

**Общество с ограниченной ответственностью
«Страховая компания «АК БАРС-Мед»**

Утверждены
Генеральным директором
Приказ № 43 от «14» августа 2015 г.

Утверждены
Правила в новой редакции
Заместителем генерального директора
по финансам и сопровождению
страховой деятельности
Приказ № 17 от «25» мая 2016 г.

Заместитель
генерального директора:



(А.Р. Хасанов)

**П Р А В И Л А
ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ № 4**

г. Казань
2016 г.

1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

1.1. В соответствии с законодательством Российской Федерации, Гражданским кодексом РФ, Законом «Об организации страхового дела в Российской Федерации», нормативными документами Банка России, остальными подзаконными актами, касающимися страхового дела, настоящие Правила добровольного медицинского страхования (именуемые в дальнейшем – Правила) регулируют отношения, возникающие между субъектами добровольного медицинского страхования.

1.2. Для целей настоящих Правил используются следующие специальные термины:

- *субъекты* - это стороны, участвующие в добровольном медицинском страховании;
- *страховщик* - Общество с ограниченной ответственностью «Страховая компания «АК БАРС - Мед», созданное для осуществления страховой деятельности и получившее, в установленном Законом «Об организации страхового дела в Российской Федерации» порядке, лицензию на осуществление страховой деятельности на территории РФ;
- *страхователи* - дееспособные физические лица, заключившие со Страховщиком Договор добровольного медицинского страхования (именуемый в дальнейшем – Договор страхования);
- *застрахованный* - названное в Договоре страхования физическое лицо, в пользу которого Страхователем заключен Договор страхования. В случае, если Договор страхования заключен Страхователем в свою пользу, на него распространяются права и обязанности Застрахованного.
- *медицинские организации* - находящиеся как на территории РФ, так и на территории иностранных государств, лечебно-профилактические медицинские организации, научно-исследовательские и медицинские институты, другие организации, а также лица, осуществляющие медицинскую деятельность как индивидуально, так и коллективно, имеющие соответствующие лицензии и оказывающие Медицинскую помощь и/или осуществляющие медицинскую деятельность в соответствии с законодательством страны нахождения Медицинской организации;
- *аптечные организации* – юридические лица любой организационно-правовой формы (аптеки, аптечные пункты, аптечные магазины, аптечные киоски, в том числе в составе медицинских организаций), а также индивидуальные предприниматели, осуществляющие фармацевтическую деятельность (розничную торговлю лекарственными препаратами, хранение, перевозку, изготовление и отпуск лекарственных препаратов) в соответствии с требованиями действующего законодательства РФ и имеющие лицензию на право осуществления фармацевтической деятельности;
- *иные организации* – сервисные или ассистанские компании и организации, в том числе зарубежные, заключившие со Страховщиком договоры на предоставление услуг медицинского ассистанса;
- *медицинский ассистанс* – услуги, связанные с оказанием и/или организацией оказания медицинской помощи;
- *медицинская помощь (медицинская услуга)* – мероприятие или комплекс мероприятий, непосредственно направленных на профилактику, диагностику и лечение Заболевания, имеющих определенную цену. Медицинская помощь может быть консультативной, диагностической, лечебной, реабилитационно-восстановительной, профилактической, в том числе иммунопрофилактической.
- *иные услуги* – услуги, непосредственно связанные с оказанием или организацией оказания Медицинской помощи, имеющие определенную цену. К Иным услугам относятся в частности: организационно-технические и санитарно-противоэпидемические мероприятия; услуги медицинского сервиса, включая услуги по обеспечению комфортного пребывания в Медицинской организации (палата улучшенной комфортности, дополнительное питание и др.); питание и проживание (нахождение) во время стационарного лечения, реабилитационно-

восстановительного лечения в стационарных, в т.ч. санаторно-курортных условиях, если оно не входит в стоимость Медицинской помощи (стоимость койко-дня); оформление Медицинской и Иной организацией различной документации, связанной с оказанием Медицинской помощи; услуги с использованием компьютерных и телекоммуникационных технологий (телемедицина); информационные услуги, связанные с оказанием или организацией оказания Медицинской помощи; другие услуги, оказываемые Медицинскими и Иными организациями Застрахованному лицу в ходе получения им Медицинской помощи;

- *медико-транспортные услуги* – услуги, связанные с транспортировкой, адекватным состоянию здоровья Застрахованного транспортным средством в Медицинскую организацию и/или из Медицинской организации до места постоянного проживания Застрахованного (при необходимости, в сопровождении медицинского персонала).

- *услуги по репатриации* – услуги, связанные с транспортировкой, адекватным состоянию здоровья Застрахованного транспортным средством:

если Застрахованный является иностранным гражданином – до транспортного узла прямого международного сообщения, ближайшего к месту постоянной регистрации Застрахованного, от места пребывания Застрахованного на территории Российской Федерации;

если Застрахованный является гражданином Российской Федерации – из страны пребывания до ближайшей к месту постоянного проживания или гражданства Застрахованного Медицинской организации.

- *лекарственная помощь* – обеспечение Застрахованных необходимыми лекарственными препаратами, изделиями медицинского назначения, продуктами лечебного питания, минеральными водами, а также иными средствами и предметами медицинского назначения, назначенными лечащим врачом для проведения диагностических, лечебных, реабилитационно-восстановительных и профилактических мероприятий, предполагающая оплату Страховщиком их стоимости и/или стоимости их доставки;

- *лекарственные препараты* - лекарственные средства в виде лекарственных форм, применяемые для диагностики, лечения, реабилитации и профилактики Заболеваний, имеющие определенную цену;

- *изделия медицинского назначения* – инструменты, аппараты, приборы, оборудование, материалы и прочие изделия, имеющие определенную цену. Применяемые в медицинских целях отдельно или в сочетании между собой, а также вместе с другими принадлежностями, необходимыми для применения указанных изделий по назначению врача, предназначенные для диагностики, лечения, реабилитации и профилактики Заболеваний.

- *продукты лечебного питания* – определенные пищевые продукты и их сочетания, обеспечивающие удовлетворение потребностей организма человека в пищевых веществах и энергетических ресурсах с лечебной целью;

- *заболевание (болезнь)* – нарушение жизнедеятельности человека, характеризующееся ограничением приспособляемости и понижением трудоспособности, под влиянием вредных ему факторов внешней и внутренней среды, требующее Медицинской помощи;

- *страховой риск* – совокупность предполагаемых событий, на случай наступления которых проводится добровольное медицинское страхование, и которые могут быть признаны Страховым случаем;

- *страховой случай* – совершившееся документально подтвержденное событие, из числа Страховых рисков предусмотренных Программой добровольного медицинского страхования к Договору страхования, с наступлением которого возникла обязанность Страховщика произвести Страховую выплату;

- *страховая выплата (выплата страхового возмещения)* – денежная сумма, которую Страховщик в соответствии с Договором страхования обязан выплатить при наступлении Страхового случая;

- *страховая сумма* – определенная Договором страхования денежная сумма, в пределах которой Страховщик обязуется осуществить Страховую выплату;

- *лимит ответственности* – ограничение обязательств Страховщика по осуществлению Страховой выплаты при наступлении Страхового случая;

- *франшиза* – определенная часть убытков Страхователя, не подлежащая возмещению Страховщиком в соответствии с условиями Договора страхования. Франшиза может быть условной и безусловной (устанавливается в процентах от Страховой суммы, либо как абсолютная величина – в денежном выражении).

При условной Франшизе Страховщик освобождается от ответственности за убыток, если его размер не превышает размера Франшизы, и убыток подлежит возмещению полностью, если его размер превышает Франшизу.

При безусловной Франшизе ответственность Страховщика определяется размером убытка за минусом размера Франшизы.

Временная Франшиза предполагает исключение из страхового покрытия конкретного периода времени.

- *страховая премия (взнос)* – плата за добровольное медицинское страхование, которую Страхователь обязан уплатить Страховщику в порядке и в сроки, установленные Договором страхования. Страховой взнос – часть Страховой премии при ее уплате в рассрочку.

- *программа добровольного медицинского страхования* – включает: виды, формы, объем и условия предоставления Медицинской помощи Застрахованным.

1.3. Добровольное медицинское страхование осуществляется на основе Программ добровольного медицинского страхования (Приложение 5 к настоящим Правилам) и обеспечивает получение Медицинской помощи сверх установленной Программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи. Добровольное медицинское страхование может быть коллективным и индивидуальным.

1.4. Договор страхования заключается в соответствии с Программами добровольного медицинского страхования и предусматривает финансирование и организацию Медицинской и/или Лекарственной помощи и/или Иных услуг в Медицинских и/или Аптечных и/или Иных организациях определенных Договором страхования.

Договор страхования может быть заключен, как на условиях одной Программы добровольного медицинского страхования, так и нескольких Программ добровольного медицинского страхования, предусмотренных настоящими Правилами.

Перечень Медицинских услуг, перечисленных в соответствующей Программе добровольного медицинского страхования, может быть изменен по соглашению между Страхователем и Страховщиком, о чем в Договоре страхования должно быть оговорено специально.

Страховщик вправе на основании настоящих Правил разрабатывать различные Программы добровольного медицинского страхования, помимо описанных настоящими Правилами, и присваивать им маркетинговые названия.

1.5. Страховщик имеет право на ознакомление с медицинской документацией Застрахованного, отражающей его историю заболевания, физическое и психическое состояние, диагноз, ход и прогноз результатов лечения, а также имеет право использовать данную информацию для решения вопросов, связанных с реализацией Договора страхования.

Страховщик не вправе разглашать полученные им в результате своей профессиональной деятельности сведения о Страхователе, Застрахованном, состоянии их здоровья и имущественном положении и гарантирует соблюдение врачебной тайны.

За нарушение тайны страхования Страховщик в зависимости от рода нарушенных прав и характера нарушения несет ответственность в порядке, предусмотренном гражданским законодательством Российской Федерации.

1.6. Взаимоотношения между Страховщиком и Медицинской организацией определяются Договором на предоставление медицинских услуг гражданам по добровольному медицинскому страхованию, по которому Медицинская организация обязуется предоставлять Застрахованным Страховщика Медицинскую помощь определенного объема и качества в рамках Программы (Программ) добровольного медицинского страхования. При этом указанный Договор на предоставление медицинских услуг гражданам по добровольному медицинскому страхованию должен содержать: наименование сторон, предмет договора, стоимость работ и порядок расчетов, порядок контроля качества Медицинской помощи, ответственность сторон и иные не противоречащие законодательству РФ условия.

2. СУБЪЕКТЫ СТРАХОВАНИЯ

2.1. В качестве Субъектов добровольного медицинского страхования выступают: Страховщик, Страхователь, Медицинская организация, Аптечная организация, Иные организации, Застрахованный.

2.2. Договор страхования может быть заключен физическими лицами (Страхователями) как в отношении самих себя, то есть Страхователь и Застрахованный в заключаемом Договоре страхования одно и то же лицо, так и в отношении других лиц (Застрахованных).

2.3. На условиях настоящих Правил заключаются Договоры страхования в пользу физических лиц в возрасте до 90 лет включительно, на момент заключения Договора страхования проживающих на территории РФ.

3. ОБЪЕКТЫ СТРАХОВАНИЯ

3.1. Объектами медицинского страхования являются имущественные интересы, связанные с оплатой организации и оказания медицинской и лекарственной помощи 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.

4. СТРАХОВЫЕ СЛУЧАИ И ОБЪЕМ ОТВЕТСТВЕННОСТИ СТРАХОВЩИКА

4.1. Страховым случаем признается:

- обращение Застрахованного в течение срока действия Договора страхования в Медицинскую и/или Аптечную и/или Иную организацию из числа определенных Договором страхования за получением Медицинской и/или Лекарственной помощи и/или Иных услуг предусмотренной (предусмотренных) Программой (Программами) добровольного медицинского страхования к Договору страхования;

- обращение Застрахованного в течение срока действия Договора страхования в Медицинскую и/или Аптечную и/или Иную организацию из числа не определенных Договором страхования, если это обращение согласовано и/или организовано Страховщиком, за получением Медицинской и/или Лекарственной помощи и/или Иных услуг предусмотренной (предусмотренных) Программой (Программами) добровольного медицинского страхования к Договору страхования.

4.2. Объем ответственности Страховщика по Договору страхования определяется перечнем Медицинской и/или Лекарственной помощи и/или Иных услуг, включенной (включенных) в Программу (Программы) добровольного медицинского страхования, и Перечнем медицинских и/или аптечных и/или иных организаций, оказывающих медицинскую и/или лекарственную помощь и/или иные услуги Застрахованным по договорам добровольного медицинского страхования, в которых Застрахованные вправе получить в пределах Страховой

суммы Медицинскую и/или Лекарственную помощь и/или Иные услуги предусмотренную (предусмотренные) Договором страхования.

Страхователь вправе в течение срока действия Договора страхования по согласованию со Страховщиком изменить перечень Программ добровольного медицинского страхования. Изменение количества Программ добровольного медицинского страхования по Договору страхования оформляется на условиях настоящих Правил в письменной форме в виде дополнительного соглашения и является приложением к основному Договору страхования.

4.3. При заключении Договора страхования Страховщик принимает на себя обязательство по финансированию и организации: Медицинской помощи и/или Иных услуг, оказываемой (оказываемых) Застрахованным по технологиям, применяемым в Медицинских и/или Иных организациях определенных Договором страхования; Лекарственной помощи, оказываемой Застрахованным в Аптечных организациях, определенных Договором страхования.

4.4. На добровольное медицинское страхование не принимаются (если иное не предусмотрено Договором страхования):

а) лица, состоящие на учете в наркологических, психоневрологических, противотуберкулезных, кожно-венерологических диспансерах, центрах по профилактике и борьбе со СПИД;

б) больные онкологическими заболеваниями;

в) лица старше 90 лет.

4.5. Страховщик не несет страховой ответственности (если иное не предусмотрено Договором страхования) если Застрахованный обратился в Медицинскую организацию:

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

б) в связи с умышленным причинением себе телесных повреждений, в том числе суицидальных попыток;

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

г) с целью получения Медицинской помощи, которая не была рекомендована врачом как необходимая и разумная мера;

д) в случае применения косметической или пластической хирургии, кроме необходимости ее использования после несчастного случая или других случаях, когда ее применение обусловлено прямыми медицинскими показаниями;

е) по поводу коррекции зрения с целью назначения линз или очков или их подбора, кроме факта нарушения зрения в результате несчастного случая или в других случаях, определенных прямыми медицинскими показаниями;

ж) по поводу коррекции слуха с целью назначения слуховых аппаратов или их подбора, кроме факта нарушения слуха в результате несчастного случая или в других случаях, определенных прямыми медицинскими показаниями;

з) с целью лечения ВИЧ/СПИД инфекции и ее осложнений;

и) по поводу лечения онкологических заболеваний, психических заболеваний, туберкулеза, венерических заболеваний, алкоголизма, наркомании, токсикомании.

4.6. Страховщик не производит Страховую выплату в связи с Заболеваниями, вызванными:

а) воздействием ядерного взрыва, радиацией или радиоактивным заражением;

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

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

г) стихийными бедствиями.

4.7. Страховщик не оплачивает Медицинскую и/или Лекарственную помощь и/или Иные услуги, полученную (полученные) по инициативе Застрахованного без согласования со Страховщиком, в Медицинских и/или Аптечных и/или Иных организациях не определенных Договором страхования.

4.8. В пределах объема страховой ответственности по Договору страхования Страховщик вправе установить Лимиты ответственности и/или Франшизы.

Договором страхования могут быть предусмотрены Лимиты ответственности по Программе добровольного медицинского страхования, Страховому риску, Страховому случаю, виду Медицинской и/или Лекарственной помощи и/или Иной услуги, Медицинской и/или Аптечной и/или Иной организации, периоду оказания Медицинской помощи, прочим основаниям.

5. СТРАХОВАЯ СУММА

5.1. Страховая сумма по Договору страхования определяется Страховщиком и Страхователем по согласованию.

Страховая сумма отражает предельный уровень страхового возмещения по Договору страхования, то есть общая сумма Страховых выплат в течение срока действия Договора страхования ни при каких условиях не может превышать установленную Страховую сумму.

5.2. Страхователь вправе в течение срока действия Договора страхования по согласованию со Страховщиком изменить уровень страхового возмещения (увеличить и/или уменьшить Страховую сумму) с уплатой дополнительной Страховой премии (взноса) (в случае увеличения Страховой суммы) или уменьшения части Страховой премии (взноса) (в случае уменьшения Страховой суммы) пропорционально неистекшему сроку действия основного Договора страхования.

Изменение Страховой суммы по Договору страхования оформляется на условиях настоящих Правил в письменной форме в виде дополнительного соглашения и является приложением к основному Договору страхования.

5.3. О предполагаемом изменении стоимости Медицинской и/или Лекарственной помощи и/или Иных услуг, гарантированной (гарантированных) Программой (Программами) добровольного медицинского страхования, Страховщик уведомляет Страхователя.

5.4. При заключении Договора страхования по нескольким Программам добровольного медицинского страхования одновременно Страховщик несет обязательства по оплате Медицинской и/или Лекарственной помощи и/или Иных услуг в пределах Страховой суммы по каждой из Программ добровольного медицинского страхования.

5.5. Страхование осуществляется на условиях агрегатной Страховой суммы, т.е. после Страховой выплаты Страховая сумма по Договору страхования уменьшается на размер Страховой выплаты.

6. СТРАХОВАЯ ПРЕМИЯ (СТРАХОВЫЕ ВЗНОСЫ) СТРАХОВОЙ ТАРИФ

6.1. При определении размера Страховой премии (взноса), подлежащей уплате по Договору страхования, Страховщик, в каждом конкретном случае, применяет рассчитанные им страховые тарифы (Приложение 1 к настоящим Правилам), определяющие Страховую премию (взнос), с учетом размера Страховой суммы, выбранной (выбранных) Страхователем Программы (Программ) добровольного медицинского страхования, стоимости Медицинской и/или Лекарственной помощи и/или Иных услуг, уровня Медицинской организации, срока действия Договора страхования, состояния здоровья Застрахованного, рода деятельности Застрахованного, численности Застрахованных и иных условий.

Страховщик вправе применить коэффициенты (повышающие или понижающие) к базовым тарифам.

6.2. Страховая премия (взнос) по Договору страхования может быть уплачена Страхователем одновременно или в рассрочку, наличными денежными средствами либо в безналичном порядке.

Порядок уплаты Страховой премии (взноса) и форма проведения расчетов определяются в Договоре страхования.

6.3. Страхователь обязан уплатить Страховщику Страховую премию (взнос) в 5-дневный срок (если иное не предусмотрено Договором страхования) после подписания Договора страхования.

6.4. При неуплате Страховой премии (взноса) Договор страхования расторгается по инициативе Страховщика в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации, если стороны не договорились об отсрочке уплаты очередного Страхового взноса. Договоренность об отсрочке уплаты очередного Страхового взноса оформляется дополнительным соглашением и является приложением к основному Договору страхования.

7. ПОРЯДОК ЗАКЛЮЧЕНИЯ ДОГОВОРА ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

7.1. Договор страхования является соглашением между Страхователем и Страховщиком, в соответствии с которым последний обязуется финансировать и организовывать Застрахованным Медицинскую и/или Лекарственную помощь и/или Иные услуги, определенного объема и качества, согласно Программе (Программам) добровольного медицинского страхования.

Договор страхования заключается сроком до одного года, на один год или на срок более одного года. Срок действия Договора страхования может быть продлен по письменному соглашению сторон, с уплатой дополнительной Страховой премии.

Договор страхования заключается в письменной форме, несоблюдение письменной формы Договора страхования влечет его недействительность.

Договор страхования оформляется в соответствии с требованиями действующего гражданского законодательства РФ. К Договору страхования прилагается Заявление Страхователя со списком Застрахованных, являющиеся неотъемлемой частью Договора страхования.

Отдельными Программами добровольного медицинского страхования допускается заключение Договора страхования в упрощенной форме в виде полиса, без оформления Заявления от Страхователя.

7.2. Договор страхования содержит следующие сведения:

- наименование сторон;
- срок действия Договора Страхования;
- численность Застрахованных, подтвержденную точным списком Застрахованных по Договору страхования;
- размер, сроки и порядок внесения Страховой премии (взноса);
- размер Страховой суммы;
- Программа (Программы) добровольного медицинского страхования;
- Перечень медицинских и/или аптечных и/или иных организаций, оказывающих медицинскую и/или лекарственную помощь и/или иные услуги Застрахованным по договорам добровольного медицинского страхования;
- права, обязанности, ответственность сторон;
- иные не противоречащие законодательству Российской Федерации условия.

Договор страхования с физическими лицами заключается по форме, приведенной в Приложении 4 к настоящим Правилам.

7.3. Страховщик обязан ознакомить Страхователя с содержанием настоящих Правил путем вручения ему одного экземпляра или размещения Правил на сайте Страховщика или другим доступным методом.

7.4. При заключении Договора страхования Страховщик имеет право произвести предварительное медицинское освидетельствование и/или медицинское анкетирование лица (лиц), подлежащего (подлежащих) страхованию и/или потребовать выписку из амбулаторной карты и/или истории болезни для оценки фактического состояния его (их) здоровья.

При отказе Застрахованного от прохождения медицинского освидетельствования, объем которого определяется Страховщиком или заполнения медицинской анкеты, Страховщик имеет право отказать Страхователю в заключении Договора страхования.

В том случае, если после заключения Договора страхования будет установлено, что Застрахованный указал ложные сведения в медицинской анкете, Страховщик вправе требовать признание Договора страхования недействительным в отношении данного Застрахованного.

Предварительное медицинское освидетельствование может производиться как за счет средств Страхователя, так и за счет средств Страховщика.

7.5. Основанием для заключения Договора страхования с физическим лицом, кроме случаев заключения Договора страхования в упрощенной форме в виде полиса, является письменное Заявление Страхователя (Приложение 2 к настоящим Правилам) с указанием:

- фамилии, имени и отчества, даты рождения, паспортных данных, адреса места жительства Страхователя и Застрахованного;
- желаемых условий добровольного медицинского страхования (Программы (Программ) добровольного медицинского страхования);
- срока действия Договора страхования;
- других данных, имеющих значение для установления Страховой суммы и Страхового тарифа.

Заявление является неотъемлемой частью Договора страхования с физическим лицом.

7.6. Договор страхования вступает в силу:

- а) при уплате Страховой премии (взноса) путем безналичных расчетов – со дня поступления Страховой премии (взноса) на расчетный счет Страховщика;
- б) при уплате Страховой премии (взноса) наличными денежными средствами - со дня поступления Страховой премии (взноса) в кассу Страховщика или получения наличных средств представителем Страховщика.

Договором страхования может быть предусмотрен иной порядок вступления Договора страхования в силу.

Днем уплаты считается день поступления Страховой премии (взноса), определяемого датой выписки по банку, на счет или в кассу Страховщика, если иное не оговорено в Договоре страхования.

Факт уплаты Страховой премии (взноса) наличными денежными средствами должен быть подтвержден квитанцией (Форма № А-7) или кассовым чеком Страховщика.

Оплата Страховой премии (взноса) не считается состоявшейся, если платеж произведен с нарушением законодательства, регулирующего порядок расчетов.

7.7. На каждого Застрахованного в течение семи рабочих дней после вступления Договора страхования в силу, если иное не предусмотрено Договором страхования, оформляется Полис добровольного медицинского страхования.

Форма полиса для физических лиц - Приложение № 3 к настоящим Правилам.

В Полисе добровольного медицинского страхования указывается:

- фамилия, имя, отчество, дата рождения Застрахованного;
- срок действия Договора страхования.

По усмотрению Страховщика в Полисе добровольного медицинского страхования могут быть указаны:

- место работы;
- наименование Страхователя;
- Страховая сумма;
- Страховая премия;
- Программа (Программы) добровольного медицинского страхования;
- Перечень медицинских и/или аптечных и/или иных организаций, оказывающих медицинскую и/или лекарственную помощь и/или иные услуги застрахованным по договорам добровольного медицинского страхования;
- и другие сведения в соответствии с условиями заключения Договора страхования.

7.8. При заключении Договора страхования Страхователь обязан сообщить Страховщику известные Страхователю обстоятельства, имеющие существенное значение для определения вероятности наступления Страхового случая и размера возможных убытков от его наступления (Страхового риска), если эти обстоятельства не известны Страховщику. При этом существенными могут быть признаны обстоятельства, определенно оговоренные Страховщиком в Договоре страхования или в его письменном запросе.

При заключении Договора страхования до получения ответов Страхователя на поставленные Страховщиком вопросы, последний не может впоследствии требовать расторжения Договора страхования либо признания его недействительным на том основании, что соответствующие обстоятельства не были сообщены Страхователем.

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

7.9. Условия, содержащиеся в настоящих Правилах и не включенные в текст Договора страхования, обязательны для Страхователя, если в Договоре страхования прямо указывается на применение таких Правил.

8. ПОРЯДОК ВЫПОЛНЕНИЯ ОБЯЗАТЕЛЬСТВ ПО ДОГОВОРУ ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

8.1. Право Застрахованного на получение и оплату Медицинской и/или Лекарственной помощи и/или Иных услуг, предусмотренной (предусмотренных) Договором страхования, наступает после вступления последнего в силу.

8.2. Предоставление Медицинской и/или Лекарственной помощи и/или Иных услуг, предусмотренной (предусмотренных) Договором страхования, осуществляется путем обращения Застрахованного в Медицинские и/или Аптечные и/или Иные организации, указанные в Договоре страхования. При необходимости оказания Медицинской и/или Лекарственной помощи и/или Иных услуг, в Медицинских и/или Аптечных и/или Иных организациях не указанных в Договоре страхования, но имеющих договорные отношения со Страховщиком, необходимо письменное согласие последнего, подтвержденное направлением.

При обращении Застрахованного в Медицинскую и/или Иную организацию предъявляется Полис добровольного медицинского страхования, выданный Страховщиком, паспорт либо другой документ, удостоверяющий личность Застрахованного.

При обращении Застрахованного (его представителя) в Аптечную организацию по поводу получения лекарственных препаратов, изделий медицинского назначения, продуктов лечебного

питания, минеральных вод, а также иных средств и предметов медицинского назначения, предъявляется: Полис добровольного медицинского страхования; паспорт, либо другой документ, удостоверяющий личность Застрахованного (его представителя); рецепт установленной формы, выписанный врачом Медицинской организации, с которым Страховщик состоит в договорных отношениях с информацией о ФИО Застрахованного, номере Полиса добровольного медицинского страхования, номере амбулаторной карты Застрахованного, с подписью и личной печатью лечащего врача, штампом Медицинской организации.

8.3. В соответствии с условиями Договора страхования Страховщик в счет Страховой суммы организует оказание Медицинской и/или Лекарственной помощи и/или Иных услуг Застрахованному и оплачивает Медицинскую и/или Лекарственную помощь и/или Иные услуги, оказанную (оказанные) Застрахованному.

Оплата стоимости Медицинской и/или Лекарственной помощи и/или Иных услуг, оказанной (оказанных) Медицинскими и/или Аптечными и/или Иными организациями, производится, исходя из фактических затрат на оказание Медицинской и/или Лекарственной помощи и/или Иных услуг по ценам, согласованным между Страховщиком и Медицинской и/или Аптечной и/или Иной организацией, путем перечисления Страховщиком денежных средств на счет Медицинской и/или Аптечной и/или Иной организации.

Перечисление денежных средств на счет Медицинской и/или Иной организации производится после получения первичных документов Медицинской и/или Иной организации и проведения Страховщиком медико-экономической экспертизы документации, представленной к оплате по добровольному медицинскому страхованию, а также подписания обеими сторонами акта приема-сдачи выполненных работ, в пределах Страховой суммы, предусмотренной Договором страхования.

В рамках настоящих Правил первичными документами признаются: счет-реестр медицинской помощи, оказанной застрахованным по договорам (полисам) добровольного медицинского страхования, справка для получения путевки, отрывной талон к санаторно-курортной путевке, копия обратного талона к санаторно-курортной карте и др.

Страховщик вправе осуществлять предоплату (авансирование) Медицинской и/или Иной организации.

Договором на предоставление медицинских услуг гражданам по добровольному медицинскому страхованию, может быть предусмотрен иной порядок оплаты стоимости Медицинской помощи, оказанной Застрахованному.

Для получения Страхового возмещения Застрахованный может обратиться к Страховщику с целью возмещения понесенных затрат за оказанную Медицинскую помощь по Программе (Программам) добровольного медицинского страхования, если это предусмотрено Договором страхования. Выплата Страхового возмещения осуществляется по фактически уплаченной сумме, но не выше установленной прейскурантом Медицинской организацией на основании следующих документов:

- заявления на возмещение затраченных денежных средств;
- Договора страхования;
- паспорта Застрахованного;
- направления лечащего врача и/или выписки из первичной медицинской документации (амбулаторная карта, история болезни);
- документов, подтверждающих получение Застрахованным Медицинской помощи, с указанием наименования, количества, стоимости и даты оказания медицинских услуг, заверенных печатью и подписью уполномоченного лица Медицинской организации;
- документов подтверждающих факт оплаты оказанной Медицинской помощи.

9. ИЗМЕНЕНИЕ СТЕПЕНИ РИСКА В ТЕЧЕНИЕ СРОКА ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

9.1. В течение срока действия Договора страхования Страхователь (Застрахованный) обязан незамедлительно сообщить Страховщику о ставших ему известными значительных изменениях в обстоятельствах, сообщенных Страховщику при заключении Договора страхования, если эти изменения могут существенно повлиять на увеличение Страхового риска. Под обстоятельствами, влекущими увеличение Страхового риска, о которых Страхователь обязан сообщить Страховщику, понимаются, например выявление хронического заболевания или установление инвалидности, о которых Страховщик не может знать и т.д.

При неисполнении Страхователем (Застрахованным) обязанностей по сообщению Страховщику об увеличении Страхового риска, последний вправе потребовать расторжения Договора страхования и возмещения убытков в порядке, предусмотренном гражданским законодательством Российской Федерации.

9.2. При получении информации об обстоятельствах, влекущих увеличение Страхового риска, Страховщик вправе потребовать изменения условий Договора страхования или уплаты дополнительной Страховой премии (взноса) соразмерно увеличению Страхового риска.

Если Страхователь (Застрахованный) возражает против изменения условий Договора страхования или доплаты Страховой премии (взноса), Страховщик вправе потребовать расторжения Договора страхования в порядке, предусмотренном гражданским законодательством Российской Федерации.

9.3. Страховщик не вправе требовать расторжения Договора страхования, если обстоятельства, влекущие увеличение Страхового риска, уже отпали.

10. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

10.1. Права и обязанности Застрахованного по Договору страхования.

10.1.1. Застрахованный имеет право:

а) на получение своевременной и качественной Медицинской и/или Лекарственной помощи и/или Иных услуг, в соответствии с избранной (избранными) Страхователем Программой (Программами) добровольного медицинского страхования и Перечнем медицинских и/или аптечных и/или иных организаций, оказывающих медицинскую и/или лекарственную помощь и/или иные услуги застрахованным, по договорам добровольного медицинского страхования;

б) предъявлять претензии к Страховщику по качеству оказанной Медицинской помощи в избранной Медицинской организации и требовать от Страховщика проведения расследования по таким претензиям.

10.1.2. Застрахованный обязан:

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

б) обеспечить надлежащее хранение Полиса добровольного медицинского страхования, исключающее возможность его использования третьими лицами;

в) уведомить Страховщика об увеличении степени страхового риска.

10.2. Права и обязанности Страхователя по Договору страхования.

10.2.1. Страхователь имеет право:

а) требовать предоставления Застрахованным в Медицинских и/или Аптечных и/или Иных организациях Медицинской и/или Лекарственной помощи и/или Иных услуг, определенной (определенных) в Договоре страхования.

В случае непредоставления Медицинской и/или Лекарственной помощи и/или Иных услуг Страхователь должен немедленно поставить в известность об этом Страховщика;

б) расширить (уменьшить) список Застрахованных и/или перечень Программ добровольного медицинского страхования, и/или повысить (уменьшить) уровень Страхового

возмещения (Страховой суммы), при условии оформления письменного дополнительного соглашения к Договору страхования;

в) досрочно расторгнуть Договор страхования в порядке, предусмотренном действующим законодательством и настоящими Правилами.

10.2.2. Страхователь обязан:

а) предоставить Страховщику необходимые для заключения Договора страхования сведения, а также иную информацию, связанную с действием Договора страхования.

б) получить согласие (дать согласие, в случае заключения Договора страхования в отношении себя) Застрахованных на обработку Страховщиком своих персональных данных в объеме, необходимом Страховщику для исполнения своих обязательств по Договору страхования;

в) своевременно и в полном размере уплатить оговоренную Договором страхования Страховую премию (взнос);

г) довести до сведения каждого Застрахованного условия страхования, определенные Договором страхования:

д) обеспечить сохранность документов по Договору страхования;

е) передать Полисы добровольного медицинского страхования Застрахованным.

10.3. Права и обязанности Страховщика.

10.3.1. Страховщик имеет право:

а) требовать от Страхователя предоставления полной и достоверной информации, необходимой для заключения Договора страхования;

б) провести предварительный медицинский осмотр Застрахованного и/или медицинское анкетирование и/или потребовать выписку из амбулаторной карты и/или истории болезни до заключения Договора страхования;

в) провести медицинскую экспертизу Страхового случая, включающую медико-экономическую экспертизу документации, представленной к оплате, и/или медицинский осмотр Застрахованного, и/или экспертизу качества оказания Медицинской помощи;

г) изменить Страховую сумму по Договору страхования при изменении цен на предоставляемую Медицинскую и/или Лекарственную помощь и/или Иные услуги путем составления дополнительного соглашения к Договору страхования на условиях настоящих Правил;

д) досрочно расторгнуть Договор страхования в порядке, предусмотренном действующим законодательством и настоящими Правилами.

10.3.2. Страховщик обязан:

а) **соблюдать требования к обработке персональных данных установленных Федеральным законом от 27 июля 2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных» и обеспечить их надлежащее хранение;**

б) **при осуществлении обработки конфиденциальной информации, в том числе неавтоматизированным способом, руководствоваться требованиями Постановления Правительства РФ от 15 сентября 2008 г. № 687 «Об утверждении Положения об особенностях обработки персональных данных, осуществляемой без использования средств автоматизации»;**

в) **при прекращении действия Договора страхования (частично или полностью) Страховщик обязуется уничтожить персональные данные в сроки, установленные действующим законодательством Российской Федерации;**

г) ознакомить Страхователя с Правилами путем вручения Страхователю одного экземпляра или размещения Правил на сайте страховой компании или другим доступным методом;

д) выдать Полисы добровольного медицинского страхования установленного образца каждому Застрахованному непосредственно и/или через уполномоченное лицо Страхователя;

- е) при наступлении Страхового случая произвести Страховую выплату путем перечисления денежных средств на расчетный счет Медицинской и/или Аптечной и/или Иной организации, оказавшей Застрахованному Медицинскую и/или Лекарственную помощь и/или Иные услуги, либо путем возмещения Застрахованному понесенных затрат за оказанную Медицинскую и/или Лекарственную помощь, в соответствии с п. 8.3. настоящих Правил;
- ж) организовывать эффективный контроль качества оказания Медицинской помощи Застрахованным;
- з) обеспечить конфиденциальность в отношениях со Страхователем и/или Застрахованным.

11. ПОРЯДОК ПРЕКРАЩЕНИЯ ДОГОВОРА ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

11.1. Договор страхования прекращается в случаях:

- 11.1.1. Истечения срока его действия – с 00 часов суток, следующих за датой, определенной Договором страхования в качестве даты окончания срока его действия.
- 11.1.2. Исполнения Страховщиком обязательств перед Страхователем по Договору страхования в полном объеме – с момента такового.
- 11.1.3. Смерти Страхователя, являющегося физическим лицом, кроме случаев, предусмотренных Законом «Об организации страхового дела в Российской Федерации».
- 11.1.4. Неуплаты Страхователем очередного Страхового взноса при уплате Страховой премии в рассрочку – с 00 часов суток, следующих за датой, определенной Договором страхования для его уплаты.
- 11.1.5. Нарушения Застрахованным предписаний лечащего врача.
- 11.1.6. В случае смерти Застрахованного, Договор страхования прекращает свое действие, в отношении указанного Застрахованного со дня смерти последнего при условии подтверждения соответствующим свидетельством.
- 11.1.7. В других случаях, предусмотренных законодательными актами Российской Федерации.

11.2. Договор страхования может быть прекращен досрочно по требованию Страхователя или Страховщика, а также по соглашению сторон в случаях, предусмотренных настоящими Правилами.

11.3. При досрочном прекращении Договора страхования по обстоятельствам, указанным в п. 1 ст. 958 Гражданского кодекса Российской Федерации, Страховщик имеет право на часть Страховой премии (взноса) пропорционально времени, в течение которого действовало страхование.

11.4. При досрочном отказе Страхователя от Договора страхования в течение 5-ти рабочих дней со дня его заключения независимо от момента уплаты Страховой премии (взноса), при отсутствии в данном периоде событий, имеющих признаки страхового случая, оплаченная Страховая премия (взнос) возвращается Страхователю:

- в полном объеме, при отказе от Договора страхования до даты начала действия страхования;
- с удержанием части Страховой премии (взноса) пропорционально сроку действия Договора страхования, при отказе от Договора страхования после даты начала действия страхования.

Договор страхования считается прекратившим свое действие с даты получения Страховщиком письменного заявления Страхователя об отказе от договора страхования или иной даты, установленной по соглашению сторон, но не позднее 5-ти рабочих дней со дня его заключения.

Страховая премия (взнос) возвращается Страхователю в течение 10-ти рабочих дней со дня получения письменного заявления Страхователя об отказе от Договора страхования наличными деньгами или в безналичном порядке.

При досрочном отказе Страхователя – физического лица от Договора страхования после 5-ти рабочих дней со дня его заключения уплаченная Страховщику Страховая премия (взнос) не подлежит возврату, если Договором страхования не предусмотрено иное. Договор страхования считается прекратившим свое действие на 11-й день с даты представления Страхователем письменного заявления.

12. ВЫПЛАТА СТРАХОВОГО ВОЗМЕЩЕНИЯ

12.1. Порядок и условия осуществления Страховых выплат Медицинским и/или Аптечным и/или Иным организациям определяются договором, заключенным Страховщиком с Медицинской и/или Аптечной и/или Иной организацией и п.8.3. настоящих Правил.

12.2. Порядок и условия осуществления Страховой выплаты Застрахованному в форме компенсации расходов, понесенных при получении Медицинской и/или Лекарственной помощи определяются Договором страхования, заключенным Страховщиком со Страхователем (Застрахованным) и п.8.3. настоящих Правил.

12.3. Страховщик производит Страховые выплаты в течение 15-ти рабочих дней после подписания Акта приема-сдачи выполненных работ Страховщиком и Медицинской и/или Аптечной и/или Иной организацией или предоставления Застрахованным Заявления на возмещение затраченных денежных средств и документов в соответствии с п. 8.3, настоящих Правил.

Акт приема-сдачи выполненных работ подписывается Страховщиком в течение 15-ти рабочих дней со дня получения всех документов необходимых для взаиморасчетов.

13. СЛУЧАИ ОТКАЗА В СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЕ

13.1. Страховщик не оплачивает Медицинскую и/или Лекарственную помощь и/или Иные услуги, оказанную (оказанные) Застрахованному, если:

13.1.1. Полученная Медицинская и/или Лекарственная помощь и/или Иные услуги не предусмотрена (не предусмотрены) Договором страхования, Программой (Программами) добровольного медицинского страхования.

13.1.2. Медицинская и/или Лекарственная помощь и/или Иные услуги оказана (оказаны) в Медицинских и/или Аптечных и/или Иных организациях не предусмотренных Договором страхования и не согласованных со Страховщиком.

13.1.3. Медицинская и/или Лекарственная помощь и/или Иные услуги оказана (оказаны) по желанию Застрахованного без рекомендации лечащего врача.

13.1.4. Медицинская и/или Лекарственная помощь и/или Иные услуги получена (получены) не в период действия Договора страхования, кроме случаев экстренной госпитализации Застрахованного, начавшейся в течение срока действия Договора страхования, до момента устранения угрозы жизни Застрахованному, но не более 10 дней со дня окончания срока действия Договора страхования.

13.1.5. Требование Страховой выплаты предъявлено по событиям, подпадающим под перечень исключений, установленных настоящими Правилами, Договором страхования, Программой (Программами) добровольного медицинского страхования.

13.1.6. Страхователь сообщил Страховщику недостоверные и/или не полные сведения имеющие значение для оценки страхового риска.

13.1.7. Застрахованным не выполнялись предписания лечащего врача или нарушался внутренний распорядок, установленный Медицинской организацией.

13.1.8. Установлен факт передачи Полиса добровольного медицинского страхования Застрахованного другому лицу для получения им Медицинской и/или Лекарственной помощи и/или Иных услуг.

13.1.9. Застрахованный отказывается Страховщику в праве ознакомиться с медицинской документацией, отражающей его физическое и психическое здоровье, историю заболевания, диагноз и процесс лечения.

13.1.10. Медицинская и/или Аптечная и/или Иная организация и/или Застрахованный не предоставили Страхователю документы, необходимые для осуществления Страховой выплаты.

13.2. Решение об отказе в Страховой выплате принимается Страховщиком и сообщается Медицинской и/или Аптечной и/или Иной организации и/или Застрахованному, в зависимости от того, кто обратился за получением Страховой выплаты, в письменной форме с мотивированным обоснованием причин отказа в течение 30-ти рабочих дней после предоставления всех необходимых документов.

При не согласии с решением об отказе, действия Страховщика могут быть оспорены в порядке, предусмотренном действующим законодательством.

14. ПЕРСОНАЛЬНЫЕ ДАННЫЕ

14.1. Заключая Договор страхования на основании настоящих Правил, Страхователь несет ответственность за предоставление согласия Застрахованных на обработку их персональных данных.

14.2. В случае отзыва согласия на обработку своих персональных данных Застрахованным – действие Договора страхования в отношении такого лица прекращается.

14.3. Действие Договора страхования (частично или полностью) 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.

14.4. Отзыв Застрахованным или Страхователем согласия на обработку своих персональных данных, признается Страховщиком в качестве волеизъявления Застрахованного или Страхователя о досрочном отказе от Договора страхования, в связи с чем уплаченная Страховщику Страховая премия за лиц, в отношении которых прекращается Договор страхования, не подлежит возврату Страхователю.

15. ИСКОВАЯ ДАВНОСТЬ ПО ДОГОВОРУ ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

15.1. Иск по требованиям, вытекающим из Договора страхования, может быть предъявлен в сроки, предусмотренные гражданским законодательством Российской Федерации.

16. ФОРС-МАЖОРНЫЕ ОБСТОЯТЕЛЬСТВА

16.1. Все Субъекты, участвующие в добровольном медицинском страховании, освобождаются от ответственности за частичное или полное неисполнение обязательств, если это неисполнение явилось следствием наступления событий непреодолимой силы, т.е. чрезвычайных и непредотвратимых при данных условиях обстоятельств (например: стихийные бедствия, военные действия, принятие компетентными государственными органами решений, выполнение которых является обязательным для Субъектов и делает невозможным выполнение ранее взятых на себя обязательств).

17. ПРЕТЕНЗИИ И СПОРЫ

17.1. Качество оказания Медицинской помощи, соответствие ее условиям, предусмотренным в Договоре страхования, контролируется врачами-экспертами Страховщика.

17.2. По вопросам, не оговоренным в Договоре страхования, Страховщик и Страхователь руководствуются Законом «Об организации страхового дела в Российской Федерации», иными нормативными актами РФ и РТ, регулирующими взаимоотношения данного вида, и настоящими Правилами.

17.3. Спорные вопросы, возникающие в процессе оказания Медицинской помощи Застрахованным, решает согласительная комиссия, в состав которой входят представители Страхователя, Страховщика, Медицинской организацией и независимые эксперты.

При несогласии с решением согласительной комиссии Страхователь (Застрахованный) вправе потребовать проведения независимой экспертизы с оплатой за свой счет.

17.4. Все неурегулированные споры между Субъектами добровольного медицинского страхования рассматриваются и разрешаются в суде.

БАЗОВЫЕ ТАРИФЫ
по добровольному медицинскому страхованию
(в % от страховой суммы)

№	Программа страхования	Тариф, %
1.	Сердце под контролем	
	- страхование на срок до 1 мес. включительно	3,58
	- страхование на срок до 2 мес. включительно	7,17
	- страхование на срок до 3 мес. включительно	10,75
	- страхование на срок до 4 мес. включительно	14,33
	- страхование на срок до 5 мес. включительно	17,92
	- страхование на срок до 6 мес. включительно	21,50
	- страхование на срок до 7 мес. включительно	25,08
	- страхование на срок до 8 мес. включительно	28,67
	- страхование на срок до 9 мес. включительно	32,25
	- страхование на срок до 10 мес. включительно	35,83
	- страхование на срок до 11 мес. включительно	39,42
	- страхование на срок до 12 мес. включительно	43,00

Приложение 2
к Правилам добровольного
медицинского страхования № 4

В ООО «Страховая компания «АК БАРС-Мед»

ЗАЯВЛЕНИЕ № _____ - _____ - _____
на добровольное медицинское страхование

Страхователь Ф.И.О.: _____.
Дата рождения: « ____ » _____ г.
Место регистрации: _____.
Место жительства: _____.
Наименование документа, удостоверяющего личность: паспорт гражданина _____, серия: __, номер: _____, дата выдачи: « ____ » _____ г., наименование органа, выдавшего документ: _____.
просит заключить на условиях, предусмотренных Правилами добровольного медицинского страхования ООО «СК «АК БАРС-Мед» от « ____ » _____ 20__ г. договор индивидуального добровольного медицинского страхования по Программе (Программам) добровольного медицинского страхования « _____ »... на срок _____.

Численность: ____ человек(а).

Сведения о лицах, подлежащих страхованию:

Страхователь является Застрахованным: ДА/НЕТ (нужное подчеркнуть)

(если Страхователь является Застрахованным в графе 2 указать «Страхователь», графы 3-6 не заполнять)

№ п/п	Ф.И.О. Застрахованного	Пол	Дата рождения	Домашний адрес, телефон	Паспортные данные/ Свидетельство о рождении	Программа (Программы) добровольного медицинского страхования	Категория полиса ДМС	Медицинская организация (Медицинские организации)	Страховая сумма
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Итого									

С Правилами добровольного медицинского страхования ООО «СК «АК БАРС-Мед», Программой (Программами) добровольного медицинского страхования, Перечнем медицинских и/или аптечных и/или иных организаций, оказывающих медицинскую и/или лекарственную помощь и/или иные услуги застрахованным, и Порядком организации, обращения и оказания Медицинской и/или Лекарственной помощи и/или Иных услуг ознакомлен.

Страхователь _____ / _____ /
(подпись) (расшифровка подписи)

« ____ » _____ 20__ г.

/Я, Страхователь, своей волей и в своем интересе даю свое согласие на обработку моих персональных данных, включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу в т.ч. через незащищенные каналы связи сети Интернет (распространение, предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение персональных данных ООО «СК «АК БАРС-Мед» (адрес: _____), с целью заключения со мной и исполнения договора страхования. Настоящее согласие

предоставляется в отношении следующих персональных данных: моего имени, отчества, фамилии, года, месяца, даты и места рождения, паспортных данных, адреса, номеров контактных телефонов, а также в отношении специальной категории персональных данных - сведений о состоянии моего здоровья. Мне известно, что обработка персональных данных осуществляется с использованием средств автоматизации и/или без использования таких средств, и я не возражаю против этого. Настоящее согласие предоставляется сроком с даты подписания согласия по дату письменного уведомления ООО «СК «АК БАРС-Мед» об отзыве настоящего согласия.

/Я, Страхователь, являясь законным представителем _____ даю свое согласие на обработку персональных данных _____, включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу в т.ч. через незащищенные каналы связи сети Интернет (распространение, предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение персональных данных ООО «СК «АК БАРС-Мед» (адрес: _____), с целью заключения в отношении _____ и исполнения договора страхования. Настоящее согласие предоставляется _____ отношении следующих персональных данных _____: имени, отчества, фамилии, года, месяца, даты и места рождения, паспортных данных / данных свидетельства о рождении, адреса, номеров контактных телефонов, а также в отношении специальной персональных данных - сведений о состоянии здоровья _____ . Мне известно, что обработка персональных данных осуществляется с использованием средств автоматизации и/или без использования таких средств, и я не возражаю против этого. Настоящее согласие предоставляется сроком с даты подписания согласия по дату письменного уведомления ООО «СК «АК БАРС-Мед» об отзыве настоящего согласия.

Страхователь _____ / _____ /
(подпись) (расшифровка подписи)

« ____ » _____ 20 ____ г.

Приложение 3
к Правилам добровольного
медицинского страхования № 4

ООО «СК «АК БАРС-Мед»

Полис добровольного медицинского страхования

Настоящий полис добровольного медицинского страхования удостоверяет факт заключения Договора страхования. По Договору страхования Застрахованный имеет право получить Медицинскую и/или Лекарственную помощь и/или Иные услуги в соответствии с основными условиями страхования, изложенными на обороте полиса добровольного медицинского страхования.

Полис ДМС № _____

Застрахованный(ая): _____
(Ф.И.О.)

Дата рождения: _____

Адрес: _____

Срок действия: _____

Страховая сумма: _____

Программа(ы) добровольного медицинского страхования: _____

Представитель Страховщика

(ФИО)

Застрахованный(ая)

С условиями страхования
согласен(сна), полис добровольного
медицинского страхования получил(а).

(подпись)
М.П.

(подпись)

Приложение 4
к Правилам добровольного
медицинского страхования № 4

ДОГОВОР № _____ - _____ - _____
индивидуального добровольного медицинского страхования

г. _____ «__» _____ 20__ г.

Общество с ограниченной ответственностью «Страховая компания «АК БАРС-Мед»,
именуемое в дальнейшем «Страховщик», в лице _____,
(должность, фамилия, имя, отчество уполномоченного лица)

действующего на основании _____,
(наименование документа, на основании которого действует уполномоченное лицо)

Лицензии _____ от «__» _____ 20__ г., выданной _____,
(наименование органа, выдавшего лицензию)

и Правил добровольного медицинского страхования ООО «СК «АК БАРС-Мед» от «__»
_____ 20__ г. (в дальнейшем по тексту – Правила) (Приложение № 1), с одной стороны, и
(фамилия, имя, отчество)

именуемый (именуемая) в дальнейшем «Страхователь», с другой стороны, при совместном
упоминании именуемые в дальнейшем «Стороны», заключили настоящий Договор
индивидуального добровольного медицинского страхования (в дальнейшем по тексту –
Договор страхования) о нижеследующем:

1. Предмет Договора страхования.

1.1. Страховщик принимает на себя обязательство по финансированию и организации
Медицинской и/или Лекарственной помощи и/или Иных услуг, оказываемой (оказываемых)
лицам (в дальнейшем по тексту – Застрахованные), включенным в предоставленные
Страхователем списки, являющиеся неотъемлемой частью Заявления о добровольном
медицинском страховании № --- от «__» _____ 20__ г.

1.2. Объем Медицинской и/или Лекарственной помощи и/или Иных услуг, оказываемой
(оказываемых) Застрахованным, определяется Программой (Программами) добровольного
медицинского страхования «_____», и т.д., прилагаемой
(прилагаемыми) к Договору страхования и являющейся (являющимися) его неотъемлемой
частью (Приложение №__).

Порядок оказания Медицинской и/или Лекарственной помощи и/или Иных услуг
определяется категорией полиса добровольного медицинского страхования
_____ и режимом обслуживания «_____».

1.3. /Медицинская и/или Лекарственная помощь и/или Иные услуги в рамках Программы
(Программ) добровольного медицинского страхования по Договору страхования оказывается
(оказываются) Застрахованным в Медицинских и/или Аптечных и/или Иных организациях,
указанных в Перечне медицинских и/или аптечных и/или иных организаций, оказывающих
медицинскую и/или лекарственную помощь и/или иные услуги застрахованным по договорам
добровольного медицинского страхования (Приложение №__).

/Медицинская и/или Лекарственная помощь и/или Иные услуги в рамках Программы
(Программ) добровольного медицинского страхования по Договору страхования оказывается
(оказываются) в Медицинской и/или Аптечной и/или Иной организации (Медицинских и/или
Аптечных и/или Иных организациях): _____, по
адресу: _____ и т.д.

1.4. Общая численность Застрахованных на момент заключения Договора страхования составляет ___ (_____) человек(а).

1.5. Страховщик выдает каждому Застрахованному через Страхователя после заключения Договора страхования Полис добровольного медицинского страхования установленного образца.

Список Застрахованных с указанием фамилии, имени, отчества, паспортных данных, адреса места жительства, даты рождения, указывается в Заявлении Страхователя.

2. Объект страхования, Страховой случай.

2.1. /Объектом медицинского страхования являются имущественные интересы, связанные с оплатой организации и оказания медицинской и лекарственной помощи 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.

/Объектом медицинского страхования являются имущественные интересы, связанные с оплатой организации и оказания медицинской и лекарственной помощи и иных услуг вследствие расстройства здоровья физического лица или состояния физического лица, требующих организации и оказания таких услуг.

/Объектом медицинского страхования являются имущественные интересы, связанные с оплатой организации и оказания медицинской помощи вследствие расстройства здоровья физического лица или состояния физического лица, требующих организации и оказания таких услуг.

/Объектом медицинского страхования являются имущественные интересы, связанные с оплатой организации и оказания медицинской помощи 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.

/Объектом медицинского страхования являются имущественные интересы, связанные с оплатой организации и оказания медицинской помощи и иных услуг вследствие расстройства здоровья физического лица или состояния физического лица, требующих организации и оказания таких услуг.

/Объектом медицинского страхования являются имущественные интересы, связанные с оплатой организации и оказания медицинской помощи 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.

/Объектом медицинского страхования являются имущественные интересы, связанные с оплатой организации и оказания медицинской и лекарственной помощи вследствие расстройства здоровья физического лица или состояния физического лица, требующих организации и оказания таких услуг.

/Объектом медицинского страхования являются имущественные интересы, связанные с оплатой организации и оказания медицинской и лекарственной помощи 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.

/Объектом медицинского страхования являются имущественные интересы, связанные с оплатой организации и проведения профилактических мероприятий, снижающих степень опасных для жизни или здоровья физического лица угроз и/или устраняющих их.

2.2. Страховым случаем признается:

/- обращение Застрахованного в течение срока действия Договора страхования в Медицинскую и/или Аптечную и/или Иную организацию из числа определенных Договором страхования за получением Медицинской и/или Лекарственной помощи и/или Иных услуг, предусмотренной (предусмотренных) Программой (Программами) добровольного медицинского страхования к Договору страхования.

/- обращение Застрахованного в течение срока действия Договора страхования в Медицинскую и/или Аптечную и/или Иную организацию из числа не определенных Договором страхования, если это обращение согласовано и/или организовано Страховщиком, за получением Медицинской и/или Лекарственной помощи и/или Иных услуг, предусмотренной (предусмотренных) Программой (Программами) добровольного медицинского страхования к Договору страхования.

2.3. Страховщик не несет страховой ответственности, если Застрахованный обратился в Медицинскую организацию:

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

б) в связи с умышленным причинением себе телесных повреждений, в том числе суицидальных попыток;

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

г) с целью получения Медицинской помощи, которая не была рекомендована врачом как необходимая и разумная мера;

д) в случае применения косметической или пластической хирургии, кроме необходимости ее использования после несчастного случая или других случаях, когда ее применение обусловлено прямыми медицинскими показаниями;

е) по поводу коррекции зрения с целью назначения линз или очков или их подбора, кроме факта нарушения зрения в результате несчастного случая или в других случаях, определенных прямыми медицинскими показаниями;

ж) по поводу коррекции слуха с целью назначения слуховых аппаратов или их подбора, кроме факта нарушения слуха в результате несчастного случая или в других случаях, определенных прямыми медицинскими показаниями;

з) с целью лечения ВИЧ/СПИД инфекции и ее осложнений;

и) по поводу лечения онкологических заболеваний, психических заболеваний, туберкулеза, венерических заболеваний, алкоголизма, наркомании, токсикомании.

2.4. Страховщик не производит Страховую выплату в связи с Заболеваниями вызванными:

а) воздействием ядерного взрыва, радиацией или радиоактивным заражением;

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

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

г) стихийными бедствиями.

2.5. Страховщик не оплачивает Медицинскую и/или Лекарственную помощь и/или Иные услуги, полученную по инициативе Застрахованного без согласования со Страховщиком, в Медицинских и/или Аптечных и/или Иных организациях не определенных Договором страхования.

3. Страховая сумма и Страховая премия (взнос).

3.1. /Размер Страховой суммы на одного Застрахованного по Программе добровольного медицинского страхования « _____ » составляет _____ рублей (_____ рублей _____ копеек) и т.д.

/ Размер Страховой суммы: на Застрахованного _____
(фамилия, имя, отчество)
по Программе добровольного медицинского страхования « _____ »
составляет _____ рублей (_____ рублей _____ копеек) и т.д.; на
Застрахованного _____ по Программе добровольного
(фамилия, имя, отчество)
медицинского страхования « _____ » составляет _____
рублей (_____ рублей _____ копеек) и т.д.

Общая Страховая сумма по Договору страхования составляет _____
рублей (_____ рублей _____ копеек).

Договором страхования предусматривается Лимит ответственности по

(основание)

Лимит ответственности Страховщика _____
Договором страхования предусматривается (условная, безусловная, временная) Франшиза

(основание, размер)

3.2. Страховой тариф по Программе добровольного медицинского страхования
« _____ » составляет _____ % и т.д.

Общая Страховая премия (взнос) составляет _____ рублей
(_____ рублей _____ копеек).

3.3. Страховая премия (взнос) по Договору страхования уплачивается:
/путем перечисления на расчетный счет Страховщика или уполномоченного
представителя Страховщика;

/путем внесения наличных средств в кассу Страховщика или уполномоченного
представителя Страховщика.

3.4. Оплата Страховой премии (взноса) производится:

/единовременно;

/единовременно в срок по « ___ » _____ 20 ___ г.;

/в рассрочку по следующему графику:

1-ый Страховой взнос в размере _____ рублей (_____ рублей _____ копеек) в
срок по _____;

2-ой Страховой взнос в размере _____ рублей (_____ рублей _____ копеек) в
срок по _____ ; и т.д.

4. Срок действия Договора страхования.

4.1. Договор страхования заключается на срок _____.

4.2. Договор страхования вступает в силу:

/с момента подписания;

/со дня поступления Страховой премии (взноса) на расчетный счет (в кассу) Страховщика
или уполномоченного представителя Страховщика;

/со дня поступления первого Страхового взноса на расчетный счет (в кассу) Страховщика
или уполномоченного представителя Страховщика;

/с « ___ » _____ 20 ___ г. и т.д.

5. Права и обязанности сторон.

5.1. Права и обязанности Застрахованного по Договору страхования.

5.1.1. Застрахованный имеет право:

а) на получение своевременной и качественной Медицинской и/или Лекарственной помощи и/или Иных услуг, в соответствии с избранной (избранными) Страхователем Программой (Программами) добровольного медицинского страхования и Перечнем медицинских и/или аптечных и/или иных организаций, оказывающих медицинскую и/или лекарственную помощь и/или иные услуги застрахованным, по договорам добровольного медицинского страхования;

б) предъявлять претензии к Страховщику по качеству оказанной Медицинской помощи в избранной Медицинской организации и требовать от Страховщика проведения расследования по таким претензиям.

5.1.2. Застрахованный обязан:

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

б) обеспечить надлежащее хранение Полиса добровольного медицинского страхования, исключающее возможность его использования для получения Медицинской помощи третьими лицами.

5.2. Права и обязанности Страхователя по Договору страхования.

5.2.1. Страхователь имеет право:

а) требовать предоставления Застрахованным в Медицинских и/или Аптечных и/или Иных организациях Медицинской и/или Лекарственной помощи и/или Иных услуг, определенной (определенных) в Договоре страхования.

В случае непредоставления такой Медицинской и/или Лекарственной помощи и/или Иных услуг Страхователь должен немедленно поставить в известность об этом Страховщика;

б) расширить (уменьшить) список Застрахованных и/или перечень Программ добровольного медицинского страхования, и/или повысить (уменьшить) уровень Страхового возмещения (Страховой суммы), при условии оформления письменного дополнительного соглашения к Договору страхования;

в) досрочно расторгнуть Договор страхования в порядке, предусмотренном действующим законодательством и настоящими Правилами.

5.2.2. Страхователь обязан:

а) предоставить Страховщику необходимые для заключения Договора страхования сведения, а также иную информацию, связанную с действием Договора страхования;

б) получить согласие (дать согласие, в случае заключения Договора страхования в отношении себя) Застрахованных на обработку Страховщиком своих персональных данных в объеме, необходимом Страховщику для исполнения своих обязательств по Договору страхования;

в) своевременно и в полном размере уплатить оговоренную Договором страхования Страховую премию (взнос);

г) довести до сведения каждого Застрахованного условия страхования, определенные Договором страхования;

д) обеспечить сохранность документов по Договору страхования;

е) передать Полисы добровольного медицинского страхования Застрахованным.

5.3. Права и обязанности Страховщика.

5.3.1. Страховщик имеет право:

а) требовать от Страхователя предоставления полной и достоверной информации, необходимой для заключения Договора страхования;

б) провести предварительный медицинский осмотр Застрахованного и/или медицинское анкетирование и/или потребовать выписку из амбулаторной карты и/или истории болезни до заключения Договора страхования;

в) провести медицинскую экспертизу Страхового случая, включающую медико-экономическую экспертизу документации, представленной к оплате, и/или медицинский осмотр Застрахованного, и/или экспертизу качества оказания Медицинской помощи;

г) изменить Страховую сумму по Договору страхования при изменении цен на предоставляемую Медицинскую и/или Лекарственную помощь и/или Иных услуг путем составления дополнительного соглашения к Договору страхования на условиях Правил;

д) досрочно расторгнуть Договор страхования в порядке, предусмотренном действующим законодательством и Правилами.

5.3.2. Страховщик обязан:

а) соблюдать требования к обработке персональных данных установленных Федеральным законом от 27 июля 2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных» и обеспечить их надлежащее хранение;

б) при осуществлении обработки конфиденциальной информации, в том числе неавтоматизированным способом, руководствоваться требованиями Постановления Правительства РФ от 15 сентября 2008 г. № 687 «Об утверждении Положения об особенностях обработки персональных данных, осуществляемой без использования средств автоматизации»;

в) при прекращении действия Договора страхования (частично или полностью) Страховщик обязуется уничтожить персональные данные в сроки, установленные действующим законодательством Российской Федерации;

г) ознакомить Страхователя с Правилами путем вручения Страхователю одного экземпляра или размещения Правил на сайте страховой компании или другим доступным методом;

д) выдать Полисы добровольного медицинского страхования установленного образца каждому Застрахованному непосредственно и/или через Страхователя;

е) /при наступлении Страхового случая произвести Страховую выплату путем перечисления денежных средств на расчетный счет Медицинской и/или Аптечной и/или Иной организации, оказавшей Застрахованному Медицинскую и/или Лекарственную помощь и/или Иные услуги, либо путем возмещения Застрахованному понесенных затрат за оказанную Медицинскую и/или Лекарственную помощь, в соответствии с п. 8.3. Правил;

/при наступлении Страхового случая произвести Страховую выплату путем перечисления денежных средств на расчетный счет Медицинской и/или Аптечной и/или Иной организации, оказавшей Застрахованному Медицинскую и/или Лекарственную помощь и/или Иные услуги, в соответствии с п. 8.3. Правил;

ж) организовывать эффективный контроль качества оказания Медицинской помощи Застрахованным;

з) обеспечить конфиденциальность в отношениях со Страхователем и/или Застрахованным.

6. Расторжение Договора страхования.

6.1. Договор страхования может быть прекращен досрочно по требованию Страхователя или Страховщика, а так же по соглашению Сторон **предусмотренных настоящими Правилами.**

6.2. При досрочном прекращении Договора страхования по обстоятельствам, указанным в п. 1 ст. 958 Гражданского кодекса Российской Федерации, Страховщик имеет право на часть Страховой премии (взноса) пропорционально времени, в течение которого действовало страхование.

6.3. При досрочном отказе Страхователя от Договора страхования в течение 5-ти рабочих дней со дня его заключения уплаченная Страховщику Страховая премия (взнос) подлежит возврату, в соответствии с п. 11.5. Правил.

При досрочном отказе Страхователя от Договора страхования после 5-ти рабочих дней со дня его заключения:

/уплаченная Страховщику Страховая премия (взнос) не подлежит возврату;

/возврат неиспользованной Страховой премии (взноса) рассчитывается следующим образом _____.

7. Порядок разрешения споров.

7.1. Качество оказания Медицинской помощи, соответствие ее условиям, предусмотренным в Договоре страхования, контролируется врачами-экспертами Страховщика.

7.2. По вопросам, не оговоренным в Договоре страхования, Страховщик и Страхователь руководствуются Законом «Об организации страхового дела в Российской Федерации», иными нормативными актами РФ и РТ, регулирующими взаимоотношения данного вида, и Правилами.

7.3. Спорные вопросы, возникающие в процессе оказания Медицинской помощи Застрахованным, решает согласительная комиссия, в состав которой входят представители Страхователя, Страховщика, Медицинской организации и независимые эксперты.

При несогласии с решением согласительной комиссии Страхователь (Застрахованный) вправе потребовать проведения независимой экспертизы с оплатой за свой счет.

7.4. Все неурегулированные споры между Страховщиком и Страхователем по Договору страхования рассматриваются и разрешаются в суде.

8. Форс-мажорные обстоятельства.

8.1. Стороны освобождаются от ответственности за частичное или полное неисполнение обязательств по настоящему Договору страхования, если это неисполнение явилось следствием наступления событий непреодолимой силы, т.е. чрезвычайных и непредотвратимых при данных условиях обстоятельств (например: стихийные бедствия, военные действия, принятие компетентными государственными органами решений, выполнение которых является обязательным для Страховщика и Страхователя и делает невозможным выполнение ранее взятых на себя обязательств по Договору страхования).

9. Иные условия Договора страхования.

9.1. Договор страхования составлен в двух экземплярах – по одному для каждой из Сторон.

9.2. К Договору страхования прилагаются Приложения № 1-__, Заявление на добровольное медицинское страхование, являющиеся его неотъемлемой частью.

9.3. Все изменения и дополнения к Договору страхования оформляются в письменной форме путем заключения дополнительных соглашений, которые становятся неотъемлемыми его частями.

10. Адреса, реквизиты и подписи Сторон.

10.1. СТРАХОВЩИК:

Общество с ограниченной ответственностью «Страховая компания «АК БАРС-Мед».

Расчетный счет _____

Реквизиты банка _____

Телефон: _____ Факс: _____ Телекс: _____

10.2. СТРАХОВАТЕЛЬ: _____

(фамилия, имя, отчество)

Паспортные данные: Паспорт _____, серия: _____, номер: _____.

выдан: _____, «____» _____ Г.

Адрес: _____.

Телефон: _____.

СТРАХОВЩИК

_____/_____
(подпись) (расшифровка подписи)

М.П.

«_» _____ 20__ г.

СТРАХОВАТЕЛЬ

_____/_____
(подпись) (расшифровка подписи)

«_» _____ 20__ г.

ПРОГРАММА
добровольного медицинского страхования
«Сердце под контролем»

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

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

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

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

Объем предоставляемых медицинских и иных услуг:

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

Ограничения страхового покрытия:

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

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

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

Страховая сумма по программе добровольного медицинского страхования «Сердце под контролем» после оплаты уменьшается на сумму Страховой выплаты.

Программой добровольного медицинского страхования «Сердце под контролем» предусмотрен упрощенный вариант заключения Договора страхования. Стороны (Страхователь и Страховщик) заключают Договор страхования в форме Полиса (Приложение 1). Заявление и Договор страхования стандартной формы не составляются.

Приложение 1
 Форма Полиса к Программе добровольного
 медицинского страхования «Сердце под контролем»

ПОЛИС

«Сердце под контролем»

СТРАХОВАТЕЛЬ: _____

(ФИО, дата рождения, паспортные данные, адрес, телефон)

ПОЛИС ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ		ДМСГ № СК -
Настоящий полис удостоверяет факт заключения Договора страхования между Страховщиком - ООО «СК «АК БАРС-Мед» и Страхователем на условиях Правил добровольного медицинского страхования № 4 от _____ г. (далее – Правила) и Программы добровольного медицинского страхования «Сердце под контролем».		
ЗАСТРАХОВАННЫЙ		
(ФИО, дата рождения, паспортные данные, адрес, телефон)		
ОБЪЕМ ПРЕДОСТАВЛЯЕМЫХ МЕДИЦИНСКИХ И ИНЫХ УСЛУГ:		
1. Получение, расшифровка, описание и интерпретация медицинскими работниками кардиологического профиля электрокардиограммы, снятой при помощи портативного электрокардиографа (далее ЭКГ-ПК).		
2. Информирование медицинскими работниками медицинской организации, где была произведена первичная операция (стентирование, АКШ) застрахованного лица о результатах ЭКГ-ПК и действиях, которые ему необходимо совершить.		
3. Организация госпитализации в стационар кардиологического профиля, где была произведена первичная операция (стентирование, АКШ), вне зависимости от дежурства больницы в этот день недели, в случае, если по результатам ЭКГ-ПК застрахованное лицо нуждается в госпитализации.		
4. Консультации врача кардиолога в медицинской организации, где была произведена первичная операция (стентирование, АКШ), в случае, если по результатам ЭКГ-ПК застрахованное лицо нуждается в такой консультации.		
СТРАХОВОЙ СЛУЧАЙ:		
Страховым случаем является обращение Застрахованного лица в медицинские организации (МО), указанные в договоре добровольного медицинского страхования, за получением медицинских и иных услуг, в пределах объема, предусмотренного настоящей программой страхования, при расстройствах здоровья застрахованного лица, относящихся к следующему классу (блоку) заболеваний:		
Класс и блок по МКБ	Наименование класса и блока	
Класс - IX	Болезни системы кровообращения	
Блок I.20 - I.25	Ишемическая болезнь сердца	
повлекшее за собой возникновение обязательств Страховщика произвести оплату оказанных медицинских и иных услуг, предусмотренных настоящей программой добровольного медицинского страхования, и организации их оказания в пределах страховой суммы.		
Оказание медицинских услуг по данной программе осуществляется на базе _____.		

СРОК ДЕЙСТВИЯ ПОЛИСА: _____, с «__» _____ 20__ г. по «__» _____ 20__ г.:

СТРАХОВАЯ СУММА: _____ рублей.

СТРАХОВАЯ ПРЕМИЯ: _____ рублей.

Порядок оплаты: единовременно, уплачено «__» _____ 20__ г. по квитанции № _____ серия ДМС

Я, Страхователь, своей волей и в своем интересе, являясь законным представителем Застрахованного и/или Выгодоприобретателя, даю свое согласие на обработку персональных данных моих, Застрахованного и/или Выгодоприобретателя, включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу в т.ч. через незащищенные каналы связи сети Интернет (распространение, предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение персональных данных ООО «СК «АК БАРС-Мед» (_____), с целью

заключения со мной и исполнения договора страхования. Настоящее согласие предоставляется в отношении следующих персональных данных: имени, отчества, фамилии, года, месяца, даты и места рождения, паспортных данных/данных свидетельства о рождении, адреса, номеров контактных телефонов, а также в отношении специальной категории персональных данных - сведений о состоянии здоровья. Мне известно, что обработка персональных данных осуществляется с использованием средств автоматизации и/или без использования таких средств, и я не возражаю против этого. Настоящее согласие предоставляется сроком с даты подписания согласия по дате письменного уведомления ООО «СК «АК БАРС-Мед» об отзыве настоящего согласия. Правила страхования, Программы ДМС, Перечень МО вручены. С условиями страхования согласен.

1 Пронумеровано, пронумеровано и
скреплено печатью
33 (Тридцать три) листа

Заместитель генерального директора
по финансам и сопровождению
страховой деятельности
ООО «СК «АК ВАРС - Мед»

А.Р. Хасанов: _____


