских организаций, с которыми Страховщик состоит в договорных отношениях;

д) соблюдать конфиденциальность в отношениях со страхователем, Застрахованным и медицинскими организациями.

Страховщик имеет право:

а) требовать от Страхователя предоставления достоверной информации, необходимой для заключения договора добровольного медицинского страхования, а так же проверять все сведения, сообщенные Страхователем при заключении договора страхования, в т.ч. данные о Застрахованном, а так же выполнение Страхователем условий договора страхования.

б) провести предварительный медицинский осмотр застрахованного до заключения договора страхования;

в) провести медицинскую экспертизу страхового случая, включающую экспертизу медицинской документации и медицинский осмотр Застрахованного;

г) предъявить требования к Страхователю на сумму оплаченной Страховщиком медицинской помощи, если она не подлежала оплате в соответствии с настоящими Правилами;

д) досрочно расторгнуть договор добровольного медицинского страхования в соответствии с законодательством, в том числе при неуплате Страхователем страховых взносов в установленные договором сроки;

е) изменить по согласованию со Страхователем страховую сумму по договору добровольного медицинского страхования при изменении цен на предоставляемые медицинские услуги и медицинскую помощь.

Статья 48. В случае расширения списка Застрахованных лиц при коллективной форме страхования Страхователь представляет Страховщику сведения, предусмотренные настоящими Правилами, о дополнительно страхуемых лицах. Если это привело к увеличению страховой премии по договору, Страхователь уплачивает за них дополнительную страховую премию за период с момента включения в список Застрахованных лиц до момента окончания страхового периода. При этом дополнительная страховая премия уплачивается пропорционально оставшемуся дням действия договора страхования. Если расширение списка Застрахованных не привело к увеличению страховой премии, дополнительная страховая премия не уплачивается.

В случае замены Застрахованных лиц другими лицами при коллективной форме проведения страхования без увеличения числа Застрахованных Страхователь предоставляет Страховщику сведения об исключаемых из списка Застрахованных и включаемых в него.

Страховые полисы лиц, исключаемых из списка Застрахованных, возвращаются Страховщику, вновь Застрахованным лицам выдается полис добровольного медицинского страхования.

Статья 49. Периодичность подтверждения численности оговаривается и прописывается в договоре страхования. Возможны два варианта подтверждения численности застрахованных:

- приложение списков Застрахованных, соответствующих численности Застрахованных по состоянию на дату подписания дополнительного соглашения. Списки в обязательном порядке должны быть подписаны руководителем юридического лица и скреплены печатью Страхователя.

- направление Страхователем Страховщику письменного извещения. При заключении дополнительного соглашения в части изменения численности, необходимо делать ссылку на данное письменное извещение, с указанием его номера и даты. В обязательном порядке письменное извещение прикладывается к дополнительному соглашению.

Раздел 11. ПРЕКРАЩЕНИЕ ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ.

Статья 50. Договор добровольного медицинского страхования прекращается в случаях:

а) истечения срока его действия;

б) исполнения Страховщиком обязательств перед Страхователем по договору в полном объеме;

в) неуплаты Страхователем страховых взносов в установленные договором сроки;

г) ликвидации Страхователя, являющегося юридическим лицом, или смерти Страхователя, являющегося физическим лицом, кроме случаев, предусмотренных Законом РФ "Об организации страхового дела в РФ";

д) смерти Застрахованного (при индивидуальном договоре страхования с физическим лицом) – в день смерти, определенный соответствующим свидетельством;

е) нарушения Застрахованным лицом предписаний лечащего врача;

ж) соглашения сторон – с даты, определенной соглашением;

з) в других случаях, предусмотренных законодательными актами Российской Федерации.

Статья 51. Договор добровольного медицинского страхования может быть прекращен досрочно по требованию Страхователя или Страховщика, если это предусмотрено условиями договора добровольного медицинского страхования, а также по соглашению сторон.

Статья 52. Согласно гражданскому законодательству Страхователь вправе отказаться от договора добровольного медицинского страхования в любое время, если к моменту отказа возможность наступления страхового случая не отпала по обстоятельствам иным, чем страховой случай.

Статья 53. Стороны о своем намерении досрочно прекратить договор добровольного медицинского страхования уведомляют друг друга не менее чем за 5 дней, до предполагаемой даты прекращения договора добровольного медицинского страхования, если договором не предусмотрено иное.

Договор добровольного медицинского страхования считается прекращенным до срока, на который он был заключен, при наличии письменного соглашения сторон о досрочном прекращении действия договора с оформлением дополнительного соглашения.

Раздел 12. НЕДЕЙСТВИТЕЛЬНОСТЬ ДОГОВОРА ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ.

Статья 54. Договор добровольного медицинского страхования может быть признан недействительным с момента его заключения по основаниям, предусмотренным Гражданским кодексом Российской Федерации, а также, если он ставит Страхователя в худшее положение по сравнению с тем, которое предусмотрено законодательством Российской Федерации, или договор заключен после наступления страхового случая.

Статья 55. При недействительности договора добровольного медицинского страхования каждая из сторон обязана возратить другой все полученное по нему, если иные последствия недействительности договора добровольного медицинского страхования не предусмотрены законом. Признание договора добровольного медицинского страхования недействительным осуществляется в соответствии с нормами гражданского законодательства Российской Федерации.

Раздел 13. ИСКОВАЯ ДАВНОСТЬ ПО ДОГОВОРУ ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ.

Статья 56. Иск по требованиям, вытекающим из договора добровольного медицинского страхования, может быть предъявлен Страховщику в сроки, предусмотренные гражданским законодательством Российской Федерации.

Раздел 14. ПРЕТЕНЗИИ И СПОРЫ ПО ДОГОВОРУ ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ.

Статья 57. Качество оказания медицинской помощи и соответствие ее условиям, предусмотренным в договоре добровольного медицинского страхования, контролируется врачами-экспертами Страховщика.

Статья 58. Спорные вопросы, возникающие в процессе оказания медицинской помощи застрахованным, решает согласительная комиссия, в состав которой входят представители Страхователя, Страховщика и независимые эксперты.

Статья 59. В других случаях споры, связанные со страхованием, разрешаются арбитражным или третейским судами в соответствии с их компетенцией.

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

№ п/п	Наименование программы	Значения показателей
1	Амбулаторно-поликлиническая помощь	40,49
2	Амбулаторно-поликлиническая помощь «СТАНДАРТ»	38,94
3	Амбулаторно-поликлиническая помощь «ЭКОНОМ»	36,11
4	Стационарная помощь	17,68
5	Стационарная помощь «СТАНДАРТ»	16,35
6	Стационарная помощь «ЭКОНОМ»	15,10
7	Комплексная медицинская помощь	25,59
8	Комплексная медицинская помощь «ПЛЮС»	61,67
9	Комплексная медицинская помощь «СТАНДАРТ»	81,58
10	Комплексная медицинская помощь «ЭКОНОМ»	14,22
11	Стоматология	62,61
12	Стоматология «ЛАЙТ»	54,63
13	Скорая (неотложная) медицинская помощь	21,41
14	Семейный врач	46,69
15	Дородовое наблюдение за беременными и родовспоможение	59,86
16	Реабилитационно-восстановительное лечение	32,76
17	«АНТИГРИПП»	0,9
18	«АНТИКЛЕЩ»	1,07
19	Лекарственное обеспечение	41,85
<u>20</u>	<u>ОМС+ «Сердце под контролем»</u>	<u>43,00</u>

**ПОВЫШАЮЩИЕ И ПОНИЖАЮЩИЕ КОЭФФИЦИЕНТЫ
К СТРАХОВЫМ ТАРИФАМ****Страховая премия при сроке страхования менее года**

Срок страхования	Страховая премия (в% к годовой страховой премии)
до 1 месяца включительно	20
2 месяца	30
3 месяца	40
4 месяца	50
5 месяцев	60
6 месяцев	70
7 месяцев	80
8 месяцев	90
свыше 8 месяцев	годовая премия

При заключении конкретного договора страхования Страховщик имеет право применять к базовым тарифным ставкам повышающие от 1,1 до 5,0 и понижающие от 0,1 до 0,9 коэффициенты, в зависимости от следующих факторов:

Первоначальный коэффициент: К перв. = 1. Дальнейшие коэффициенты риска применяются по следующим критериям:

Продолжительность страхования - К1

До 1 месяца	2 месяца	3 месяца	4 месяца	5 месяцев	6 месяцев	7 месяцев	8 месяцев	Свыше 8 мес. до года
0,2	0,3	0,4	0,5	0,6	0,7	0,8	0,9	1,0

- Непрерывное страхование в ООО Страховой медицинской организации "Чулпан-Мед" до момента заключения договора - К2

1год	2года	3 года и более
0,90	0,85	0,80

- Возраст Застрахованного лица – К3:

Группа застрахованных по возрасту	Коэффициенты к базовым тарифам
1-2	1,70
3-4	1,45
5-9	1,25
10-14	0,90
15-17	0,68
18-24	0,72
25-29	0,77
30-34	0,85
35-39	1,00
40-44	1,10
45-49	1,15
50-54	1,29

55-59	1,46
60-64	1,58
65-79	1,65

- Состояние здоровья Застрахованного лица - К4 (в частности, применяются повышающие коэффициенты в отношении инвалидов II и III групп; лиц, страдающих хроническими заболеваниями):

Лица без отягощенной наследственности, без вредных привычек или при их умеренной выраженности	Инвалиды II и III групп	Лица, страдающие хроническими заболеваниями
1,0	1,1	1,15

- Количественный состав группы при коллективном страховании (в частности, по договору, предусматривающему страхование более десяти лиц, применяется понижающий коэффициент) – К5

До 10 человек включительно	От 10 до 100 человек включительно	Более 100 человек
1,0	0,90	0,85

6. Страхование «неполного пакета» медицинских услуг предусмотренных какой-либо программой добровольного медицинского страхования (уменьшении перечня медицинских услуг) применяется понижающий коэффициент – К6=0,9
7. Коэффициент объема услуг (К7):

При уменьшении количества медицинских организаций

До 30% от общего объема	От 30% до 50% от общего объема	От 50% до 70% от общего объема
0,98	0,95	0,90

8. Андеррайтерский коэффициент, применяемый в зависимости от конкретных условий и на основании индивидуальных расчетов– К8. Применяется исключительно по согласованию с директором ООО СМО «Чулпан-Мед».

Общий коэффициент риска считается по формуле:

$$K_{\text{общ.}} = K_{\text{перв.}} * K1 * K2 * K3 * K4 * K5 * K6 * K7 * K8$$

Реальная (итоговая) тарифная ставка при заключении конкретного договора страхования получается Страховщиком путем умножения базовой тарифной ставки из настоящего Приложения на повышающий или понижающий коэффициент, при этом размер страхового тарифа не может быть больше 99 %.

Конкретные значения повышающих или понижающих коэффициентов определяются Страховщиком исходя из наличия (отсутствия) факторов риска и их влияния на повышение (понижение) вероятности наступления страхового случая.

Полученная тарифная ставка согласовывается со Страхователем и используется для расчета страховой премии.

Приведенные в настоящем Приложении максимальные значения повышающих и понижающих коэффициентов являются пределом для повышения или понижения базовых тарифных ставок.

ПРОГРАММЫ добровольного медицинского страхования

Оказание медицинских услуг Застрахованным гарантируется за счет средств страхового взноса на добровольное медицинское страхование по видам, не включенным в Территориальную программу обязательного медицинского страхования и сверх объемов, предусмотренных Территориальной программой обязательного медицинского страхования.

Добровольное медицинское страхование проводится по следующим программам:

“Амбулаторно-поликлиническая помощь”.

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

В соответствии с выбранной страховой медицинской программой амбулаторно-поликлиническая помощь может предусматривать:

1 Доврачебная помощь:

- акушерское дело;
- лечебная физкультура;
- лечебное дело;
- медицинский патронаж взрослых
- медицинский патронаж детей;
- организация работы процедурного кабинета;
- сестринское дело;
- сестринское дело в педиатрии;
- медицинский массаж;
- ортопедическая физиотерапия;
- функциональная диагностика;
- лабораторная диагностика.

2. Диагностика

- | | |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> лабораторная диагностика: - бактериоскопические исследования; - вирусологические исследования; - биохимические исследования; - гематологические исследования; - иммунологические исследования; - клинико-морфологические (гистологические) исследования; - культуральные исследования; - микробиологические исследования (3-4 групп патогенности); - общеклинические (неинвазивные) методы исследования - паразитологические исследования; - серологические исследования; | <ul style="list-style-type: none"> - токсикологические исследования; - цитологические исследования; - цитохимические исследования; - лазерная доплеровская диагностика (флуометрия); - компьютерная томография; - магнито-резонансная томография; - радиоизотопная; - радионуклидная - рентгенологическая; - ультразвуковая. функциональная диагностика; эндоскопическая диагностика. |
|--|---|

3. Амбулаторно-поликлиническая помощь:

анестезиология;	пульмонология;
аллергология;	ревматология и артрология;
ангиология;	терапия (в т.ч. восстановительная терапия);
андрология;	травмотология и ортопедия;
баротерпия;	урология;
гастроэнтерология;	физиотерапия;
гинекология:	флебология;
- консервативная;	хирургия, в т.ч.:
- оперативная.	- общая;
дерматология;	- детская.
диетология;	эндокринология;
иммунология клиническая;	эндоскопия:
иммунопрофилактика;	- диагностическая;
инфекционные болезни;	- лечебная.
кардиология;	экстракорпоральные виды лечения:
кардиоревматология;	- гемодиализ, за исключением
клиническая лабораторная диагностика;	хронического;
колопроктология;	- диализ перитонеальный, кроме
лечебная физкультура;	хронической почечной и
логопедия;	печеночной недостаточности;
неврология;	- гемосорбция;
нейрохирургия;	- плазмоферез;
нефрология;	- УФО крови;
отоларингология;	- ультрафильтрация;
сурдология;	- гемофильтрация;
фониатрия;	- гемодиафильтрация;
офтальмология (в т.ч. контактная	- экстракорпоральная коррекция
коррекция зрения);	липидного обмена.
общая врачебная практика;	
педиатрия;	
профпатология;	
психотерапия;	

4. Дневной стационар при поликлинике ЛПУ

анестезиология;
врач общей практики;
гинекология (консервативная);
кардиология;
неврология;
педиатрия;
терапия;
терапия подростковая;
хирургия.

5. Консультативная медпомощь (с выездом на дом и по договорам в учреждениях, предприятиях)

6. Традиционная медицина

биорезонансная терапия;	натуротерапия (фитотерапия,
гомеопатия;	гирудотерапия);
иглорефлексотерапия;	рефлексотерапия;
лазеролечение;	
мануальная терапия;	
медицинский массаж;	

**ПРОГРАММА
добровольного медицинского страхования**

«Амбулаторно-поликлиническая помощь – «СТАНДАРТ»

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

В соответствии с выбранной страховой медицинской программой амбулаторно-поликлиническая помощь может предусматривать:

1. Доврачебная помощь

лечебное дело;
медицинский патронаж взрослых
сестринское дело;
медицинский массаж;

физиотерапия;
функциональная диагностика;
лабораторная диагностика

2. Диагностика

лабораторная диагностика:
- бактериоскопические исследования;
- вирусологические исследования;
- биохимические исследования;
- гематологические исследования;
- иммунологические исследования;
- клиничко-морфологические (гистологические) исследования;
- культуральные исследования;
- микробиологические исследования (3-4 групп патогенности);
- общеклинические (неинвазивные) методы исследования;
- паразитологические исследования;
- серологические исследования;
- токсикологические исследования;

- цитологические исследования;
- цитохимические исследования;
- лазерная доплеровская диагностика (флуометрия);
- компьютерная томография;
- магнито-резонансная томография;
- радиоизотопная;
- радионуклидная
- рентгенологическая;
- ультразвуковая.
-функциональная диагностика;
-эндоскопическая диагностика.

3. Амбулаторно-поликлиническая помощь

анестезиология;
аллергология;
ангиология;
андрология;
гастроэнтерология;
гинекология:
- консервативная;
- оперативная.
дерматология;
диетология;
иммунология клиническая;
инфекционные болезни;
кардиология;
кардиоревматология;
колопроктология;
лечебная физкультура;
логопедия;
неврология;
нейрохирургия;
психотерапия;

пульмонология;
ревматология и артрология;
терапия (в т.ч. восстановительная терапия);
травматология и ортопедия;
урология;
физиотерапия;
флебология;
хирургия, в т.ч.:
- общая;
эндокринология;
эндоскопия:
- диагностическая;
- лечебная.
нефрология;
отоларингология;
сурдология;
фониатрия;
офтальмология (в т.ч. контактная коррекция зрения);
общая врачебная практика;

4. Дневной стационар при поликлинике ЛПУ

анестезиология;
врач общей практики;
гинекология (консервативная);
кардиология;

неврология;

терапия;

хирургия

5. Консультативная медпомощь (с выездом на дом и по договорам в учреждениях, предприятиях)

6. Традиционная медицина

биорезонансная терапия;

гомеопатия;

иглорефлексотерапия;

лазеролечение;

мануальная терапия;

медицинский массаж;

натуротерапия (фитотерапия, гирудотерапия);

рефлексотерапия.

Применение методов физиотерапевтического лечения и традиционной медицины по письменному направлению Страховщика:

- кратность не более 2х раз в течение действия договора;
- курс лечения не более 10 сеансов;
- не более 1ой физиотерапевтической процедуры в течение курса лечения.

ПРОГРАММА

добровольного медицинского страхования

“Амбулаторно-поликлиническая помощь - ЭКОНОМ” ООО СМО «Чулпан-Мед».

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

В соответствии с выбранной страховой медицинской программой амбулаторно-поликлиническая помощь может предусматривать:

1. Доврачебная помощь

лечебное дело;

медицинский патронаж взрослых

сестринское дело;

функциональная диагностика;

лабораторная диагностика.

- рентгенологическая;

- ультразвуковая.

-функциональная диагностика (ЭКГ);

-эндоскопическая диагностика

2. Диагностика

лабораторная диагностика:

- бактериоскопические исследования;

- биохимические исследования;

- гематологические исследование;

- культуральные исследования;

- микробиологические исследования (3-4 групп патогенности);

- общеклинические (неинвазивные) методы исследования;

пульмонология;

ревматология и артрология;

терапия (в т.ч. восстановительная терапия);

урология

физиотерапия

эндокринология;

онкология (диагностика)

3. Амбулаторно-поликлиническая помощь

гастроэнтерология;

гинекология;

кардиология;

кардиоревматология;

неврология;

нефрология;

отоларингология;

офтальмология (в т.ч. контактная коррекция)

зрения);
общая врачебная практика;

Применение методов физиотерапевтического лечения и традиционной медицины:

- кратность не более 1го раза в течение действия договора;
- курс лечения не более 5 сеансов;
- не более 1ой физиотерапевтической процедуры в течение курса лечения

ПРОГРАММА добровольного медицинского страхования “Стационарная помощь”.

Страховщик гарантирует предоставление и оплату в пределах страховой суммы высококвалифицированного обследования и лечения в стационарах, указанных в договоре страхования по письменному направлению от Страховщика.

Программа стационарная помощь включает следующие виды медицинских услуг:

1 Доврачебная помощь:

лабораторная диагностика;
лечебное дело;
организация работы процедурного кабинета;
сестринское дело;
медицинский массаж;
функциональная диагностика;

2. Диагностика

лабораторная диагностика:	- серологические исследования;
- бактериоскопические исследования;	- токсикологические исследования;
- вирусологические исследования;	- цитологические исследование;
- биохимические исследования;	- цитохимические исследования;
- гематологические исследование;	- лазерная доплеровская диагностика (флуометрия);
- иммунологические исследования;	- компьютерная томография;
- клинико-морфологические (гистологические) исследования;	- магнито-резонансная томография;
- культуральные исследования;	- радиоизотопная;
- микробиологические исследования (3-4 групп патогенности);	- радионуклидная
- общеклинические (неинвазивные) методы исследования;	- рентгенологическая;
- паразитологические исследования;	- ультразвуковая.
	функциональная диагностика;
	эндоскопическая диагностика.

3. Стационарная медицинская помощь:

ангиология;	пульмонология;
андрология;	ревматология;
анестезиология и реаниматология;	сердечно-сосудистая хирургия;
артрология;	терапия;
баротерапия;	травматология и ортопедия;
гастроэнтерология;	урология;
гематология;	физиотерапия;
гинекология:	флебология;
- оперативная;	хирургия, в т.ч.:
- консервативная.	- ангиохирургия;
дерматология;	- гнойная;
диабетология;	- кардиохирургия;
кардиология;	
кардиореаниматология;	

кардиоревматология;
кардиологическое отделение острого
инфаркта-миокарда;
клиническая трансфузиология;
клиническая фармакология;
косметология:
- терапевтическая;
- хирургическая.
лечебная физкультура;
литотрипсия;
неврология;
нефрология;
отоларингология, в т.ч.:
- сурдология;
- фониатрия.
офтальмология;
педиатрия;
психометрия;
профпатология;

Дневной стационар

баротерапия;
гастроэнтерология;
гематология;
гинекология;
диабетология;
кардиология;
клиническая трансфузиология;
клиническая фармакология;
лечебная физкультура и спортивная
медицина;

- нейрохирургия;
- общая;
- торакальная хирургия;
- челюстно-лицевая хирургия;
- эндоскопическая хирургия.
эндоскопия:
- диагностическая;
- лечебная.
эндокринология;
клиническая трансфузиология, в т.ч.
экстракорпоральные виды лечения:
- гемодиализ, за исключением
хронического;
- диализ перитонеальный;
- гемосорбция;
- плазмозферез;
- УФО крови;
- ультрафильтрация;
- гемофильтрация;
- гемодиофильтрация;
- экстракорпоральная коррекция липидного
обмена;

неврология;
нефрология;
отоларингология;
офтальмология;
пульмонология;
терапия;
урология;
физиотерапия;
хирургия;
эндокринология.

4. Традиционная медицина

рефлексотерапия;
гирудотерапия;
медицинский массаж;
мануальная терапия;
лазеролечение;
иглорефлексотерапия;
натуротерапия (фитотерапия,
гирудотерапия);
гомеопатия;
биорезонансная терапия.

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 не должны превышать стандарты оказания медицинской помощи.

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.

Страховщик не оплачивает лечение психических, онкологических, венерических заболеваний, туберкулеза, ВИЧ-инфекции и ее осложнений, системных болезней соединительной ткани, хронической почечной недостаточности, заболеваний, связанных с последствиями радиоактивного облучения, в случае патологии прерывания беременности в сроки до 30 недель с угрозой жизни

- | | |
|--|---|
| <p>отоларингология, в т.ч.:</p> <p>- сурдология;</p> <p>4. Дневной стационар</p> <p>баротерапия;</p> <p>гастроэнтерология;</p> <p>гематология;</p>
<p>гинекология;</p> <p>диабетология;</p> <p>кардиология;</p> <p>клиническая трансфузиология;</p> <p>клиническая фармакология;</p> <p>лечебная физкультура и спортивная медицина;</p> <p>5. Традиционная медицина</p> <p>рефлексотерапия;</p> <p>гирудотерапия;</p> <p>медицинский массаж;</p> <p>мануальная терапия;</p> <p>лазеролечение;</p> | <p>- фониатрия.</p> <p>офтальмология;</p>
<p>неврология;</p> <p>нефрология;</p> <p>отоларингология;</p>
<p>офтальмология;</p> <p>пульмонология;</p> <p>терапия;</p> <p>урология;</p> <p>физиотерапия;</p> <p>хирургия;</p> <p>эндокринология.</p>
<p>иглорефлексотерапия;</p> <p>натуротерапия (фитотерапия, гирудотерапия);</p> <p>гомеопатия;</p> <p>биорезонансная терапия.</p> |
|--|---|

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 не должны превышать стандарты оказания медицинской помощи.

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.

Страховщик оплачивает кардиохирургические и кардиоревматологические операции, нейрохирургические операции, сложные реконструктивные операции (наложение анастомозов, шунтов, установка протезов) при наличии письменного разрешения от работодателя.

Страховщик не оплачивает лечение психических, онкологических, венерических заболеваний, туберкулеза, ВИЧ-инфекции и ее осложнений, системных болезней соединительной ткани, хронической почечной недостаточности, заболеваний, связанных с последствиями радиоактивного облучения, в случае патологии прерывания беременности в сроки до 30 недель с угрозой жизни матери или ребенка, а также лечение обострившихся в результате беременности хронических заболеваний; врожденных аномалий; наркологическую помощь, косметологическое и стоматологическое лечение.

ПРОГРАММА

добровольного медицинского страхования «Стационарная помощь – «ЭКОНОМ»

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

Программа стационарная помощь включает следующие виды медицинских услуг:

1. **Доврачебная помощь**

лабораторная диагностика;	операционное дело;
лечебное дело;	сестринское дело;
организация работы процедурного кабинета;	медицинский массаж;
	функциональная диагностика;
2. **Диагностика**

лабораторная диагностика:

- бактериоскопические исследования;	- серологические исследования;
- вирусологические исследования;	- токсикологические исследования;
- биохимические исследования;	- цитологические исследования;
- гематологические исследования;	- цитохимические исследования;
- иммунологические исследования;	- рентгенологическая;

- клинико-морфологические (гистологические) исследования;
- культуральные исследования;
- микробиологические исследования (3-4 групп патогенности);
- общеклинические (неинвазивные) методы исследования;
- паразитологические исследования;
- ультразвуковая.
- функциональная диагностика;
- эндоскопическая диагностика.

3. Стационарная медицинская помощь

- ангиология;
- андрология;
- анестезиология и реаниматология;
- артрология;
- гастроэнтерология;
- гематология;
- гинекология:
- оперативная;
- консервативная.
- дерматология;
- диабетология;
- кардиология;
- кардиоревматология;
- кардиологическое отделение острого инфаркта-миокарда;
- клиническая трансфузиология;
- клиническая фармакология;
- лечебная физкультура;
- неврология;
- нефрология;
- отоларингология, в т.ч.:
- сурдология;
- фониатрия.
- офтальмология;
- пульмонология;
- ревматология;
- сердечно-сосудистая хирургия;
- терапия;
- травматология и ортопедия;
- урология;
- физиотерапия;
- флебология;
- хирургия, в т.ч.:
- ангиохирургия;
- гнойная;
- нейрохирургия;
- общая;
- торакальная хирургия;
- челюстно-лицевая хирургия;
- эндоскопическая хирургия.
- эндоскопия:
- диагностическая;
- лечебная.
- эндокринология;

4. Дневной стационар

- гастроэнтерология;
- гематология;
- гинекология;
- диабетология;
- кардиология;
- клиническая трансфузиология;
- клиническая фармакология;
- лечебная физкультура
- неврология;
- нефрология;
- отоларингология;
- офтальмология;
- пульмонология;
- терапия;
- урология;
- физиотерапия;
- хирургия;
- эндокринология

5. Традиционная медицина

- рефлексотерапия;
- гирудотерапия;
- медицинский массаж;
- мануальная терапия;
- лазеролечение;
- иглорефлексотерапия;
- натуротерапия (фитотерапия, гирудотерапия);
- гомеопатия;
- биорезонансная терапия.

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 не должны превышать стандарты оказания медицинской помощи.

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.

Страховщик не оплачивает кардиохирургические и кардиоревматологические операции, нейрохирургические операции, сложные реконструктивные операции (наложение анастомозов, шунтов, установка протезов)

Страховщик не оплачивает лечение психических, онкологических, венерических заболеваний, туберкулеза, ВИЧ-инфекции и ее осложнений, системных болезней соединительной ткани, хронической почечной недостаточности, заболеваний, связанных с последствиями радиоактивного облучения, в случае патологии прерывания беременности в сроки до 30 недель с угрозой жизни матери или ребенка, а также лечение обострившихся в результате беременности хронических заболеваний; врожденных аномалий; наркологическую помощь, косметологическое и стоматологическое лечение.

**ПРОГРАММА
добровольного медицинского страхования**

“Стоматология”.

Страховщик гарантирует Застрахованному предоставление и оплату терапевтической и хирургической стоматологической помощи.

Перечень медицинских услуг

- диагностические стоматологические мероприятия (рентгенологическое обследование, реография и др.) по показаниям врачей – стоматологов;
- консультативные услуги врачей – стоматологов;
- лечебные терапевтические мероприятия и процедуры, проводимые по медицинским показаниям (лечение кариеса, пульпита, периодонтита, стоматита, пломбирование, снятие зубных отложений и др.);
- лечебные хирургические мероприятия, проводимые по медицинским показаниям (обезболивание при удалении зуба, удаление зуба, цистэктомия, остановка кровотечения и др.);
- дополнительные лечебные мероприятия, проводимые по медицинским показаниям, в том числе ортопедическая стоматология.

**ПРОГРАММА
добровольного медицинского страхования**

«Стоматология – «ЛАЙТ».

- **Диагностические стоматологические мероприятия** (рентгенологическое обследование, реография) по показаниям врачей – стоматологов;
- **консультативные услуги** терапевта– стоматолога, хирурга-стоматолога;
- **лечебные терапевтические мероприятия и процедуры, проводимые по медицинским показаниям** (анестезия местная (инфильтрационная, аппликационная, проводниковая); пломбирование зубов материалами химического отверждения – не более 2-х зубов за срок страхования; снятие пломбы в лечебных целях;
- **лечебные хирургические мероприятия**, проводимые по медицинским показаниям (обезболивание при удалении зуба, удаление зуба (не более 1-го зуба за срок страхования), остановка кровотечения;
- **дополнительные лечебные мероприятия**, проводимые по медицинским показаниям - восстановление коронки зуба при его разрушении не более 50% (без использования штифтов) – не более 1го зуба за срок страхования.

**ПРОГРАММА
добровольного медицинского страхования**

“Скорая (неотложная) медицинская помощь”.

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

Скорая (неотложная) медицинская помощь предусматривает оказание скорой (неотложной) медицинской помощи при возникновении у Застрахованного угрожающих жизни состояний, вызванных острыми заболеваниями, обострениями хронических заболеваний, травмами, отравлениями и другими несчастными случаями.

При наступлении страхового случая Застрахованный обращается по телефону в диспетчерскую службу Страховщика или медицинской организации, с которой у Страховщика заключен договор на обслуживание скорой (неотложной) медицинской помощью.

При прибытии бригады скорой (неотложной) помощи Застрахованный должен предъявить страховой полис и паспорт или иное удостоверение личности. Передача страхового полиса другому лицу запрещается, а оказанные этому лицу медицинские услуги не будут оплачиваться.

Перечень медицинских услуг:

- выезд бригады скорой (неотложной) помощи и осмотр врача;
- проведение необходимой экспресс-диагностики;
- экстренные лечебные манипуляции;
- медицинская транспортировка в стационар в случае необходимости.

ПРОГРАММА добровольного медицинского страхования

“Семейный врач”.

Программа предусматривает оказание и оплату терапевтической амбулаторной помощи Застрахованным (членам одной семьи и указанным в договоре страхования) закрепленным за семьей врачом-терапевтом в амбулаторно-поликлинических условиях и на дому.

Перечень медицинских услуг:

- наблюдение и лечение семейным врачом в период острых и обострения хронических заболеваний в амбулаторно-поликлинических условиях;
- лабораторные и инструментальные методы диагностики и лечения по назначению семейного врача;
- лечебно-диагностическая помощь семейного врача на дому у пациента с привлечением при необходимости консультантов - хирурга, невропатолога, кардиолога, гинеколога;
- лечебные манипуляции и физиотерапевтические процедуры: массаж, водо-, электро- и теплотечение, магнито- и лазеротерапия по назначению семейного врача;
- лечебно-консультативная и диагностическая помощь врачей специалистов (кардиолога, ревматолога, гастроэнтеролога, эндокринолога, невролога, травматолога, хирурга, уролога, проктолога, гинеколога, отоларинголога, офтальмолога, дерматолога, аллерголога, иммунолога, ортопеда, физиотерапевта) в медицинских организациях, предусмотренных договором страхования;
- ведение амбулаторной карты, выдача медицинской документации (больничные листы, справки, выписки из истории болезни);
- госпитализация по медицинским показаниям по направлению семейного врача с подготовкой всех документов для плановой госпитализации. Патронаж семейного врача во время пребывания в стационаре.

ПРОГРАММА добровольного медицинского страхования

“Дородовое наблюдение за беременными и родовспоможение”.

Страховщик гарантирует предоставление и оплату медицинских услуг при обращении за медицинской помощью в период беременности и родов в медицинские организации (в том числе специализированных центрах), указанные в договоре страхования.

Ведение беременности предусматривает:

- наблюдение закрепленного врача-гинеколога;
- консультативные приемы врачей-специалистов;
- необходимые лабораторно-диагностические, инструментальные, рентгенологические и ультразвуковые исследования;
- подготовку к предстоящим родам, включая занятия по психопрофилактике болевого синдрома в родах и ЛФК.

Родовспоможение включает:

- заблаговременную госпитализацию в родильный дом по показаниям;
- родоразрешение через естественные родовые пути (по медицинским показаниям – оперативное родоразрешение - кесарево сечение);
- послеродовое пребывания матери и новорожденного в стационаре: в случае неосложненных родов и послеродового периода от трех до восьми дней, в случае осложненных родов - до полного выздоровления, возможно совместное пребывание матери и ребенка;
- обследование новорожденного в детском отделении, уход и лечение под наблюдением неонатолога, выполнение плановых прививок;
- перевод беременной или родильницы в специализированные отделения клинических больниц в случае возникновения заболеваний, требующих специализированной помощи.

**ПРОГРАММА
добровольного медицинского страхования**

«Комплексная медицинская помощь»

- «Амбулаторно-поликлиническая помощь»;
- «Стационарная помощь».

**ПРОГРАММА
добровольного медицинского страхования**

«Комплексная медицинская помощь - «ПЛЮС».

Комплексная медицинская помощь - включает услуги, определенные в программах:

- «Амбулаторно-поликлиническая помощь»;
- «Стационарная помощь»;
- «Реабилитационно-восстановительное лечение»;
- «Стоматология».

**ПРОГРАММА
добровольного медицинского страхования**

«Комплексная медицинская помощь – «СТАНДАРТ»

Комплексная медицинская помощь - включает услуги, определенные в программах:

- «Амбулаторно-поликлиническая помощь «СТАНДАРТ»;
- «Стационарная помощь «СТАНДАРТ»;
- «Реабилитационно-восстановительное лечение»;
- «Стоматология «ЛАЙТ».

**ПРОГРАММА
добровольного медицинского страхования**

«Комплексная медицинская помощь – «ЭКОНОМ»

- «Амбулаторно-поликлиническая помощь «ЭКОНОМ»;

- «Стационарная помощь «ЭКОНОМ»;
- «Стоматология «ЛАЙТ».

ПРОГРАММА
добровольного медицинского страхования
“Реабилитационно-восстановительное лечение ”

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

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

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

Перечень медицинских услуг:

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

ПРОГРАММА
добровольного медицинского страхования

«Антиклещ»

Программа «Антиклещ» разработана в целях обеспечения Застрахованных высококвалифицированной медицинской помощью, направленной на профилактику и лечение клещевого энцефалита, на лечение других заболеваний, передающихся иксодовым клещом: системного боррелиоза (болезни Лайма), микст-инфекций, клещевого эрлихиоза, на профилактическую иммунопрофилактику.

Программа предусматривает следующие виды услуг:

- Осмотр врача с отметкой об отсутствии противопоказаний к применению вакцины, при строгом соблюдении Инструкции, прилагаемой к препарату, и санитарно-противоэпидемиологического режима;
- Введение вакцины с отметкой о введении вакцины с указанием даты, серии и дозы препарата;
- Амбулаторно-поликлиническую помощь в случае укуса клеща:
 - приемы врачей-специалистов (включая манипуляции по удалению клеща);
 - диагностические лабораторные и инструментальные исследования (исследования крови на клещевой энцефалит, системный боррелиоз, клещевой эрлихиоз; исследование клеща на клещевой энцефалит);
 - проведение профилактических мероприятий, в том числе введение иммуноглобулина в целях предотвращения клещевого энцефалита.
- Стационарную помощь по экстренным показаниям: при заболеваниях клещевым энцефалитом, клещевым системным боррелиозом, микст-инфекцией, клещевым эрлихиозом, возникших в результате укуса клеща или контакта с клещом.

В дополнение к ст. 14 Правил, не является страховым случаем по программе «Антиклещ» и не оплачивается Страховщиком:

- осложнения в месте присасывания клеща, в случае удаления его вне медицинских организаций;
- местные и общие осложнения после иммунизации (эти осложнения являются индивидуальной реакцией организма на иммуноглобулин и требуют неотложной медицинской помощи за счет средств ОМС);
- обращение Застрахованного за иммунизацией или стационарным лечением позднее 72 часов с момента присасывания клеща;
- обращение Застрахованного за стационарной помощью при отсутствии или несвоевременно проведенной иммунизации;
- Заболевание лиц, не прошедших курс вакцинации или добровольно отказавшихся от введения необходимой дозы вакцины;
- Заболевание клещевым энцефалитом, наступившее ранее 15 суток после второй вакцинации;

ПРОГРАММА добровольного медицинского страхования

«Антигрипп»

Программа «Антигрипп» предусматривает обращение Застрахованного в период действия Договора в медицинские организации из числа предусмотренных Договором за медицинской помощью, направленной на предупреждение заболеваний гриппом среди взрослых и детей, а также для прохождения курса стационарного лечения осложнений гриппа у Застрахованного, прошедшего вакцинацию в период действия Договора.

Перечень услуг предоставляемых Застрахованному лицу по варианту «Антигрипп», в лечебно-профилактических учреждениях, указанных в договоре:

Без госпитализации:

- осмотр врача с отметкой об отсутствии противопоказаний к применению вакцины, при строгом соблюдении Инструкции, прилагаемой к препарату, и санитарно-противоэпидемиологического режима;
- введение вакцины с отметкой о введении вакцины с указанием даты, серии и дозы препарата;
- осмотр и консультация врача при появлении у Застрахованного лица местных и общих реакций в течение двух суток после инъекции;
- выезд медицинской бригады для проведения вакцинации к Застрахованным, при условии, что застрахованных более 10 человек.

С госпитализацией:

- консультативный осмотр врача-инфекциониста, терапевта;
- госпитализация Застрахованного, прошедшего вакцинацию в стационар при осложнениях

гриппа в период действия Договора страхования;

- лечение в специализированных отделениях медицинских организаций в пределах оставшейся от иммунопрофилактики страховой суммы;
- расходы по медикаментозному обеспечению больного сверх утвержденных региональных формуляров лекарственных средств, в пределах страховой суммы предусмотренной договором страхования.

В дополнение к ст. 14 Правил, не является страховым случаем по варианту «Антигрипп» и не оплачивается Страховщиком:

- Заболевание лиц не прошедших курс вакцинации или добровольно отказавшихся от введения необходимой дозы вакцины;
- Заболевание гриппом, наступившее до вступления в силу Договора страхования;
- Заболевание гриппом не требующее госпитализации в стационар.

ПРОГРАММА
добровольного медицинского страхования

«ОМС+ «Сердце под контролем»»

Застрахованные лица: в рамках данной программы страхования могут быть застрахованные граждане Российской Федерации и иностранные граждане в возрасте от 18 до 90 лет, застрахованные по обязательному медицинскому страхованию в соответствии с законодательством Российской Федерации.

Страховой случай: Страховым случаем является обращение Застрахованного лица в медицинские организации, указанные в договоре добровольного медицинского страхования, за получением медицинских и иных услуг, в пределах объема, предусмотренного настоящей программой страхования, при расстройствах здоровья застрахованного лица, относящихся к следующему классу (блоку) заболеваний:

<u>Класс и блок по МКБ</u>	<u>Наименование класса и блока</u>
Класс-IX Блок I.20 – I.25	Болезни системы кровообращения Ишемическая болезнь сердца

повлекшее за собой возникновение обязательств Страховщика произвести оплату оказанных медицинских и иных услуг, предусмотренных настоящей программой страхования, и организации их оказания в пределах страховой суммы.

Объем предоставляемых медицинских и иных услуг:

- Получение, расшифровка, описание и интерпритация медицинскими работниками кардиологического профиля электрокардиограммы, снятой при помощи портативного электрокардиографа (далее - ЭКГ – ПК).
- Информирование медицинскими работниками медицинской организации, где была произведена первичная операция (стентирование, АКШ) застрахованного лица о результатах ЭКГ-ПК и действиях, которые ему необходимо совершить.
- Организация госпитализации в стационар кардиологического профиля, где была произведена первичная операция (стентирование, АКШ), вне зависимости от дежурства больницы в этот день недели, в случае, если по результатам ЭКГ-ПК застрахованное лицо нуждается в госпитализации.
- Организация консультации врача кардиолога в медицинской организации, где была произведена первичная операция (стентирование, АКШ), в случае, если по результатам ЭКГ-ПК застрахованное лицо нуждается в такой консультации.

Ограничения страхового покрытия:

- Не более одной технически читаемой ЭКГ – ПК в день от одного застрахованного лица;
- Оказание медицинских и иных услуг по настоящей программе производится в режиме работы отделения функциональной диагностики медицинской организации.

Исключения из страхового покрытия: В рамках настоящей программы страхования Страховщик не рассматривает в качестве страхового случая и не компенсирует затраты на следующие медицинские услуги:

- Любые назначения, которые не были рекомендованы медицинскими работниками как необходимая и разумная мера, либо предписанные медицинскими работниками организаций, не включенных в договор ДМС;
- По поводу получения травматического повреждения или иного расстройства здоровья, наступившего в связи с совершением Застрахованным лицом действий, в которых судом или следственными органами установлены признаки умышленного преступления;
- В связи с умышленным причинением себе телесных повреждений, в том числе суицидальных попыток;
- В связи с расстройством здоровья, произошедшим в состоянии алкогольного, наркотического или иных форм опьянения.

Тарифы по программе «ОМС+ «Сердце под контролем»»

№ п/п	Срок страхования	Тариф
1	1 месяц	3,58
2	2 месяца	7,17
3	3 месяца	10,75
4	4 месяца	14,33
5	5 месяцев	17,92
6	6 месяцев	21,50
7	7 месяцев	25,08
8	8 месяцев	28,67
9	9 месяцев	32,25
10	10 месяцев	35,83
11	11 месяцев	39,42
12	12 месяцев	43,00

Дополнительные программы добровольного медицинского страхования

“Лекарственное обеспечение”.

Программа “*Лекарственное обеспечение*” заключается в дополнение к программам:

- «*Амбулаторно-поликлиническая помощь*»
- «*Стационарная помощь*»
- «*Комплексная медицинская помощь*».

Программа аптечного обслуживания предусматривает предоставление застрахованным лекарственных препаратов, необходимых для проведения амбулаторно-поликлинического и стационарного лечения, по следующим классам болезней:

Инфекционные и паразитарные болезни
 Железодефицитная анемия
 Болезни нервной системы
 Болезни глаза и его придаточного аппарата
 Болезни уха и сосцевидного отростка
 Болезни кровообращения
 Болезни органов дыхания
 Болезни органов пищеварения
 Болезни кожи и подкожной клетчатки
 Болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани
 Болезни мочеполовой системы
 Травмы, отравления и другие последствия воздействия внешних причин

Основанием для получения лекарственных средств является:

- ❖ **рецепт врача** в котором указаны : номер полиса, номер амбулаторной карты (при наличии), номер медицинской карты стационарного больного, диагноз по коду МКБ-10, дата выписки рецепта, срок действия рецепта, подпись и личная печать лечащего врача, штамп медицинской организации;
- ❖ **полис ДМС** в период их действия;
- ❖ **направление** от ООО СМО «Чулпан-Мед» в период их действия;
- ❖ **документ**, удостоверяющий личность.

В случае отсутствия необходимого препарата в аптеке, указанной в договоре страхования, Застрахованному предложат синонимический лекарственный препарат¹ без оформления нового рецепта, если его стоимость не превышает стоимости выписанного лекарства или закажут выписанное лекарство.

Исключения:

Застрахованный не имеет права на получение лекарственных средств по настоящей программе:

- при использовании страховой суммы;
- после окончания срока действия полиса Застрахованного, либо до начала действия полиса Застрахованного;
- при выписке рецепта не в период срока действия полиса ДМС;
- при обращении в любые аптечные учреждения, кроме аптек, перечисленных в Приложении к настоящей программе;
- при предъявлении рецепта, выписанного в ЛПУ, не указанного в Программе ДМС Застрахованного;
- при предъявлении рецепта, оформленного ненадлежащим образом.

В рамках данной программы ООО СМО «Чулпан-Мед» не оплачивает следующие лекарственные средства:

¹ Синонимическими лекарственными препаратами считаются средства, имеющие одинаковое международное непатентованное наименование. Например, если выписан препарат «Парацетамол», при его отсутствии может быть предложен «Панадол».

- не разрешенные к применению в РФ в установленном действующим законодательством порядке;
- отсутствующие в готовой рецептурной форме;
- биологически активные добавки (БАД);

- гомеопатические препараты;
- питательные смеси и препараты для лечебного питания;
- косметику, в т.ч. лечебную;
- для лечения ВИЧ-инфекции, СПИДа;
- для лечения психических расстройств и расстройств поведения, алкоголизма, наркомании, токсикомании;
- для лечения злокачественных новообразований, гемобластозов;
- для лечения туберкулеза;
- для лечения хронических гепатитов С, Е, F, G;
- для лечения системных поражений соединительной ткани, в т.ч. всех недифференцированных коллагенозов;
- для лечения наследственных заболеваний; врожденных аномалий, пороков развития; детского церебрального паралича;
- заболевания передающиеся половым путем;
- для лечения заболеваний, сопровождающихся хронической почечной или печеночной недостаточностью и требующих проведения хронического гемодиализа;
- для лечения бесплодия и импотенции, а также гормональные препараты, используемые в контрацептивных целях;
- для проведения иммунопрофилактики и иммунотерапии²;
- назначенные при беременности²;
- для прерывания беременности;
- для профилактики заболеваний²
- изделия медицинского назначения, в т.ч. средства личной гигиены, перевязочные материалы, медицинское оборудование, очки, контактные линзы, слуховые аппараты, имплантаты и др.

² Кроме случаев, когда данная услуга предусмотрена соответствующей программой добровольного медицинского страхования, имеющейся у Застрахованного.

**Образец. В форму бланка могут быть внесены
изменения не противоречащие Правилам****ЗАЯВЛЕНИЕ****о добровольном медицинском страховании****(при заключении договора страхования с юридическим лицом и индивидуальным предпринимателем)**

Страхователь

Наименование	
Руководитель	
Адрес местонахождения	
Тел., факс, E-mail	

просит заключить договор добровольного медицинского страхования работников,
_____ на условиях,
предусмотренных Правилами добровольного медицинского страхования ООО СМО «Чулпан-Мед»
от _____ г. в редакции от _____ г. сроком на _____ год.

Количество Застрахованных: _____ человек.

Дополнительные условия:

Место заключения договора страхования: _____

Правила добровольного медицинского страхования ООО СМО «Чулпан-Мед» от _____
г. в редакции от _____ Страхователю вручены, с изложенными в них условиями
Страхователь согласен.

Подписывая настоящее заявление Страхователь и Застрахованный в соответствии с Федеральным законом от 27.07.2006 №152-ФЗ «О персональных данных», своей волей и в своем интересе дают согласие ООО СМО «Чулпан-Мед» (Страховщику), на обработку персональных данных. Согласие предоставляется на осуществление любых действий в отношении персональных данных, которые необходимы или желаемы для заключения договора страхования, исполнения обязательств сторон по договору, включая: сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, распространение (в том числе передачу третьим лицам), обезличивание, блокирование, уничтожение персональных данных, полученных от Страхователя, Застрахованного и/или от любых третьих лиц. Обработка ПД осуществляется Страховщиком с использованием средств автоматизации или без использования таких средств. Согласие вступает в силу со дня подачи письменного заявления-анкеты о добровольном медицинском страховании и действует в течение действия договора, если иное не предусмотрено действующим законодательством, и может быть отозвано в любой момент времени путем передачи Страховщику подписанного письменного заявления (отзыва).

Подписывая настоящее заявление Застрахованный дает свое согласие и полномочия врачам-экспертам на получение всей информации о состоянии своего здоровья от любого врача или медицинской организации, где он когда-либо проходил лечение, а также от любой страховой компании, где он когда-либо заключал договор страхования.

Страхователь: _____

(подпись)

«_____» _____

**Образец. В форму бланка могут быть внесены
изменения, не противоречащие Законодательству Российской
Федерации в сфере противодействия легализации (отмыванию) доходов,
полученным преступным путем, и финансированию терроризма.****Анкета юридического лица**

(Все поля Анкеты обязательны для заполнения сведений, при отсутствии информации поставляется прочерк)

 клиента, выгодоприобретателя)**I. Раздел. Общие данные**

Полное наименование	
Сокращенное наименование (если имеется)	
Наименование на иностранном языке (если имеется)	
Резидент РФ/ Нерезидент РФ	
Организационно-правовая форма	
ИНН (для резидента) / КИО (для нерезидента)	
Сведения о государственной регистрации (для резидента указывается сведения об основном государственном регистрационном номере (ОГРН), для нерезидента – государственный регистрационный номер)	ОГРН Дата присвоения ОГРН..... Место и орган государственной регистрации.....
Адрес (местонахождения)	
Почтовый адрес (если отличается от адреса местонахождения)	
Адрес электронной почты/сайт	
Номера контактных телефонов и факсов	
Основные виды деятельности в соответствии с учредительными документами	ОКВЭД.....
Финансовое положение организации	<input type="checkbox"/> - устойчивое <input type="checkbox"/> - неустойчивое <input type="checkbox"/> - кризисное Дата последнего представления официальной отчетности в налоговый орган: Выручка за отчетный период: Прибыль (Убыток):
Деловая репутация организации	<input type="checkbox"/> - положительная <input type="checkbox"/> - наличие негативной информации <input type="checkbox"/> - отсутствует
Информация о целях установления и предполагаемом характере деловых отношений с ООО СМО «Чулпан-Мед	<input type="checkbox"/> - Страхование Наличие действующих отношений с Организацией <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет

II. Раздел. Выгодоприобретатели (лицо, к выгоде которого действует клиент, в частности на основании агентского договора, договоров поручения, комиссии и доверительного управления, при проведении банковских операций и иных сделок)

ОТСУДСТВУЮТ
 Да (При наличии отметки в данной графе необходимо заполнить аналогичную Анкету ЮЛ на каждого выгодоприобретателя- ЮЛ. В случае, если выгодоприобретателем является физическое лицо либо ИП, то заполняется соответствующая анкета на каждого выгодоприобретателя.*)

III. Раздел. Органы юридического лица

Органы управления организации (в соответствии с учредительными документами)	<input type="checkbox"/> Общее собрание	<input type="checkbox"/> Совет директоров
	<input type="checkbox"/> Руководитель	<input type="checkbox"/> правление (дирекция)
Иные лица, имеющие право действовать от имени организации без доверенности (указать должность)		

Персональный состав коллегиального органа управления организации (Совет директоров, правления, дирекция).	ФИО		Должность	
Единоличный исполнительный орган (директор, генеральный директор, президент, председатель и т.д.) ⁴	<input type="checkbox"/> физическое лицо		<input type="checkbox"/> юридическое лицо	
	ФИО	Должность	Юридическое лицо (наименование)	ИНН/КИО

IV. Раздел. Сведения о бенефициарных владельцах физических лицах, которые в конечном счете прямо или косвенно (через третьих лиц) владеют (имеют преобладающее участие более 25 процентов в капитале) Вашей организацией либо имеют возможность контролировать действия Вашей организации

- ИНЫЕ ЛИЦА (необходимо заполнить Приложение «Сведения о бенефициарном владельце» на каждого бенефициарного владельца отдельно)
 ЕДИНОЛИЧНЫЙ ИСПОЛНИТЕЛЬНЫЙ ОРГАН (необходимо заполнить Приложение «Сведения о бенефициарном владельце»)
 НЕ РАСПОЛАГАЕМ СВЕДЕНИЯМИ О БЕНЕФИЦИАРНОМ ВЛАДЕЛЬЦЕ⁵

V. Раздел. Сведения о присутствии или отсутствии по своему местонахождению юридического лица, его постоянно действующего органа управления, иного органа или лица, которые имеют право действовать от имени юридического лица без доверенности.

Настоящим подтверждаем, что присутствует Постоянно действующий орган управления:

Наименование (должность) _____

По фактическому адресу местонахождения _____

Иной орган или лица, которые имеют право действовать от имени юридического лица без доверенности:

Наименование/Ф.И.О. _____

По фактическому адресу местонахождения _____

⁴ В случае если единоличным исполнительным органом является Управляющая организация (компания), в графах «ФИО» и «Должность» необходимо указать руководителя Управляющей компании.

⁵ В отсутствие информации о бенефициарном владельце последним признается единоличный исполнительный орган
Просим Вас с пониманием и уважением отнестись к запрашиваемой информации. Данный запрос необходима для соблюдения положения Федерального закона от 07.08.2001г. №115-ФЗ «О противодействии легализации (отмыванию) доходов, полученных преступным путем, и финансированию терроризма», а также для защиты нашей и Вашей репутации.

Руководитель организации/
Уполномоченное лицо

_____ /
(подпись)

_____ /
(Ф.И.О.)

М.П.

«__» _____ 20__ г.

**Приложение №1 к анкете юридического лица
Образец.**

Анкета бенефициарного владельца клиента¹

Заполняется в случаях, предусмотренных Федеральным законом от 07.08.2001г. №115-ФЗ «О противодействии легализации (отмыванию) доходов, полученных преступным путем, и финансированию терроризма»

Фамилия, имя, отчество (при наличии) (если иное не вытекает из закона или национального обычая)	
Дата рождения	
Место рождения	
Гражданство	
Реквизиты документа, удостоверяющего личность:	Наименование документа, удостоверяющего личность: Серия документа Номер документа: Дата выдачи документа: Наименование органа, выдавшего документ: _____ _____ код подразделения
Данные миграционной карты: серия, номер карты, дата начала срока пребывания и дата окончания срока пребывания в Российской Федерации	
Данные документа, подтверждающего право иностранного гражданина или лица без гражданства на пребывание (проживание) в Российской Федерации: серия (если имеется) и номер документа, дата начала срока действия права пребывания (проживания), дата окончания срока действия права пребывания (проживания)	
ИНН (при наличии)	
Адрес регистрации по месту жительства	
Адрес фактического места жительства (пребывания)	
Номера контактных телефонов и факсов	
Сведения для публичных должностных лиц:	Являюсь: <input type="checkbox"/> - РПДЛ (Публичное должностное лицо РФ.) <input type="checkbox"/> - ИПДЛ (Иностранное публичное должностное лицо) Должность ПДЛ _____
Финансовое положение	<input type="checkbox"/> - устойчивое <input type="checkbox"/> - неустойчивое
Деловая репутация	<input type="checkbox"/> - положительная <input type="checkbox"/> - наличие негативной информации <input type="checkbox"/> - отсутствует
Основания признания Бенефициарным владельцем:	
Владение (преобладающее участие более 25 процентов в капитале) клиентом - юридическим лицом	<input type="checkbox"/> _____%(указать % участия в капитале)
Возможность контролировать действия клиента	_____ _____ (указывается сведения, подтверждающие контроль за действиями клиента. Возможно представление дополнительных подтверждающих документов от Клиента)

¹ физическое лицо прямо или косвенно (через третьи лица) имеет преобладающее участие более 25 процентов в капитале клиента или от общего числа акций клиента с правом голоса;

- физическое лицо имеет право (возможность) на основании договора с клиентом оказывать прямое или косвенное (через третьих лиц) существенное влияние на решение, принимаемые клиентом, в частности физическое лицо имеет возможность воздействовать на принимаемые клиентом решения об осуществлении сделок (в том числе несущих

кредитный риск (о выдаче кредитов, гарантий и т.д.), включая существенные условия сделок, а также финансовых операций оказывать влияние на величину дохода клиента;

- иные факторы, на основании которых физическое лицо будет оказывать влияние на величину дохода клиента.

Просим Вас с пониманием и уважением отнестись к запрашиваемой информации. Данный запрос необходим для соблюдения положения Федерального закона от 07.08.2001г. №115-ФЗ «О противодействии легализации (отмыванию) доходов, полученных преступным путем, и финансированию терроризма», а также для защиты нашей и Вашей репутации.

Руководитель организации/

Уполномоченное лицо _____ / _____ /

(должность, Ф.И.О.)

(подпись)

Дата заполнения: «__» _____ 20__ г.

Приложение 6
к Правилам добровольного
медицинского страхования

**Образец. В форму бланка могут быть внесены
изменения, не противоречащие Законодательству Российской Федерации в сфере противодействия легализации
(отмыванию) доходов, полученным преступным путем, и финансированию терроризма.**

Анкета индивидуального предпринимателя

(клиента, выгодоприобретателя)

Фамилия, имя, отчество (при наличии) (если иное не вытекает из закона или национального обычая)	
Дата и место рождения	
Гражданство	
Реквизиты документа, удостоверяющего личность:	Наименование документа, удостоверяющего личность:
	Серия документа:
	Номер документа:
	Дата выдачи документа:
	Наименование органа, выдавшего документ: _____ код подразделения _____
Данные миграционной карты: серия, номер карты, дата начала срока пребывания и дата окончания срока пребывания в Российской Федерации	
Данные документа, подтверждающего право иностранного гражданина или лица без гражданства на пребывание (проживание) в Российской Федерации: серия (если имеется) и номер документа, дата начала срока действия права пребывания (проживания), дата окончания срока действия права пребывания (проживания)	
ИНН (при наличии)	
Адрес регистрации по месту жительства	
Адрес фактического места жительства (пребывания)	
Номера контактных телефонов и факсов	
Почтовый адрес	
Адрес электронной почты/сайт	
Сведения о выгодоприобретателях	
Сведения для публичных должностных лиц:	Являюсь: <input type="checkbox"/> - РПДЛ (Публичное должностное лицо РФ.) <input type="checkbox"/> - ИПДЛ (Иностранное публичное должностное лицо) Должность _____ ПДЛ _____
*для представителей Клиента (Наименование и реквизиты документа, подтверждающего наличие у лица полномочий представителей клиента)	
Сведения о регистрации в качестве индивидуального предпринимателя (номер свидетельства, дата и место выдачи, орган выдавший свидетельство, срок, на который выдано свидетельство)	
Основные виды деятельности в соответствии с учредительными документами	ОКВЭД.....
Информация о целях установления и предполагаемом характере деловых отношений с ООО СМО «Чулпан-Мед»	<input type="checkbox"/> - Страхование Наличие действующих отношений с Организацией <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
Финансовое положение ИП	<input type="checkbox"/> - устойчивое <input type="checkbox"/> - неустойчивое <input type="checkbox"/> - кризисное Дата последнего представления официальной отчетности в налоговый орган: Выручка за отчетный период: Прибыль (Убыток):
Деловая репутация ИП	<input type="checkbox"/> - положительная <input type="checkbox"/> - наличие негативной информации <input type="checkbox"/> - отсутствует

(Должность, Ф.И.О.)

(подпись)

Дата заполнения: «__» _____ 20__ г.

Приложение 7
к Правилам добровольного
медицинского страхования
**Образец. В форму бланка могут быть внесены
изменения не противоречащие Правилам**

*(для физических лиц,
Страхователь является Застрахованным)*

ЗАЯВЛЕНИЕ
о добровольном медицинском страховании

Страхователь / Застрахованный _____

(Ф.И.О)

Адрес места жительства _____

Телефон _____

просит заключить договор добровольного медицинского страхования на условиях, предусмотренных
Правилами добровольного медицинского страхования ООО СМО «Чулпан-Мед» от _____ г.
в редакции от _____ г. сроком на _____.

Дополнительные условия заключения договора:

Место заключения договора страхования: _____

Правила добровольного медицинского страхования ООО СМО «Чулпан-Мед» от _____ г. в
редакции от _____ г. Страхователю вручены, с изложенными в них условиями Страхователь
согласен.

Подписывая настоящее заявление Застрахованный подтверждает, что:

- не состоит на учете в наркологических, психоневрологических, противотуберкулезных, кожно-
венерологических диспансерах, центрах по профилактике и борьбе со СПИДом;
- не является инвалидами I группы или детьми - инвалидами;
- не имеет онкологических заболеваний и системных заболеваний крови.

Подписывая настоящее заявление Страхователь и Застрахованный в соответствии с Федеральным законом от 27.07.2006 №152-ФЗ «О персональных данных», своей волей и в своем интересе дают согласие ООО СМО «Чулпан-Мед» (Страховщику), на обработку персональных данных. Согласие предоставляется на осуществление любых действий в отношении персональных данных, которые необходимы или желаемы для заключения договора страхования, исполнения обязательств сторон по договору, включая: сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, распространение (в том числе передачу третьим лицам), обезличивание, блокирование, уничтожение персональных данных, полученных от Страхователя, Застрахованного и/или от любых третьих лиц. Обработка ПД осуществляется Страховщиком с использованием средств автоматизации или без использования таких средств. Согласие вступает в силу со дня подачи письменного заявления-анкеты о добровольном медицинском страховании и действует в течение действия договора, если иное не предусмотрено действующим законодательством, и может быть отозвано в любой момент времени путем передачи Страховщику подписанного письменного заявления (отзыва).

Подписывая настоящее заявление Застрахованный дает свое согласие и полномочия врачам-экспертам на получение всей информации о состоянии своего здоровья от любого врача или медицинской организации, где он когда-либо проходил лечение, а также от любой страховой компании, где он когда-либо заключал договор страхования.

Страхователь/Застрахованный _____

(подпись)

(дата)

Приложение к заявлению физического лица.
(заполняется при заключении договора ДМС, размер страховой премии которого превышает 15 000 рублей)*

Анкета физического лица(клиента, представителя клиента, выгодоприобретателя)

Фамилия, имя, отчество (при наличии) (если иное не вытекает из закона или национального обычая)	
Дата рождения	
Место рождения	
Гражданство	
Реквизиты документа, удостоверяющего личность:	Наименование документа, удостоверяющего личность:
	Серия документа
	Номер документа:
	Дата выдачи документа:
	Наименование органа, выдавшего документ: _____ код подразделения _____
Данные миграционной карты: серия, номер карты, дата начала срока пребывания и дата окончания срока пребывания в Российской Федерации	
Данные документа, подтверждающего право иностранного гражданина или лица без гражданства на пребывание (проживание) в Российской Федерации: серия (если имеется) и номер документа, дата начала срока действия права пребывания (проживания), дата окончания срока действия права пребывания (проживания)	
ИНН (при наличии)	
Адрес регистрации по месту жительства	
Адрес фактического места жительства (пребывания)	
Номера контактных телефонов и факсов	
Сведения о выгодоприобретателях	
Сведения о бенефициарных владельцах (БВ)	<input type="checkbox"/> - нет оснований полагать, что БВ является иное физическое лицо <input type="checkbox"/> - иное физическое лицо (заполнить анкету на БВ)
Сведения для публичных должностных лиц:	Являюсь: <input type="checkbox"/> - РПДЛ (Публичное должностное лицо РФ.) <input type="checkbox"/> - ИПДЛ (Иностранное публичное должностное лицо) Должность ПДЛ _____
*для представителей Клиента (Наименование и реквизиты документа, подтверждающего наличие у лица полномочий представителей клиента)	
Информация о целях установления и предполагаемом характере деловых отношений с ООО СМО «Чулпан-Мед	<input type="checkbox"/> - Страхование Наличие действующих отношений с Организацией (Да/Нет).....
Финансовое положение	<input type="checkbox"/> - устойчивое <input type="checkbox"/> - неустойчивое
Деловая репутация	<input type="checkbox"/> - положительная <input type="checkbox"/> - наличие негативной информации <input type="checkbox"/> - отсутствует

Лицо, заполнившее анкету:

_____ / _____
(подпись) (Ф.И.О.)

Дата заполнения: «__» _____ 20__ г.

*Форма анкеты и размер страховой премии для идентификации страхователя (физического лица) определяется Законодательством Российской Федерации в сфере противодействия легализации (отмыванию) доходов, полученным преступным путем, и финансированию терроризма.

Приложение 8
к Правилам добровольного
медицинского страхования
**Образец. В форму бланка могут быть внесены
изменения не противоречащие Правилам**

**(для физ. лиц
Страхователь не является Застрахованным)**

ЗАЯВЛЕНИЕ
о добровольном медицинском страховании

Страхователь _____
(Ф.И.О)

Адрес места жительства _____

Телефон _____

просит заключить договор добровольного медицинского страхования на условиях, предусмотренных
Правилами добровольного медицинского страхования ООО СМО «Чулпан-Мед» от _____ г.

в редакции от _____ г. сроком на _____ год.

Застрахованными являются лица, указанные в Приложении к настоящему заявлению.

Количество застрахованных _____ человек.

Дополнительные условия заключения договора:

Место заключения договора страхования: _____

Правила добровольного медицинского страхования ООО СМО «Чулпан-Мед» от _____ г. в
редакции от _____ г. Страхователю вручены, с изложенными в них условиями Страхователь
согласен.

Подписывая настоящее заявление Застрахованный подтверждает, что:

- не состоит на учете в наркологических, психоневрологических, противотуберкулезных, кожно-
венерологических диспансерах, центрах по профилактике и борьбе со СПИДом;
- не является инвалидами I группы или детьми - инвалидами;
- не имеет онкологических заболеваний и системных заболеваний крови.

Подписывая настоящее заявление Страхователь и Застрахованный в соответствии с Федеральным законом от 27.07.2006 №152-ФЗ «О персональных данных», своей волей и в своем интересе дают согласие ООО СМО «Чулпан-Мед» (Страховщику), на обработку персональных данных. Согласие предоставляется на осуществление любых действий в отношении персональных данных, которые необходимы или желаемы для заключения договора страхования, исполнения обязательств сторон по договору, включая: сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, распространение (в том числе передачу третьим лицам), обезличивание, блокирование, уничтожение персональных данных, полученных от Страхователя, Застрахованного и/или от любых третьих лиц. Обработка ПД осуществляется Страховщиком с использованием средств автоматизации или без использования таких средств. Согласие вступает в силу со дня подачи письменного заявления-анкеты о добровольном медицинском страховании и действует в течение действия договора, если иное не предусмотрено действующим законодательством, и может быть отозвано в любой момент времени путем передачи Страховщику подписанного письменного заявления (отзыва).

Подписывая настоящее заявление Застрахованный дает свое согласие и полномочия врачам-экспертам на получение всей информации о состоянии своего здоровья от любого врача или медицинской организации, где он когда-либо проходил лечение, а также от любой страховой компании, где он когда-либо заключал договор страхования.

Страхователь _____
(подпись)

дата _____

Приложение к заявлению
№ _____
о добровольном медицинском страховании.

Сведения о застрахованных:

№ п/п	Ф.И.О	Пол	Дата рождения	Паспортные данные	Домашний адрес, телефон	Подпись

Подписывая настоящее заявление Застрахованный в соответствии с Федеральным законом от 27.07.2006 №152-ФЗ «О персональных данных», своей волей и в своем интересе дает согласие ООО СМО «Чулпан-Мед» (Страховщику), на обработку персональных данных. Согласие предоставляется на осуществление любых действий в отношении персональных данных, которые необходимы или желаемы для заключения договора страхования, исполнения обязательств сторон по договору, включая: сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, распространение (в том числе передачу третьим лицам), обезличивание, блокирование, уничтожение персональных данных, полученных от Страхователя, Застрахованного и/или от любых третьих лиц. Обработка ПД осуществляется Страховщиком с использованием средств автоматизации или без использования таких средств. Согласие вступает в силу со дня подачи письменного заявления-анкеты о добровольном медицинском страховании и действует в течение действия договора, если иное не предусмотрено действующим законодательством, и может быть отозвано в любой момент времени путем передачи Страховщику подписанного письменного заявления (отзыва).

Подписывая настоящее заявление Застрахованный дает свое согласие и полномочия врачам-экспертам на получение всей информации о состоянии своего здоровья от любого врача или медицинской организации, где он когда-либо проходил лечение, а также от любой страховой компании, где он когда-либо заключал договор страхования.

Страхователь _____
(подпись)

(дата)

**Образец. В форму бланка могут быть внесены
изменения не противоречащие Правилам****ДОГОВОР**
добровольного медицинского страхования

г. _____ № _____ / _____ « _____ » _____ 20 г.

_____, именуемое в дальнейшем «**Страховщик**», в
лице _____, действующего на основании _____ и лицензии
_____, выданной Федеральной службой страхового надзора, с одной стороны, и
_____, именуемое в
дальнейшем «**Страхователь**», в лице _____, действующего
на основании _____, с другой стороны, заключили настоящий договор о нижеследующем:

1. Предмет договора.

1.1. Страхователь поручает, а Страховщик принимает на себя организацию и оплату медицинских услуг, оказываемых застрахованным работникам Страхователя, включенным в предоставленные Страхователем списки (далее – застрахованные).

Страховым случаем является обращение или госпитализация Застрахованного лица в медицинскую организацию, из числа, указанных в Приложении № _____ к настоящему договору, за получением медицинской помощи, предусмотренной программами добровольного медицинского страхования.

1.2. Объем услуг, оказываемых застрахованным, определяется страховыми медицинскими программами, прилагаемыми к настоящему договору, и являющимися его неотъемлемой частью (Приложение № _____).

1.3. Страховщик выдает каждому застрахованному через Страхователя в течение _____ дней после вступления настоящего договора в силу страховой медицинской полис установленного образца.

1.4. Общая численность застрахованных на момент заключения договора составляет _____ человек, в том числе:

- по программе _____ - человек;

- по программе _____ - человек; и т.д. (при наличии нескольких программ)

Списки застрахованных с указанием фамилии, имени, отчества, паспортных данных с указанием места жительства и даты рождения, места работы предоставляются Страхователем Страховщику на бумажном носителе, заверенным подписью и печатью руководителя, в соответствии с Приложением № _____ к договору добровольного медицинского страхования и является основанием для заключения настоящего договора. В случае изменения списка застрахованных, Страхователь предоставляет Страховщику списки застрахованных с изменениями. Списки предоставляются на магнитных носителях или по электронной почте.

Все изменения в списках застрахованных Страхователь согласовывает со Страховщиком не более _____ дней после их включения в списки застрахованных, с последующим оформлением Страховщиком полисов.

2. Размер, сроки и порядок внесения страховых взносов.

2.1. Размер страховой суммы по настоящему договору составляет _____ (рублей)

2.2. Размер страховой премии по настоящему договору составляет _____ (рублей)

Страховая премия уплачивается _____
(порядок и форма оплаты страховой премии)

2.3. Договор вступает в действие _____.

2.4. Тариф

- по программе « _____ » - _____ %

- по программе « _____ » - _____ %

3. Срок действия договора.

3.1. Настоящий договор заключается на срок _____

4. Ответственность сторон.

4.1. В случае расширения списка Застрахованных лиц Страхователь предоставляет Страховщику сведения, предусмотренные настоящим договором о дополнительно страхуемых лицах.

В случае увольнения Застрахованного работника Страхователь вправе исключить его из числа Застрахованных или заменить другим. О данных изменениях в списках застрахованных Страхователь информирует Страховщика путем письменного извещения (Приложение № _____)

4.2. Страхователь обязуется предоставлять Страховщику списки застрахованных с соблюдением требований Федерального закона от 27 июля 2006 года № 152 –ФЗ «О персональных данных».

4.3. На страхование не принимаются:

- граждане, состоящие на учете в наркологических, психоневрологических, противотуберкулезных, дерматовенерологических диспансерах, центрах по профилактике и борьбе со СПИДом;
- инвалиды, за исключением инвалидов, признанных медико-социальной экспертизой трудоспособными.
- больные онкологическими заболеваниями, за исключением больных, признанных медико-социальной экспертизой трудоспособными. При этом оплата медицинских услуг по основному онкологическому заболеванию и осложнениям, связанных с ним, не производится.
- граждане старше 80 лет.

4.4. Страховщик не производит выплат в связи с расстройством здоровья, вызванным:

- а) воздействием ядерного взрыва, радиации или радиоактивного заражения;
- б) военными действиями, а также маневрами или иными военными мероприятиями;
- в) гражданской войной, народными волнениями всякого рода или забастовками.

5. Антикоррупционная оговорка в договорах.

5.1. При исполнении своих обязательств по Договору, Стороны, их аффилированные лица, работники или посредники не выплачивают, не предлагают выплатить и не разрешают выплату каких-либо денежных средств или ценностей, прямо или косвенно, любым лицам, для оказания влияния на действия или решения этих лиц с целью получить какие-либо неправомерные преимущества или иные неправомерные цели. При исполнении своих обязательств по Договору, Стороны, их аффилированные лица, работники или посредники не осуществляют действия, квалифицируемые применимым для целей Договора законодательством, как дача/получение взятки, коммерческий подкуп, а также действия, нарушающие требования применимого законодательства и международных актов о противодействии легализации (отмыванию) доходов, полученных преступным путем.

5.2. В случае возникновения у Стороны подозрений, что произошло или может произойти нарушение каких-либо положений предыдущего пункта, соответствующая Сторона обязуется уведомить другую Сторону в письменной форме. В письменном уведомлении Сторона обязана сослаться на факты или предоставить материалы, достоверно подтверждающие или дающие основание предполагать, что произошло или может произойти нарушение каких-либо положений настоящего пункта контрагентом, его аффилированными лицами, работниками или посредниками выражающееся в действиях, квалифицируемых применимым законодательством, как дача или получение взятки, коммерческий подкуп, а также действиях, нарушающих требования применимого законодательства и международных актов о противодействии легализации доходов, полученных преступным путем. После письменного уведомления, соответствующая Сторона имеет право приостановить исполнение обязательств по Договору до получения подтверждения, что нарушения не произошло или не произойдет. Это подтверждение должно быть направлено в течение десяти рабочих дней с момента направления письменного уведомления.

5.3. В случае нарушения одной Стороной обязательств воздерживаться от запрещенных в данном разделе действий и/или неполучения другой Стороной в установленный Договором срок подтверждения,

что нарушения не произошло или не произойдет, другая Сторона имеет право расторгнуть Договор в одностороннем порядке полностью или в части, направив письменное уведомление о расторжении.

Сторона, по чьей инициативе был расторгнут Договор в соответствии с положениями настоящего пункта, вправе требовать возмещения реального ущерба, возникшего в результате такого расторжения.

6. Порядок разрешения споров.

6.1. По вопросам, не оговоренным настоящим договором, стороны руководствуются действующим Законом РФ, регулирующими взаимоотношения данного вида и Правилами добровольного медицинского страхования ООО СМО «Чулпан-Мед» от _____ г. в части, не противоречащей настоящему договору.

6.2. На момент заключения настоящего договора Правила добровольного медицинского страхования от _____ г. в редакции от _____ г. вручены Страховщиком Страхователю.

6.3. Все неурегулированные споры между сторонами по настоящему договору рассматриваются и разрешаются в суде.

7. Иные условия.

7.1. Настоящий договор составлен в двух экземплярах – по одному для каждой из сторон.

7.2. К настоящему договору прилагаются Приложения № _____, являющиеся неотъемлемой частью настоящего договора.

7.3. Страхователь и Страховщик пришли к согласию, что стороны имеют право вносить изменения в части изменения размера страховой суммы или страховой премии и (или) расторгать настоящий договор без получения согласия застрахованных.

7.4. Все изменения и дополнения к настоящему договору, в том числе приложения к нему, имеют юридическую силу при условии оформления их в письменном виде, подписания уполномоченными представителями и скрепления печатями сторон.

7.5. _____

8. Адреса, реквизиты и подписи сторон.

Страховщик - _____

Страхователь - _____

СТРАХОВЩИК

СТРАХОВАТЕЛЬ

**Образец. В форму бланка могут быть внесены
изменения не противоречащие Правил**ООО СМО «Чулпан-Мед»
(наименование СМО)

№ _____ от " " _____ 201 г.

(номер договора ДМС в СМО)

СПИСОК РАБОТНИКОВ, ПОДЛЕЖАЩИХ ДОБРОВОЛЬНОМУ МЕДИЦИНСКОМУ СТРАХОВАНИЮ

(наименование предприятия, учреждения, организации)

№ п/п	Фамилия	Имя	Отчество	дата рождения	пол М,Ж	ИНН	СНИЛС-страховой номер индивидуального счета	Гражданство	Регион	Район	Населенный пункт	Город	улица,проспект,переулок	№ дома	№корпуса	№квартиры	серия документа	№ документа	наименование органа,выдавшего документ	дата выдачи	ИПДЛ/РПДЛ
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22

Представителем от организации с правом получения полисов ДМС и координации взаимодействия по добровольному медицинскому страхованию в рамках настоящего договора _____

Руководитель предприятия _____ / _____
подпись Ф.И.О.Начальника отдела кадров _____ / _____
подпись Ф.И.О.

(Главный бухгалтер) М.П.

Приложение 11
к Правилам добровольного
медицинского страхования
**Образец. В форму бланка могут быть внесены
изменения не противоречащие Правилам**

**Журнал выдачи полисов ДМС ООО СМО "Чулпан-Мед"
по договору № _____**

(наименование предприятия, учреждения, организации)

№ п/п	Фамилия Имя Отчество	Серия и номер документа, удостоверяющего личность	№ полиса	Дата выдачи	<u>С условиями и правилами страхования ознакомлен(а), подпись застрахованного</u>	Примечание

**Образец. В форму бланка могут быть внесены
изменения не противоречащие Правилам**

ООО СМО «Чулпан-Мед»

(наименование СМО)

№ _____ от _____

(номер договора ДМС в СМО)

Список работников, подлежащих исключению из числа застрахованных
по договору добровольного медицинского страхования (в том числе уволенных работников)

(наименование предприятия, учреждения, организации)

" __ " _____ 20 __ г.

№п/п	Фамилия, имя, отчество	Число, месяц, год рождения	Пол	Дата исключения из числа застрахованных (дата увольнения)	Серия, номер страх.медиц.полиса ООО СМО «Чулпан-Мед»
1	2	3	4	5	6

Представителем от организации с правом получения полисов ДМС и координации взаимодействия по добровольного
медицинскому страхованию в рамках настоящего договора _____

(Ф.И.О.)

(тел.)

Руководитель предприятия

(подпись)

(Ф.И.О.)

Начальника отдела кадров
(Главный бухгалтер)**М.П.**

(подпись)

(Ф.И.О.)

Вариант 1

**Страховой медицинский полис
добровольного медицинского страхования**

По настоящему полису _____
_____ фамилия, имя, отчество
_____ год рождения, пол, место работы, социальное положение
_____ адрес постоянного места проживания, телефон
имеет право получать медицинскую помощь по договору добровольного медицинского
страхования граждан от " ____ " _____ 20__ г. N _____ на период действия
договора с " ____ " _____ 20__ г. по " ____ " _____ 20__ г. в соответствии с программой
добровольного медицинского страхования.

Программа и перечень медицинских организаций прилагаются к договору.

С условиями страхования согласен: _____
подпись застрахованного

_____	_____
полное наименование страхователя	фамилия, имя, отчество страхового агента
_____	_____
должность (при страховании гражда- нина предприятием, организацией, учреждением)	подпись страхового агента
число, месяц, год печать	число, месяц, год, печать

Подписывая настоящей полис Страхователь и Застрахованный в соответствии с Федеральным законом от 27.07.2006 №152-ФЗ «О персональных данных», своей волей и в своем интересе дают согласие ООО СМО «Чулпан-Мед» (Страховщику), на обработку персональных данных. Согласие предоставляется на осуществление любых действий в отношении персональных данных, которые необходимы или желаемы для заключения договора страхования, исполнения обязательств сторон по договору, включая: сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, распространение (в том числе передачу третьим лицам), обезличивание, блокирование, уничтожение персональных данных, полученных от Страхователя, Застрахованного и/или от любых третьих лиц. Обработка ПД осуществляется Страховщиком с использованием средств автоматизации или без использования таких средств. Согласие вступает в силу со дня подачи письменного заявления-анкеты о добровольном медицинском страховании и действует в течение действия договора, если иное не предусмотрено действующим законодательством, и может быть отозвано в любой момент времени путем передачи Страховщику подписанного письменного заявления (отзыва).*

Подписывая настоящий полис Застрахованный дает свое согласие и полномочия врачам-экспертам на получение всей информации о состоянии своего здоровья от любого врача или медицинской организации, где он когда-либо проходил лечение, а также от любой страховой компании, где он когда-либо заключал договор страхования. *

*Данный текст указывается в полисе в случае заключения договора страхования на основании устного заявления на страхование.

Вариант 3

**Страховой медицинский полис
добровольного медицинского страхования
по программе ОМС+ «Сердце под контролем»**

По настоящему полису

_____ фамилия, имя, отчество

_____ год рождения, пол,

_____ адрес постоянного места проживания, телефон

имеет право получать медицинскую помощь по договору добровольного медицинского страхования граждан от "___" _____ 20__ г. № _____ на период действия договора с "___" _____ 20__ г. по "___" _____ 20__ г. в соответствии с программой добровольного медицинского страхования «ОМС+ «Сердце под контролем»».

Размер страховой суммы составляет _____
(Сумма цифрами и прописью)

Размер страховой премии составляет _____
(Сумма цифрами и прописью)

Страховой случай: Страховым случаем является обращение Застрахованного лица в медицинские организации, указанные в договоре добровольного медицинского страхования, за получением медицинских и иных услуг, в пределах объема, предусмотренного настоящей программой страхования, при расстройствах здоровья застрахованного лица, относящихся к следующему классу (блоку) заболеваний:

Класс и блок по МКБ	Наименование класса и блока
Класс-IX Блок I.20 – I.25	Болезни системы кровообращения Ишемическая болезнь сердца

повлекшее за собой возникновение обязательств Страховщика произвести оплату оказанных медицинских и иных услуг, предусмотренных настоящей программой страхования, и организации их оказания в пределах страховой суммы.

Приложения к настоящему полису:

1. Программа ОМС+ «Сердце под контролем»;
2. Перечень медицинских организаций.

_____ полное наименование страхователя

_____ фамилия, имя, отчество Страхователя

_____ должность (при страховании гражда-
нина предприятием, организацией,
учреждение

_____ подпись Страхователя

_____ число, месяц, год

_____ число, месяц, год,

_____ печать

_____ печать

Подписывая настоящей полис Страхователь и Застрахованный в соответствии с Федеральным законом от 27.07.2006 №152-ФЗ «О персональных данных», своей волей и в своем интересе дают согласие ООО СМО «Чулпан-Мед» (Страховщику), на обработку персональных данных. Согласие предоставляется на осуществление любых действий в отношении персональных данных, которые необходимы или желаемы для заключения договора страхования, исполнения обязательств сторон по договору, включая: сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, распространение (в том числе передачу третьим лицам), обезличивание, блокирование, уничтожение персональных данных, полученных от Страхователя, Застрахованного и/или от любых третьих лиц. Обработка ПД осуществляется Страховщиком с использованием средств автоматизации или без использования таких средств. Согласие вступает в силу со дня подачи письменного заявления-анкеты о добровольном медицинском страховании и действует в течение действия договора, если иное не предусмотрено действующим законодательством, и может быть отозвано в любой момент времени путем передачи Страховщику подписанного письменного заявления (отзыва).*Подписывая настоящий полис Застрахованный дает свое согласие и полномочия врачам-экспертам на получение всей информации о состоянии своего здоровья от любого врача или медицинской организации, где он когда-либо проходил лечение, а также от любой страховой компании, где он когда-либо заключал договор страхования. **Данный текст указывается в полисе в случае заключения договора страхования на основании устного заявления на страхование

Приложение 14
к Правилам добровольного
медицинского страхования
**Образец. В форму бланка могут быть внесены
изменения не противоречащие Правилам**

Вариант (Клиники РТ, РФ, Стоматологические клиники)

ДОГОВОР № _____ / _____

**на предоставление медицинской помощи (медицинских услуг) по добровольному медицинскому
страхованию**

Общество с ограниченной ответственностью Страховая медицинская организация «Чулпан-Мед», именуемое в дальнейшем «Заказчик», в лице _____, действующего на основании лицензии _____, выданной _____ с одной стороны, и медицинская организация _____ именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице _____, действующего на основании Устава и лицензии № _____ г., с другой стороны, заключили настоящий договор о нижеследующем:

I. Предмет договора.

1.1. Заказчик поручает, а Исполнитель принимает на себя обязательство оказывать медицинскую помощь застрахованным гражданам, которым Заказчиком выдан страховой полис на основании договора медицинского страхования при наступлении страхового случая, в период действия договора страхования, указанного в полисе. Указанные граждане именуются в дальнейшем "Застрахованный контингент".

1.2. Страховым случаем является обращение Застрахованного в медицинскую организацию, из числа предусмотренных договором страхования за получением медицинской помощи, предусмотренной условиями договора страхования.

1.3. Основанием для обращения Застрахованного в медицинскую организацию является полис и/или направление (Приложение № 1), выданные Заказчиком, документ, удостоверяющий личность.

1.4. В рамках настоящего договора «Заказчиком» могут выступать филиалы ООО СМО «Чулпан-Мед» в лице директоров филиалов работающие на основании доверенности.

II. Объем и качество лечебно-профилактической помощи.

2.1. Исполнитель обязан обеспечивать соответствие оказываемой медицинской помощи по существующим стандартам и технологиям.

2.2. Исполнитель оказывает Застрахованному контингенту медицинские услуги, виды и объем выполнения которых устанавливаются исходя из лицензии на медицинскую деятельность Исполнителя, договора (полиса) страхования.

Исполнитель не оказывает медицинскую помощь согласно перечню заболеваний и услуг, не входящих в программу ДМС (Приложение № 2).

2.3. О невозможности оказания медицинской помощи установленного вида и объема Исполнитель немедленно извещает Заказчика.

На оказание медицинской помощи другой медицинской организацией, выбранным Исполнителем, должно быть получено согласие Застрахованного и Заказчика.

2.4. Исполнитель должен поставить в известность Заказчика о возникших обстоятельствах, которые могут привести к нарушению требований пунктов 2.1 и 2.2 настоящего.

2.5. При невозможности Исполнителем выполнить требования п.п.2.1, 2.2, 2.3 настоящего договора Заказчик вправе по своему усмотрению перевести застрахованных граждан для оказания им лечебно-профилактической помощи в другую медицинскую организацию или пригласить соответствующего специалиста для оказания лечебно-профилактической помощи застрахованному контингенту у Исполнителя.

При невозможности Исполнителем выполнить требования пунктов 2.1, 2.2 настоящего договора Заказчик вправе по своему усмотрению расторгнуть в одностороннем порядке настоящий договор.

III. Численность застрахованных.

3.1. Численность Застрахованных формируется согласно заявок.

IV. Стоимость работ и порядок расчетов.

4.1. Заказчик оплачивает лечебно-профилактическую помощь, оказываемую Исполнителем застрахованному контингенту, по тарифам, согласованным между Заказчиком и Исполнителем. Прейскурант цен предоставляется на согласование Заказчику в соответствии с кодами медицинских услуг.

4.2. Заказчик оплачивает медицинскую помощь, оказанную застрахованному контингенту Исполнителем, безналичным перечислением, не позднее 5 дней с момента получения от Исполнителя, акта приема-сдачи выполненных работ (Приложение № 3), реестров (Приложение № 4).

4.2.2. Акт выполненных работ может быть подписан директором филиала «Заказчика», имеющий соответствующие полномочия в соответствии с выданной доверенностью, только после подписания «Заказчиком» акта медико-экономической экспертизы.

4.3. По соглашению сторон расчёты между Заказчиком и Исполнителем могут осуществляться в порядке предварительной оплаты – аванса за оказываемые услуги, а также в иных формах безналичных расчётов, предусмотренных действующим законодательством.

4.4. В течение первых 5-ти рабочих дней месяца следующего за отчетным кварталом, стороны производят выверку взаиморасчетов актом сверки (Приложение № 5) по оплате оказанных лечебно-профилактических услуг застрахованному контингенту.

Исполнитель предоставляет Заказчику все необходимые для производства взаиморасчетов документы.

4.5. Сумма настоящего договора определяется по факту представления медицинских услуг. В случае изменения цен на медицинские услуги, при экономических и других непредвиденных условиях изменения в договор вносятся по согласованию сторон и оформляются дополнительным соглашением.

V. Порядок оказания лечебно-профилактической помощи.

5.1. При оказании медицинских услуг Исполнитель контролирует срок действия страхового полиса Застрахованного

5.2. Исполнитель оказывает лечебно-профилактическую помощь застрахованному контингенту согласно режиму работы, установленному в учреждении и доведенного до Заказчика.

5.3. В соответствии с требованиями законодательства Российской Федерации Исполнитель оказывает медицинские услуги с информированного добровольного согласия застрахованного контингента на медицинское вмешательство с обязательной подписью в амбулаторной карте и медицинской карте амбулаторного (стационарного) больного.

5.4. В случае возникновения задолженности у Заказчика по оплате более, чем на 30 (тридцать) дней, Исполнитель имеет право приостановить оказание услуг Застрахованному контингенту, вплоть до полного погашения задолженности.

VI. Учет в медицинском учреждении.

6.1. Исполнитель обязан вести учет:

- застрахованного контингента;
- вида, объема и сроков оказания лечебно-профилактической помощи застрахованному контингенту;
- средств, поступающих от Заказчика;

6.2. Заказчик по требованию Исполнителя представляет полную информацию о юридическом адресе и полном наименовании предприятия, на котором работает застрахованный контингент.

VII. Контроль.

7.1. Заказчик контролирует объем, сроки, обоснованность, качество оказываемой Исполнителем лечебно-профилактической помощи, согласно стандартам медицинской помощи больным, утвержденным приказом министерства здравоохранения РФ.

7.2. Контроль оказания медицинской помощи осуществляется путем проведения экспертизы качества медицинской помощи, проводимых представителем Заказчика – врачом-экспертом.

Проверка осуществляется по мере необходимости. Результаты проверок доводятся Заказчиком до сведения Исполнителя актом экспертизы, подписанным Заказчиком.

7.3. Исполнитель обязан обеспечить представителю Заказчика, осуществляющего проверку, свободное ознакомление с деятельностью Исполнителя, связанной с исполнением данного договора.

VIII. Анतिकоррупционная оговорка.

8.1. При исполнении своих обязательств по Договору, Стороны, их аффилированные лица, работники или посредники не выплачивают, не предлагают выплатить и не разрешают выплату каких-либо денежных средств или ценностей, прямо или косвенно, любым лицам, для оказания влияния на действия или решения этих лиц с целью получить какие-либо неправомерные преимущества или иные неправомерные цели. При исполнении своих обязательств по Договору, Стороны, их аффилированные лица, работники или посредники не осуществляют действия, квалифицируемые применимым для целей Договора законодательством, как дача/получение взятки, коммерческий подкуп, а также действия, нарушающие требования применимого законодательства и международных актов о противодействии легализации (отмыванию) доходов, полученных преступным путем.

8.2. В случае возникновения у Стороны подозрений, что произошло или может произойти нарушение каких-либо положений предыдущего пункта, соответствующая Сторона обязуется уведомить другую Сторону в письменной форме. В письменном уведомлении Сторона обязана сослаться на факты или предоставить материалы, достоверно подтверждающие или дающие основание предполагать, что произошло или может произойти нарушение каких-либо положений настоящего пункта контрагентом, его аффилированными лицами, работниками или посредниками выражающееся в действиях, квалифицируемых применимым законодательством, как дача или получение взятки, коммерческий подкуп, а также действиях, нарушающих требования применимого законодательства и международных актов о противодействии легализации доходов, полученных преступным путем. После письменного уведомления, соответствующая Сторона имеет право приостановить исполнение обязательств по Договору до получения подтверждения, что нарушения не произошло или не произойдет. Это подтверждение должно быть направлено в течение десяти рабочих дней с момента направления письменного уведомления.

8.3. В случае нарушения одной Стороной обязательств воздерживаться от запрещенных в данном разделе действий и/или неполучения другой Стороной в установленный Договором срок подтверждения, что нарушения не произошло или не произойдет, другая Сторона имеет право расторгнуть Договор в одностороннем порядке полностью или в части, направив письменное уведомление о расторжении. Сторона, по чьей инициативе был расторгнут Договор в соответствии с положениями настоящего пункта, вправе требовать возмещения реального ущерба, возникшего в результате такого расторжения.

IX. Ответственность сторон.

9.1. В случае нарушения Исполнителем требований к качеству оказываемой лечебно-профилактической помощи (непредставления или предоставления застрахованному контингенту медицинских услуг ненадлежащего объема или качества) и организации учета, Заказчик вправе частично или полностью не возмещать Исполнителю затраты по оказанию лечебно-профилактической помощи.

9.2. Претензии сторон предъявляются в порядке и сроки, установленные действующим законодательством.

9.3. В случае возникновения спора стороны имеют право обратиться для проведения экспертизы качества медицинских услуг путем привлечения независимого эксперта.

9.4. При не достижении согласия сторонами споры решаются арбитражным судом.

9.5. При разглашении одной из сторон сведений, составляющих в соответствии с требованиями законодательства Российской Федерации врачебную тайну, виновная сторона несет ответственность согласно действующего законодательства РФ.

9.6. При исполнении своих обязанностей по настоящему договору «Заказчик» и «Исполнитель» обязуются обмениваться информацией касающейся «Застрахованного контингента» с соблюдением требований Федерального Закона от «27» июля 2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных».

X. Обстоятельства, освобождающие от ответственности.

10.1. Стороны освобождаются от ответственности за частичное или полное неисполнение обязательств по настоящему договору, если это неисполнение явилось следствием непреодолимой силы, возникшей после заключения настоящего договора /пожар, наводнение, землетрясения, иные явления природы, а также война, забастовки и другие обстоятельства по усмотрению сторон /.

10.2. При наступлении обстоятельств, указанных в п.9.1., сторона, для которой наступили эти

обстоятельства, должна немедленно известить другую сторону.

XI. Уведомление и сообщение.

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

11.2. Стороны обязуются незамедлительно извещать друг друга обо всех изменениях своих адресов и реквизитов.

XII. Изменение и прекращение договора.

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

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

- по соглашению сторон, совершенному в письменном виде;
- по инициативе одной из сторон при условии письменного уведомления другой стороны не позднее, чем за 10 рабочих дней до прекращения договора.

XIII. Срок действия договора. Основания расторжения договора.

13.1. Настоящий договор вступает в силу с момента его подписания Сторонами и действует неопределенный срок.

13.2. Все изменения и дополнения к настоящему Договору оформляются Сторонами письменно в виде Приложений, дополнительных соглашений, подписываются уполномоченными лицами и являются неотъемлемыми частями настоящего договора.

XIV. Прочие условия.

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

XV. Конфиденциальность.

15.1. Предоставляемая Сторонами друг другу информация, связанная с предметом настоящего договора, в том числе информация о ценах и услугах, оказываемых Исполнителем, персональные данные застрахованных, а также информация о факте обращения застрахованного контингента к Исполнителю, считается конфиденциальной и может быть передана третьей стороне только в порядке, предусмотренном действующим законодательством Российской Федерации.

15.2. Сторона, разгласившая информацию вопреки настоящему договору, обязана возместить причиненные другой стороне убытки.

XVI. Юридические адреса и банковские реквизиты сторон:

16.1. ЗАКАЗЧИК : _____

16.2. ИСПОЛНИТЕЛЬ: _____

ИНН /КПП _____

ОГРН _____

ОКПО _____

К/С _____

Р/С _____

БИК _____

Тел.: _____

e-mail: _____

ЗАКАЗЧИК

ИСПОЛНИТЕЛЬ

Приложение №1
к договору № ____/____
от « ____ » _____ 20__ г.

Направление № _____
в медицинскую организацию

(ф.и.о. застрахованного)

(№ страхового полиса, № договора с предприятием, место работы)

(медицинская организация)

(№ договора с медицинской организацией)

Направляется на _____

(дата выдачи)

ООО СМО «Чулпан-Мед»

должность

(подпись)

(Ф.И.О)

М.П.

Приложение №2
к договору № _____

от « » 201__ г.

ПЕРЕЧЕНЬ
заболеваний и услуг, не входящих в программу
добровольного медицинского страхования

По настоящей программе не оплачиваются услуги по предоставлению медицинской помощи, связанные с лечением следующих заболеваний:

- онкологические (злокачественные новообразования, в т.ч.кроветворной и лимфатической тканей)
- психические, в.т.ч. органические психические расстройства;
- венерические заболевания;
- ВИЧ-инфекции и их осложнения, гепатиты;
- алкоголизм, наркомания, токсикомания и их осложнения;
- сахарный диабет и его осложнения,
- системных заболеваний соединительных тканей,
- туберкулез;
- хроническая почечная недостаточность,
- заболевания, связанные с последствиями радиоактивного облучения,
- патологии прерывания беременности в сроки до 30 недель с угрозой жизни матери или ребенка,
- лечение хронических заболеваний, обострившихся в результате беременности;
- лечение обострившихся в результате беременности хронических заболеваний;
- бесплодие (мужское, женское), импотенция;
- врожденные аномалии;
- все виды косметических услуг;
- услуги стоматологического протезирования;
- умышленное причинение вреда, в т.ч. с покушением на самоубийство;
- получение травматического повреждения или иного расстройства здоровья, наступившего в связи с совершением действий, в которых следственными органами установлены признаки умышленного преступления.

ЗАКАЗЧИК

ИСПОЛНИТЕЛЬ

Приложение № 3
к договору № _____ / _____
от « ____ » _____ 20__ г.

**Образец. В форму бланка могут быть внесены
изменения не противоречащие Правилам**

АКТ № _____ приема-сдачи выполненных работ

« ____ » _____ 20__ года
_____, именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в
лице _____, с одной стороны и ООО СМО «Чулпан-Мед», именуемое в
дальнейшем «Заказчик», в лице _____, с другой стороны, составили
настоящий акт о нижеследующем:

І.РАЗДЕЛ

1. «Исполнитель» согласно договору № _____ от « ____ » _____ 201__ г.,
заключенному между «Заказчиком» и «Исполнителем» предоставило медицинские услуги за период с
« ____ » _____ 20__ г. по « ____ » _____ 20__ г. на общую сумму
_____ рублей,

(цифрами и прописью)

в том числе:

- за « ____ » _____ рублей,
- за « ____ » _____ рублей.

(цифрами и прописью)

ІІ.РАЗДЕЛ

1. Медицинские услуги, оказанные застрахованным клиентам ООО СМО «Чулпан-Мед»

№ п/п	№ договора	Наименование предприятия	Сумма за оказанные медицинские услуги согласно представленным счетам- реестрам (руб.)				Сумма, не принятая к оплате согласно Акту МЭЭ (руб.) (Приложение №1)	Сумма принятая к оплате ООО СМО "Чулпан- Мед" (руб.)
						Всего		

Сумма, принятая к оплате ООО СМО «Чулпан-Мед» _____
_____ рублей.

«Заказчик»

МП

«Исполнитель»

МП

Приложение №4
к договору № _____ / _____
от « ____ » _____ 20__ г.

Образец. В форму бланка могут быть внесены изменения не противоречащие Правилам

Реестр предоставленных медицинских услуг _____
(наименование ЛПУ)
по договору _____ от " ____ " _____ 20__ г.
с " ____ " _____ 20__ г. по " ____ " _____ 20__ г.

№ п/п	Фамилия, Имя, Отчество застрахованного	Полис ДМС (серия, №)	Срок лечения/дата оказания услуг	Диагноз по МКБ	Код услуги по справочнику	Наименование мед услуги	Тариф, по утвержденному прейскуранту (рублей)	Кол-во услуг, к/дней	Сумма (рублей)
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Всего по застрахованному:									

Руководитель ЛПУ:

Главный бухгалтер ЛПУ:

М.П.

Приложение № 5
к договору № _____ / _____
от « ____ » _____ 20__ г.

**Образец. В форму бланка могут быть внесены
изменения не противоречащие Правилам**

**АКТ сверки
дебиторской и кредиторской задолженности.**

Мы, нижеподписавшиеся, глав. бухгалтер _____, с одной стороны и глав. бухгалтер _____ с другой стороны составили акт сверки дебиторской и кредиторской задолженности на « ____ » _____ 20__ г.

	ДТ	КТ	ДТ	КТ
1. Остаток на начало года (_____)				
2. Общая перечисл. сумма за 20__ г.				
3. Оказанные услуги за 20__ г.				
4. Остаток на _____				

Ведомость операций прилагается.

Главный бухгалтер

Главный бухгалтер

**Образец. В форму бланка могут быть внесены
изменения не противоречащие Правилам**

Вариант (РВЛ)

ДОГОВОР № _____ / _____

**на предоставление медицинской помощи (медицинских услуг) по добровольному
медицинскому страхованию**

г. _____ « _____ » _____ 20 _____ г.

**Общество с ограниченной ответственностью Страховая медицинская организация
«Чулпан-Мед», именуемое в дальнейшем «Заказчик», в лице _____,
действующего на основании _____, выданной _____ с одной стороны,
и _____, именуемое в дальнейшем
«Исполнитель», в лице директора _____, действующего на
основании Устава и лицензии _____ от « _____ » _____ 20 _____ года, выданной
_____, с другой стороны, заключили настоящий договор о
нижеследующем:**

I. Предмет договора

1.1. Заказчик поручает, а Исполнитель принимает на себя обязательство оказывать медицинские услуги, по реабилитационно-восстановительному лечению в учреждениях санаторно-курортного типа гражданам, которым Заказчиком выдан страховой полис на основании договора медицинского страхования при наступлении страхового случая, в период действия договора страхования, указанного в полисе. Указанные граждане именуются в дальнейшем "Застрахованный контингент".

1.2. Страховым случаем является обращение Застрахованного в медицинскую организацию, из числа предусмотренных договором страхования за получением медицинской помощи, предусмотренной условиями договора страхования.

1.3. Основанием для обращения Застрахованного в медицинскую организацию, является полис и направление, выданные Заказчиком, документ, удостоверяющий личность.

1.4. В рамках настоящего договора «Заказчиком» могут выступать филиалы ООО СМО «Чулпан-Мед» в лице директоров филиалов работающие на основании доверенности.

II. Объем и качество лечебно-профилактической помощи

2.1. Исполнитель обязан обеспечивать соответствие медицинских услуг, по реабилитационно-восстановительному лечению в учреждениях санаторно-курортного типа, гражданам оказываемой медицинской помощи по существующим стандартам и технологиям.

2.2. Исполнитель оказывает застрахованному контингенту медицинские услуги, по реабилитационно-восстановительному лечению в учреждениях санаторно-курортного типа, виды и объем которых устанавливаются согласованным сторонами перечнем медицинских услуг в соответствии с прейскурантом цен (приложение №2) и/или с лечебными программами (приложения № 1), являющимися неотъемлемой частью настоящего договора. Тарифы на медицинские услуги, по реабилитационно-восстановительному лечению в учреждениях санаторно-курортного типа, могут пересматриваться (индексироваться) с учетом роста цен и инфляционных ожиданий.

2.3. Исполнитель обязан поставить в известность Заказчика о возникших обстоятельствах, которые в ближайшее время могут привести к нарушению требований профессиональных стандартов, сокращению вида, объема и изменению тарифа на медицинские услуги, по реабилитационно-восстановительному лечению в учреждениях санаторно-курортного типа.

2.4. При невозможности Исполнителем выполнить требования п.п.2.1, 2.2 настоящего договора Заказчик вправе по своему усмотрению перевести застрахованных граждан для получения медицинских услуг, по реабилитационно-восстановительному лечению в другие учреждения санаторно-курортного типа.

III. Численность застрахованного контингента

3.1. Численность Застрахованного контингента формируется согласно заявок.

IV. Стоимость работ и порядок расчетов

4.1. Заказчик оплачивает медицинские услуги, по реабилитационно-восстановительному лечению в учреждениях санаторно-курортного типа, оказываемые Исполнителем застрахованному контингенту, в соответствии с прейскурантом цен (приложение №2) и/или с лечебными программами (приложение №1), согласованными между Заказчиком и Исполнителем.

4.2. Исполнитель предоставляет Заказчику все необходимые документы для оплаты не позднее 5-ти рабочих дней после окончания срока лечения застрахованного контингента. При невозможности своевременного предоставления оригиналов документов, допускается направление факсимильных копий с последующей заменой на оригиналы.

Заказчик оплачивает медицинскую помощь, оказанную застрахованному контингенту Исполнителем, безналичным перечислением не позднее 10 дней с момента получения от Исполнителя, акта приёма-сдачи выполненных работ (приложение № 4), приложения к акту с указанием перечня оказанных медицинских услуг в соответствии с лечебными программами (приложение № 5), счета-фактуры. В счет-фактуре в графе «Наименование товара» должно быть указано «Медицинские услуги согласно акта»

4.3. Акт выполненных работ может быть подписан директором филиала «Заказчика», имеющий соответствующие полномочия в соответствии с выданной доверенностью, только после подписания «Заказчиком» акта медико-экономической экспертизы.

4.4. По соглашению сторон расчёты между Заказчиком и Исполнителем могут осуществляться в порядке предварительной оплаты – аванса за оказанные услуги, а также в иных формах безналичных расчётов, предусмотренных действующим законодательством. При предварительной оплате медицинских услуг Исполнитель предоставляет Заказчику авансовый счет, в графе «Наименование товара» которого должно быть указано «За медицинские услуги».

4.5. В течение первых 5-ти рабочих дней месяца следующего за отчетным кварталом, стороны производят выверку взаиморасчетов актом сверки (Приложение № 3) по оплате оказанных медицинских услуг застрахованному контингенту. Для производства взаиморасчетов Исполнитель предоставляет все необходимые документы. Окончательный расчет между сторонами производится в течение 10-ти календарных дней с момента подписания акта приема-передачи выполненных работ.

V. Порядок оказания лечебно-профилактической помощи

5.1. При оказании медицинских услуг Исполнитель контролирует срок действия страхового полиса Застрахованного.

5.2. Исполнитель оказывает медицинские услуги, по реабилитационно-восстановительному лечению застрахованному контингенту согласно режиму работы, установленному в учреждении и доведенного до Заказчика.

VI. Учет в медицинском учреждении

6.1. Исполнитель обязан вести учет:

- застрахованного контингента;
- вида, объема и сроков оказания медицинских услуг по реабилитационно-восстановительному лечению застрахованному контингенту;
- средств, поступающих от Заказчика;

6.2. Заказчик по требованию Исполнителя представляет полную информацию о юридическом адресе и полном наименовании предприятия, на котором работает застрахованный контингент.

VII. Контроль

7.1. Заказчик контролирует объем, сроки, обоснованность, качество оказываемой Исполнителем медицинские услуги по реабилитационно-восстановительному лечению, соответствие требованиям стандартов помощи больным, настоящего договора.

7.2. Контроль оказания медицинской помощи осуществляется путем проверок – экспертиз качества медицинских услуг по реабилитационно-восстановительному лечению, проводимых представителем Заказчика – врача-эксперта, имеющий при себе:

- документ, удостоверяющий личность,
- удостоверение врача эксперта.

Проверка осуществляется по мере необходимости. Результаты проверок доводятся Заказчиком до сведения Исполнителя актом экспертизы, подписанным Заказчиком.

7.3. Исполнитель обязан обеспечить представителю Заказчика, осуществляющего проверку, свободное ознакомление с деятельностью Исполнителя, связанной с исполнением данного договора.

VIII. Антикоррупционная оговорка.

8.1. При исполнении своих обязательств по Договору, Стороны, их аффилированные лица, работники или посредники не выплачивают, не предлагают выплатить и не разрешают выплату каких-либо денежных средств или ценностей, прямо или косвенно, любым лицам, для оказания влияния на действия или решения этих лиц с целью получить какие-либо неправомерные преимущества или иные неправомерные цели. При исполнении своих обязательств по Договору, Стороны, их аффилированные лица, работники или посредники не осуществляют действия, квалифицируемые применимым для целей Договора законодательством, как дача/получение взятки, коммерческий подкуп, а также действия, нарушающие требования применимого законодательства и международных актов о противодействии легализации (отмыванию) доходов, полученных преступным путем.

8.2. В случае возникновения у Стороны подозрений, что произошло или может произойти нарушение каких-либо положений предыдущего пункта, соответствующая Сторона обязуется уведомить другую Сторону в письменной форме. В письменном уведомлении Сторона обязана сослаться на факты или предоставить материалы, достоверно подтверждающие или дающие основание предполагать, что произошло или может произойти нарушение каких-либо положений настоящего пункта контрагентом, его аффилированными лицами, работниками или посредниками выражающееся в действиях, квалифицируемых применимым законодательством, как дача или получение взятки, коммерческий подкуп, а также действиях, нарушающих требования применимого законодательства и международных актов о противодействии легализации доходов, полученных преступным путем. После письменного уведомления, соответствующая Сторона имеет право приостановить исполнение обязательств по Договору до получения подтверждения, что нарушения не произошло или не произойдет. Это подтверждение должно быть направлено в течение десяти рабочих дней с момента направления письменного уведомления.

8.3. В случае нарушения одной Стороной обязательств воздерживаться от запрещенных в данном разделе действий и/или неполучения другой Стороной в установленный Договором срок подтверждения, что нарушения не произошло или не произойдет, другая Сторона имеет право расторгнуть Договор в одностороннем порядке полностью или в части, направив письменное уведомление о расторжении. Сторона, по чьей инициативе был расторгнут Договор в соответствии с положениями настоящего пункта, вправе требовать возмещения реального ущерба, возникшего в результате такого расторжения.

IX. Ответственность сторон.

9.1. В случае нарушения Исполнителем требований к качеству оказываемой лечебно-профилактической помощи (непредставления или предоставления застрахованному контингенту медицинских услуг ненадлежащего объема или качества) и организации учета, Заказчик вправе частично или полностью не возмещать Исполнителю затраты по оказанию лечебно-профилактической помощи.

9.2. Претензии сторон предъявляются в порядке и сроки, установленные действующим законодательством.

9.3. В случае возникновения спора стороны имеют право обратиться для проведения экспертизы качества медицинских услуг путем привлечения независимого эксперта.

9.4. При не достижении согласия сторонами споры решаются арбитражным судом.

9.5. При разглашении одной из сторон сведений, составляющих в соответствии с требованиями законодательства Российской Федерации врачебную тайну, виновная сторона несет ответственность согласно действующего законодательства РФ.

9.6. При исполнении своих обязанностей по настоящему договору «Заказчик» и «Исполнитель» обязуются обмениваться информацией касающейся «Застрахованного контингента» с соблюдением требований Федерального Закона от «27» июля 2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных».

X. Обстоятельства, освобождающие от ответственности.

10.1. Стороны освобождаются от ответственности за частичное или полное неисполнение обязательств по настоящему договору, если это неисполнение явилось следствием непреодолимой силы, возникшей после заключения настоящего договора /пожар, наводнение, землетрясения, иные явления природы, а также война, забастовки и другие обстоятельства по усмотрению сторон /.

10.2. При наступлении обстоятельств, указанных в п.9.1., сторона, для которой наступили эти обстоятельства, должна немедленно известить другую сторону.

XI. Уведомление и сообщение.

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

11.2. Стороны обязуются незамедлительно извещать друг друга обо всех изменениях своих адресов и реквизитов.

XII. Изменение и прекращение договора.

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

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

- по соглашению сторон, совершенному в письменном виде;
- по инициативе одной из сторон при условии письменного уведомления другой стороны не позднее, чем за 10 рабочих дней до прекращения договора.

XIII. Срок действия договора. Основания расторжения договора.

13.1. Настоящий договор вступает в силу с момента его подписания Сторонами и действует неопределенный срок.

13.2. Все изменения и дополнения к настоящему Договору оформляются Сторонами письменно в виде Приложений, дополнительных соглашений, подписываются уполномоченными лицами и являются неотъемлемыми частями настоящего договора.

XIV. Прочие условия.

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

XV. Конфиденциальность.

15.1. Предоставляемая Сторонами друг другу информация, связанная с предметом настоящего договора, в том числе информация о ценах и услугах, оказываемых Исполнителем, персональные данные застрахованных, а также информация о факте обращения застрахованного контингента к Исполнителю, считается конфиденциальной и может быть передана третьей стороне только в порядке, предусмотренном действующим законодательством Российской Федерации.

15.2. Сторона, разгласившая информацию вопреки настоящему договору, обязана возместить причиненные другой стороне убытки.

XV. Юридические адреса и банковские реквизиты сторон:

15.1. **Заказчик:** _____

15.2. **Исполнитель:** _____

«Заказчик»

«Исполнитель»

М.П.

М.П.

Приложение № 1
к договору № _____ / _____
от « » _____ 20__ г.

«Согласовано»

М.П.

«Утверждаю»

М.П.

**ЛЕЧЕБНЫЕ ПРОГРАММЫ
ПО РЕАБИЛИТАЦИОННО-ВОССТАНОВИТЕЛЬНОМУ ЛЕЧЕНИЮ**

Приложение № 2
к договору № _____ / _____
от «___» _____ 20___ г.

«Согласовано»

«Утверждаю»

М.П.

М.П.

Прейскурант цен на медицинские услуги

Приложение № 3
к договору № _____ / _____
от «___» _____ 20__ г.

**АКТ сверки
дебиторской и кредиторской задолженности.**

Мы, нижеподписавшиеся, глав. Бухгалтер _____, с одной стороны и глав. бухгалтер _____, с другой стороны составили акт сверки дебиторской и кредиторской задолженности на «___» _____ 20__ г.

	ДТ	КТ	ДТ	КТ
1. Остаток на начало года (_____)				
2. Общая перечисл. сумма за 20__ г.				
3. Оказанные услуги за 20__ г.				
4. Остаток на _____				

Ведомость операций прилагается.

Главный бухгалтер

Главный бухгалтер

Приложение № 4
к договору № _____ / _____
от «__» _____ 20__ г.

А К Т № _____ от «__» _____ 20__ г.

_____, именуемый в дальнейшем «Исполнитель», в лице _____, с одной стороны, и _____, в лице _____, именуемый в дальнейшем «Заказчик», с другой стороны составили акт о нижеследующем:

1. Исполнитель выполнил работу согласно договору на оказание медицинских услуг по реабилитационно-восстановительному лечению следующих застрахованных работников Заказчика:

№	ФИО	Дата рожд.	Адрес	Паспортные данные	Наименование мед. программы	№ договор а	Дата пребывания на лечении	Счет к оплате	№ плат. поручен ия	Цена

2. Общая стоимость выполненных работ по акту составляет _____ числами ___ и ___ прописью _____ рублей.

3. Претензий по выполненным работам «Заказчик» не имеет.

4. Настоящий акт составлен в двух экземплярах (по одному для каждой стороны).

«Заказчик»

«Исполнитель»

М.П.

М.П.

Приложение № 5
к договору № _____ / _____
от «__» _____ 20__ - г.

Приложение
к акту № _____
от «__» _____ 20__ г.

Перечень медицинских услуг, оказанных _____ ФИО _____ застрахованного _____

№ п/п	Медицинские услуги	Кол-во процедур

Общая стоимость оказанных медицинских услуг _____

_____ цифрами и прописью _____ рублей

Руководитель ЛПУ _____

Главный бухгалтер ЛПУ _____

м.п.

**Образец. В форму бланка могут быть внесены
изменения не противоречащие Правилам***Вариант (На годовое прикрепление)***ДОГОВОР №****о предоставлении медицинских услуг по программе годового прикрепления**

« » 20...г.

Общество с ограниченной ответственностью Страховая медицинская организация «Чулпан-Мед», именуемое в дальнейшем **«Заказчик»**, в лице _____, действующего на основании лицензии _____, выданной _____ с одной стороны, и медицинская организация _____ именуемое в дальнейшем **«Исполнитель»**, в лице _____, действующего на основании Устава и лицензии № _____ г., с другой стороны, заключили настоящий договор о нижеследующем:

1. Предмет Договора

1.1 Заказчик поручает, а «Исполнитель» принимает на себя обязательства по медицинскому обслуживанию Застрахованных лиц «Заказчика» (далее «Застрахованные») в соответствии с Программой (Приложение № 1 к настоящему Договору), Прейскурантом цен на медицинские услуги (Приложение № 2 к настоящему Договору) являющимися неотъемлемой частью настоящего Договора.

2. Права и Обязательства Сторон**2.1. Права и Обязательства Заказчика:****2.1.1 Заказчик обязуется:**

2.1.1.1. Предоставлять «Исполнителю» списки Застрахованных, имеющих право на получение медицинских услуг в соответствии с условиями настоящего Договора, на бумажных и магнитных носителях с указанием следующих данных: Фамилия, Имя, Отчество, дата рождения, адрес, телефон, № страхового полиса, срок прикрепления, место работы и должность.

2.1.1.2. Своевременно информировать «Исполнителя» об изменениях в списочном составе Застрахованных. Изменения в списочном составе принимаются к исполнению «Исполнителем» только после предоставления письма (оригинала или его факсимильной копии с последующим предоставлением оригинала документа).

2.1.1.3. Производить оплату оказанных медицинских услуг в соответствии с условиями раздела 3 настоящего Договора.

2.1.1.4. Ознакомить Застрахованных с порядком оказания медицинских услуг и правилами внутреннего распорядка «Исполнителя».

2.1.1.5. Вести учет всех платежных документов, поступивших от «Исполнителя».

2.1.2. Заказчик имеет право:

2.1.2.1. Требовать от «Исполнителя» надлежащего выполнения принятых ею обязательств по настоящему Договору.

2.1.2.2. Вносить изменения в списочный состав Застрахованных, прикрепленных на медицинское обслуживание.

2.1.2.3. В пределах всего срока действия настоящего Договора осуществлять медико-экономическую экспертизу оказанной медицинской помощи Застрахованным.

2.2. Права и Обязательства «Исполнителя»:**2.2.1 «Исполнитель» обязуется:**

2.2.1.1. Оказывать качественную медицинскую помощь, виды и объем которой определены Программой (Приложение № 1 к настоящему Договору), являющейся неотъемлемой частью настоящего Договора, только при наличии у Застрахованного страхового медицинского полиса и документа, удостоверяющий личность Застрахованного.

2.2.1.2. Выдавать Застрахованным необходимую медицинскую документацию, включая лист временной нетрудоспособности, в соответствии с действующим законодательством РФ.

2.2.1.3. Вести учет вида, объема, сроков и стоимости оказания медицинских услуг Застрахованным Заказчика.

2.2.1.4. Формировать платежно-расчетные документы .

2.2.1.5. Предоставлять уполномоченным сотрудникам Заказчика возможность ознакомления с медицинской документацией «Исполнителя», имеющей непосредственное отношение к обслуживанию Застрахованных Заказчика.

2.2.1.6. При внесении изменений в Прейскурант цен на медицинские услуги (Приложение № 2 к настоящему Договору), письменно информировать Заказчика не позднее, чем за 14 (четырнадцать) календарных дней до введения их в действие.

2.2.1.7. Согласовывать с Заказчиком оказание Застрахованному медицинских услуг, не входящих в Программу (Приложение № 1 к настоящему Договору);

2.2.2. «Исполнитель» имеет право:

2.2.2.1. Требовать от Заказчика выполнения обязательств, взятых на себя согласно настоящему Договору.

2.2.2.2. При выявлении у Застрахованного заболевания (состояния), не входящего в Программу (Приложение № 1 к настоящему Договору), информировать об этом Заказчика.

2.2.2.3. «Исполнитель» вправе отказать Застрахованному в лечении, медицинских услугах в следующих случаях:

- Лечение не предусмотрено условиями настоящего Договора;
- Застрахованный нарушил медицинские предписания и лечебно-охранительный режим медицинской организации с доведением информации об инциденте до сведения Заказчика;
- Отсутствуют технические и/или организационные возможности оказания конкретных видов услуг.

3. Цены. Порядок расчетов. Размеры и сроки платежей

3.1 «Заказчик» перечисляет аванс единым платежом не позднее 5 банковских дней с момента прикрепления застрахованных на медицинское обслуживание. Размер аванса указан в Приложении №3.

3.2 Платежи производятся в безналичном порядке на расчетный счет «Исполнителя», с указанием в платежном поручении назначения платежа.

3.3 Оплата услуг, не входящих в программу медицинского обслуживания производится либо по гарантийному письму «Заказчика» перечислением на расчетный счет «Исполнителя», либо пациентом в кассу «Исполнителя».

3.4 Оплата по гарантийному письму производится в течение 5 банковских дней с момента получения счета по ценам действующего прейскуранта (Приложение №2)

3.5 В случае досрочного прекращения медицинского обслуживания «Исполнитель» производит возврат денежных средств «Заказчику», за вычетом стоимости оказанных медицинских услуг по ценам действующего прейскуранта (Приложение №2), с учетом ранее списанных сумм за предыдущие кварталы.

3.6 Медицинское обслуживание застрахованных «Заказчика» осуществляется с момента перечисления денег на расчетный счет «Исполнителя».

3.7 «Исполнитель» вправе по согласованию с «Заказчиком» пересмотреть размер аванса. «Исполнитель» обязан в письменной форме уведомить «Заказчика» за 15 дней до предполагаемых изменений. Измененный размер аванса будет действовать для вновь прикрепляемых клиентов «Заказчика».

3.8 «Исполнитель» ежеквартально погашает стоимость услуг, пропорционально длительности отчетного периода.

3.9 Стороны ежеквартально подписывают акт выверки взаиморасчетов об оказании медицинских услуг за отчетный период.

4. Антикоррупционная оговорка.

4.1. При исполнении своих обязательств по Договору, Стороны, их аффилированные лица, работники или посредники не выплачивают, не предлагают выплатить и не разрешают выплату каких-либо денежных средств или ценностей, прямо или косвенно, любым лицам, для оказания влияния на действия или решения этих лиц с целью получить какие-либо неправомерные преимущества или иные неправомерные цели. При исполнении своих обязательств по Договору, Стороны, их аффилированные лица, работники или посредники не осуществляют действия, квалифицируемые применимым для целей Договора законодательством, как дача/получение взятки, коммерческий подкуп, а также действия, нарушающие требования применимого законодательства и международных актов о противодействии легализации (отмыванию) доходов, полученных преступным путем.

4.2. В случае возникновения у Стороны подозрений, что произошло или может произойти нарушение каких-либо положений предыдущего пункта, соответствующая Сторона обязуется уведомить другую Сторону в письменной форме. В письменном уведомлении Сторона обязана сослаться на факты или предоставить материалы, достоверно подтверждающие или дающие основание предполагать, что произошло или может произойти нарушение каких-либо положений настоящего пункта контрагентом, его аффилированными лицами, работниками или посредниками выражающееся в действиях, квалифицируемых применимым законодательством, как дача или получение взятки, коммерческий подкуп, а также действиях, нарушающих требования применимого законодательства и международных актов о противодействии легализации доходов, полученных преступным путем. После письменного уведомления, соответствующая Сторона имеет право приостановить исполнение обязательств по Договору до получения подтверждения, что нарушения не произошло или не произойдет. Это подтверждение должно быть направлено в течение десяти рабочих дней с момента направления письменного уведомления.

4.3. В случае нарушения одной Стороной обязательств воздерживаться от запрещенных в данном разделе действий и/или неполучения другой Стороной в установленный Договором срок подтверждения, что нарушения не произошло или не произойдет, другая Сторона имеет право расторгнуть Договор в одностороннем порядке полностью или в части, направив письменное уведомление о расторжении. Сторона, по чьей инициативе был расторгнут Договор в соответствии с положениями настоящего пункта, вправе требовать возмещения реального ущерба, возникшего в результате такого расторжения.

5. Ответственность Сторон

5.1. За неисполнение или ненадлежащее исполнение обязательств по настоящему Договору Стороны несут ответственность, установленную законодательством РФ и настоящим Договором.

5.2. При возникновении обстоятельств непреодолимой силы, т.е. обстоятельств, независящих от волеизъявления Сторон (стихийные бедствия, наводнения, бури, землетрясения, ураганные ветры, вихри, обвалы, просадки грунта, взрыв газа, аварии отопительной системы, водопроводных и канализационных сетей, военные действия, гражданская война, умышленные вредительства или забастовки со стороны третьих лиц), возникших после заключения настоящего Договора, препятствующих выполнению обязательств Сторон по настоящему Договору и делающих выполнение их обязательств невозможным, выполнение настоящего Договора приостанавливается в соответствии с действующим Законодательством.

5.3. При исполнении своих обязанностей по настоящему договору «Заказчик» и «Исполнитель» обязуются обмениваться информацией касающейся «Застрахованного контингента» с соблюдением требований Федерального Закона от «27» июля 2006 г. №152-ФЗ «О персональных данных».

5.4. При разглашении одной из сторон сведений, составляющих врачебную тайну (в соответствии со ст.61 «Основ законодательства РФ об охране здоровья граждан» № 5487-1), виновная сторона несет ответственность согласно действующему законодательству.

6. Уведомления и сообщения

6.1. Все уведомления и сообщения, направляемые Сторонами в связи с исполнением настоящего Договора, должны быть сделаны в письменной форме.

6.2. Стороны обязуются в пятидневный срок извещать друг друга об изменении своих адресов или реквизитов.

7. Срок действия, изменение и прекращение Договора

7.1 Настоящий Договор вступает в силу с « » 20 года и действует по « » 20 года.

7.2 Условия Договора могут быть изменены или дополнены в связи с принятием законодательных актов или по предложению одной из Сторон. Предложения Сторон об изменении или дополнении условий Договора рассматриваются в течение 2 недель с момента поступления. Изменения и дополнения к настоящему Договору будут считаться имеющими силу, если они выполнены в письменной форме и подписаны обеими Сторонами.

Настоящий Договор может быть расторгнут до окончания срока его действия в случаях

- ликвидации одной из Сторон;
- по соглашению Сторон, совершенному в письменном виде;
- по инициативе одной из Сторон, при существенном нарушении другой Стороной условий Договора, в порядке, предусмотренном действующим законодательством Российской Федерации.

8.Порядок разрешения споров

8.1.Все споры и разногласия, которые могут возникнуть из настоящего Договора или в связи с ним, будут по возможности решаться путем переговоров между Заказчиком и Поликлиникой.

8.2В случае, если споры и разногласия не будут решены путем переговоров, они подлежат разрешению в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

9.Конфиденциальность

9.1 Предоставляемая Сторонами друг другу информация, связанная с предметом настоящего договора, в том числе информация о ценах и услугах, оказываемых Исполнителем, персональные данные застрахованных, а также информация о факте обращения застрахованного контингента к Исполнителю, считается конфиденциальной и может быть передана третьей стороне только в порядке, предусмотренной действующим законодательством Российской Федерации.

10.Заключительные положения

10.1 По вопросам, не предусмотренным настоящим Договором, Стороны руководствуются Законодательством Российской Федерации.

10.2 Настоящий Договор составлен в двух экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу: один экземпляр находится у «Заказчика», другой – у «Исполнителя».

10.3. Приложения №1, 2, 3 являются неотъемлемыми частями настоящего Договора.

11. Юридические адреса и реквизиты Сторон

ЗАКАЗЧИК : _____

ИСПОЛНИТЕЛЬ: _____

ИНН /КПП _____ ОГРН _____

ОКПО _____

К/С _____ Р/С _____

БИК _____

Тел.: _____ e-mail: _____

ЗАКАЗЧИК

ИСПОЛНИТЕЛЬ

Приложение №1
к Договору № ____ / ____
от « ____ » _____ 20__ г.

СОГЛАСОВАНО _____

УТВЕРЖДАЮ _____

ПРЕЙСКУРАНТ ЦЕН НА МЕДИЦИНСКИЕ УСЛУГИ

Приложение №2

к Договору № ____

от _____

Объем программ медицинского обслуживания во взрослом отделении:

От Исполнителя

От Заказчика

Приложение №3
к Договору № ____
от _____

Размер аванса годового медицинского обслуживания

Наименование программы			

К размеру аванса годового медицинского обслуживания вводятся коэффициенты:

Информация поступает из списков прикрепленных.

От Исполнителя

От Заказчика

Приложение 17
к Правилам добровольного
медицинского страхования
**Образец. В форму бланка могут быть
внесены
изменения не противоречащие Правилам**

ДОГОВОР №
**на лекарственное обеспечение по добровольному
медицинскому страхованию**

г. _____ “ ” 20 _____ г.

Общество с ограниченной ответственностью Страховая медицинская организация “Чулпан-Мед” (в дальнейшем по тексту - Заказчик), в лице _____, с одной стороны, и

_____ (в дальнейшем по тексту – Исполнитель), имеющее лицензию № _____ (наименование)

от “ ” _____ г., выданную _____ в лице _____ (наименование комиссии, выдавшей лицензию)

_____, действующего на основании _____, (должность, Ф.И.О. лица, подписавшего договор)

с другой стороны, именуемые в дальнейшем совместно «Стороны» и каждая в отдельности «Сторона», заключили настоящий договор о нижеследующем:

1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

1.1. По настоящему договору Исполнитель принимает на себя обязательство по обеспечению лекарственной помощи застрахованным гражданам, которым Заказчиком выдан страховой медицинский полис на основании договора медицинского страхования при наступлении страхового случая. Указанные граждане именуются в дальнейшем “Застрахованный контингент”.

1.2. Основанием для обращения Застрахованного к Исполнителю является страховой медицинский полис, рецепт врача (с информацией о номере полиса ДМС, номере амбулаторной карты (при наличии), номера медицинской карты стационарного больного, диагноза по коду МКБ-10, даты выписки рецепта, срока действия рецепта, подпись и личная печать лечащего врача, штампа медицинской организации), направление, выданная Заказчиком и документ, удостоверяющий личность.

2. ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

2.1. Исполнитель обязуется:

Осуществлять отпуск лекарственных препаратов на основании: страхового медицинского полиса, рецепта врача (с информацией о номере полиса ДМС, номере амбулаторной карты (при наличии), номера медицинской карты стационарного больного, диагноза по коду МКБ-10, даты выписки рецепта, срока действия рецепта, подпись и личная печать лечащего врача, штампа медицинской организации), направления, выданная Заказчиком и документа, удостоверяющего личность.

2.1.1. Формировать и представлять Заказчику счета-реестры за лекарственные препараты.

2.1.2. Обеспечивать представителю Заказчика свободное ознакомление с документацией, связанной с исполнением настоящего Договора.

2.1.3. В срок до _____ числа, следующего за отчетным, осуществлять совместно с Заказчиком контроль на достоверность предъявленных к оплате счетов и реестров по стоимости и ценам отпущенных лекарственных препаратов. Результаты проверки оформляются совместным актом.

2.1.4. Исполнитель обязан вести учет средств, поступающих от Заказчика.

2.1.5. Исполнитель обязан вести учет соответствия страхового медицинского полиса застрахованного с базой данных Заказчика.

2.2. Заказчик обязуется:

2.2.1. Производить оплату лекарственных препаратов в порядке, установленном в разделе 3 настоящего договора.

2.2.2. В срок до _____ числа, следующего за отчетным, осуществлять совместно с Исполнителем контроль на достоверность предъявленных к оплате счетов и реестров по стоимости и ценам отпущенных лекарственных препаратов. Результаты проверки оформляются совместным актом.

3. СТОИМОСТЬ РАБОТ И ПОРЯДОК РАСЧЕТОВ

3.1. Заказчик оплачивает лекарственную помощь, оказанную Исполнителем застрахованному контингенту в соответствии с прейскурантом цен на лекарственные препараты, согласованным между Заказчиком и Исполнителем (Приложение № _____). При изменении прейскуранта или внесении в него изменений Исполнитель обязан информировать Заказчика не позднее, чем за 30 дней до вступления их в силу. Цены могут изменяться не более _____ раз в течение календарного года.

3.2. Оплата за лекарственную помощь, оказанных Исполнителем производится исходя из фактических затрат на оказание лекарственной помощи по ценам, согласованным между Заказчиком и Исполнителем. Расчеты осуществляются ежемесячно платежным поручением по предъявлению счетов (счетов-фактур) за фактически оказанные в отчетном периоде лекарственную помощь с учетом согласованных обеими Сторонами результатов проведенного контроля на достоверность предъявленных к оплате счетов и реестров по стоимости и ценам отпущенных лекарственных препаратов, актов приема-сдачи выполненных работ (Приложение № _____). Все указанные документы заверяются печатью и подписями руководителей.

3.3. По соглашению сторон расчеты между Заказчиком и Исполнителем могут осуществляться в порядке предварительной оплаты – аванса. Размер аванса согласовывается Исполнителем и Заказчиком.

3.4. В течение первых 10-ти рабочих дней месяца, следующего за отчетным кварталом, стороны производят выверку взаиморасчетов по оплате оказанных лекарственной помощи Застрахованному контингенту.

Исполнитель представляет Заказчику акт сверки расчетов. Окончательный расчет между сторонами производится в течение 10 рабочих дней с даты подписания акта приема-сдачи выполненных работ.

3.5. В случае досрочного расторжения или прекращения срока действия настоящего договора стороны производят окончательные взаиморасчеты в сроки, не превышающие _____ банковских дней после прекращения договорных отношений. После завершения взаиморасчетов Стороны подписывают двусторонний акт выверки взаиморасчетов.

3.6. В случае досрочного расторжения настоящего договора неиспользованная сумма аванса возвращается Заказчику в течение _____ банковских дней с даты расторжения настоящего договора.

4. ПОРЯДОК ОКАЗАНИЯ ЛЕКАРСТВЕННОЙ ПОМОЩИ

4.1. При оказании лекарственной помощи Исполнитель контролирует срок действия страхового полиса застрахованного, направление на лекарственную помощь, выданную Заказчиком, дата выписки и срок действия рецепта.

4.2. Лекарственная помощь, предусмотренная настоящим договором, застрахованному контингенту оказывается согласно режиму работы Исполнителя.

5. ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ УСЛОВИЯ

5.1. Исполнитель оказывает лекарственную помощь исходя из договора страхования согласованным сторонами перечнем и прейскурантом цен на лекарственные препараты, являющимся неотъемлемой частью настоящего договора (Приложение № _____).

Копии лицензии, приложений к ней, перечни и прейскуранты цен на лекарственные препараты являются неотъемлемыми частями настоящего договора.

5.2. При отсутствии необходимого препарата у Исполнителя, указанного в договоре страхования, Исполнитель может предложить синонимический лекарственный препарат³ без оформления нового рецепта, если его стоимость не превышает стоимости выписанного лекарства или закажут выписанное лекарство.

5.3. Исполнитель должен поставить в известность Заказчика о возникших обстоятельствах, которые могут привести к нарушению требований пунктов 5.1 и 5.2 настоящего договора.

5.4. При невозможности Исполнителем выполнить требования пунктов 2.1 - 2.2 настоящего договора Заказчик вправе по своему усмотрению расторгнуть в одностороннем порядке настоящий договор.

6. АНТИКОРРУПЦИОННАЯ ОГОВОРКА.

6.1. При исполнении своих обязательств по Договору, Стороны, их аффилированные лица, работники или посредники не выплачивают, не предлагают выплатить и не разрешают выплату каких-

³ Синонимическими лекарственными препаратами считаются средства, имеющие одинаковое международное непатентованное наименование. Например, если выписан препарат «Парацетамол», при его отсутствии может быть предложен «Панадол»

либо денежных средств или ценностей, прямо или косвенно, любым лицам, для оказания влияния на действия или решения этих лиц с целью получить какие-либо неправомерные преимущества или иные неправомерные цели. При исполнении своих обязательств по Договору, Стороны, их аффилированные лица, работники или посредники не осуществляют действия, квалифицируемые применимым для целей Договора законодательством, как дача/получение взятки, коммерческий подкуп, а также действия, нарушающие требования применимого законодательства и международных актов о противодействии легализации (отмыванию) доходов, полученных преступным путем.

6.2. В случае возникновения у Стороны подозрений, что произошло или может произойти нарушение каких-либо положений предыдущего пункта, соответствующая Сторона обязуется уведомить другую Сторону в письменной форме. В письменном уведомлении Сторона обязана сослаться на факты или предоставить материалы, достоверно подтверждающие или дающие основание предполагать, что произошло или может произойти нарушение каких-либо положений настоящего пункта контрагентом, его аффилированными лицами, работниками или посредниками выражающееся в действиях, квалифицируемых применимым законодательством, как дача или получение взятки, коммерческий подкуп, а также действиях, нарушающих требования применимого законодательства и международных актов о противодействии легализации доходов, полученных преступным путем. После письменного уведомления, соответствующая Сторона имеет право приостановить исполнение обязательств по Договору до получения подтверждения, что нарушения не произошло или не произойдет. Это подтверждение должно быть направлено в течение десяти рабочих дней с момента направления письменного уведомления.

6.3. В случае нарушения одной Стороной обязательств воздерживаться от запрещенных в данном разделе действий и/или неполучения другой Стороной в установленный Договором срок подтверждения, что нарушения не произошло или не произойдет, другая Сторона имеет право расторгнуть Договор в одностороннем порядке полностью или в части, направив письменное уведомление о расторжении. Сторона, по чьей инициативе был расторгнут Договор в соответствии с положениями настоящего пункта, вправе требовать возмещения реального ущерба, возникшего в результате такого расторжения.

7. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН

7.1. За неисполнение или ненадлежащее исполнение обязательств по настоящему договору стороны несут ответственность, установленную настоящим договором и действующим законодательством РФ.

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. При исполнении своих обязанностей по настоящему договору Заказчик и Исполнитель обязуется обмениваться информацией касающиеся «Застрахованного контингента» с соблюдением требований Федерального закона от 27.07.2006 №152-ФЗ «О персональных данных».

8. УВЕДОМЛЕНИЕ И СООБЩЕНИЕ

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

8.2. Стороны обязуются незамедлительно извещать друг друга обо 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. Настоящий договор вступает в силу со дня подписания его сторонами и действует до «_____»

20_____ г.

11.ФОРС-МАЖОРНЫЕ ОБСТОЯТЕЛЬСТВА

11.1. При возникновении форс-мажорных обстоятельств, не зависящих и не могущих зависеть от волеизъявления сторон, препятствующих выполнению Сторонами обязательств по настоящему договору, и делающих невозможным исполнение обязательств по договору, действие договора приостанавливается на время действия таких обстоятельств. Обязанность доказать возникновение таких обстоятельств лежит на Стороне договора, выполнению обязательств которой препятствуют форс-мажорные обстоятельства.

12.ПРОЧИЕ УСЛОВИЯ

12.1. По вопросам, не предусмотренным настоящим договором, Стороны руководствуются законодательством Российской Федерации.

12.2. Исполнитель обязан предоставить Заказчику возможность размещения в помещениях Исполнителя информации о видах медицинской помощи, предусмотренные настоящим договором.

13.КОНФИДЕНЦИАЛЬНОСТЬ

13.1.Предоставляемая Сторонами друг другу информация, связанная с предметом настоящего договора, в том числе информация о ценах и услугах, оказываемых Исполнителем, персональные данные застрахованных, а также информация о факте обращения застрахованного контингента к Исполнителю считается конфиденциальной и может быть передана третьей стороне только в порядке предусмотренной действующим законодательством Российской Федерации.

14. Юридические адреса и банковские реквизиты сторон

ИНН /КПП _____
ОГРН _____
ОКПО _____
К/С _____
Р/С _____
БИК _____
Тел.: _____
e-mail: _____

ЗАКАЗЧИК

ИСПОЛНИТЕЛЬ

Пронумеровано, прошнуровано
и скреплено печатью
80 (восемьдесят листов)



Б.А.Галяутдинов