

ОБЩЕСТВО С ОГРАНИЧЕННОЙ ОТВЕТСТВЕННОСТЬЮ
СТРАХОВАЯ КОМПАНИЯ «ОРБИТА»

«УТВЕРЖДАЮ»

Генеральный директор
ООО Страховая компания «Орбита»



В.В. Толкушев

«03 октября» 2005 г.

П Р А В И Л А
ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

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

1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ.

1.1. В соответствии с действующим законодательством и настоящими Правилами добровольного медицинского страхования (далее – Правила) ООО СК «Орбита» 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: ООО СК «Орбита».

Страхователь - лицо, заключившее со Страховщиком договор страхования.

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

Страховая сумма - определенная договором страхования денежная сумма, в пределах которой Страховщик обязуется осуществить страховую выплату и исходя из которой определяется размер страховой премии (страхового взноса).

Страховая премия (страховой взнос) - плата за страхование, которую Страхователь обязан уплатить Страховщику в порядке и сроки, определенные договором страхования.

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.

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 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. Объектами медицинского страхования являются 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.

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), перечисленных в договоре страхования (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 стационарной и 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 стационарном и амбулаторно-поликлиническом лечении в медицинских и иных организациях в соответствии с программой добровольного медицинского страхования, выбранных Страхователем при заключении договора страхования;

4.3.2. 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;

4.3.3. 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;

4.3.4. Риска возникновения обстоятельств, требующих оказания медицинских и иных услуг скорой и неотложной медицинской помощи и/или медицинской перевозки.

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, скорой и неотложной медицинской помощи и/или медицинской перевозки в медицинских организациях и иных организациях в соответствии с программой добровольного медицинского страхования, выбранных Страхователем при заключении договора страхования.

5. ИСКЛЮЧЕНИЯ ИЗ СТРАХОВОГО ПОКРЫТИЯ.

5.1. Страховщик имеет право не рассматривать в качестве страхового случая и не оплачивать медицинские и иные услуги, необходимые Застрахованному в связи:

а) с получением травматического повреждения в результате совершения Застрахованным действий в состоянии алкогольного, наркотического или токсического опьянения, иного расстройства здоровья, причиной которых явилось злоупотребление алкоголем, наркотическими или токсическими веществами;

б) с получением травматического повреждения или иного расстройства здоровья, наступившего 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 в военных действиях любого рода, гражданских волнениях, беспорядках, несанкционированных митингах и демонстрациях, если это сопряжено с исполнением Застрахованным его служебных обязанностей.

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.

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 действия, месяц	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Размер страховой премии, % от годового	20	30	40	50	60	70	75	80	85	90	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 с заявлением в устной или письменной форме. Кроме того, Страхователь – физическое лицо предоставляет заполненную анкету по форме, утвержденной Страховщиком.

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

- а) фамилия, имя, отчество Страхователя и Застрахованного;
- б) домашний адрес и телефон Страхователя и Застрахованного;
- в) паспортные данные Страхователя;
- г) возраст Застрахованного;
- 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;
 - пола;
 - должность и выполняемая работа;
 - наличие хронических заболеваний;
- д) статистика заболеваемости у Страхователя.

8.2. Страхователь вправе сообщить иную известную ему 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 карты на каждого Застрахованного, если договором не предусмотрено иное.

8.6. При утрате страхового страхового карты 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 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, Застрахованный 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/страховой карты и иных страховых документов в случае их утраты Застрахованным.

9.2. Застрахованный имеет право:

9.2.1. Требовать предоставления медицинских услуг в соответствии с условиями договора страхования 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/страховой карты 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. Отказать 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/страховую карту 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.

9.6. 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, Страховщик осуществляет медицинским и иным организациям в соответствии с выставленными ими счетами в порядке и на условиях, установленных договором между Страховщиком и медицинской/сервисной организацией.

10.3. Страховая выплата в виде оплаты медицинских и иных услуг, оказанных Застрахованному, предусмотренными в Договоре страхования или в приложении к нему, осуществляется в пределах страховой суммы.

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 ином 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 нецелесообразность с медицинской точки зрения получения Застрахованным 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/страховой карточки другому лицу для получения им медицинской услуги;

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

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

11.1.4. В случае получения Застрахованным услуг, не входящих в программу страхования, указанную в договоре (полисе) 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;

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. 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 понесенных расходов, если иное не предусмотрено Договором.

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. ПОРЯДОК РАЗРЕШЕНИЯ СПОРОВ.

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

СТРАХОВЫЕ ТАРИФЫ
по добровольному медицинскому страхованию
(в % от страховой суммы при сроке страхования 1 год)

Страховые риски	Страховой тариф
1. Риск возникновения событий, требующих оказания медицинских и иных услуг в форме стационарной и амбулаторно-поликлинической помощи.	37,17
2. Риск возникновения событий, требующих оказания медицинских и иных услуг в форме амбулаторно-поликлинической помощи.	65,10
3. Риск возникновения событий, требующих оказания медицинских и иных услуг в форме стационарной помощи.	20,57
4. Риск возникновения событий, требующих оказания медицинских и иных услуг скорой неотложной медицинской помощи и/или медицинской перевозки.	11,18

ООО Страховая компания «Орбита» предполагает применять повышающие (от 1,1 до 4,0) и понижающие (от 0,15 до 0,9) коэффициенты к базовым тарифным ставкам, указанным в таблицах, в зависимости от условий страхования, территории действия договора страхования, характера профессиональной деятельности, возраста, состояния здоровья Застрахованного и объема медицинских услуг, включенных в Программу добровольного медицинского страхования по конкретному договору страхования, а также других причин.

Страховые риски	Повышающие и понижающие коэффициенты
Амбулаторно-поликлиническая помощь	0,15 – 1,39
Стационарная помощь	0,43 – 4,00
Стационарная и амбулаторно-поликлиническая помощь	0,26 – 2,55
Скорая неотложная медицинская помощь и/или медицинская перевозка	0,24 – 3,56