

**ОБЩЕСТВО С ОГРАНИЧЕННОЙ ОТВЕТСТВЕННОСТЬЮ
СТРАХОВОЕ ОБЩЕСТВО «ГЕОПОЛИС»**

«УТВЕРЖДАЮ»

ООО СО «ГЕОПОЛИС»

Генеральный директор
ООО СО «Геополис»

Лицензия Центрального Банка
Российской Федерации
СЛ № 2397 от 03.09.2015 г.



Утверждены 30.09.2016г.

**П Р А В И Л А
ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ №2**

1. Общие положения;
2. Субъекты страхования;
3. Объект страхования;
4. Страховой случай. Страховые риски;
5. Исключения из страхового покрытия;
6. Страховая сумма. Размер и порядок уплаты страховой премии (страховых взносов);
7. Срок действия договора страхования;
8. Заключение договора страхования. Вступление договора в силу;
9. Права и обязанности сторон;
10. Порядок и условия осуществления страховой выплаты;
11. Отказ в страховой выплате;
12. Прекращение действия договора страхования;
13. Порядок разрешения споров;
14. Приложения.

1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ.

1.1. В соответствии с действующим законодательством и настоящими Правилами добровольного медицинского страхования (далее – Правила) Общество с ограниченной ответственностью Страхование общество «Геополис» (далее - Страховщик) заключает договоры добровольного медицинского страхования, на условиях которых Застрахованному гарантируется организация и финансирование медицинских и иных услуг определенного перечня и качества в объеме программ добровольного медицинского страхования, разрабатываемых Страховщиком и являющихся неотъемлемой частью договора страхования.

1.2. Основные термины, используемые в настоящих Правилах.

Страховщик: Общество с ограниченной ответственностью Страхование общество «Геополис».

Страхователь - лицо, заключившее со Страховщиком договор страхования.

Застрахованное лицо (Застрахованный) - физическое лицо, в отношении которого заключен договор страхования.

Страховая сумма - определенная договором страхования максимальная денежная сумма, в пределах которой Страховщик обязуется осуществить страховую выплату (оплатить оказанные медицинские услуги, исходя из условий договора страхования), из страховой суммы определяется размер страховой премии (страхового взноса).

Страховая премия - плата за страхование, которую Страхователь обязан уплатить Страховщику в порядке и сроки, определенные договором страхования. Часть страховой премии либо полностью страховая премия, уплачиваемая Страхователем, являются страховым взносом.

Страховой тариф - ставка страховой премии (страхового взноса) в процентах от страховой суммы.

Страховой риск - предполагаемое событие, на случай наступления которого проводится страхование.

Страховой случай - совершившееся событие, предусмотренное договором страхования, с наступлением которого возникает обязанность Страховщика произвести страховую выплату.

Страховая выплата - денежная сумма, которую Страховщик в соответствии с договором страхования обязан выплатить при наступлении страхового случая.

Договор страхования (полис) - письменное соглашение между Страхователем и Страховщиком, в силу которого Страховщик обязуется за обусловленную договором плату организовать и финансировать (выплатить страховое возмещение) предоставление Застрахованным лицам медицинской помощи определенного объема или иных услуг по страховым программам, а Страхователь обязуется уплатить страховую премию (страховые взносы) в установленные договором страхования сроки и в соответствующем размере.

Персональные данные - информация, относящаяся к определенному или определяемому на основании такой информации физическому лицу (субъекту персональных данных). Персональными данными в рамках договора добровольного медицинского страхования признаются, в том числе: фамилия, имя, отчество, дата (год, месяц, день) рождения, паспортные данные, адрес постоянной и временной регистрации, адрес проживания, контактные телефоны, адрес электронной почты, сведения о членах семьи, сведения о состоянии здоровья, о заболеваниях, а также о случаях обращения Застрахованного лица за медицинской помощью, сведения о трудовой деятельности.

Страховая программа - виды обслуживания, медицинской помощи, страховые риски и возможные расходы, на которые распространяется договор страхования (полис).

1.3. Страхование проводится в индивидуальной и коллективной форме.

2. СУБЪЕКТЫ СТРАХОВАНИЯ.

2.1. Страхователями по договору страхования могут выступать:

2.1.1. Дееспособные физические лица, являющиеся гражданами России, иностранными гражданами или лицами без гражданства.

2.1.2. Юридические лица любой организационно-правовой формы, зарегистрированные и действующие в соответствии с законодательством Российской Федерации.

2.2. Страховщиком выступает страховая организация, получившая Лицензию на осуществление страховой деятельности по данному виду.

2.3. Застрахованный - физическое лицо, о страховании которого заключен договор в соответствии с настоящими Правилами.

Договоры страхования могут заключаться, по выбору страховщика, как без предварительного медицинского освидетельствования, так и с предварительным медицинским освидетельствованием Застрахованных.

2.4. На страхование не принимаются:

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

- больные онкологическими заболеваниями и системными заболеваниями крови.

3. ОБЪЕКТ СТРАХОВАНИЯ.

3.1. Объектом страхования являются имущественные интересы Застрахованного, связанные с риском возникновения затрат на оказание ему медицинской помощи и иных услуг в объеме и на условиях договора страхования при возникновении страхового случая.

3.2. По договору страхования Застрахованный имеет право на получение медицинских и иных услуг в медицинских организациях и у частнопрактикующих медицинских работников, имеющих соответствующую лицензию (далее - медицинских организациях), а также сервисных организациях, перечисленных в договоре страхования (страховом Полисе/страховой карте) и/или в программе добровольного медицинского страхования, которая является неотъемлемой частью договора страхования. Медицинские и иные услуги оказываются медицинскими и сервисными организациями по договору со Страховщиком.

Страховщик несет ответственность за номенклатуру, качество, сервис и условия предоставления медицинской помощи, оказанной по программам добровольного медицинского страхования, только в этих организациях и не несет ответственности при оказании медицинской помощи вне этих организаций.

4. СТРАХОВОЙ СЛУЧАЙ. СТРАХОВЫЕ РИСКИ.

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

4.2. Страховым случаем признается обращение Застрахованного в течение срока действия договора страхования в медицинские организации, предусмотренные договором страхования и/или программой добровольного медицинского страхования, при остром заболевании, обострении хронического заболевания, инфекции, травме, отравлении для получения медицинских и иных услуг, оговоренных в договоре страхования и/или в программе добровольного медицинского страхования.

Программой добровольного медицинского страхования может быть предусмотрено получение Застрахованным лечебной, консультативной, реабилитационной, бальнеологической, профилактической, диагностической, фармакологической и иной помощи.

4.3. Договор страхования может быть заключен на условиях страхования от следующих страховых рисков:

4.3.1. Риска возникновения событий, требующих оказания медицинских и иных услуг в форме амбулаторно-поликлинической помощи.

При заключении договора страхования на таких условиях Страховщик гарантирует Застрахованному организацию, предоставление и оплату медицинских и иных услуг в объеме и на условиях, оговоренных договором страхования, при амбулаторно-поликлиническом лечении в медицинских организациях и иных организациях в соответствии с программой добровольного медицинского страхования, выбранных Страхователем при заключении договора страхования;

4.3.2. Риска возникновения обстоятельств, требующих оказания медицинских и иных услуг в форме стационарной помощи.

При заключении договора страхования на таких условиях Страховщик гарантирует Застрахованному организацию, предоставление и оплату медицинских и иных услуг в объеме и на условиях, оговоренных договором страхования, при стационарном лечении в медицинских организациях и иных организациях в соответствии с программой добровольного медицинского страхования, выбранных Страхователем при заключении договора страхования;

4.4. Договором страхования может быть предусмотрено страхование рисков, предусмотренных п.4.3. одновременно.

5. ИСКЛЮЧЕНИЯ ИЗ СТРАХОВОГО ПОКРЫТИЯ.

5.1. Страховщик имеет право не рассматривать в качестве страхового случая и не оплачивать медицинские и иные услуги - травматические повреждения или иные расстройства здоровья, полученные Застрахованным, в связи:

а) возникшими у Застрахованного в состоянии алкогольного, наркотического, токсического и иного опьянения, причиной которых явилось злоупотребление алкоголем, наркотическими или токсическими веществами;

б) возникшими в результате совершения Застрахованным умышленного преступления, находящегося в прямой причинной связи со страховым случаем;

в) с умышленным причинением себе телесных повреждений, а также с покушением на самоубийство, за исключением тех случаев, когда Застрахованный был доведен до такого состояния противоправными действиями третьих лиц;

г) с участием Застрахованного лица:

- в военных действиях любого рода, военных маневрах, военных сборах, если это не сопряжено с исполнением Застрахованным лицом его служебных обязанностей

- гражданских волнениях, беспорядках, забастовках, несанкционированных митингах и демонстрациях,

д) с получением Застрахованным лицом травм и заболеваний в результате:

- воздействия ядерного взрыва, радиации или радиоактивного заражения,

- при управлении Застрахованным лицом транспортным средством под воздействием лекарственных препаратов, ухудшающих реакцию и внимание,

- передачи Застрахованным лицом управления транспортным средством лицу, находящемуся в состоянии опьянения (алкогольного, наркотического, токсического или иного) или под воздействием лекарственных препаратов, ухудшающих реакцию и внимание - террористического акта.

5.2. Не рассматривается как страховой случай получение медицинских и иных услуг, если:

а) Застрахованным получены медицинские и иные услуги, которые не предусмотрены договором страхования;

б) Застрахованным получены медицинские и иные услуги в медицинских организациях, не предусмотренных в договоре страхования;

в) Застрахованным получены медицинские и иные услуги, не назначенные лечащим врачом, или выполняемые по желанию Застрахованного без медицинских показаний.

5.3. Не является страховым случаем событие, произошедшее после увеличения страхового риска и связанное с увеличением страхового риска, если о таком увеличении

Страхователь (Застрахованное лицо) не сообщил Страховщику в порядке и форме, установленной настоящими Правилами страхования.

6. СТРАХОВАЯ СУММА. РАЗМЕР И ПОРЯДОК УПЛАТЫ СТРАХОВОЙ ПРЕМИИ (СТРАХОВЫХ ВЗНОСОВ).

6.1. Страховой суммой является предельный уровень страхового обеспечения по договору медицинского страхования на каждого и/или на всех Застрахованных, который определяется по соглашению между Страхователем и Страховщиком в соответствии с условиями договора страхования и выбранной программой добровольного медицинского страхования.

Если договором предусмотрено несколько страховых рисков, по каждому из них страховая сумма может устанавливаться индивидуально.

6.2. Страховая премия (страховые взносы - при уплате страховой премии в рассрочку), уплачиваемая Страхователем по договору страхования, устанавливается в зависимости от выбранных Страхователем страховых рисков, перечня медицинских и иных услуг, условий их предоставления, страховой суммы, срока страхования, результатов предварительного медицинского освидетельствования (если оно предусмотрено программой) и иных условий, определенных договором страхования.

6.3. Страховщик для определения размера страховой премии применяет разработанные им страховые тарифы.

При изменении цен на структурные составляющие стоимости медицинских услуг, гарантированных программами медицинского страхования, тарифы также могут быть изменены, о чем Страхователь уведомляется Страховщиком за месяц до предполагаемого введения новых цен.

При этом Страхователь должен уплатить дополнительный взнос страховой премии за неистекший срок страхования (с даты повышения цен).

При отказе Страхователя от уплаты дополнительного взноса Страховщик вправе досрочно прекратить договор страхования, вернув Страхователю часть взноса за период, оставшийся до окончания действия договора с даты введения новых расценок на медицинские услуги.

6.4. В случае заключения договора страхования на срок менее 1 года размеры страховой премии (страховых взносов) устанавливаются в следующем размере от страховой премии за год:

Срок страхования, мес.	Процент от годовой страховой премии по страховой программе
до 1 месяца	30 %
от 1 до 2 месяцев	40 %
от 2 до 3 месяцев	50 %
от 3 до 4 месяцев	60 %
от 4 до 5 месяцев	65 %
от 5 до 6 месяцев	70 %
от 6 до 7 месяцев	75 %
от 7 до 8 месяцев	80 %
от 8 до 9 месяцев	85 %
от 9 до 10 месяцев	90 %
от 10 до 11 месяцев	95 %

Договором страхования может быть предусмотрен иной порядок исчисления страховой премии.

6.5. Страховая премия по договору страхования может быть уплачена Страхователем единовременно - разовым платежом за весь срок страхования или уплачиваться

периодически (в рассрочку) в течение срока страхования (страховые взносы). Порядок уплаты страховой премии (страховых взносов) определяется в договоре страхования.

6.6. Страховая премия (страховые взносы) может быть уплачена Страхователем наличными деньгами, перечислена на расчетный счет Страховщика в безналичном порядке, почтовым переводом или иным способом по договоренности сторон.

7. СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ.

7.1. Договор страхования заключается:

- на один год;
- на определенный срок в месяцах.

7.2. При страховании на определенный срок неполный месяц принимается за полный, если условиями договора не предусмотрено иное.

8. ЗАКЛЮЧЕНИЕ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ. ВСТУПЛЕНИЕ ДОГОВОРА В СИЛУ.

8.1. Для заключения договора страхования Страхователь обращается к Страховщику.

8.1.1. Если Страхователем является физическое лицо, для заключения договора страхования необходимо предоставить следующую информацию:

- а) фамилия, имя, отчество Страхователя и Застрахованного лица;
- б) домашний адрес и телефон Страхователя и Застрахованного лица;
- в) паспортные данные Страхователя;
- г) возраст (дата и год рождения) Застрахованного лица;
- д) срок страхования, размер страховой суммы;
- е) предполагаемый перечень медицинских услуг (программа медицинского страхования).

8.1.2. Если Страхователем выступает юридическое лицо, для заключения договора коллективного страхования необходимо предоставить следующую информацию:

- а) наименование Страхователя, его юридический адрес и банковские реквизиты;
- б) срок страхования, размер страховой суммы;
- в) предполагаемый перечень медицинских услуг (программа медицинского страхования).
- г) список Застрахованных с указанием:
 - фамилий, имен, отчеств;
 - домашних адресов и телефонов;
 - возраста (дата и год рождения).

8.2. Страхователь обязан сообщить по требованию Страховщика известные ему сведения о состоянии здоровья Застрахованных и иную информацию, необходимую Страховщику для определения степени страхового риска.

8.3. Страховщик имеет право проверить достоверность указанных Страхователем данных. В случае установления того, что Страхователь сообщил ложные данные, Страховщик имеет право отказать Страхователю в заключении договора.

8.4. Если недостоверность данных, сообщенных при заключении договора и влияющих на степень риска, будет обнаружена после вступления договора в силу, Страховщик имеет право потребовать уплаты дополнительной страховой премии или признания договора недействительным.

Страховщик не может требовать признания договора страхования недействительным, если обстоятельства, о которых умолчал Страхователь, уже отпали.

8.5. Договор страхования может быть оформлен путем составления одного документа – договора страхования, либо вручения Страхователю страхового Полиса, подписанного Страховщиком, с приложением Правил и программы добровольного медицинского страхования.

При коллективном страховании Страховщик выдает Страхователю (для передачи их Застрахованным) страховые Полисы на каждого Застрахованного, если договором страхования не предусмотрено иное.

8.6. При утрате страхового Полиса или иных страховых документов, Страхователь или Застрахованный должны незамедлительно известить об этом Страховщика. Утраченные документы признаются недействительными и не могут являться основанием для получения медицинских услуг, взамен Страхователю или Застрахованному выдается дубликат.

8.7. Договор страхования вступает в силу в сроки, установленные в договоре страхования, но, если договором не предусмотрено иное, не ранее дня уплаты страховой премии (первой части страхового взноса при рассроченном платеже).

8.8. В случае, если к сроку, установленному в договоре страхования, страховая премия (первая часть страхового взноса при рассроченном платеже) не была уплачена или была уплачена не полностью, договор страхования считается не вступившим в силу, и полученные страховые взносы возвращаются Страхователю.

9. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН.

9.1. Страхователь имеет право:

9.1.1. Проверять соблюдение Страховщиком условий договора страхования.

9.1.2. Требовать предоставления Застрахованному лицу оказания медицинских услуг в медицинских организациях, определенных в договоре страхования, в соответствии с условиями договора страхования и программой добровольного медицинского страхования.

В случае непредставления, а также несвоевременного, неполного, некачественного оказания медицинских и иных услуг, Страхователь, Застрахованное лицо или другие уполномоченные им лица должны немедленно поставить в известность об этом Страховщика.

9.1.3. По согласованию со Страховщиком увеличить объем и расширить перечень медицинских и иных услуг, предусмотренных договором страхования, или увеличить страховую сумму по одной или нескольким программам добровольного медицинского страхования, заключив дополнительное соглашение к договору страхования и уплатив дополнительную страховую премию.

9.1.4. По согласованию со Страховщиком вносить изменения в список Застрахованных, а именно, исключать из действующего списка Застрахованных, включать в список Застрахованных дополнительных лиц.

9.1.5. Получить дубликат страхового Полиса и иных страховых документов в случае их утраты Застрахованным.

9.2. Застрахованное лицо имеет право:

9.2.1. Требовать предоставление медицинских услуг в перечисленных в нем медицинских организациях.

9.2.2. Обращаться к Страховщику за разъяснениями по особенностям медицинского обеспечения, для получения медико-организационной помощи, а также при возникновении спорных ситуаций в связи с оказанием медицинской помощи.

9.2.3. Принять на себя обязанности Страхователя, а также приобрести все его права в случае смерти Страхователя - физического лица.

9.2.4. При утрате страхового Полиса и иных страховых документов, получить их дубликаты.

9.3. Страховщик имеет право:

9.3.1. Проверять сообщенную Страхователем информацию, а также выполнение Страхователем и Застрахованным договора страхования.

9.3.2. Отказаться в оплате медицинских и иных услуг при обстоятельствах, предусмотренных настоящими Правилами или договором страхования.

9.4. Страхователь обязан:

9.4.1. Своевременно и в полном объеме уплачивать обусловленные договором страхования страховые взносы.

9.4.2. Предоставлять Страховщику необходимые для заключения договора страхования сведения, а также иную необходимую информацию, связанную с действием договора страхования.

9.4.3. Обеспечить сохранность документов по договору страхования.

9.4.4. Сообщать Страховщику в письменном виде о случаях непредставления, а также несвоевременного, некачественного оказания Застрахованному медицинских и иных услуг.

9.5. Застрахованный обязан:

9.5.1. Пройти предварительное медицинское освидетельствование, если это предусмотрено условиями договора страхования.

9.5.2. Соблюдать предписания лечащего врача, полученные в ходе предоставления медицинской помощи, соблюдать распорядок, установленный в медицинской организации.

9.5.3. Заботиться о сохранности страховых документов и не передавать их другим лицам с целью получения ими медицинских услуг.

Если будет установлено, что Застрахованный передал другому лицу страховой Полис с целью получения им медицинских услуг по договору страхования, Страховщик досрочно прекращает действие договора страхования в отношении такого Застрахованного. Возврат страховых взносов в этом случае не производится.

9.5.4. Сообщать Страховщику в письменном виде о случаях непредставления, а также несвоевременного, неполного, некачественного оказания медицинских и иных услуг.

9.5.6. Получить от Застрахованных лиц, а в случае, если Страхователем заключается договор в отношении себя, предоставить самостоятельно письменное (ые) согласие (я) на обработку Страховщиком его (их- Застрахованных лиц) персональных данных, в соответствии с требованиями действующего законодательства Российской Федерации.

9.5.7. По запросу Страховщика незамедлительно (в течение 1 (одного) рабочего дня с момента получения соответствующего запроса Страховщика) предоставить ему указанные в п. 9.5.6 письменные согласия Застрахованных лиц.

9.6. Страховщик обязан:

9.6.1. Ознакомить Страхователя с Правилами страхования.

9.6.2. В течение 15-ти календарных дней после уплаты страховой премии (первого страхового взноса) выдать страховой Полис/страховую карту с приложением Правил и программы страхования, если условиями договора не предусмотрено иное.

9.6.3. При наступлении страхового случая произвести оплату медицинских и иных услуг организации, оказавшей такие услуги.

9.6.4. Обеспечить конфиденциальность в отношениях со Страхователем (Застрахованным). Страховщик несет ответственность за разглашение сведений о договоре страхования, включая врачебную тайну, его работниками в соответствии с законодательством.

9.6.5. Защищать права Застрахованных в отношениях с медицинскими и иными организациями в рамках договора добровольного медицинского страхования.

9.6.6. В случае утраты страховых документов, при условии уведомления Страховщика Страхователем, выдать Страхователю дубликаты страховых документов.

10. ПОРЯДОК И УСЛОВИЯ ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЫ.

10.1. Для получения медицинских и иных услуг Застрахованный обращается в медицинские и иные организации, предусмотренные договором страхования, или к Страховщику по телефонам, указанным в договоре страхования (страховом Полисе/страховой карте), для получения информации о порядке предоставления медицинской помощи. Медицинские и иные услуги Застрахованному оказываются медицинскими учреждениями при условии предъявления им страхового Полиса/страховой карты и документа, удостоверяющего его личность.

10.2. Страховые выплаты за медицинские и иные услуги, оказанные Застрахованным лицам, осуществляются медицинским и иным организациям в порядке и на условиях, установленных договором между Страховщиком и медицинской организацией.

10.3. Страховая выплата в виде оплаты медицинских и иных услуг, оказанных Застрахованному лицу, предусмотренными в Договоре страхования или в приложении к нему, осуществляется в пределах страховой суммы. После выплаты страхового возмещения страховая сумма по Застрахованному лицу уменьшается на размер страховой выплаты.

10.4. Страховщик производит оплату медицинских и иных услуг только по событиям, предусмотренных договором страхования.

10.5. При отсутствии возможности оказания услуг, предусмотренных программой страхования, в медицинской организации, определенной договором страхования, Страховщик организует ее выполнение в иной равноценной медицинской организации. При этом выбор медицинской организации производится Страховщиком.

10.6. Страховщик вправе не оплачивать часть стоимости лечения, которая превышает установленную договором страховую сумму.

10.7. Страховщик на основании предъявленных документов медицинских организаций имеет право обосновать целесообразность с медицинской точки зрения получения Застрахованным платных медицинских услуг и отказать в выплате страхового возмещения, если оказанные медицинские услуги являются не целесообразными и не связаны с заболеванием или травмой Застрахованного лица.

В случае возникновения спора Страховщик имеет право обратиться к квалифицированному профессиональному независимому эксперту либо экспертной организации за получением заключения о целесообразности оказанных Застрахованному медицинских услуг.

11. ОТКАЗ В СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЕ.

11.1. Страховщик вправе отказать в страховой выплате, если:

11.1.1. Установлен факт передачи Застрахованным страхового Полиса другому лицу для получения им медицинской услуги;

11.1.2. Страхователь предоставил заведомо ложные сведения о Застрахованном лице при заключении договора страхования;

11.1.3. Требование выплаты предъявлено по событиям, подпадающим под перечень исключений настоящих правил страхования.

11.1.4. Застрахованному лицу оказаны медицинские услуги, не связанные с его обращением, и это доказано Страховщиком либо независимым экспертом по запросу Страховщика.

11.2. Страховщик вправе отказать в части страховой выплаты, превышающей страховую сумму, установленной на Застрахованное лицо и указанной в его договоре страхования (полисе) на срок действия договора страхования.

12. ПРЕКРАЩЕНИЕ ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ.

12.1. Договор страхования прекращает свое действие в следующих случаях:

12.1.1. Истечения срока действия договора страхования;

12.1.2. Исполнения Страховщиком обязательств по договору страхования перед Страхователем (Застрахованным - в отношении данного Застрахованного) в полном объеме;

12.1.3. Неуплаты Страхователем страховой премии (страхового взноса) в установленные договором сроки либо уплаты в размере меньше, чем это предусмотрено договором страхования и отказе Страхователя произвести оплату по требованию Страховщика;

12.1.4. Смерти Страхователя - физического лица, заключившего договор о страховании третьего лица, или ликвидации Страхователя - юридического лица, если Застрахованный или иное лицо в соответствии с действующим законодательством не приняли на себя исполнение обязанностей Страхователя по уплате страховых взносов.

12.1.5. По соглашению сторон или требованию одной из сторон, если это предусмотрено условиями договора;

12.1.6. Ликвидации Страховщика в порядке, предусмотренном действующим законодательством Российской Федерации;

12.1.7. Принятия судом решения о признании договора недействительным;

12.1.8. Страхователь вправе отказаться от договора страхования в любое время. В случае отказа Страхователя от договора страхования, в течение пяти рабочих дней со дня его заключения, независимо от момента уплаты страховой премии, при отсутствии в данном периоде событий, имеющих признаки страхового случая, страховщик производит возврат страхователю уплаченной страховой премии в полном объеме.

В случае если Страхователь отказался от договора страхования в срок установленный настоящим пунктом, но после даты начала действия страхования, Страховщик при возврате уплаченной страховой премии страхователю удерживает ее часть пропорционально сроку действия договора страхования, прошедшему с даты начала действия страхования до даты прекращения действия договора страхования.

Страховщик производит возврат уплаченной страховой премии Страхователю в течение 10 рабочих дней со дня поступления письменного заявления Страхователя об отказе от договора страхования.

Страховщик по выбору Страхователя производит возврат уплаченной страховой премии путем безналичного перечисления ее на расчетный счет Страхователя, либо наличными денежными средствами в кассе Страховщика.

12.1.9. В других случаях, предусмотренных законодательством Российской Федерации и настоящими Правилами.

12.2. При досрочном прекращении действия договора в соответствии с пп.12.1.5 и 12.1.6. Страховщик возвращает полученную страховую премию за неистекший срок договора за вычетом расходов на ведение дела в размере 30%, если иное не предусмотрено Договором страхования.

12.3. Во всех случаях прекращения договора страхования Страхователь обязан вернуть Страховщику страховой Полис/страховую карту и иные страховые документы, действие которых прекращается с момента окончания действия договора страхования.

13. ПЕРСОНАЛЬНЫЕ ДАННЫЕ.

13.1. Заключая договор страхования на основании настоящих Правил, Страхователь должен предоставить согласия Застрахованных лиц на обработку их персональных данных.

13.2. В случае отзыва согласия на обработку своих персональных данных:

13.2.1. Застрахованным лицом - действие договора страхования в отношении такого лица прекращается;

13.2.2. Страхователем - физическим лицом, договор страхования прекращается полностью.

13.3. Действие договора страхования (полностью или частично) прекращается досрочно с даты получения Страховщиком соответствующего заявления об отзыве согласия на обработку персональных данных. В этом случае Страховщик обязуется уничтожить такие персональные данные в сроки, установленные действующим законодательством Российской Федерации.

13.4. Отзыв Застрахованным лицом или Страхователем согласия на обработку своих персональных данных, признается Страховщиком в качестве волеизъявления Застрахованного лица или Страхователя о досрочном отказе от договора страхования, в связи с чем уплаченная Страховщику страховая премия за лиц, в отношении которых прекращается действие договора страхования, не подлежит возврату Страхователю или зачету при последующем страховании новых лиц.

14. ПОРЯДОК РАЗРЕШЕНИЯ СПОРОВ.

14.1. Споры, вытекающие из договоров страхования, заключенных на основе настоящих Правил, рассматриваются в порядке, предусмотренном законодательством Российской Федерации.

ПРОГРАММА ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ I
«Амбулаторно-поликлиническая помощь»

При заключении договора добровольного медицинского страхования на таких условиях Страховщик гарантирует Застрахованному лицу предоставление и оплату в установленных договором страхования медицинских организациях медицинских услуг при амбулаторном лечении в соответствии с конкретной Программой, составленной на базе следующего перечня услуг:

1. Консультативно-диагностические приемы врачей-специалистов по следующим специальностям:

- общая терапия;
- педиатрия;
- кардиология;
- гастроэнтерология и гепатология;
- диетология;
- гомеопатия;
- аллергология;
- иммунология;
- травматология и ортопедия;
- психиатрия;
- эндокринология;
- психоневрология;
- общая хирургия;
- офтальмология;
- онкология;
- отоларингология;
- ревматология;
- логопедия;
- стоматология;
- инфекционные болезни;
- артрология;
- физиотерапия;
- гематология;
- маммология;
- проктология;
- пульмонология;
- дерматология;
- нефрология;
- гинекология;
- сексопатология;
- урология.

2. Лабораторно-диагностические исследования:

- рентгеновские;
- ультразвуковые;
- эндоскопические;
- лабораторные;
- функциональные;
- радиоизотопные.

3. Восстановительные виды лечения:

- курсы инъекций;
- ингаляции;
- физиотерапия;
- иглорефлексотерапия;
- мануальная терапия;
- лечение ультразвуком;
- водные процедуры;
- лазерное лечение;
- тепловые процедуры;
- лечебная физкультура;
- массаж.

4. Диспансеризация.

5. Дородовое наблюдение беременных женщин (проведение комплексного обследования и наблюдения женщин на любом сроке беременности и до 36-й недели включительно, на базе поликлиник (женских консультаций):

- консультации врача акушера-гинеколога
- проведение комплекса инструментальных и лабораторно-диагностических мероприятий).
- осмотры врачами различных специальностей (терапевтом, стоматологом, окулистом, отоларингологом и др.);

6. Помощь на дому.

7. Динамическое наблюдение и проведение лечебно-оздоровительных и профилактических мероприятий.

ПРОГРАММА ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ II
«Стационарная помощь»

При заключении договора добровольного медицинского страхования на таких условиях Страховщик гарантирует Застрахованному лицу предоставление и оплату в установленных договором страхования медицинских организациях медицинских услуг при стационарном лечении в соответствии с конкретной Программой, составленной на базе следующего перечня услуг:

1. Стационарная медицинская помощь.
 - консультации врачей-специалистов;
 - диагностические исследования;
 - хирургическое и/или консервативное лечение, проводимое в соответствии с принятыми медицинскими стандартами, включая использование операционной и послеоперационных палат, перевязки, туалет ран, инъекции и остальные, необходимые для лечения, медицинские мероприятия;
 - пребывание в больничной палате, питание, уход медицинского персонала.
2. Улучшенное медицинское обслуживание:
 - установление индивидуального поста у больничной койки;
 - обеспечение срочного прохождения диагностических исследований (УЗИ, бронхоскопия, гастроскопия и др.);
 - предоставления возможности использования только одноразовых шприцов;
 - обеспечение медикаментами и предметами для оказания медицинской помощи по назначению врача;
 - обеспечение препаратами крови и кровезаменителями;
 - осуществление лечебного массажа и реабилитационных мероприятий.
3. Создание бытовых условий повышенной комфортности, в том числе:
 - размещение в палатах с повышенной комфортностью (увеличенным метражом на одну койку, оборудованием палаты холодильником, телевизором, радиоточкой, телефоном);
 - улучшенное питание.
4. Индивидуальное ведение родов (медицинские услуги, предоставляемые на базе стационара по назначению лечащего врача акушера-гинеколога с 36 недель беременности, а так же пребывание в стационаре в любой другой срок протекания беременности по медицинским показаниям):
 - консультация лечащего врача с выработкой тактики ведения родов;
 - диагностические обследования;
 - местная и общая анестезия при родоразрешении;
 - пребывание в больничной палате матери и новорожденных, питание, уход медицинского персонала.
5. Восстановление и реабилитация (предоставление и оплата специализированной медицинской помощи, оказываемой в учреждениях лечебно-восстановительной терапии, в отделениях реабилитации стационаров и санаторно-курортных учреждениях на основании путевок):
 - консультации врачей-специалистов;
 - диагностические обследования;
 - психотерапевтическое реабилитационное лечение;
 - восстановительное лечение в соответствии с рекомендациями и медицинскими стандартами, применяемыми в лечебных учреждениях, для устранения последствий перенесенных заболеваний;
 - пребывание в больничной (санаторной) палате, койко-дни, питание, уход медицинского персонала и т.д.;
 - оформление необходимой медицинской документации.

РАЗМЕР ТАРИФНЫХ СТАВОК (в % к страховой сумме в год)

Оплата медицинских услуг по договору страхования классифицируется Правилами по следующим типовым условиям страхования (медицинским программам):

Наименование риска (медицинская программа)	Базовый страховой тариф, (в % к страховой сумме в год)
ПРОГРАММА ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ I «Амбулаторно-поликлиническая помощь»	61,94%
ПРОГРАММА ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ II «Стационарная помощь»	36,87%

По договорам страхования, заключенным на срок менее года, страховая премия уплачивается в размере, указанном в п. 6.4. Правил страхования, при этом неполный месяц принимается за полный.

Страховщик вправе при определении размера подлежащей уплате страховой премии использовать повышающие (1,0-3,0) и понижающие (0,1-1,0) коэффициенты к базовым страховым тарифам, экспертно определяемые в зависимости от возраста застрахованного, условий оказания услуг в конкретном медучреждении (применяемые методики лечения и оборудование, квалификация персонала и др.), условий группового страхования, а также иных факторов, влияющих на степень риска.

**ДОГОВОР ДМС № _____
добровольного медицинского страхования**

г. Москва

« ____ » _____ 20 ____ г.

Общество с ограниченной ответственностью Страхование общество «Геополис», лицензия на осуществление страхования СЛ № 2397 от 30.09.2015 г., именуемое в дальнейшем «СТРАХОВЩИК», в лице _____, действующей на основании _____ с одной стороны, и _____, именуемый в дальнейшем «СТРАХОВАТЕЛЬ», в лице _____ действующего на основании _____ с другой стороны, именуемые в дальнейшем совместно и каждый в отдельности «СТОРОНЫ», заключили настоящий Договор о нижеследующем:

1. ОБЩИЕ УСЛОВИЯ

1.1. По настоящему Договору, в соответствии с Правилами добровольного медицинского страхования №2 от 30.09.2016 года, Страховщик обязуется при наступлении страхового случая осуществить организацию и оплату медицинских и иных услуг медицинским учреждениям, с которым Страховщик состоит в договорных отношениях, а Страхователь обязуется уплатить страховую премию в установленные настоящим Договором сроки.

1.2. Застрахованным лицом по настоящему Договору является:

--

1.3. Страховым случаем по Договору является обращение Застрахованного лица в течение срока действия Договора в медицинское учреждение для получения медицинских и иных услуг, предусмотренных Программой добровольного медицинского страхования (далее «Программа ДМС») (Приложение № 2).

1.4. Объем и перечень медицинских и иных услуг, оказываемых Застрахованному лицу и оплачиваемых Страховщиком по Договору, определяется Правилами страхования (Приложение № 1), выбранной Программой ДМС (Приложение № 2), в которых содержатся все необходимые сведения о порядке получения медицинской помощи. Стороны признают, что указанные документы являются основными документами, регулирующими отношения между нами в рамках настоящего Договора.

1.5. В соответствии с Договором не оплачиваются медицинские и иные услуги из числа, предусмотренных разделом «Исключения из страхового покрытия» Правил страхования.

2. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТРАХОВЩИКА И СТРАХОВАТЕЛЯ

2.1. Страховщик имеет право:

2.1.1. Проверять сообщенную Страхователем/Застрахованным информацию, а также выполнение Страхователем/Застрахованным условий Договора;

2.1.2. Потребовать уплаты дополнительной страховой премии в соответствии с увеличением степени риска, или если Страхователь/Застрахованный сообщил заведомо ложную информацию;

2.1.3. Отказать в оплате медицинских и иных услуг в случаях, предусмотренных в п. 1.5 Договора;

2.1.4. Досрочно прекратить Договор при несоблюдении Страхователем/Застрахованным условий Договора, а также в случае выявления у Страхователя/Застрахованного заболеваний,

предусмотренных разделом «Исключения из Программы добровольного медицинского страхования» Правил страхования.

2.2. Страхователь/Застрахованный имеет право:

2.2.1. Проверять соблюдение Страховщиком условий Договора;

2.2.2. Требовать от Страховщика предоставления Застрахованным медицинских и иных услуг в соответствии с условиями Договора в медицинском учреждении, определенном Договором;

2.2.3. По согласованию со Страховщиком увеличить объем и расширить перечень медицинских и иных услуг, предусмотренных Договором, или увеличить страховую сумму по Программе ДМС, заключив Дополнительное соглашение к Договору и уплатив дополнительную страховую премию;

При утрате страховой карты или пропуска в медицинское учреждение получить их дубликаты.

2.3. Страховщик обязан:

2.3.1. Ознакомить Страхователя/Застрахованного с Правилами добровольного медицинского страхования №2 от 30.09.2016 года.

2.3.2. Выдать Страхователю/Застрахованному страховую карту и при необходимости пропуск в медицинское учреждение. В случае утраты страховых документов Застрахованным, при условии уведомления Страховщика Страхователем/Застрахованным, выдать Страхователю/Застрахованному их дубликаты в течение 3 рабочих дней с даты уведомления;

2.3.3. Контролировать объем, качество и сроки оказания организованных им медицинских и иных услуг;

2.3.4. Защищать права Страхователя/Застрахованного в отношениях с медицинскими учреждениями и другими организациями в рамках Договора.

2.4. Страхователь/Застрахованный обязан:

2.4.1. Своевременно и в полном объеме уплачивать установленную Договором страховую премию;

при перерасходе страховой суммы возместить 100 % разницы, путем внесения денежных средств в кассу Страховщика. В течение действия договора, при выявлении у Застрахованных хронических заболеваний, не указанных в анкете (физических лиц) – уплатить дополнительный страховой взнос пропорционально увеличению страхового риска (рассчитывается Страховщиком).

2.4.2. Предоставить Страховщику необходимые для заключения договора сведения, а также незамедлительно сообщить об изменении своей фамилии, имени, отчества или адреса фактического места жительства;

2.4.3. Обеспечить сохранность документов по Договору, а также не передавать другим лицам страховую карту и пропуск в медицинское учреждение;

2.4.4. В случае непредставления, а также несвоевременного, неполного, некачественного оказания медицинских и иных услуг, в течение 3-х рабочих дней проинформировать об этом Страховщика в письменном виде;

2.4.5. Соблюдать предписания лечащего врача, полученные в ходе представления медицинских и иных услуг, и распорядок, установленный медицинским учреждением;

2.4.6. При утрате страховых документов незамедлительно известить об этом Страховщика для получения дубликата.

2.4.7. Получить от Застрахованных лиц, а в случае, если Страхователем заключается договор в отношении себя, предоставить самостоятельно письменное(ые) согласие(я) на обработку Страховщиком его (их- Застрахованных лиц) персональных данных, в соответствии с требованиями действующего законодательства Российской Федерации.

2.4.8. По запросу Страховщика незамедлительно (в течение 1 (одного) рабочего дня с момента получения соответствующего запроса Страховщика) предоставить ему указанные в п. 2.4.7 письменные согласия Застрахованных лиц.

3. ЧИСЛЕННОСТЬ ЗАСТРАХОВАННЫХ. РАЗМЕР СТРАХОВЫХ ВЗНОСОВ

3.1. Общая численность Застрахованных по настоящему Договору составляет _____ человек. Перечень застрахованных лиц (Приложение № 3)

3.2. Численность Застрахованных, страхового взноса для каждого лечебного учреждения по настоящему Договору установлены в соответствии со следующей таблицей:

Наименование лечебного учреждения	Численность застрахованных	Размер страхового взноса на одного застрахованного (руб.)	Примечание
Итого			

Численность застрахованных может уточняться в период действия договора страхования и регулируется дополнительным соглашением сторон.

4. СТРАХОВАЯ ПРЕМИЯ И СТРАХОВАЯ СУММА

4.1. Страховая премия по Договору составляет _____ рублей ___ копеек и уплачивается единовременно в момент заключения настоящего договора наличными денежными средствами в кассу Страховщика (представителя Страховщика) или путем перевода указанной суммы на расчетный счет Страховщика.

4.2. Страховая сумма составляет _____ рублей ___ копеек.

5. УСЛОВИЯ О ВОЗВРАТЕ УПЛАЧЕННОЙ СТРАХОВОЙ ПРЕМИИ

5.1. В случае отказа Страхователя от Договора страхования в течение 5 (пяти) рабочих дней со дня его заключения, при условии отсутствия в данном периоде событий, имеющих признаки страхового случая, Страховщик обязуется осуществить возврат уплаченной страховой премии, в следующем размере:

5.1.1. При отказе Страхователя от Договора страхования до начала срока его действия (срок страхования), уплаченная страховая премия подлежит возврату Страхователю в полном объеме;

5.1.2. При отказе Страхователя от Договора (Полиса) страхования после даты начала действия (срока страхования), Страховщик при возврате премии удерживает ее часть, пропорционально сроку действия Договора, прошедшему с даты начала действия Договора до даты его прекращения.

5.2. Договор страхования считается прекратившим свое действие с даты получения Страховщиком письменного заявления Страхователя об отказе от Договора страхования или иной даты, определенной по соглашению сторон, при условии подачи заявления страховщику, но не позднее 5 (пяти) рабочих дней, со дня заключения договора.

5.3. В случае прекращения Договора страхования, на условиях, предусмотренных п.5.2 настоящих Условий, Страховщик производит возврат страховой премии в срок, не превышающий 10 (десяти) рабочих дней со дня получения письменного заявления Страхователя об отказе от Договора страхования.

6. ПОРЯДОК РАЗРЕШЕНИЯ СПОРОВ. ВСТУПЛЕНИЕ ДОГОВОРА В СИЛУ, СРОК ЕГО ДЕЙСТВИЯ, ИЗМЕНЕНИЕ И РАСТОРЖЕНИЕ ДОГОВОРА

6.1. Договор вступает в действие с «__» _____ 20__ г. и действует по «__» _____ 20__ г. включительно.

6.2. Договор прекращает свое действие в следующих случаях:

- истечения срока действия Договора;
- исполнения Страховщиком обязательств по Договору перед Страхователем (застрахованным) в полном объеме;
- соглашения Сторон;
- ликвидации Страховщика в порядке, предусмотренным законодательством Российской Федерации;
- принятия судом решения о признании Договора недействительным;
- в других случаях, предусмотренных Правилами страхования и законодательством Российской Федерации.

6.3. Страховщик имеет право расторгнуть Договор в одностороннем порядке в случае отказа Страхователя уплатить дополнительную страховую премию в соответствии с п. 2.1.2. Договора, а также в случае, предусмотренном в п. 2.1.4. и 2.4.1. Договора. При этом возврат уплаченной страховой премии не производится.

6.4. В случае, если основанием для расторжения Договора стал отказ Страхователя от Договора, при условии, что Застрахованный не воспользовался Программой, возврат страховой премии осуществляется в следующем размере:

- при отказе Страхователя от Договора до начала срока его действия, уплаченная страховая премия подлежит возврату Страхователю в полном объеме;
- при отказе Страхователя от Договора страхования после даты начала его действия, Страховщик при возврате премии, удерживает ее часть пропорционально сроку действия Договора, прошедшему с даты начала действия Договора до даты его прекращения.

6.5. В случае, если основанием для расторжения настоящего Договора стал отказ Страхователя от Договора, при условии, что Застрахованный воспользовался Программой, возврат страховой премии осуществляется за вычетом фактически понесенных Страховщиком расходов.

6.6. Страхователь вправе отказаться от договора страхования в любое время. В случае отказа страхователя от договора страхования, в течение пяти рабочих дней со дня его заключения, независимо от момента уплаты страховой премии, при отсутствии в данном периоде событий, имеющих признаки страхового случая, страховщик производит возврат страхователю страховой премии в соответствии с п. 12.1.8 Правил.

6.7. Договор считается прекратившим свое действие с даты получения Страховщиком письменного заявления Страхователя об отказе от Договора или иной даты, определенной по соглашению сторон, при условии подачи заявления Страховщику.

6.8. Возврат денежных средств осуществляется Страховщиком на основании письменного заявления Страхователя в течение 10-ти рабочих дней, с даты получения Страховщиком информации из медицинского учреждения о наличии / отсутствии оказанных услуг и их стоимости – наличными денежными средствами лично Страхователю или его представителю (при наличии нотариально заверенной доверенности) в офисе Страховщика, либо путем безналичного перечисления денежных средств на счет Страхователя.

6.9. В случае отказа лечебно-профилактического учреждения, с которым Страховщик заключил договор на представление лечебно-профилактической помощи, предоставить Застрахованному лицу медицинские услуги, предусмотренные Программой.

6.10. Во всех случаях расторжения Договора страхования, Страхователь обязуется возвратить Страховщику свой экземпляр Договора и квитанцию об оплате, действие которых прекращается с момента прекращения действия Договора.

6.11. Все изменения и дополнения к Договору оформляются в письменном виде путем заключения Сторонами Дополнительного соглашения к Договору.

7. ПОРЯДОК РАЗРЕШЕНИЯ СПОРОВ

7.1. Все споры и разногласия, возникающие между Сторонами при исполнении Договора или в связи с ним, решаются Сторонами путем переговоров.

7.2. Претензии Страхователя (Застрахованного лица) принимаются Страховщиком в течение срока действия настоящего Договора.

7.3. Неурегулированные споры разрешаются в судебном порядке в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

8. КОНФИДЕНЦИАЛЬНОСТЬ

8.1. Стороны считают конфиденциальной информацию:

- о форме и содержании двухсторонних документов, характере и величине встречных обязательств;

- сведения о заболеваниях Страхователя, а также о конкретных случаях их обращения за медицинской помощью.

7.2. Страхователь дает согласие на осуществление Страховщиком обработки (сбора, систематизации, накопления, хранения, уточнения, обновления, изменения, использования, передачи (в интересах Страхователя), обезличивания, блокирования, уничтожения), в том числе автоматизированной, представленной информации, в соответствии с требованиями Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных».

9. ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ

9.1. В случае несоответствия отдельных положений Договора и Правил добровольного медицинского страхования №2 от 30.09.2016 года Страховщика приоритет имеют положения, предусмотренные Договором.

8.2. Договор составлен в двух экземплярах, имеющих равную юридическую силу, по одному экземпляру для каждой из Сторон.

8.3. Неотъемлемой частью Договора являются следующие Приложения:

№ 1 – Правила добровольного медицинского страхования №2 от 30.09.2016 года.

№ 2 – Программа ДМС № ____.

8.4. СТРАХОВАТЕЛЬ с Правилами страхования ознакомлен и один экземпляр их получил «__» _____ 20__ г.

10. АДРЕСА И РЕКВИЗИТЫ СТОРОН

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

Расчетный счет _____

Реквизиты банка _____

Телефон: _____ Факс: _____ E-mail: _____

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

Расчетный счет _____

Реквизиты банка _____

Телефон: _____ Факс: _____ E-mail: _____

СТРАХОВЩИК

СТРАХОВАТЕЛЬ

(подпись)

«__» _____ 20__ г.

М.П.

(подпись)

«__» _____ 20__ г.

М.П.

Страхователь _____

СПИСОК ЗАСТРАХОВАННЫХ ЛИЦ,

принятых на обслуживание в _____

(название медицинского учреждения и адрес)

по программе _____

(название программы)

с « _____ » 20 ____ г. по « _____ » 20 ____ г.

В целях исполнения Федерального закона РФ № 152-ФЗ от 27.07.2006 г. подтверждаю согласие Застрахованных лиц на обработку Страховщиком моих персональных данных для осуществления Добровольного медицинского страхования.

Персональные данные Застрахованных лиц включают: фамилию, имя, отчество, год рождения, паспортные данные, телефон, о случаях обращения в медицинские учреждения, полученного лечения, рекомендаций. Страховщику предоставляется право осуществлять все действия (операции) с моими персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, обезличивание, блокирование, уничтожение. Страховщик вправе обрабатывать мои персональные данные, посредством включения их в списки и внесения в электронные базы данных Страховщика.

Страховщик имеет право во исполнение своих обязательств по Договору передавать персональные данные Застрахованных лиц в медицинские учреждения, предусмотренные договором и получать от указанных медицинских учреждений данные обо мне, при условии, что он имеет договоры с указанными медицинскими учреждениями, обеспечивающие безопасность персональных данных при их обработке и предотвращения разглашения персональных данных. При этом врачи указанных медицинских учреждений освобождаются от обязательств конфиденциальности перед Страховщиком в отношении моих персональных данных. Передачи моих персональных данных или иное разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия. Настоящее соглашение дано в момент подписания Договора и действует бессрочно.

№ п/п	№ полиса	Фамилия Имя Отчество (паспортные данные)	Дата рождения	Начало страхования	Конец страхования	Адрес проживания	Телефон контакт.	Согласие на обработку персональных данных предоставляю

Всего: _____ человек.

Страховщик _____

Страхователь _____

Полис № _____
ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

Срок действия:	с ____ - ч. до 24-00 ч.	
Страхователь:		
Паспортные данные:		
Застрахованный:		
Дата рождения:		
Паспортные данные:		
Адрес проживания, телефон:		
Страховая сумма:	(руб. прописью и цифрами)	
Страховой взнос:	(руб. прописью и цифрами)	
Сроки уплаты взносов:		
1 взнос в размере	до	
2 взнос в размере	до	
Дата выдачи полиса:		
Медицинская программа:		
Перечень лечебных медицинских учреждений:	Лечебное учреждение	Адрес, телефон

По настоящему полису при наступлении страхового события ООО СО «Геополис» обязуется организовать и оплатить медицинские услуги в соответствии со Страховой программой (прилагается), Правилами добровольного медицинского страхования №2 от 30.09.2016г..

Страховыми случаями являются обращения Застрахованного за необходимой медицинской помощью в соответствии со страховой программой.

Особые условия: _____.

<p>Заявление: Настоящий Договор страхования (Полис) заключается мной добровольно. С условиями страхования, с Правилами добровольного медицинского страхования №2 ООО СО «Геополис» от 30.09.2016г., программой ДМС ознакомлен, согласен и получил экземпляр. Все сведения, изложенные в настоящем Полисе являются истинными. Правильность вышеуказанных сведений и данных подтверждаю. Согласен на проверку указанной информации. Настоящим Страхователь (Застрахованное лицо) подтверждает свое согласие на передачу, обработку, хранение и иное использование Страховщиком персональных данных в соответствии с ФЗ №152 от 27.07.2006г. «О персональных данных» для целей реализации договора страхования, информирования об услугах на срок, достаточный для этих целей и в соответствии с п.3.1. Закона РФ от 27.11.1992г. №4015-1 «Об организации страхового дела в Российской Федерации»</p> <p>Страхователь: _____/_____/_____</p>	<p>Адрес и реквизиты Страховщика:</p> <p>Страховщик: _____/_____/_____ М.П.</p>
---	--

СОГЛАСИЕ
на обработку персональных данных

Я, _____
(Фамилия, имя, отчество субъекта персональных данных)
зарегистрированный(ая) по адресу: _____
(Адрес места постоянной регистрации, номер контактного телефона)
паспорт серии _____ № _____
выданный _____
(Наименование органа, выдавшего паспорт)
" ____ " _____ 20 ____ г.,
(Дата выдачи паспорта)

даю согласие на обработку моих персональных данных в соответствии с Федеральным законом "О персональных данных" от 27.07.2006 № 152-ФЗ.

Наименование оператора, получающего настоящее согласие, его адрес:

Общество с ограниченной ответственностью Страхование общество "Геополис" (ООО СО "Геополис"), г. Москва, Большой Толмачевский переулок., д. 16, стр. 4.

Цель обработки персональных данных:

Исполнение договора, заключаемого между субъектом персональных данных и ООО СО "Геополис".

Перечень персональных данных, на обработку которых дается согласие:

1. Фамилия, имя, отчество.
2. Дата и место рождения.
3. Адрес места постоянной и временной регистрации, адрес места фактического проживания.
4. Номер домашнего, номер мобильного и номер контактного телефона.
5. Адрес электронной почты.
6. Паспортные данные.
7. Сведения, относящиеся к членам семьи и близким родственникам, указанные субъектом персональных данных в его анкетных данных.
8. Сведения, относящиеся к трудовой деятельности или к учебе субъекта персональных данных.
9. Сведения о состоянии здоровья субъекта персональных данных.
10. Данные, необходимые для выполнения ООО СО "Геополис" и субъектом персональных данных финансовых обязательств перед государственными органами или перед третьими лицами в соответствии с законодательством.

Перечень действий с персональными данными, на совершение которых дается согласие:

1. Сбор.
2. Запись.
3. Систематизация.
4. Накопление.
5. Хранение.
6. Уточнение (обновление, изменение).
7. Извлечение.
8. Использование.
9. Передача (распространение, предоставление, доступ).
10. Обезличивание.
11. Блокирование.
12. Удаление.

13. Уничтожение.

Общее описание способов обработки персональных данных:

1. Автоматизированная обработка персональных данных - обработка персональных данных с помощью средств вычислительной техники.
2. Ручная обработка персональных данных - обработка персональных данных без использования средств вычислительной техники.

Срок, в течение которого действует настоящее согласие: ____ года (лет).

Способ отзыва настоящего согласия:

Настоящее согласие может быть отозвано на основании письменного заявления субъекта персональных данных.

Субъект персональных данных: _____ / _____ /
(Подпись) (Фамилия, инициалы)

« _____ » _____ 20 _____ г.
(Дата подписи)

УТВЕРЖДАЮ
Генеральный директор



РАСЧЕТ СТРАХОВЫХ ТАРИФОВ ПО ДОБРОВОЛЬНОМУ МЕДИЦИНСКОМУ СТРАХОВАНИЮ

Расчет тарифных ставок сделан на основе Методики (1), утвержденной распоряжением Фöderальной службы по надзору за страховой деятельностью № 02-03-36 от 08.07.93 и рекомендациями страховой компании для расчетов по массовым рисковым видам страхования с учетом планируемых программ добровольного медицинского страхования.

ООО Ст. страховое общество «Геополис» планирует реализовать на страховом рынке согласно «Правилам добровольного медицинского страхования» программу, включающую следующие виды медицинской помощи:

- Амбулаторно-поликлиническая помощь;
- Стационарная медицинская помощь.

1. МЕТОДИКА РАСЧЕТА ТАРИФНЫХ СТАВОК

1.1. Расчет базовой тарифной ставки по программам страхования.

Данные, необходимые для расчета:

n – планируемое число договоров,
 q – вероятность наступления страхового случая.

S – средний размер страховой суммы по одному договору страхования.

S_b – среднее страховое возмещение по одному договору страхования.

γ – гарантия реализуемой вероятности, с которой собранных взносов должно хватить на выплату возмещения по страховым случаям.

$\alpha(\gamma)$ – коэффициент, который зависит от гарантии безопасности гамма. Его значение может быть взято из таблицы:

γ	0,84	0,9	0,95	0,98	0,9986
$\alpha(\gamma)$	1,0	1,3	1,645	2,0	3,0

Для всех расчетов гарантия безопасности взята равной 0,9, то есть $\alpha(\gamma) = 1,3$

Нетто-ставка T_n состоит из двух частей – основной части T_0 и рисковой надбавки T_r .

$$Tn = To + Tr \quad (1)$$

Основная часть нетто-ставки (To) соответствует средним выплатам страховщика, зависящим от вероятности наступления страхового случая q , средней страховой суммы S и среднего возмещения ставка Sb . Основная часть нетто ставки со 100 рассчитывается по формуле:

$$To = 100 \times \frac{Sb}{S} \times q \quad (2)$$

Рисковая надбавка Tr вводится для того, чтобы учесть вероятные превышения количества страховых случаев относительно их среднего значения. Рисковая надбавка рассчитывается по формуле:

$$Tr = 1,2 \times To \times \alpha \sqrt{\frac{1-q}{pq}} \quad (3)$$

Брутто-ставка определяется по формуле:

$$Tb = \frac{Tn \times 100}{100 - f} \quad (4)$$

f (%) – доля нагрузки в общей тарифной ставке.

Структура тарифной ставки: 70% – нетто-ставка, 30% – нагрузка

Вероятность обращений за соответствующей категорией медицинских услуг была рассчитана на основании данных Росстата (www.gks.ru) в части данных по численности населения и основных показателей здравоохранения за 2010-2015 годы, и результатов докладов по итогам деятельности в области здравоохранения в Российской Федерации в 2013-2015 годы, размещенных на сайте Министерства Здравоохранения Российской Федерации (www.gosminzdrav.ru). Кроме того, для определения расчетных параметров использовались также доступная аналитическая информация, размещенная на ресурсе Высшей школы экономики (НИУ) (www.hse.ru/data/.../Анализ_здравоохранения_г.Москвы.pdf). Расчет произведен для возрастной группы 40-44 лет, т.к. средние показатели за обращениями в медицинские учреждения соответствуют данной возрастной группе по г. Москва.

Таблица 1

Виды медицинской помощи	Число иервических обращений за медицинской помощью взрослого населения	Численность взрослого населения	Число иервических обращений за медицинской помощью взрослого населения в расчете на 10 000 жителей	Вероятность наступления страхового случая (обращения за медицинской помощью) в возрастной группе 40-44 лет
Амбулаторно-поликлиническая помощь	15 407 085	7 067 470	21 800	0,677
Стационарная медицинская помощь	1 364 022	7 067 470	1 930	0,345

Стоимость медицинских услуг, гарантированных Правилами страхования ООО Страхование общество «Геополис», оценивалась экспертным путем на основании договорных цен с медицинскими учреждениями по состоянию на 20.09.2016 г., с которыми страховая организация предполагает сотрудничество в области добровольного медицинского страхования.

Таблица 2

Исходные данные для расчета тарифов по добровольному медицинскому страхованию

Виды медицинской помощи	Вероятность наступления страховых случаев (обращения за медицинской помощью) в возрастной группе 40-44 лет	Средняя стоимость медицинских услуг (среднее возмещение) по одному застрахованному, руб. (Sb)	Средняя страховая сумма на одного застрахованного, руб. (S)
Амбулаторно-поликлиническая помощь	0,677	31 540	50 000
Стационарная медицинская помощь	0,345	58 080	80 000

1.2. Расчет тарифной ставки при страховании по комплексу рисков (более одного вида медицинской помощи).

При страховании по комплексу рисков (более одного вида медицинской помощи) с установлением общей страховой суммы по программе страхования определяется общий страховой тариф по комплексу рисков (Tcr). Он определяется исходя из того, что вероятности и размеры выплат по каждому виду программы пропорциональны частным тарифам по каждой из осуществляемых видов помощи. Соответственно, общий страховой тариф по комплексу рисков рассчитывается как средневзвешенная средняя частных тарифных ставок по видам медицинской помощи на основе обещанных методов, приведенных в литературе по статистике:

$$Tcr = \frac{\sum_{i=1}^k (Ti)^2}{\sum_{i=1}^k Ti} \quad (5)$$

Tcr – страховой тариф по комплексу рисков (более одного вида медицинской помощи),

Ti – частный тариф по i-той части программы страхования;

k – общее количество осуществляемых видов помощи при страховании.

При установлении лимита ответственности страховщика по каждой из составляющих частей программы страхования определяются частные тарифы по каждому виду медицинской помощи в программе.

2. РАСЧЕТ ТАРИФНЫХ СТАВОК

Риск «Амбулаторно-поликлиническая помощь»

Параметры расчета	
1) Вероятность наступления страхового случая составляет	0,677
2) Средний размер страховых выплат (Sb), руб.	31 540
3) Средний размер страховой суммы (S), руб.	50 000
4) Уровень доверительной вероятности	0,9
5) Предполагаемое количество Застрахованных	5 000

$$T_0 = 0,677 * 12\,480 / 50\,000 * 100\% = 42,71\%$$

$$T_r = 0,65\%$$

$$T_n = 43,36\%$$

При нагрузке $f = 30\%$ брутто-ставка составит: $T_b = 61,94\%$

Риск «Стационарная медицинская помощь»

Параметры расчета	
1) Вероятность наступления страхового случая составляет	0,345
2) Средний размер страховых выплат (Sb), руб.	58 080
3) Средний размер страховой суммы (S), руб.	80 000
4) Уровень доверительной вероятности	0,9
5) Предполагаемое количество Застрахованных	5 000

$$T_0 = 0,345 * 33\,610 / 80\,000 * 100\% = 25,05\%$$

$$T_r = 0,76\%$$

$$T_n = 25,81\%$$

При нагрузке $f = 30\%$ брутто-ставка составит: $T_b = 36,87\%$

3. ПОПРАВочНЫЕ КОЭФФИЦИЕНТЫ

Страховщик вправе при определении размера подлежащей уплате страховой премии использовать повышающие (1,0-3,0) и понижающие (0,1-1,0) коэффициенты к базовым страховым тарифам, экспертно определяемые в зависимости от возраста застрахованного, условий оказания услуг в конкретном междучреждении (применяемые методики лечения и оборудования персонала и др.), условий группового страхования, а также иных факторов, влияющих на степень риска.

ООО С.О. "Т.О.И.О.И.Е."
ОИ РИ 1027700404051, ИИИ 7711023801
Исполн. Ивань Сергеевич
ИМЕТ
Легализация Инспектор ООО С.О. "Т.О.И.О.И.Е."
/ Ивань В.И.
"30" 09 20 16 г.г.г.

