



ДОГОВОР добровольного медицинского страхования

№ 315/17

г. Москва

Дата оформления 15.03.2017

Настоящий Договор заключен на основании Федерального закона № 223-ФЗ «О закупках товаров, работ, услуг отдельными видами юридических лиц» и п/п 40 п.13.1.2, Положение о закупке товаров, работ, услуг Федерального государственного бюджетного учреждения науки Физического института им. П.Н. Лебедева Российской академии наук (ФИАН) от 28 декабря 2016г., для выполнения Государственного контракта № 024-7522/16/126 от 23.09.2016г.

Страховое публичное акционерное общество «РЕСО-Гарантия», в дальнейшем «Страховщик», в лице Заместителя Генерального директора - Начальника Управления медицинского страхования Суворовой Ольги Валерьевны, действующей на основании Доверенности № РГ-Д-3447/15 от 03.06.2015 г., с одной стороны, и

Федеральное государственное бюджетное учреждение науки Физический институт им.П.Н. Лебедева Российской академии наук (ФИАН), в лице Заместителя директора ФИАН Лихачевой Л.Н., действующей на основании Доверенности № 37 от 08.02.2017г., в дальнейшем «Страхователь», с другой стороны, вместе именуемые «Стороны», заключили настоящий Договор о нижеследующем.

1. Предмет Договора

- 1.1. Страховщик принимает на себя обязательства по организации и оплате медицинской помощи Застрахованным лицам в соответствии со Страховыми программами.
- 1.2. Настоящий Договор заключен на основании Правил медицинского страхования граждан СПАО «РЕСО-Гарантия» (Приложение № 1), являющихся неотъемлемой частью настоящего Договора.
- 1.3. Страховым случаем по настоящему Договору признается обращение Застрахованного лица в течение срока действия Договора страхования в медицинское учреждение из числа предусмотренных Договором страхования при остром заболевании, обострении хронического заболевания, травме и других несчастных случаях за получением помощи, требующей оказания медицинских услуг в пределах их перечня, предусмотренного Страховой программой.
- 1.4. Страхование осуществляется в соответствии со Страховыми программами (Приложение № 2 к Договору 315/17), и в соответствии с «Условиями предоставления медицинских услуг в рамках добровольного медицинского Страхования» (Приложение № 3), являющимися его неотъемлемой частью.
- 1.5. Каждый Застрахованный может быть застрахован по одной или более Страховых программ, при этом риск «Амбулаторная помощь» является базовым риском для каждого Застрахованного. Любые другие риски не могут быть включены в Страховые программы для Застрахованного, если ни одна из его Страховых программ не содержит риска «Амбулаторная помощь».
 - 1.5.1. Лица, в отношении которых прекращен Договор, не могут быть вновь застрахованы до истечения срока его действия. Исключение составляют сотрудники Страхователя, которые были уволены и вновь приняты на работу в период действия настоящего Договора. При этом Страховщик имеет право затребовать у Страхователя документальное подтверждение увольнения и приема этих сотрудников. Повторное страхование рассматривается как дополнительное страхование и осуществляется на основе положений ст.3 настоящего Договора.
- 1.6. Общая численность Застрахованных лиц на момент заключения Договора составляет 1 человек. Списки Застрахованных лиц (Приложение № 4 к настоящему Договору) с указанием фамилии,

имени, отчества, даты рождения, домашнего адреса и телефона, выбранных Страховых программ передаются Страхователем Страховщику при заключении Договора. Списки составляются в двух экземплярах, один из которых передается Страховщику, а один остается у Страхователя.

2. Срок действия Договора

- 2.1. Настоящий Договор действует: с 01.04.2017, 00 ч. 00 мин по 31.03.2018, 24 ч. 00 мин.
- 2.2. По истечении срока действия настоящий Договор автоматически не пролонгируется. За один месяц до окончания срока действия настоящего Договора Стороны ведут переговоры о заключении Договора на новый период.
- 2.3. Действие настоящего Договора прекращается и Застрахованные лица теряют право на получение медицинской помощи в случаях:
 - истечения срока действия Договора;
 - исполнения Страховщиком обязательств перед Страхователем в полном объеме;
 - соглашения Сторон о расторжении настоящего Договора;
 - неуплаты Страхователем очередных страховых взносов в установленные Договором сроки;
 - ликвидации Страхователя, как юридического лица или смерти Страхователя, если Страхователь – физическое лицо;
 - в других случаях, предусмотренных действующим законодательством РФ.

3. Порядок изменения условий настоящего Договора

- 3.1. Дополнительное страхование лиц и/или изменение программ страхования Застрахованных лиц осуществляется с 1 и 15 числа каждого месяца. Заявление от Страхователя предоставляется Страховщику в письменном виде (Приложение №5) не менее чем за 10 рабочих дней до предполагаемой даты соответствующего изменения списочного состава. В случае предоставления Страхователем Страховщику соответствующего заявления в срок менее, чем за 10 рабочих дней, Страховщик производит изменение списочного состава на следующую дату.
- 3.2. При дополнительном страховании Страхователь уплачивает дополнительную страховую премию в размере, оговоренном пп. 4.9, 4.10 настоящего Договора.
- 3.3. Количество замен Застрахованных в течение срока действия Договора не может превышать 10% от численности, указанной в п.1.6 настоящего Договора. Под «заменой» понимается одновременное (с одной даты) снятие и прикрепление одинакового количества Застрахованных в рамках одной Страховой программы. При этом расчет страховой премии производится в соответствии с п.4.12 настоящего Договора.
- 3.4. Изменение Страховых программ допускается не более одного раза за весь период действия Договора и производится сразу для всех лиц, застрахованных по данной Страховой программе. При этом расчет страховой премии производится в соответствии с п.4.13 настоящего Договора.
 - 3.4.1. В том числе расширение Страховых программ рисками «Стационар экстренный» и «Стационар плановый и экстренный» или замена риска «Стационар экстренный» на риск «Стационар плановый и экстренный» может производиться только одновременно для всех Застрахованных по Договору.
- 3.5. Перевод Застрахованного с одной Страховой программы на другую допускается не более одного раза за весь период действия Договора. При этом расчет страховой премии производится в соответствии с п.4.13 настоящего Договора.
- 3.6. Не допускается:
 - 3.6.1. Перевод Застрахованного со Страховой программы, не содержащей рисков «Стационар плановый и экстренный» или «Стационар экстренный», на Страховую программу, включающую эти риски.
 - 3.6.2. Перевод Застрахованного со Страховой программы, содержащей риск «Стационар экстренный», на Страховую программу, содержащую риск «Стационар плановый и экстренный».
- 3.7. Снятие со страхования Застрахованных лиц производится не ранее, чем через три рабочих дня с даты поступления Страховщику соответствующего заявления от Страхователя (Приложение №5). Расчет неиспользованной страховой премии производится в соответствии с п.4.11 настоящего Договора.
- 3.8. Прием писем на замену и дополнительное прикрепление Застрахованных прекращается за 1 месяц до окончания срока действия настоящего Договора.

- 3.9. Все изменения и дополнения в настоящий Договор должны быть внесены соглашением Сторон в письменной форме.
- 3.10. Все уведомления, поручения и сообщения, направляемые в соответствии с настоящим Договором или в связи с ним, должны быть составлены в письменной форме и будут считаться поданными надлежащим образом, если они посланы заказным письмом, по телетайпу, телексом, телефаксом, по электронной почте или доставлены нарочным под расписку по нижеуказанным юридическим адресам Сторон.
- 3.11. Стороны обязуются в течение трех дней уведомлять друг друга об изменении своего юридического адреса, почтовых и банковских реквизитов.

4. Страховая сумма. Страховая премия. Порядок расчетов

- 4.1. Размер годовой страховой премии за одно Застрахованное лицо и количество Застрахованных:

Страховая программа №	Размер страховой премии на одного Застрахованного	Количество Застрахованных
1 (с коэффициентом 2)	80000	1

- 4.2. Общая страховая премия по настоящему Договору составляет: 80000.00 (Восемьдесят тысяч .00). Валюта Договора: российские рубли - RUR. Периодичность оплаты страховой премии: Единоновременно

до 01.04.2017	====80000.00 (Восемьдесят тысяч .00)	RUR
---------------	--------------------------------------	-----

Периодичность оплаты страховой премии по рискам и Страховым программам: Единоновременно.

- 4.3. При неуплате страховой премии в течение 15 дней после указанного срока настоящий Договор считается не вступившим в силу.
- 4.4. При неуплате Страхователем страховой премии в установленные п. 4.2 сроки Страховщик вправе в любой момент и в одностороннем порядке приостановить исполнение своих обязательств по Договору до момента уплаты Страхователем в полном объеме части страховой премии, уплата которой была просрочена, либо требовать досрочного прекращения действия настоящего Договора, о чем извещает Страхователя путем направления соответствующего письменного уведомления.
- 4.5. При досрочном прекращении действия Договора Страхователь обязан полностью уплатить страховую премию за весь период времени, в течение которого продолжал действовать Договор.
- 4.6. В случае досрочного прекращения действия Договора страхования в части одного или нескольких Застрахованных лиц по инициативе Страхователя неиспользованная страховая премия за этих лиц возврату не подлежит, но может быть зачтена Сторонами при последующем страховании новых лиц в рамках настоящего Договора.
- 4.7. Страховые суммы представляют собой лимит выплат по рискам для каждого Застрахованного за весь срок страхования и составляют:

Риск	Страховая сумма на одного Застрахованного
АМБУЛАТОРНАЯ ПОМОЩЬ	2000000
ПОМОЩЬ НА ДОМУ	500000

- 4.8. Страховщик гарантирует полное покрытие расходов в рамках Страховой программы (Приложение № 2 к Договору 315/17), Условий предоставления медицинских услуг (Приложение № 3) и страховой суммы, определенной п.4.7 настоящего Договора.
- 4.9. Все расчеты по настоящему договору ведутся исходя из годовой страховой премии. Дополнительное страхование лиц производится по ценам, действующим на момент заключения договора, указанным в п. 4.1 настоящего договора.
- 4.10. При дополнительном страховании лиц страховая премия по рискам и Страховым программам рассчитывается в соответствии с п. 7.8 Правил и уплачивается в соответствии с п. 4.2. Договора.
- 4.11. При снятии со страхования застрахованных лиц расчет неиспользованной страховой премии (суммы страховой премии, приходящейся на неистекший период страхования): по рискам и Страховым программам производится за неистекший оплаченный период действия настоящего договора за минусом 20% (расходы на ведение дел Страховщика).
- 4.12. При одновременном включении в Списки и исключении из Списков одинакового количества Застрахованных лиц в рамках одной Страховой программы (в соответствии с пунктом 3.3 настоящего Договора) расчет неиспользованной страховой премии и дополнительной страховой премии производится в следующем порядке:
- не производится.

- 4.13. При изменении Страховых программ Застрахованных расчет и оплата страховой премии производятся в следующем порядке:
- неиспользованная страховая премия и дополнительная страховая премия рассчитываются пропорционально неистекшему оплаченному сроку действия настоящего Договора.
- 4.14. При уменьшении численности Застрахованных на 25% и более по отношению к численности Застрахованных, указанной в п. 1.6 настоящего Договора, Страховщик оставляет за собой право увеличить размер страховой премии на одного Застрахованного в одностороннем порядке с учетом следующих параметров:

Коэффициент повышения годовой премии при уменьшении численности Застрахованных по настоящему Договору в течение срока действия настоящего Договора			
Количество месяцев, которые действовал настоящий Договор к моменту уменьшения численности настоящего Договора	Процент уменьшения численности Застрахованных по отношению к начальной численности настоящего Договора		
	25%-50%	51%-75%	свыше 75%
1-3 месяца	1.28	1.62	1.83
4-6 месяцев	1.26	1.52	1.63
7-9 месяцев	1.14	1.24	1.26
10-12 месяцев	1.05	1.08	1.11

5. Обязанности Сторон

- 5.1. *Страхователь* обязан:
- 5.1.1. Уплатить Страховщику страховую премию в порядке и в сроки, установленные настоящим Договором.
- 5.2. *Страховщик* обязан:
- 5.2.1. Организовать и оплатить медицинскую помощь, оказываемую Застрахованным лицам.
- 5.2.2. Контролировать соответствие оказанной Застрахованным лицам медицинской помощи условиям настоящего Договора.
- 5.2.3. Предоставить Застрахованным лицам через Страхователя индивидуальные пластиковые карточки (сертификаты) и /или электронные сертификаты, а также, при необходимости – пропуски в медицинские учреждения в течение 10 дней с момента предоставления полного пакета документов по Договору и поступления страховой премии на расчетный счет Страховщика.
- 5.3. В случае невозможности оказания медицинским учреждением помощи, предусмотренной Страховой программой, Страховщик организует медицинскую помощь в другом медицинском учреждении соответствующего профиля и ценовой категории, определенном по усмотрению Страховщика.

6. Ответственность Сторон

- 6.1. Стороны несут ответственность, предусмотренную действующим законодательством РФ за неисполнение или ненадлежащее исполнение условий настоящего Договора.
- 6.2. Сторона, допустившая разглашение информации, указанной в п. 8.1 настоящего Договора обязана возместить другой Стороне причиненные убытки.
- 6.3. Стороны освобождаются от ответственности за частичное или полное неисполнение обязательств по настоящему Договору, если такое неисполнение явилось следствием обстоятельств непреодолимой силы.
- 6.4. Страховщик не несет ответственность по оплате медицинской помощи, оказанной Застрахованному лицу в медицинских учреждениях, не предусмотренных Страховой программой без предварительного письменного согласования со Страховщиком.
- 6.5. Страховщик не несет ответственность за оказание медицинской помощи в случаях:
- нарушения Застрахованным лицом установленного в медицинском учреждении порядка;
 - явки Застрахованного лица по вопросу оказания медицинской помощи во время, когда осуществляется прием соответствующим специалистом или кабинетом (лабораторией);
 - явки Застрахованного лица на прием в состоянии алкогольного, наркотического либо токсического опьянения.

- 6.6. Подписывая настоящий Договор, Страхователь подтверждает, что им получены от Застрахованных лиц письменные согласия на обработку Страховщиком их персональных данных (Приложение №6) в соответствии с требованиями действующего законодательства Российской Федерации.
- 6.7. В случае изменения списка Застрахованных лиц (принятии на страхование новых лиц) Страхователь обязан получить письменные согласия от новых Застрахованных лиц на обработку Страховщиком их персональных данных (Приложение №6).
- 6.8. Все претензии, которые могут возникнуть у Застрахованных лиц, касающиеся обработки их персональных данных Страховщиком, Страхователь обязуется урегулировать своими силами и за свой счет. Страховщик обязуется при обработке персональных данных, предоставленных ему Страхователем, соблюдать требования действующего законодательства Российской Федерации.
- 6.9. В случае, если Страховщику стало достоверно известно, что Застрахованный отказался предоставить согласие на обработку Страховщиком своих персональных данных, такой отказ признается Сторонами в качестве волеизъявления Страхователя и Застрахованного лица об отказе от Договора страхования в отношении данного Застрахованного лица, в связи с чем в отношении данного лица страхование прекращается и он подлежит исключению из перечня Застрахованных лиц по настоящему Договору. Страховщик обязуется уничтожить персональные данные Застрахованного в сроки, установленные действующим законодательством Российской Федерации.
- 6.10. Страховщик имеет право отказать вновь принимаемым на страхование лицам в возможности обслуживаться в медицинском учреждении, которое прекратило или ограничило оказание медицинской помощи для вновь принимаемых на медицинское обслуживание лиц.

7. Порядок урегулирования споров

- 7.1. Каждая из Сторон назначает своего представителя, ответственного за своевременную корректировку прикрепленного контингента (исключение уволившихся, прикрепление вновь принятых работников), рассмотрение спорных вопросов, оформление необходимой документации.
- 7.2. С целью рассмотрения спорных вопросов каждая из Сторон выделяет по два человека, образующих комиссию, заключение которой обязательно для Сторон.
- 7.3. По всем вопросам, не урегулированным положениями настоящего Договора, Стороны руководствуются соответствующими положениями Правил.
- 7.4. При расхождении положений Правил с положениями настоящего Договора применяются соответствующие положения настоящего Договора.
- 7.5. При противоречии положений Условий положениям Правил применяются соответствующие положения Условий.
- 7.6. При противоречии положений Условий положениям Страховой программы применяются соответствующие положения Страховой программы.

8. Конфиденциальность

- 8.1. Представляемая Сторонами друг другу техническая, финансовая, коммерческая и иная информация, связанная с предметом настоящего Договора, сведения о Страхователе, Застрахованных лицах, в том числе их персональные данные, данные об имущественном положении, будут считаться конфиденциальной информацией.
- 8.2. Стороны примут все необходимые и достаточные меры, чтобы предотвратить разглашение полученной информации третьим лицам.

9. Прочие положения

- 9.1. Все споры по настоящему Договору разрешаются путем переговоров, а в случае недостижения соглашения – в установленном законом порядке.
- 9.2. Настоящий Договор составлен в двух экземплярах, каждый из которых имеет равную юридическую силу, по одному для каждой из Сторон.
- 9.3. Настоящий Договор составлен со следующими Приложениями, каждое из которых является его неотъемлемой частью:
 - Приложение №1 – Правила медицинского страхования граждан;
 - Приложение №2 – Страховые программы;
 - Приложение №3 - Условия предоставления медицинских услуг в рамках Добровольного медицинского страхования;
 - Приложение №4 – Список Застрахованных лиц;

- Приложение №5 – Форма сопроводительного письма;
- Приложение №6 – Согласие на обработку персональных данных Застрахованного лица.

10. Юридические адреса, реквизиты и подписи Сторон

Страховщик:

СПАО «РЕСО-ГАРАНТИЯ»

Адрес: 125047, Москва г, ул Гашека, д 12, стр 1 (Фактический адрес).

Реквизиты: ИНН 7710045520, Гос.рег.№ 1027700042413.

Р/с № 40701810401400000014 в АО "АЛЬФА-БАНК",

БИК 044525593 корр.счет № 30101810200000000593.

Телефон: (495) 730-30-00, факс: 251-01-68.

Представитель Страховщика/агент: ВАНЕЦОВА ГАЛИНА МИХАЙЛОВНА [71099]

Контактное лицо: ВАНЕЦОВА ГАЛИНА МИХАЙЛОВНА [71099]; Тел: /495/ 7211539.

Агентство: РЕСО-06 [93]; Тел: (495) 7211539.

Администратор Договора: ПЕТРОВА ЕВГЕНИЯ ВЛАДИМИРОВНА

Страхователь:

Федеральное государственное бюджетное учреждение науки Физический институт им.П.Н.Лебедева Российской академии наук (ФИАН)

Адрес: 119991, ГСП-1 г. МОСКВА, ПР-КТ ЛЕНИНСКИЙ, Д 53

Телефон: (495) 3332301

Реквизиты: ИНН 7736037394, КПП 773601001

УФК по г. Москве л/с №41736010730(ФИАН)

Р/с.№ 40501810445251000179 ГУ Банка России по ЦФО

БИК 044525000

Ответственный за учет прикрепленного контингента: Зам. директора ФИАН Лихачева Лариса Николаевна

Представитель Страховщика/агент не имеет никаких сведений, противоречащих указанным в настоящем Договоре.

Все сведения, указанные в настоящем Договоре мной или с моих слов, являются достоверными и соответствуют действительности. Упомянутые выше «Правила добровольного медицинского страхования» и приложения получил. С Правилами согласен.

Страховщик : _____ М.П.



Страхователь : _____ М.П.



	Подпись	Фамилия И. О.
Бухгалтерия	<i>Ку</i>	Николаева О.В.
Юр. служба	<i>СШ</i>	С.В. Кофасев
ПФО	<i>А.В. Сеф.</i>	Четвертухина Л.А.
Руководитель темы	<i>Сар</i>	Каргашев Н.Р.

Контрактная
служба

Степанов К.А.

1. ОПРЕДЕЛЕНИЯ

1.1. Договор страхования (Полис): письменное соглашение между Страхователем и Страховщиком, в силу которого Страховщик обязуется за обусловленную договором плату организовать и финансировать 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.

1.2. Медицинские услуги (медицинская помощь): мероприятия или комплекс мероприятий, направленных на профилактику заболеваний, их диагностику и лечение, имеющих самостоятельное законченное значение и определенную стоимость. Медицинская помощь может быть лечебной, диагностической, консультативной, реабилитационно-восстановительной, оздоровительной, профилактической, в том числе иммунопрофилактической, фармацевтической и др.

1.3. Франшиза - определенная условиями договора страхования часть расходов, связанных с оказанием Застрахованному медицинским и иным услуг, не подлежащая возмещению Страховщиком.

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

1.5. Неиспользованная страховая премия - это часть оплаченной Страхователем страховой премии, приходящейся на неистекший период страхования.

1.6. Страховая программа - виды обслуживания, медицинской помощи, страховые риски и возможные расходы, на которые распространяется страховой полис.

1.7. Эвакуация или репатриация - перемещение застрахованного в другую больницу, располагающую необходимым медицинским оборудованием, либо в той стране, где он обратился за медицинской помощью, либо в иной близлежащей стране (эвакуация), либо в стране его основного проживания или в стране его гражданства (репатриация). Услуга включает в себя все необходимое лечение на период перемещения застрахованного.

1.8. Транспортировка - перемещение застрахованного, необходимого ему по медицинским показаниям любым видом транспорта от места нахождения Застрахованного до лечебного учреждения.

1.9. Лечение - комплекс медицинских вмешательств, выполняемых по назначению медицинского работника, целью которых является устранение или облегчение проявления заболевания или заболевания либо состояния пациента, восстановление или улучшение его здоровья, трудоспособности и качества жизни.

1.10. Врач - специалист с оконченным высшим медицинским образованием, подтвержденным соответствующими документами об образовании, не являющийся родственником Застрахованного.

1.11. Предшествовавшие состояния - любое нарушение здоровья (расстройство, заболевание), травма, увечье, врожденная или приобретенная патология, хроническое или острое заболевание, психическое или нервное расстройство, которое у Застрахованного уже было диагностировано или о котором Застрахованный должен был знать или догадываться по имеющимся проявлениям или признакам, существующим на момент заключения договора страхования. Такие состояния также включают в себя любые осложнения или последствия, связанные с указанными состояниями.

1.12. Срок страхования - период времени, в течение которого на Застрахованного распространяется действие страховой защиты.

2. ОБЪЕКТ СТРАХОВАНИЯ

Объектом страхования является имущественный интерес Застрахованного, связанный с оплатой организацией и оказанием медицинской и лекарственной помощи (медицинских услуг) и иных услуг вследствие расстройства здоровья застрахованного или состояния застрахованного, требующих организации и оказания таких услуг, а также проведения профилактических мероприятий, снижающих степень опасных для жизни или здоровья застрахованного угроз и (или) устраняющих их.

3. СТРАХОВЫЕ РИСКИ

Страховым риском признается предполагаемое событие, обладающее признаками случайности и вероятности, с наступлением которого (наступлением страхового случая) у Страховщика возникает обязанность произвести страховую выплату.

События, являющиеся в соответствии с настоящими Правилами страховыми случаями, до момента их наступления являются страховыми рисками.

4. СУБЪЕКТЫ СТРАХОВАНИЯ

4.1. Субъектами добровольного медицинского страхования выступают Страховщик, Страхователь и Застрахованные лица.

4.1.1. Страховщик: СПАО «РЕСО-Гарантия», юридическое лицо, созданное в соответствии с законодательством РФ и имеющее лицензию на осуществление страховой деятельности.

4.1.2. Страхователь: юридическое или дееспособное физическое лицо, заключившее со Страховщиком договор страхования.

4.1.3. Застрахованное лицо: физическое лицо, в отношении которого заключен договор страхования и имущественные интересы которого являются объектом страхования. Застрахованными лицами могут быть граждане РФ или иностранные граждане, постоянно или временно проживающие/ пребывающие на территории РФ. На страхование не принимаются граждане, госпитализированные на дату заключения договора (если договором страхования не предусмотрено иное).

4.2. Субъектами добровольного медицинского страхования могут выступать медицинские, аптечные, сервисные (ассистан-

ские) и иные организации, с которыми у Страховщика имеются договорные отношения с целью выполнения обязательств по Договору страхования

4.2.1. Медицинские учреждения: организации любой формы собственности (лечебно-профилактические и стационарные учреждения, научно-исследовательские и медицинские институты, реабилитационно-восстановительные и санаторно-курортные учреждения и др.) и физические лица, осуществляющие медицинскую деятельность на территории Российской Федерации и (или) за ее пределами, имеющие лицензии на право осуществления медицинской деятельности в соответствии с законодательством страны, где они располагаются (если применимо), привлекаемые для оказания медицинских услуг Застрахованным.

4.2.2. Аптечные учреждения: организации, осуществляющие розничную торговлю лекарственными средствами, изготовление и выпуск лекарственных средств в соответствии с требованиями действующего законодательства РФ, имеющие лицензию на право осуществления фармацевтической деятельности, оказывающие услуги Застрахованным по программе 11 «Лекарственное обеспечение». К аптечным учреждениям относятся аптеки, аптеки учреждений здравоохранения, аптечные пункты, аптечные магазины, аптечные киоски. (ст. 4 Закона о лекарственных средствах).

4.2.3. Сервисные (ассистанские) учреждения - специализированная организация, которая по поручению Страховщика обеспечивает организацию услуг, предусмотренных Договором страхования, и имеет соответствующие договорные отношения с медицинскими учреждениями.

5. СТРАХОВОЙ СЛУЧАЙ

5.1. Страховым случаем является

обращение Застрахованного лица в течение срока действия договора страхования в медицинское или аптечное учреждение из числа предусмотренных договором страхования или согласованных со Страховщиком при остром заболевании, обострении хронического заболевания, травме и других несчастных случаях за получением медицинской (лечебной, диагностической, консультативной, реабилитационно-восстановительной, оздоровительной, диспансерной, профилактической, в том числе иммунопрофилактической, фармацевтической и др.) и иной (в том числе медико-социальной, медико-транспортной, транспортной, сервисной и др.) помощи, требующей оказания медицинских услуг в пределах их перечня, предусмотренного договором страхования и в соответствии со страховой программой, на условиях которой заключен договор страхования.

5.2. Страховым случаем не является и Страховщик не возмещает стоимость медицинских услуг, оказанных Застрахованному лицу:

5.2.1. в медицинских учреждениях, не предусмотренных в договоре страхования, и выбор которых не был согласован со Страховщиком;

5.2.2. в связи с патологическими состояниями и травмами, возникшими или полученными;

5.2.2.1. в состоянии или вследствие алкогольного, наркотического, токсического и иного опьянения Застрахованного лица;

5.2.2.2. при управлении Застрахованным лицом транспортным средством под воздействием лекарственных препаратов, ухудшающих реакцию и внимание, в болезненном или утомленном состоянии;

5.2.2.3. вследствие 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, в болезненном или утомленном состоянии;

5.2.3. в связи с получением травматического повреждения или иного расстройства здоровья, наступившего в результате или при совершении Застрахованным противоправных действий;

5.2.4. в связи с умышленным причинением Застрахованным себе телесных повреждений, суицидальными попытками;

5.2.5. не назначенных врачом или выполняемых по желанию Застрахованного;

5.2.6. обращение Застрахованного лица в медицинское учреждение за получением услуг, связанных с продолжением последствий травм, оперативных вмешательств, заболеваний и иных состояний (беременность, роды и т.д.), произошедших за пределами непрерывного периода добровольного медицинского страхования в СПАО «РЕСО-Гарантия»

5.3. Не является страховым случаем и не подлежит возмещению стоимостью медицинских услуг, оказанных Застрахованному лицу в связи с:

5.3.1. военными действиями, маневрами или иными военными мероприятиями, актами терроризма;

5.3.2. гражданской войной, народными волнениями всякого рода или забастовками;

5.3.3. воздействием ядерного взрыва, радиации или радиоактивного заражения;

5.3.4. стихийными бедствиями.

5.4. не является страховым случаем событие, произошедшее после увеличения страховой суммы, если о таком увеличении Страхователь (Застрахованный) не сообщил Страховщику в порядке и форме, установленной настоящими Правилами и/или условиями действующего договора страхования.

6. СТРАХОВАЯ СУММА, СТРАХОВАЯ ПРЕМИЯ, ФРАНШИЗА

6.1. Страховой суммой является предельный уровень страхового обеспечения по договору медицинского страхования, определяемый исходя из перечня и стоимости медицинских услуг, предусмотренных договором страхования.

6.2. Размер страховой суммы устанавливается Страховщиком по соглашению со Страхователем в договоре страхования.

6.3. Страховой премией является плата за страхование, которую Страхователь обязан уплатить Страховщику в порядке и в сроки, установленные договором страхования. Часть страховой премии является страховым взносом.

6.4. Страховщик при определении размера страховой премии применяет разработанные страховые тарифы.

6.5. При определении размера страховой премии и оценки степени страхового риска Страхователю (лицу, принимаемому на страхование) может быть предложено заполнить Медицинскую анкету (Приложение №6 к настоящим Правилам). Сведения, указанные в заявлении на страхование или в Медицинских анкетах, подтверждаются подписью Страхователя (лица, принимаемого на страхование). В случае необходимости, для уточнения указанных данных, Страховщик имеет право запросить от каждого лица, принимаемого на страхование:

6.5.1. Предоставления выписок из историй болезни и/или заключений лечащих врачей о заболеваниях и состояниях, существующих на момент обращения к Страховщику;

6.5.2. Предоставления Удостоверения об инвалидности, при его наличии;

6.5.3. Предоставления справок из диспансеров о постановке/снятии с учета;

6.5.4. Проведения за счет Страхователя (Застрахованного) предварительного медицинского обследования для оценки фактического состояния здоровья.

В случае отказа Страхователя (лица, принимаемого на страхование) от заполнения Медицинской анкеты, прохождения медицинского обследования или от предоставления вышеперечисленных документов, Страховщик имеет право отказать Страхователю в заключении Договора страхования.

6.6. **Страховой тариф** представляет собой ставку страховой премии с единицы страховой суммы или объекта страхования. Страховщик в каждом конкретном случае при заключении договора страхования, в зависимости от степени страхового риска и с учетом особенностей страхования конкретного лица (лиц) применяет к базовым страховым тарифам (тарифным ставкам) повышающие или понижающие коэффициенты.

6.7. По соглашению Сторон, страховая премия в договоре страхования может быть указана в иностранной валюте, эквивалентом которой являются соответствующие суммы в рублях. В этом случае страховая премия уплачивается в рублях по установленному договором страхования курсу данной валюты (но не ниже курса Центрального Банка РФ на день уплаты (перечисления)).

6.8. При заключении договора страхования с применением нескольких страховых программ страховая премия определяется по каждой из включенных в договор страхования страховых программ. Размер страховой премии по договору страхования, включающему несколько страховых программ, определяется путем суммирования премий по этим программам.

6.9. Страховая премия по договорам страхования уплачивается единовременно либо в рассрочку в соответствии с условиями договора страхования и в оговоренные договором сроки.

6.10. Страховая премия уплачивается:

6.10.1. в безналичной форме путем перечисления на расчетный счет Страховщика;

6.10.2. в наличной форме в кассу Страховщика.

6.11. Моментом уплаты страховой премии считается:

6.11.1. при безналичной оплате - день поступления денежных средств на расчетный счет Страховщика;

6.11.2. при оплате наличными средствами - день уплаты страховой премии в кассу Страховщика или их передачи представителю (агенту) Страховщика.

6.12. В случае неплаты Страхователем в установленный договором страхования срок страховой премии (при уплате страховой премии единовременно) или первого взноса (при уплате страховой премии в рассрочку) договор страхования считается не вступившим в силу, т.е. у Страховщика не возникает обязательств по такому договору страхования.

6.13. В случае несвоевременной и (или) неполной оплаты очередного (рассроченного) взноса Страховщик направляет Страхователю письменное уведомление (составленное в произвольной форме) с требованием погасить задолженность к установленной в письменном уведомлении дате либо направляет Страхователю письменное уведомление о расторжении Договора страхования в связи с неисполнением/неадекватным исполнением обязанности по оплате страховой премии, уплачиваемой в рассрочку.

6.14. В Договоре страхования может быть установлена условная, безусловная или временная франшиза.

6.14.1. При условной франшизе Страховщик освобождается от оплаты расходов, связанных с оказанием Застрахованному медицинским и иных услуг, если их размер не превышает франшизу.

6.14.2. При безусловной франшизе обязательства Страховщика определяются размером расходов за минусом франшизы.

6.14.3. Франшиза определяется обеими Сторонами в процентном отношении к страховой сумме или в абсолютной величине.

6.14.4. В Договоре страхования также может быть установлена временная франшиза - период времени с момента вступления Договора страхования в силу, в течение которого страховые выплаты при возникновении страхового случая или отдельно оговоренных заболеваний (состояний, травм, повреждений) не производятся.

6.15. Если договором страхования предусмотрена франшиза, но не указаны условия ее применения (условная или безусловная), то считается, что франшиза является безусловной.

7. ЗАКЛЮЧЕНИЕ, СРОК ДЕЙСТВИЯ И ПРЕКРАЩЕНИЕ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ

7.1. Основанием для заключения договора страхования является письменное заявление Страхователя, форма которого устанавливается Страховщиком и в котором сообщаются данные, необходимые для заключения Договора страхования, в том числе список застрахованных лиц. Также для заключения договора страхования Страховщику (по его запросу) должны быть представлены письменные согласия на обработку персональных данных от каждого Застрахованного лица.

В случае необходимости (по усмотрению Страховщика) помимо документов, предусмотренных в настоящем пункте Правил, Страховщик вправе потребовать от Страхователя предоставле-