



Утверждаю:

Генеральный директор САО "ГЕОПОЛИС"

  
Н.И. Гаркавенко

29 июня 2016 г.

## **П Р А В И Л А**

**добровольного медицинского страхования  
(новая редакция)**

На основании настоящих Правил Страховое Акционерное Общество «ГЕОПОЛИС» (далее - Страховщик) заключает договоры страхования, по условиям которых гарантирует возмещение в объеме страховой медицинской программы расходов на медицинские услуги и медикаменты в Медицинских учреждениях.

## **I. СУБЪЕКТЫ И ОБЪЕКТ СТРАХОВАНИЯ**

1.1. Субъектами добровольного медицинского страхования являются: Страхователь (Застрахованный), Страховщик и Медицинское учреждение (Исполнитель).

1.2. Страхователями являются юридические лица - предприятия, организации и т.п. любой организационно-правовой формы собственности, зарегистрированные и действующие в соответствии с законодательством Российской Федерации, а также дееспособные физические лица, заключившие со Страховщиком договоры страхования.

1.3. При коллективном страховании Страхователи - юридические лица заключают договора страхования в пользу своих работников (а также членов их семей), при индивидуальном страховании Страхователи - физические лица вправе заключать со Страховщиком договоры о страховании как в свою пользу, так и о страховании третьих лиц (далее - Застрахованные лица).

Страховщик вправе отказать в заключении договора страхования в отношении Застрахованных лиц, возраст которых на момент заключения договора превышает 60 лет.

1.4. Исполнителями в системе добровольного медицинского страхования являются имеющие лицензии лечебно-профилактические учреждения, научно-исследовательские и медицинские институты, санаторно - реабилитационные и другие учреждения, оказывающие медицинскую помощь, сервисные компании, организующие предоставление медицинских услуг, организации предоставляющие медикаменты, лекарственные препараты, медицинские материалы и приспособления необходимые для лечения Застрахованных, а также лица, осуществляющие медицинскую деятельность как индивидуально, так и коллективно. Страховщик состоит в договорных или иных отношениях с Исполнителями.

1.5. Объектом добровольного медицинского страхования являются имущественные интересы, связанные с оплатой организации и оказания медицинской и лекарственной помощи (медицинских услуг) и иных услуг вследствие расстройства здоровья Страхователя (Застрахованного лица) или состояния Страхователя (Застрахованного лица), требующих организации и оказания таких услуг, а также проведения профилактических мероприятий,

снижающих степень опасных для жизни или здоровья Страхователя (Застрахованного лица) угроз и (или) устраняющих их.

## **II. СТРАХОВЫЕ РИСКИ, СТРАХОВЫЕ СЛУЧАИ**

2.1. При страховании по настоящим правилам страховыми рисками являются следующие предполагаемые события, обладающие признаками вероятности и случайности их наступления:

- обращение Страхователя (Застрахованного) к Исполнителю за медицинской помощью, предусмотренной договором страхования, вследствие острого заболевания или обострения хронического заболевания;
- обращение Страхователя (Застрахованного) к Исполнителю за медицинской помощью, предусмотренной договором страхования, вследствие травмы, отравления и т.п.

2.2. Страховыми случаями являются совершившиеся события, предусмотренные договором страхования, с наступлением которых возникает обязанность Страховщика произвести страховую выплату.

2.3. Событие не является страховым случаем, если Застрахованный обратился в медицинское учреждение в связи:

- с получением травматического повреждения в состоянии алкогольного, наркотического или токсического опьянения;
- в результате военных действий и их последствий;
- гражданских волнений, забастовок;
- ядерного взрыва и его последствий;
- с нарушением Застрахованным предписанного ему медицинским работником режима или лечения;
- с получением травматического повреждения или иного расстройства здоровья, наступившего в результате совершения Застрахованным лицом умышленного преступления, находящегося в прямой причинной связи со страховым случаем;
- с покушением на самоубийство, за исключением тех случаев, когда Застрахованный был доведен до такого состояния противоправными действиями третьих лиц;
- с умышленным причинением себе телесных повреждений.

В этих случаях Страхователь (Застрахованный) на основании решения Страховщика основанного на заключении Исполнителя, самостоятельно оплачивает оказанные медицинские услуги.

При несогласии Страхователя (Застрахованного) с решением экспертной комиссии отказ Страховщика в оплате лечения может быть оспорен в порядке, предусмотренном законодательством Российской Федерации и договором страхования.

- 2.4. Страховщик имеет право не оплачивать медицинские услуги если:
- Застрахованным получены медицинские услуги, которые не предусмотрены медицинскими программами, указанными в договоре страхования;
  - Застрахованным получены медицинские услуги в медицинских учреждениях, не предусмотренных договором страхования, либо несогласованные со Страховщиком (согласованием является гарантийное письмо Страховщика к Исполнителю).

В этих случаях решение об отказе в оплате медицинских расходов принимается экспертной комиссией Страховщика на основании заключения Медицинского учреждения.

При несогласии Застрахованного лица с решением экспертной комиссии отказ Страховщика в оплате лечения может быть оспорен в порядке, предусмотренном законодательством Российской Федерации и договором страхования.

### **III. СТРАХОВАЯ СУММА**

3.1. Страховой суммой является денежная сумма, определенная договором страхования, исходя из которой устанавливается размер страховой премии (страховых взносов) и размер страховой выплаты при наступлении страхового случая.

Страховая сумма (лимит страховой ответственности) является предельным уровнем страхового обеспечения, определенного договором страхования, исходя из перечня и стоимости медицинских услуг.

3.2. Страховые суммы определяются Страховщиком для медицинских программ по амбулаторному, стационарному, восстановительному лечению с учетом средней стоимости медицинских услуг, входящих в эти программы, и среднего количества обращений за предоставлением этих услуг в Медицинские учреждения.

При заключении договора страхования страховая сумма (лимит страховой ответственности) устанавливается в целом по выбранной медицинской программе (п. 6.3. Правил), а так же при необходимости отдельно по конкретным медицинским услугам, входящим в медицинскую программу.

3.3. Страховой тариф по договору страхования определяется страховщиком на основе действующих тарифных ставок, рассчитываемых и устанавливаемых страховщиком для каждой медицинской программы на годовой базе.

3.4. Страховщик оплачивает все произведенные разумно понесенные расходы Застрахованного лица в Медицинском учреждении связанные со страховым случаем в рамках медицинской программы только в пределах страховой суммы установленной в договоре.

## IV. СТРАХОВАЯ ПРЕМИЯ

4.1. Страховой премией является плата за настоящее страхование, которую Страхователь обязан внести Страховщику в соответствии с договором страхования.

4.2. Размер страховой премии рассчитывается Страховщиком на основании тарифной ставки, установленной для соответствующей Медицинской программы, лимита страховой ответственности, срока страхования и может корректироваться с учетом коэффициентов, устанавливаемых Страховщиком в зависимости от степени риска.

4.3. Страховая премия уплачивается Страхователем в порядке, указанном в договоре страхования:

- наличными деньгами через кассу Страховщика при подписании договора страхования;
- перечислением на расчетный счет Страховщика путем безналичной оплаты.

4.4. При существенном изменении условий оказания медицинской помощи в Медицинских учреждениях (применение нового медицинского оборудования, использование новых методов диагностики и лечения и т.п.), связанном с увеличением стоимости оказания медицинских услуг, а также при подаче Страхователем заявления о расширении перечня медицинских услуг, что привело к повышению лимита ответственности, размер страховой премии может быть изменен по соглашению сторон.

В этом случае Страхователь обязан уплатить дополнительную страховую премию в соответствии с дополнительным соглашением к договору страхования.

4.5. Страховщик имеет право увеличить стоимость медицинского полиса, умножив страховой тариф на экспертно определяемый коэффициент риска.

а) при индивидуальном страховании для лиц, нуждающихся в посторонней помощи, инвалидов и лиц предпенсионного и пенсионного возраста;

б) при коллективном страховании:

- при наличии на предприятии (организации) работающих лиц предпенсионного возраста в количестве более, чем 50 процентов;
- при особо вредных условиях работы на производстве;
- при наличии на предприятии работающих лиц с хроническими заболеваниями в количестве более, чем 50 процентов.

## **V. СРОК СТРАХОВАНИЯ**

5.1. Договор страхования заключается сроком на один год, если иное не предусмотрено договором страхования, либо в месяцах на любой срок, при этом неполный месяц принимается за полный.

5.2. При страховании на срок менее 1 года стоимость страхового полиса уменьшается с учетом коэффициента краткосрочности:

Срок страхования	Процент от годовой премии
1 месяц	20
2 месяца	30
3 месяца	40
4 месяца	50
5 месяцев	60
6 месяцев	70
7 месяцев	75
8 месяцев	80
9 месяцев	85
10 месяцев	90
11 месяцев	95

## **VI. ДОГОВОР СТРАХОВАНИЯ**

6.1. Договор страхования является соглашением между Страхователем и Страховщиком, в силу которого Страховщик обязуется при страховом случае произвести оплату медицинских услуг, оказанных Страхователю (Застрахованному лицу), о страховании которого заключен договор, с Исполнителем, где Застрахованное лицо получило медицинскую помощь, либо наличными, через кассу Страховщика на основании документов возместить расходы Страхователя (Застрахованного) на медицинские услуги, если они были оказаны в соответствии с договором страхования, а Страхователь обязуется уплатить страховую премию в установленные сроки. Договор страхования заключается, исполняется и прекращается в следующем порядке.

6.2. Договор страхования составляется в двух экземплярах, имеющих одинаковую силу, по одному для каждой из сторон.

6.3. Договор страхования может быть заключен на основании одного из следующих условий:

- а) "предоставления медицинских услуг при амбулаторном лечении",

предусматривающего предоставление медицинских услуг в соответствии с их перечнем при амбулаторном лечении в Медицинских учреждениях, определенных договором страхования (Медицинская программа № 1);

б) "предоставления медицинских услуг при стационарном лечении", предусматривающего получение медицинских услуг в соответствии с их перечнем по договору страхования при обращении в стационарные, санаторные - реабилитационные Медицинские учреждения, определенные договором страхования (Медицинская программа № 2);

в) "полной страховой ответственности", предусматривающей предоставление медицинских услуг стационарными и амбулаторными Медицинскими учреждениями, определенными в договоре страхования, в соответствии с конкретным перечнем услуг (Медицинская программа № 3).

6.4. Для заключения договора страхования Страхователь представляет Страховщику письменное либо устное заявление о своем желании заключить договор страхования. В заявлении указываются:

- а) при индивидуальном страховании:
  - фамилия, имя, отчество Страхователя;
  - фамилия, имя, отчество Застрахованного лица;
  - год рождения или возраст Застрахованного лица в полных годах на момент подачи заявления о страховании;
  - пол Застрахованного лица;
  - домашний адрес и телефон Страхователя;
  - условия страхования (наименование медицинской программы);
  - срок страхования.
  
- б) при коллективном страховании:
  - наименование Страхователя;
  - юридический адрес и банковские реквизиты Страхователя;
  - характер производства;
  - условия страхования (наименование медицинской программы);
  - срок страхования;
  - количество Застрахованных лиц.

6.5. Перечисленные данные о Страхователе и отметка об ознакомлении Страхователя с Правилами страхования должны быть подтверждены подписью Страхователя или - при коллективном страховании - его представителя.

6.6. При коллективном страховании к заявлению должен быть приложен список Застрахованных лиц с указанием:

- фамилий, имен, отчеств;
- домашних адресов и телефонов;
- пола;
- возраста.

6.7. Договоры страхования могут заключаться как без предварительного медицинского освидетельствования, так и с предварительным медицинским освидетельствованием Застрахованных лиц, на основании результатов которого определяется их принадлежность к группам риска госпитализации, по которым могут быть дифференцированы размеры подлежащей уплате страховой премии.

6.8. Договор страхования вступает в силу после перечисления первого (единовременного) взноса страховой премии на расчетный счет Страховщика при безналичной оплате или уплате через кассу Страховщика при оплате наличными деньгами, если условиями договора не предусмотрено иное.

6.9. Действие договора страхования начинается в 00 часов дня указанного в договоре страхования и заканчивается в 00 часов дня указанного в договоре страхования, если в договоре не указано иное.

6.10. При коллективном страховании численность работников, принимаемых на страхование, определяется самим предприятием (организацией). Если в договоре страхования не оговорено иное, уволенные работники выбывают из страхования в день их увольнения, а вновь принятые включаются в страхование в день их приема на работу. При этом сохраняется численность Застрахованных лиц на момент заключения договора и общий лимит ответственности по договору коллективного страхования. Однако если в отношении выбывших из страхования работников производились страховые выплаты, то договор в отношении них расторгается, а в отношении вновь принятых Застрахованных лиц заключается дополнительный договор страхования.

6.11. Если у Страхователя возникает необходимость застраховать дополнительное количество работников (членов их семей), то он вправе заключить дополнительный договор.

6.12. При коллективном страховании к договору страхования прилагается:

- а) список Застрахованных лиц с указанием фамилии, имени, отчества каждого, возраста, полного домашнего адреса и телефона;
- б) именные регистрационные карточки, пластиковые карты или иные носители информации, определяющие право на получение медицинской помощи в Медицинском учреждении, либо именные полисы Застрахованных лиц в соответствии со списком Страхователя.

Список Застрахованных лиц составляется в двух экземплярах. Один экземпляр списка передается Страховщику, второй остается у Страхователя.



6.13. При индивидуальном страховании Страхователь получает:

а) договор страхования в котором указаны все существенные условия страхования и (или) страховой полис.

б) при необходимости именную регистрационную карточку, пластиковую карту или иной носитель информации, определяющий право на получение медицинской помощи в Медицинском учреждении, в которой фиксируются полученные во время договора страхования медицинские услуги.

6.14. Страховщик выдает Застрахованным лицам страховые полисы, а также при необходимости регистрационные карточки, пластиковые карты в течении 10 дней после начала действия договора.

6.15. При утрате Застрахованным лицом страхового полиса, регистрационной карточки или пластиковой карты он должен незамедлительно известить об этом Страховщика. Утраченные документы и носители информации признаются недействительными и не могут являться основанием для получения медицинских услуг в соответствии с договором страхования, взамен Страхователю выдаются новые.

При повторной утрате страховых документов в течение действия договора страхования со Страхователя может дополнительно взыскиваться платеж в размере фактической стоимости их изготовления и стоимость медицинских услуг, произведенных третьим лицам, воспользовавшимся этими документами.

6.16. Договор страхования прекращается в случаях:

- истечения срока действия;
- исполнения Страховщиком обязательств по договору в полном объеме (в размере страховой суммы);
- неуплаты Страхователем страховой премии в установленные договором сроки;
- ликвидации Страхователя, являющегося юридическим лицом, или смерти Страхователя, являющегося физическим лицом, кроме случаев замены Страхователя в договоре страхования;
- смерти Застрахованного лица;
- ликвидации Страховщика;
- прекращения действия договора страхования по решению суда.
- по требованию Страхователя или Страховщика, если это предусмотрено условиями договора;
- по соглашению сторон.

6.17. Договор страхования может быть прекращен досрочно по требованию Страхователя или Страховщика, если это предусмотрено условиями договора, или по взаимному соглашению сторон, либо в соответствии с действующим законодательством.

6.18. О намерении досрочного прекращения договора страхования стороны обязаны уведомить друг друга не менее, чем за 15 дней до предполагаемой даты прекращения договора страхования, если договором не предусмотрено иное.

6.19. В случае досрочного прекращения договора страхования по требованию страхователя страховщик возвращает ему страховые взносы за неистекший срок договора за вычетом понесенных расходов; если требование страхователя обусловлено нарушением страховщиком правил страхования, то последний возвращает страхователю внесенные им страховые взносы полностью.

При досрочном прекращении договора страхования по требованию страховщика он возвращает страхователю внесенные им страховые взносы полностью; если требование страховщика обусловлено невыполнением страхователем правил страхования, то он возвращает страхователю страховые взносы за неистекший срок договора за вычетом понесенных расходов.

## **VII. СТРАХОВАЯ ВЫПЛАТА**

7.1. Страховой выплатой по настоящим Правилам является денежная сумма, выплачиваемая при наступлении страхового случая страхователю, застрахованному лицу либо исполнителю, оказавшему медицинские услуги.

7.2. Решение об осуществлении страховой выплаты принимает Страховщик в следующем порядке. Страховщик производит экспертизу документов, подтверждающих вид и стоимость оказанных медицинских услуг. К таким документам относятся следующие документы, оформленные Исполнителем:

- счета;
- счета-фактуры;
- перечни услуг за период;
- действующий прейскурант цен на медуслуги;
- акты медицинских учреждений.

Страховщик сопоставляет подтверждающие документы с условиями заключенных договоров страхования, производит расчет страховой выплаты и принимает решение об ее осуществлении в течении 5 рабочих дней с даты получения вышеуказанных документов. Страховщик производит страховую выплату, либо мотивированно отказывает в выплате, в течении 5 рабочих дней с даты получения вышеуказанных документов.

7.3. Расходы на медицинское обслуживание, полученное Застрахованным лицом, не предусмотренные договором страхования (медицинской программой) и не согласованные со страховщиком не включаются в страховую выплату.

## **VIII. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН**

### **8.1. Страховщик обязан:**

- а) выдать страховой полис с приложением настоящих Правил в установленный срок;
- б) не разглашать сведения о Страхователе, если это не вступит в противоречие с законодательными актами РФ;
- в) для реализации медицинской программы заключать двусторонние договоры с Исполнителями, в которые должны быть включены следующие условия:
  - перечень медицинских услуг с указанием стоимости;
  - наименование площадей (кабинетов, палат и т.д.), необходимых для получения медицинской помощи;
  - описание документации, регламентирующей взаимоотношения Страховщика с медицинским учреждением и медицинского учреждения с Застрахованными лицами;
  - сроки договора;
  - сроки предоставления Исполнителем счетов-фактур по оказанным медицинским услугам Страховщику;
  - сроки оплаты Страховщиком счетов-фактур;
  - порядок разрешения споров;
- г) при возникновении осложнений у Застрахованного лица и необратимых последствий от них по вине Исполнителя, нести ответственность с выплатой компенсации Страхователю в размере стоимости оказанных услуг.

### **8.2. Страховщик имеет право:**

- установить лимит ответственности на оплату медицинских услуг по договору в зависимости от Медицинской программы;
- проверить достоверность указанных в заявлении на страхование данных, а в случае установления недостоверности сообщенных Страхователем данных Страховщик отказать Страхователю в заключении договора страхования. Если же недостоверность данных, влияющих на степень риска, будет обнаружена после вступления договора страхования в силу, Страховщик имеет право досрочно прекратить действие договора страхования, с письменным уведомлением Страхователя о причинах расторжения договора. Страховая премия в этом случае возвращается за неистекший срок действия договора за вычетом понесенных Страховщиком расходов;
- при возникновении осложнений у Застрахованного лица и необратимых последствий от них по вине Исполнителя предъявить регрессный иск к Исполнителю на возмещение суммы компенсации, выплаченной Страховщиком в отношении Застрахованного лица в размере стоимости оказанных услуг и оплатой стоимости комплексных мероприятий, связанных с устранением таких осложнений.

### 8.3. Страхователь обязан:

- своевременно уплачивать страховую премию;
- при заключении договора страхования сообщать Страховщику обо всех известных ему обстоятельствах, имеющих значение для оценки страхового риска;
- во всех случаях прекращения договора страхования в отношении Застрахованных лиц предоставлять Страховщику письменное уведомление об этом;
- в случае если Застрахованному лицу были оказаны медицинские услуги не предусмотренные договором страхования, оплатить расходы на их оказание непосредственно по месту их получения (медучреждение), либо, в случае если страховщик оплатил эти услуги исполнителю, возместить их страховщику в течение одного календарного месяца с даты получения указанных услуг.

### 8.4. Страхователь имеет право:

- требовать предоставления Застрахованным лицам в Медицинских учреждениях и иных организациях именуемых Исполнителями медицинских и сервисных услуг, определенных в договоре страхования, в соответствии с условиями страхования и медицинской программой; в случае же не предоставления таких медицинских услуг Страхователь должен немедленно поставить в известность об этом Страховщика. При отсутствии у Страхователя возможности сообщить об этом Страховщику информировать Страховщика может любое уполномоченное Страхователем лицо.
- в течение срока действия договора страхования подать заявление на расширение перечня медицинских услуг, добавив услуги из медицинской программы, которая не входила в страховое покрытие по первоначальному договору, или повысить размер страховой суммы (лимит страховой ответственности), заключив дополнительное соглашение к договору страхования и уплатив при этом дополнительный страховой взнос. Дополнительное соглашение к договору страхования начинает действовать со дня уплаты страхового взноса либо срока указанного в соглашении.

### 8.5. Застрахованное лицо имеет право:

- требовать предоставления медицинских услуг в соответствии с условиями договора страхования в перечисленных в нем медицинских учреждениях;
- сообщать Страховщику о случаях не предоставления или неполного и некачественного предоставления медицинских услуг.

### 8.6. Застрахованные лица (Страхователь) также обязаны:

- а) правильно и правдиво заполнять заявление на страхование;
- б) соблюдать предписания лечащего врача, полученные в ходе предоставления медицинской помощи, соблюдать распорядок, установленный Медицинским учреждением;

в) заботиться о сохранности страховых документов (полисы, а также именные регистрационные карточки, пластиковые карты и иные носители информации, оговоренные договором страхования) и не передавать их третьим лицам с целью получения ими медицинских услуг по договору страхования. В противном случае Страховщик имеет право досрочно прекратить действие договора страхования в отношении данного Застрахованного лица. Возврат взносов страховой премии в этом случае не производится.

8.7. Все споры по договору страхования между Страхователем и Страховщиком рассматриваются в претензионном порядке, а при не достижении согласия по претензиям - в судебном (арбитражном) порядке.

8.8. Право на предъявление претензий к Страховщику на получение страхового обеспечения по договору сохраняется в течение общего срока исковой давности.

## **МЕДИЦИНСКАЯ ПРОГРАММА № 1 ПО ДОБРОВОЛЬНОМУ МЕДИЦИНСКОМУ СТРАХОВАНИЮ**

"Предоставление медицинских услуг при амбулаторном лечении"

Страхование по Медицинской программе № 1 имеет основной целью осуществление амбулаторных оздоровительных и лечебно-профилактических мероприятий по укреплению здоровья Застрахованного лица при обращении его за диагностическими услугами, консультацией и лечением.

Страховым случаем признается обращение Застрахованного в лечебное учреждение в течение срока действия Договора страхования за получением медицинских услуг в случае:

- острого заболевания;
- обострения хронического заболевания;
- различных травм, отравлений в результате несчастных случаев в быту и на производстве.

Медицинское учреждение оказывает следующие виды медицинской помощи:

- приемы, консультации, оперативные вмешательства и манипуляции врачей-специалистов;
- оказание медицинской помощи на дому\* (в пределах МКАД г. Москвы);
- медицинские обследования;
- диагностические, лабораторные и инструментальные исследования.

В пределах указанных видов медицинской помощи оказывается следующий объем медицинских услуг:

I. Амбулаторно-поликлиническая помощь:

-прием, консультации, оперативные вмешательства и манипуляции врачей-специалистов;

-диагностические исследования;

-лабораторные исследования;

-лечение обострений хронических и острых заболеваний;

-физиотерапевтическое лечение;

-инстилляций, аппликации лекарственных веществ.

II. Помощь на дому\*.

Оказание медицинской помощи на дому оказывается Застрахованным, которые по состоянию здоровья не могут посетить медицинское учреждение и нуждаются в постельном режиме.

III. Стоматология.

Стоматологическая помощь оказывается в следующем объеме:

- Прием (первичный, повторный), консультация врачей – специалистов: терапевта, хирурга, физиотерапевта.
- Терапевтическое лечение.
- Физиотерапия в случае острых состояний.
- Хирургия острых процессов.

Исключением из Программы являются медицинские услуги в связи с лечением следующих заболеваний и состояний:

- бесплодия (мужского и женского), импотенции;
- хронических форм кожных заболеваний (псориаза, микозов, экземы);
- цирроза печени;
- системных заболеваний соединительной ткани после постановки диагноза;
- злокачественных заболеваний и их осложнений, заболеваний крови опухолевой природы после постановки диагноза;
- венерических заболеваний, заболеваний передающихся половым путем, ВИЧ инфекции и их осложнений;
- связанных с нарушением обмена веществ (подагра и т.п.);
- психических расстройств, эпилепсии и эписиндромов, дегенеративных и демиелинизирующих заболеваний нервной системы и их осложнений, а также различных травм и соматических заболеваний, возникших в связи с заболеваниями психической природы (кроме неотложной помощи);
- профессиональных заболеваний после постановки диагноза;
- туберкулеза, саркоидоза независимо от стадии процесса после постановки диагноза;
- хронической почечной и печеночной недостаточности; заболеваний, сопровождающихся хронической почечной или печеночной недостаточностью, требующих экстракорпоральных методов лечения;
- заболеваний органов и тканей, требующих их трансплантации;
- острой и хронической лучевой болезни;
- врожденных аномалий, аномалий развития, наследственных болезней;
- алкоголизм и наркомания;
- травм, полученных в состоянии алкогольного, токсического или наркотического опьянения;
- умышленного причинения себе телесных повреждений, суицидальных попыток.
- косметология
- гомеопатия
- коррекция зрения с помощью контактных линз

\* - в зависимости от медицинского учреждения

## **МЕДИЦИНСКАЯ ПРОГРАММА № 2 ПО ДОБРОВОЛЬНОМУ МЕДИЦИНСКОМУ СТРАХОВАНИЮ**

### **"Предоставление медицинских услуг при стационарном лечении"**

Страхование по Медицинской программе № 2 имеет основной целью осуществление стационарных, оздоровительных, лечебно-профилактических мероприятий по укреплению здоровья Застрахованного лица и санаторно-реабилитационное лечение как при плановом (по направлению Медицинского учреждения), так и при экстренном (по жизненным показаниям) обращении его за лечением.

Стационарное лечение включает следующие виды медицинской помощи:

- прием, консультации, и манипуляции врачей-специалистов;
- оперативные вмешательства;
- оказание неотложной медицинской помощи;
- медицинское обследование;
- диагностические, лабораторные и инструментальные исследования;
- лечебные процедуры.

Исключением из Программы являются медицинские услуги в связи с лечением следующих заболеваний и состояний:

- цирроза печени;
- системных заболеваний соединительной ткани после постановки диагноза;
- злокачественных заболеваний и их осложнений, заболеваний крови опухолевой природы после постановки диагноза;
- психических расстройств, эпилепсии и эписиндромов, дегенеративных и демиелинизирующих заболеваний нервной системы и их осложнений, а также различных травм и соматических заболеваний, возникших в связи с заболеваниями психической природы (кроме неотложной помощи);
- туберкулеза, саркоидоза независимо от стадии процесса после постановки диагноза;
- хронической почечной и печеночной недостаточности; заболеваний, сопровождающихся хронической почечной или печеночной недостаточностью, требующих экстракорпоральных методов лечения;
- заболеваний органов и тканей, требующих их трансплантации;
- острой и хронической лучевой болезни;



- врожденных аномалий, аномалий развития, наследственных болезней;
- алкоголизм и наркомания;
- травм, полученных в состоянии алкогольного, токсического или наркотического опьянения;
- умышленного причинения себе телесных повреждений, суицидальных попыток.
- косметология

**МЕДИЦИНСКАЯ ПРОГРАММА № 3  
ПО ДОБРОВОЛЬНОМУ МЕДИЦИНСКОМУ СТРАХОВАНИЮ**

**"Полная страховая ответственность"**

Страхование по Медицинской программе № 3 имеет основной целью осуществление как амбулаторных, так и стационарных оздоровительных и лечебно-профилактических мероприятий по укреплению здоровья Застрахованного лица при обращении его за диагностическими услугами, консультацией и лечением, а также при плановом (по направлению Медицинского учреждения) или экстренном (по жизненным показаниям) обращении его за лечением.

Предоставляемые услуги представлены соответственно в перечнях по Медицинским программам № 1 и № 2.

### **РАЗМЕР ТАРИФНЫХ СТАВОК**

(в % к страховой сумме в год)

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

<b>Наименование риска (медицинская программа)</b>	<b>Базовый страховой тариф, (в % к страховой сумме в год)</b>
«Предоставление медицинских услуг при амбулаторном лечении» (№ 1)	56
«Предоставление медицинских услуг при стационарном лечении» (№ 2)	67
«Полная страховая ответственность» (№3)	63

По договорам страхования, заключенным на срок менее года, страховая премия уплачивается в размере, указанном в п. 5.2. Правил страхования, при этом неполный месяц принимается за полный.

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

**Типовые формы (образцы)  
документов, используемых в добровольном медицинском страховании**

1. Страховой медицинский полис добровольного страхования граждан;
2. Договор добровольного медицинского страхования;
3. Список застрахованных по договору добровольного медицинского страхования;
4. Полис - памятка застрахованного.

**СТРАХОВОЙ МЕДИЦИНСКИЙ ПОЛИС**  
**добровольного страхования граждан**  
**№ \_\_\_\_\_**

Страховое акционерное общество «Геополис» (далее - Страховщик)  
и \_\_\_\_\_  
(далее - Страхователь) на основании Правил добровольного медицинского  
страхования заключили договор страхования.

1. Застрахованное лицо:

\_\_\_\_\_  
- год рождения: 19\_\_  
- пол: \_\_  
- место работы и должность:  
- адрес места проживания и телефон:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

2. Период действия:

с "\_\_\_" \_\_\_\_\_ 19\_\_ г. по "\_\_\_" \_\_\_\_\_ 19\_\_ г.

3. Программа и перечень медицинских учреждений (прилагаются):

- а) "предоставления медицинских услуг при амбулаторном лечении"  
(Медицинская программа N 1) - да / нет;
- б) "предоставления медицинских услуг при стационарном лечении"  
(Медицинская программа N 2) - да / нет;
- в) "полной страховой ответственности" (Медицинская программа N 3) - да /  
нет.

4. Объект страхования - имущественные интересы Страхователя  
(Застрахованного лица), связанные с оказанием им медицинских услуг.

5. Страховая сумма:

\_\_\_\_\_

6. Страховая премия:

\_\_\_\_\_

Форма уплаты: единовременно / в рассрочку.

Первый взнос уплачен "\_\_\_" \_\_\_\_\_ 20\_\_ г. в размере:  
\_\_\_\_\_

Суммы и порядок уплаты рассроченных взносов:

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
не позднее «\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г. в размере:

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
не позднее «\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г. в размере:

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
не позднее «\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г. в размере:

7. Договор может быть изменен и прекращен в соответствии с условиями, изложенными в Правилах добровольного медицинского страхования.

8. Особые условия договора страхования:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Ф.И.О. и подпись страхового агента:

Правила страхования вручены.

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Адрес и банковские реквизиты:

Страховщик:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

(подпись)

М.П.

Страхователь:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

С правилами страхования согласен

(подпись)

М.П.

Полис выдан в г. \_\_\_\_\_ «\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

## ОБРАЗЕЦ

### ДОГОВОР № \_\_\_\_\_/мс добровольного медицинского страхования

г. Москва

" \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

Страховое Акционерное Общество "ГЕОПОЛИС", лицензия Федеральной службы по надзору за страховой деятельностью С № \_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_ г., именуемое в дальнейшем "СТРАХОВЩИК", в лице \_\_\_\_\_, действующего(ей) на основании \_\_\_\_\_, и \_\_\_\_\_, именуем(ы) в дальнейшем "СТРАХОВАТЕЛЬ", с другой стороны, именуемые в дальнейшем совместно и каждый в отдельности "СТОРОНЫ", заключили настоящий Договор о нижеследующем:

#### 1. ОБЩИЕ УСЛОВИЯ

1.1. По настоящему договору отношения между субъектами страхования: СТРАХОВЩИКОМ, СТРАХОВАТЕЛЕМ, Застрахованными, регулируются действующим законодательством РФ, Программой добровольного медицинского страхования, именуемой в дальнейшем «Программа» (Приложение № 1), Правилами добровольного медицинского страхования САО «ГЕОПОЛИС», именуемыми в дальнейшем «Правила» (Приложение № 2) и условиями настоящего Договора.

1.2. В тех случаях, когда условия настоящего договора, внесенные по соглашению сторон, изменяют, исключают или дополняют положения Правил добровольного медицинского страхования, действуют условия настоящего договора, если они не расширяют перечень объектов страхования и страховых случаев, предусмотренных Правилами, и соответствуют действующему законодательству.

#### 2. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

2.1. При возникновении страхового случая СТРАХОВЩИК принимает на себя обязательства по организации и оплате медицинских и иных услуг, оказываемых Застрахованным, в соответствии с Программой, Правилами, прилагаемыми к настоящему Договору и являющимися его неотъемлемой частью, а Страхователь обязуется оплатить страховой взнос в размере, в сроки и в порядке, установленном настоящим Договором.

2.2. Объем и перечень страховых случаев по настоящему договору определяется Правилами, Программой и настоящим Договором.

2.3. Медицинские услуги предоставляются Застрахованным лечебными учреждениями, указанными в таблице п. 3.2. настоящего Договора и в страховых полисах, выдаваемых Страхователю вручения их Застрахованным.

#### 3. ЧИСЛЕННОСТЬ ЗАСТРАХОВАННЫХ. РАЗМЕР СТРАХОВЫХ ВЗНОСОВ

3.1. Общая численность Застрахованных по настоящему Договору составляет \_\_\_\_\_ человек.

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

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

#### 4. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

4.1. СТРАХОВЩИК обязан:

4.1.1. Ознакомить СТРАХОВАТЕЛЯ с Правилами страхования.

4.1.2. Выдать Застрахованным страховые медицинские полисы через Страхователя.

4.1.3. При возникновении страхового случая организовать и оплатить медицинские услуги, оказываемые Застрахованным в соответствии с Правилами, Программой страхования и настоящим Договором в пределах установленных лимитов ответственности.

4.1.4. Оформить и переоформить страховые полисы в случае изменений в списках Застрахованных после уплаты СТРАХОВАТЕЛЕМ дополнительных взносов.

4.2. СТРАХОВАТЕЛЬ обязан:

4.2.1. Внести страховой взнос в соответствии с настоящим Договором.

4.2.2. Ознакомить каждого Застрахованного с Правилами страхования и условиями настоящего Договора, а также уведомить о необходимости выполнения рекомендаций и предписаний лечащих врачей и соблюдения правил внутреннего распорядка лечебного учреждения.

4.2.3. Немедленно извещать СТРАХОВЩИКА об изменении фамилии, имени, отчества, места работы и места жительства, домашнего и рабочего телефонов, паспортных данных Застрахованных для внесения соответствующих изменений в страховые документы.

4.2.4. Производить оплату дополнительных взносов в случаях, предусмотренных п.п.5.3.,5.4.,5.6, 5.7 настоящего Договора.

4.2.5. В случаях неправомерного получения медицинских услуг в лечебных учреждениях, перечисленных в п. 4.4.3., произвести оплату стоимости указанных услуг.

4.2.6. Выполнять другие обязанности, предусмотренные в настоящем Договоре.

4.3. СТРАХОВАТЕЛЬ и Застрахованные имеют право:

4.3.1. Требовать предоставления медицинских услуг, предусмотренных Программой страхования.

4.3.2. Принимать участие в работе компетентной комиссии по разбору случаев причинения вреда здоровью.

4.3.3. Требовать от СТРАХОВЩИКА принятия необходимых мер по возмещению ущерба медицинским учреждением, виновным в причинении вреда здоровью.

4.3.4. Расторгнуть настоящий Договор при условии неоднократного нарушения СТРАХОВЩИКОМ своих обязанностей.

4.4. СТРАХОВЩИК имеет право:

4.4.1. Устанавливать размер и порядок уплаты страховых взносов.

4.4.2. Расторгнуть договор при условии невыполнения СТРАХОВАТЕЛЕМ своих обязанностей.

4.4.3. Отказывать в оплате медицинских услуг в случаях:

а) если предоставленные медицинские услуги не предусмотрены Программой страхования;

б) если медицинские услуги предоставлены лечебными учреждениями, не указанными в страховом полисе;

в) если медицинские услуги предоставлены по обстоятельствам, не относящимся к страховым случаям;

г) если медицинские услуги получены другим лицом по страховому полису Застрахованного;

д) если страховой случай наступил в момент приостановления или прекращения действия настоящего Договора или до вступления его в силу.

4.4.4. Требовать внесения дополнительных взносов в случаях, предусмотренных п.п.5.3.,5.4.,5.6., 5.7 настоящего Договора.



4.4.5. При неуплате Страхователем дополнительного страхового взноса, предусмотренного п.п. 5.6, 5.7 Страховщик вправе сократить срок страхования Застрахованных.

## **5. ПОРЯДОК РАСЧЕТОВ**

5.1. Общий страховой взнос по настоящему договору страхования устанавливается в размере \_\_\_\_\_ и уплачивается Страхователем путем перечисления на расчетный счет Страховщика (либо наличного платежа в кассу Страховщика).

5.2. Страховая сумма (лимит ответственности Страховщика) устанавливается в размере \_\_\_\_\_

5.3. СТРАХОВАТЕЛЬ уплачивает дополнительный страховой взнос в размере, определенном соглашением СТОРОН, в случае исчерпания установленного лимита ответственности Страховщика, установленного для соответствующего периода, или увеличения общей численности Застрахованных, установленной п.3.1. настоящего Договора, использования более дорогой Программы, в срок и путем, установленным в дополнительном соглашении.

5.4. При замене одного Застрахованного на другого, СТРАХОВАТЕЛЬ оплачивает СТРАХОВЩИКУ дополнительный страховой взнос в размере, определенном дополнительным соглашением сторон.

5.5. В отношении вновь Застрахованных лиц Договор начинает действовать со дня, следующего за днем поступления дополнительного страхового взноса на расчетный счет или в кассу СТРАХОВЩИКА, если дополнительным соглашением не определено иное.

5.6. В случае изменения стоимости медицинских услуг в лечебном учреждении СТРАХОВАТЕЛЕМ по требованию СТРАХОВЩИКА вносится дополнительный страховой взнос, что оформляется дополнительным соглашением.

О необходимости внесения дополнительного страхового взноса СТРАХОВЩИК уведомляет СТРАХОВАТЕЛЯ с указанием суммы и срока внесения дополнительного страхового взноса. При несогласии СТРАХОВАТЕЛЯ с внесением дополнительного страхового взноса СТРАХОВЩИК вправе уменьшить срок страхования, либо изменить Программу страхования в сторону уменьшения перечня оказываемых медицинских услуг.

5.7. В случае превышения расходов на медицинское обслуживание сверх установленных в п.5.2. лимитов, Страхователь обязан произвести оплату дополнительного страхового взноса в соответствии с выставленным счетом. Размер доплаты устанавливается в сумме превышения расходов относительно установленных лимитов с учетом расходов на ведение дела Страховщика.

5.8. Страховщик вправе расторгнуть настоящий договор в одностороннем порядке в случае невыполнения Страхователем п.п. 5.6, 5.7.

О расторжении Договора СТРАХОВЩИК извещает СТРАХОВАТЕЛЯ, а также извещает медицинские учреждения о приостановлении оказания медицинских услуг Застрахованным.

5.9. При наступлении страхового случая после уведомления Страхователя о расторжении настоящего Договора, СТРАХОВЩИК не несет ответственности по своим обязательствам.

## **6. СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА**

6.1. Срок действия договора страхования составляет один год.

6.2. Договор действует с \_\_\_\_\_ по \_\_\_\_\_

## **7. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН**

7.1. СТРАХОВЩИК не несет ответственности за организацию оказания медицинских услуг Застрахованным, в случае несоблюдения ими правил внутреннего распорядка лечебного учреждения и невыполнения СТРАХОВАТЕЛЕМ обязанностей по настоящему Договору.

7.2. В случае виновного (умышленного или неосторожного) причинения медицинским учреждением ущерба здоровью Застрахованного, СТРАХОВЩИК принимает все разумно необходимые меры по возмещению этим учреждением причиненного ущерба.

7.3. Наличие случаев, перечисленных в п. 7.2., а также размер ущерба здоровью Застрахованного, должны быть подтверждены компетентной комиссией, образованной в составе представителей СТРАХОВЩИКА, СТРАХОВАТЕЛЯ, медицинского учреждения, с участием Застрахованного.

7.4. При объективной невозможности предоставления предусмотренных Программой страхования медицинских услуг лечебным учреждением, указанным в страховом полисе, СТРАХОВЩИК гарантирует предоставление необходимой медицинской помощи в других лечебных учреждениях либо перевод в аналогичное по уровню обслуживания лечебное учреждение за счет СТРАХОВЩИКА. Выбор лечебного учреждения производится СТРАХОВЩИКОМ.

7.5. За неисполнение или ненадлежащее исполнение обязательств по настоящему Договору СТОРОНЫ несут ответственность в соответствии с действующим законодательством и условиями настоящего Договора.

7.6. В случае расторжения Договора страхования по требованию Сторон, СТРАХОВЩИК обязан вернуть страховой взнос за вычетом медицинских расходов и расходов на ведение дел СТРАХОВЩИКА.

## **8. ФОРС-МАЖОР**

8.1. При возникновении обстоятельств непреодолимой силы, т.е. обстоятельств, не зависящих и не могущих зависеть от СТОРОН настоящего Договора, препятствующих выполнению обязательств СТОРОН по настоящему Договору, но не делающих выполнение этих обязательств невозможным, сроки выполнения этих обязательств отодвигаются соразмерно времени действия таких обстоятельств.

8.2. При возникновении обстоятельств непреодолимой силы, делающих выполнение обязательств СТОРОН невозможным, выполнение настоящего Договора прекращается в соответствии с действующим законодательством.

8.3. Обязанность доказательства возникновения таких обстоятельств, указанных в пп. 8.1. и 8.2. лежит на СТОРОНЕ, у которой возникли такие обстоятельства. При этом данная СТОРОНА обязана письменно уведомить другую СТОРОНУ о наступлении у нее указанных обстоятельств в 5-дневный срок.

## **9. ПОРЯДОК РАЗРЕШЕНИЯ СПОРОВ**

9.1. При возникновении спорных вопросов СТОРОНЫ принимают все разумно необходимые меры для урегулирования их по согласованию СТОРОН.

9.2. Споры, возникающие между СТОРОНАМИ по настоящему Договору в процессе его исполнения, при не достижении согласия СТОРОН, рассматриваются и разрешаются в порядке, установленном действующим законодательством.

## **10. ПРОЧИЕ УСЛОВИЯ**

10.1. Ни одна из СТОРОН не вправе передавать третьей СТОРОНЕ свои права и обязанности по настоящему Договору без письменного согласия на то другой СТОРОНЫ.

10.2. Если одно из положений настоящего Договора становится недействительным, то это не затрагивает действительности остальных положений настоящего Договора.

10.3. СТОРОНЫ вправе в любое время расторгнуть настоящий Договор и изменить условия настоящего Договора без согласия Застрахованных.

10.4. Все изменения и дополнения к настоящему Договору, в т.ч. касающиеся положений настоящего Договора, требующих взаимного согласия СТОРОН, будут действительны только при условии, если они совершены в письменной форме и подписаны уполномоченными на то представителями СТОРОН.

10.5. Для выполнения требований Федерального Закона от 27.07.2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных» Страхователь дает согласие САО «Геополис», ОГРН 1027739802683, 119017, г. Москва, М. Толмачевский пер., дом 10 на обработку своих персональных данных с целью осуществления добровольного медицинского страхования.

10.6. Программа страхования и Правила добровольного медицинского страхования Страхователем получены.

10.7. Договор составлен в двух подлинных экземплярах, по одному для каждой из СТОРОН настоящего Договора, причем оба экземпляра имеют одинаковую юридическую силу.

## **11. АДРЕСА И РЕКВИЗИТЫ СТОРОН**

### **11.1. СТРАХОВЩИК: САО «Геополис»**

Юридический адрес: РФ, г. Москва 119017, М. Толмачевский пер., д.10, тел.: 499-678-2726, факс: 499-678-2720

Расчетный счет № 40701810200020106740 в Сбербанк России ОАО г. Москва  
Кор/счет № 30101810400000000225; БИК 044525225; ИНН 7704059892, КПП 774401001  
Договор заключен при посредничестве агента \_\_\_\_\_

11.2. СТРАХОВАТЕЛЬ: \_\_\_\_\_

От имени СТРАХОВЩИКА

От имени СТРАХОВАТЕЛЯ

\_\_\_\_\_ /

/

\_\_\_\_\_ /

/

М.П.

М.П.

**ОБРАЗЕЦ**

**Список Застрахованных по договору добровольного медицинского страхования № \_\_\_\_\_/мс от \_\_\_\_\_.\_\_\_\_.20\_\_ г.**

**Организация:** \_\_\_\_\_

Срок страхования: с \_\_\_\_\_ 20\_\_ г. по \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

В целях исполнения Федерального закона РФ № 152-ФЗ от 27 июля 2006 г. подтверждаю свое согласие на обработку Страховщиком моих персональных данных для осуществления Добровольного медицинского страхования.

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

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

Настоящее соглашение дано в момент подписания Договора и действует бессрочно.

№	№ полиса	Ф. И. О.	Дата рождения	Начало	Конец	Домашний адрес	Тел. контакт.	Согласие предоставляю
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								
9								
10								

Уполномоченное лицо \_\_\_\_\_ Подпись \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /

М.П.

**Полис - памятка застрахованного**

<p>Наименование лечебного учреждения</p> <p>Контактные телефоны: Регистратура:</p> <p>Помощь на дому:</p> <p>Скорая помощь:</p>	<p><b>САО "ГЕОПОЛИС</b></p> <p><b>Телефон 8 (495) _____</b></p> <p>НОМЕР ПОЛИСА: _____ /мс-____</p> <p>СРОК ДЕЙСТВИЯ: _____</p> <p><b>Фамилия</b> <b>Имя Отчество</b></p>
---	---



**ВЫДЕРЖКИ ИЗ ПРАВИЛ ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ (продолжение)**

2.3. Событие не является страховым случаем, если Застрахованный обратился в медицинское учреждение в связи:  
- с получением травматического повреждения в состоянии алкогольного, наркотического или токсического опьянения; в результате военных действий и их последствий; гражданских волнений, забастовок; ядерного взрыва и его последствий; с нарушением, Застрахованным предписанного ему медицинским работником режима или лечения; с получением травматического повреждения или иного расстройства здоровья, наступившего в результате совершения Застрахованным лицом умышленного преступления, находящегося в прямой причинной связи со страховым случаем; с покушением на самоубийство, за исключением тех случаев, когда Застрахованный был доведен до такого состояния противоправными действиями третьих лиц; с умышленным причинением себе телесных повреждений.

**III. СТРАХОВАЯ СУММА**

3.1. Страховой суммой является денежная сумма, определенная договором страхования, исходя из которой устанавливается размер страховой премии (страховых взносов) и размер страховой выплаты при наступлении страхового случая.

Страховая сумма (лимит страховой ответственности) является предельным уровнем страхового обеспечения, определенного договором страхования, исходя из перечня и стоимости медицинских услуг.

**IV. СТРАХОВАЯ ПРЕМИЯ.**

4.1. Страховой премией является плата за настоящее страхование, которую Страхователь обязан внести Страховщику в соответствии с договором страхования.

**V. СРОК СТРАХОВАНИЯ.**

5.1. Договор страхования заключается сроком на один год, если иное не предусмотрено договором страхования, либо в месяцах на любой срок, при этом неполный месяц принимается за полный.

**VI. ДОГОВОР СТРАХОВАНИЯ.**

6.1. Договор страхования является соглашением между Страхователем и Страховщиком, в силу которого Страховщик обязуется при страховом случае произвести оплату медицинских услуг, оказанных Страхователю (Застрахованному лицу), о страховании которого заключен договор, с Исполнителем, где Застрахованное лицо получило медицинскую помощь, либо наличными, через кассу Страховщика на основании документов возместить расходы Страхователя (Застрахованного) на медицинские услуги, если они были оказаны в соответствии с договором страхования, а Страхователь обязуется уплатить страховую премию в установленные сроки. Договор страхования заключается, исполняется и прекращается в следующем порядке.

6.2. Договор страхования составляется в двух экземплярах, имеющих одинаковую силу, по одному для каждой из сторон.

6.9. Действие договора страхования начинается в 00 часов дня указанного в договоре страхования и заканчивается в 00 часов дня указанного в договоре страхования.

6.16. Договор страхования прекращается в случаях:

- истечения срока действия; исполнения Страховщиком обязательств по договору в полном объеме (в размере страховой суммы); неуплаты Страхователем страховой премии в установленные договором сроки; ликвидации Страхователя, являющегося юридическим лицом, или смерти Страхователя, являющегося физическим лицом, кроме случаев замены Страхователя в договоре страхования; смерти Застрахованного лица; ликвидации Страховщика; прекращения действия договора страхования по решению суда; по требованию Страхователя или Страховщика, если это предусмотрено условиями договора; по соглашению сторон.

6.17. Договор страхования может быть прекращен досрочно по требованию Страхователя или Страховщика, если это предусмотрено условиями договора, или по взаимному соглашению сторон, либо в соответствии с действующим законодательством.

**VIII. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН**

8.2. Страховщик имеет право:

- установить лимит ответственности на оплату медицинских услуг по договору в зависимости от Медицинской программы;  
- проверить достоверность указанных в заявлении на страхование данных, а в случае установления недостоверности сообщенных Страхователем данных Страховщик отказать Страхователю в заключении договора страхования. Если же недостоверность данных, влияющих на степень риска, будет обнаружена после вступления договора страхования в силу, Страховщик имеет право досрочно прекратить действие договора страхования, с письменным уведомлением Страхователя о причинах расторжения договора. Страховая премия в этом случае возвращается за неотслуженный срок действия договора за вычетом понесенных Страховщиком расходов;  
- при возникновении осложнений у Застрахованного лица и необратимых последствий от них по вине Исполнителя предъявить регрессный иск к Исполнителю на возмещение суммы компенсации, выплаченной Страховщиком в отношении Застрахованного лица в размере стоимости оказанных услуг и оплатой стоимости комплексных мероприятий, связанных с устранением таких осложнений.

8.4. Страхователь имеет право:

- требовать предоставления Застрахованным лицам в Медицинских учреждениях и иных организациях именуемых Исполнителями медицинских и сервисных услуг, определенных в договоре страхования, в соответствии с условиями страхования и медицинской программой; в случае же не предоставления таких медицинских услуг Страхователь должен немедленно поставить в известность об этом Страховщика. При отсутствии у Страхователя возможности сообщить об этом Страховщику, информировать Страховщика может любое уполномоченное Страхователем лицо.  
- течение срока действия договора страхования подать заявление на расширение перечня медицинских услуг, добавив услуги из медицинской программы, которая не входила в страховое покрытие по первоначальному договору, или повысить размер страховой суммы (лимит страховой ответственности), заключив дополнительное соглашение к договору страхования и уплатив при этом дополнительный страховой взнос. Дополнительное соглашение к договору страхования начинает действовать со дня уплаты страхового взноса либо срока указанного в соглашении.

*Полный текст Правил можно получить в любом агентском пункте при оформлении полиса или на сайте [www.geopolis.ru](http://www.geopolis.ru)*

**Дополнительные условия страхования в соответствии с Указанием Банка России от 20 ноября 2015 года № 3854/У**

1.В случае отказа Страхователя от Договора страхования в течение пяти рабочих дней со дня его заключения, но до даты возникновения обязательств страховщика по заключенному Договору страхования (даты начала действия страхования), независимо от момента уплаты страховой премии, при отсутствии в данном периоде событий, имеющих признаки страхового случая, уплаченная страховая премия подлежит возврату Страховщиком Страхователю в полном объеме.

2. В случае если Страхователь отказался от Договора страхования в срок, в течение пяти рабочих дней со дня его заключения, но после даты начала действия страхования, Страховщик при возврате уплаченной страховой премии Страхователю, удерживает ее часть пропорционально сроку действия договора страхования, прошедшему с даты начала действия страхования до даты прекращения действия Договора страхования.

3. В случаях, указанных в пп. 1 и 2. настоящего Договора, 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, чем в течение пяти рабочих дней со дня его заключения.

При этом, Страховщик возвращает Страхователю страховую премию по выбору Страхователя наличными деньгами или в безналичном порядке в срок, не превышающий 10 рабочих дней со дня получения письменного заявления Страхователя об отказе от Договора страхования.

4. При отказе Страхователя от Договора страхования после истечения пятидневного срока с даты заключения Договора страхования, Стороны руководствуются порядком, установленным Правилами страхования.

**Страховое Акционерное общество «Геополис»**

Адрес: \_\_\_\_\_, тел. \_\_\_\_\_, [www.geopolis.ru](http://www.geopolis.ru)

Банковские реквизиты: ИНН/КПП 7704059892 / 774401001, р/счет № 40701810200020106740 в ПАО «Сбербанк» г. Москва, к/счет № 3010 1810 4000 0000 0225, БИК 044525225



ЛИЦЕНЗИЯ ЦЕНТРАЛЬНОГО БАНКА РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ СЛ № 0448 от 02.09.2015 г.

Адрес: \_\_\_\_\_, тел. \_\_\_\_\_

**Телефоны для справок:**

ЛПУ \_\_\_\_\_ тел. \_\_\_\_\_  
ЛПУ \_\_\_\_\_ тел. \_\_\_\_\_  
ЛПУ \_\_\_\_\_ тел. \_\_\_\_\_  
ЛПУ \_\_\_\_\_ тел. \_\_\_\_\_

**ПОЛИС**

**ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО  
СТРАХОВАНИЯ**

**ВЫДЕРЖКИ ИЗ ПРАВИЛ ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ**

**I. СУБЪЕКТЫ И ОБЪЕКТ СТРАХОВАНИЯ**

1.1. Субъектами добровольного медицинского страхования являются: Страхователь (Застрахованный), Страховщик и Медицинское учреждение (Исполнитель).

1.2. Страхователями являются юридические лица - предприятия, организации и т.п. любой организационно-правовой формы собственности, зарегистрированные и действующие в соответствии с законодательством Российской Федерации, а также дееспособные физические лица, заключившие со Страховщиком договоры страхования.

Страховщик вправе отказать в заключении договора страхования в отношении Застрахованных лиц, возраст которых на момент заключения договора превышает 60 лет.

1.5. Объектом добровольного медицинского страхования являются имущественные интересы, связанные с оплатой организации и оказания медицинской и лекарственной помощи (медицинских услуг) и иных услуг вследствие расстройства здоровья Страхователя (Застрахованного лица) или состояния Страхователя (Застрахованного лица), требующих организации и оказания таких услуг, а также проведения профилактических мероприятий, снижающих степень опасных для жизни или здоровья Страхователя (Застрахованного лица) угроз и (или) устраняющих их.

**II. СТРАХОВЫЕ РИСКИ. СТРАХОВЫЕ СЛУЧАИ**

2.1. При страховании по настоящим правилам страховыми рисками являются следующие предполагаемые события, обладающие признаками вероятности и случайности их наступления:

- обращение Страхователя (Застрахованного) к Исполнителю за медицинской помощью, предусмотренной договором страхования, в следствии острого заболевания или обострения хронического заболевания;  
- обращение Страхователя (Застрахованного) к Исполнителю за медицинской помощью, предусмотренной договором страхования, в следствии травмы, отравления и т.п.

2.2. Страховыми случаями являются совершившиеся события, предусмотренные договором страхования, с наступлением которых возникает обязанность Страховщика произвести страховую выплату.

← Продолжение на обороте.

## ЗАЯВЛЕНИЕ

Страхователь \_\_\_\_\_ (Ф.И.О.) просит заключить договор на нижеприведенных условиях, в соответствии с Правилами ДМС САО «ГЕОПОЛИС». С правилами страхования, страховой программой и перечнем лечебных учреждений ознакомлен и согласен \_\_\_\_\_ (Подпись)

### Полис № \_\_\_\_\_

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

По настоящему полису при наступлении страхового события САО «ГЕОПОЛИС» обязуется организовать и оплатить медицинские услуги в соответствии с Программой ДМС, Правилами и условиями страхования.

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

Особые условия:

График посещения специалистов согласовывается при наступлении страхового события

Коэффициент сложности страховой программы

Коэффициент группы здоровья

Возрастной коэффициент

Коэффициент срока страхования

## Амбулаторная и стационарная помощь

Лечебное учреждение	Адрес, телефон

С условиями страхования, Правилами страхования, Программой ДМС, а также с дальнейшей обработкой своих персональных данных в целях исполнения настоящего договора согласен.

**Страхователь**

\_\_\_\_\_  
(ФИО)

**Страховщик**

\_\_\_\_\_  
М.П.