

УТВЕРЖДЕНЫ
Приказом Генерального директора
АО «Страховая группа
АВАНГАРД-ГАРАНТ»
№ АГ/01-23 от «06» мая 2019 г.

ПРАВИЛА ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

1.1. В соответствии с законодательством Российской Федерации, Гражданским кодексом РФ, Законом РФ «Об организации страхового дела в Российской Федерации», иными нормативными документами в области страхования настоящие Правила регулируют отношения, возникающие между Страховщиком и Страхователем по поводу добровольного медицинского страхования граждан.

1.2. Добровольное медицинское страхование осуществляется на основе программ добровольного медицинского страхования (**Приложение №5**) и обеспечивает гражданам получение дополнительных медицинских и иных услуг сверх установленных программами обязательного медицинского страхования.

1.3. Субъектами договора страхования выступают:

1.3.1. Страховая организация – АО «Страховая группа АВАНГАРД-ГАРАНТ» (далее по тексту – «Страховщик»), осуществляющая страховую деятельность в соответствии с лицензией, выданной органом страхового надзора.

1.3.2. Дееспособные физические лица, в том числе индивидуальные предприниматели и (или) юридические лица организационно-правовых форм, предусмотренных гражданским законодательством РФ, заключающие договоры страхования (далее по тексту – «Страхователи»).

1.3.3. Физические лица, в пользу которых заключаются договоры страхования (далее по тексту – «Застрахованные»), при этом Страхователи – физические лица, заключившие такие договоры в свою пользу, являются одновременно Застрахованными.

1.3.4. Медицинские учреждения (включая аптеки, являющиеся их структурными подразделениями) – имеющие лицензии лечебно-профилактические учреждения, научно-исследовательские и медицинские институты, другие учреждения, оказывающие медицинскую помощь, а также лица, осуществляющие медицинскую деятельность как индивидуально, так и коллективно.

1.4. Взаимоотношения между Страховщиком и медицинским учреждением определяются Договором на предоставление лечебно-профилактической помощи (медицинских услуг) (**Приложение №3**).

1.5. Договоры страхования заключаются в пользу граждан.

1.6. Страхование проводится в индивидуальной и коллективной форме. Договор коллективного страхования заключается в пользу работников юридического лица или индивидуального предпринимателя, членов семей таких работников и иных лиц.

1.7. На страхование не принимаются:

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

1.7.2. инвалиды I группы или дети - инвалиды;

1.7.3. больные онкологическими заболеваниями и системными заболеваниями крови.

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

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

Настоящие Правила страхования являются неотъемлемой частью договора страхования, вручаются страхователю при заключении договора страхования, о чем делается отметка в страховом полисе. Также правила страхования размещены на сайте Страховщика в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет» по адресу www.avangard-garant.ru.

1.9. Идентификация – совокупность мероприятий, предусмотренных законодательными актами Российской Федерации и нормативными актами Банка России в сфере противодействия легализации (отмыванию) доходов, полученных преступным путем, финансированию терроризма и финансированию распространению оружия массового уничтожения, а также Правилами внутреннего контроля по ПОД/ФТ/ФРОМУ (Страховщика), по установлению определенных указанными документами сведений о клиентах, их представителях, выгодоприобретателях, бенефициарных владельцах и подтверждению достоверности этих сведений с использованием оригиналов документов и (или) надлежащим образом заверенных копий и (или) государственных и иных информационных систем.

2. ОБЪЕКТ СТРАХОВАНИЯ

2.1. Объектом добровольного медицинского страхования являются имущественные интересы Застрахованного лица (гражданина), связанные с оказанием ему медицинских услуг.

3. ПОНЯТИЕ СТРАХОВОГО РИСКА. СТРАХОВЫЕ СЛУЧАИ

3.1. Страховым риском является предполагаемое событие, на случай наступления которого проводится страхование. Событие, рассматриваемое в качестве страхового риска, должно обладать признаками вероятности и случайности его наступления.

При заключении договора страхования в соответствии с настоящими Правилами страховым риском является риск оказания Застрахованному лицу медицинских услуг.

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

В соответствии с настоящими Правилами страховым случаем является оказание Застрахованному лицу в течение срока действия договора страхования медицинских услуг, предусмотренных договором страхования, при остром заболевании, обострении хронического заболевания, травме, отравлении.

3.3. Договор страхования может быть заключен на следующих условиях:

3.3.1. Организации предоставления и оплаты медицинских услуг, предусмотренных программой медицинского страхования, в медицинских учреждениях и у частнопрактикующих врачей, имеющих лицензию установленного образца, оказывающих амбулаторно-поликлиническую помощь (программа «Амбулаторная помощь»).

3.3.2. Организации предоставления и оплаты медицинских услуг, предусмотренных программой медицинского страхования, в медицинских учреждениях, оказывающих стационарную помощь (программа «Стационарная помощь»).

3.3.3. Организации предоставления и оплаты медицинских услуг, предусмотренных программой медицинского страхования, в медицинских учреждениях, оказывающих амбулаторно-поликлиническую и стационарную медицинскую помощь (программа «Комплексная медицинская помощь»).

3.3.4. Организации предоставления и оплаты стоматологической помощи (программа «Стоматология»).

3.3.5. Организации предоставления и оплаты скорой (неотложной) медицинской помощи (программа «Скорая (неотложная) медицинская помощь»).

3.4. В программах «Амбулаторная помощь» и «Комплексная медицинская помощь» может предусматриваться возмещение расходов на лекарственные средства при амбулаторно-поликлиническом лечении (дополнительная программа «Лекарственная помощь»). Оплата лекарственных средств осуществляется по рецепту врача при

наступлении страхового случая, предусмотренного договором страхования. Порядок предоставления и возмещения затрат на лекарственные средства определяется п.п. 10.2 – 10.3 настоящих Правил.

3.5. В программах, перечисленных в п.п. 3.3.1 – 3.3.3, может предусматриваться возмещение расходов на реабилитационно-восстановительное лечение после перенесенного заболевания, являющегося страховым случаем (дополнительная программа «Реабилитационно-восстановительное лечение»).

3.6. Страховщик принимает на себя обязательство обеспечить оказание Застрахованному медицинских и иных услуг в медицинских учреждениях, определенных договором страхования, в соответствии с условиями договора страхования, а также произвести оплату оказанных Застрахованному медицинских и иных услуг медицинскому учреждению.

При заключении договора страхования на условиях п. 3.4 Страховщик принимает обязательство обеспечить Застрахованного лекарственными средствами, назначенными врачом при амбулаторном лечении в аптеках медицинских учреждений, указанных в договоре страхования, а также оплатить оказанную лекарственную помощь.

3.7. Не являются страховыми случаи обращения Застрахованного в медицинское учреждение по поводу:

3.7.1. Получения травматического повреждения или иного расстройства здоровья, наступившего в связи с совершением Страхователем (Застрахованным) действий, в которых судом установлены признаки умышленного преступления.

3.7.2. Умышленного причинения Застрахованным вреда своему здоровью, в том числе в связи с покушением на самоубийство.

3.7.3. В связи с получением травматического повреждения в состоянии алкогольного, наркотического или токсического опьянения.

3.8. Страховщик освобождается от ответственности, когда страховой случай наступил вследствие:

3.8.1. Воздействия ядерного взрыва, радиации или радиоактивного заражения.

3.8.2. Военных действий, а также маневров или иных военных мероприятий.

3.8.3. Гражданской войны, народных волнений всякого рода или забастовок.

3.9. Не является страховым случаем обращение за медицинской помощью в медицинские учреждения, не указанные в договоре страхования, за исключением случаев предварительно согласованных со Страховщиком. При этом оплата медицинских услуг, оказанных Застрахованному, осуществляется по прейскурантам, установленным для медицинских учреждений, указанных в договоре страхования.

3.10. При заключении договора страхования в отношении инвалидов II и III группы не предусматривается лечение заболеваний, связанных с причиной инвалидности или являющихся сопутствующими этому заболеванию.

4. СТРАХОВАЯ СУММА

4.1. Страховой суммой является определенная договором страхования денежная сумма, которую Страховщик обязуется выплатить по договору страхования.

4.2. Страховая сумма по договору страхования определяется Страховщиком и Страхователем по их усмотрению исходя из определенных договором условий страхования (программ добровольного медицинского страхования), действующих на момент заключения договора страхования цен в медицинских учреждениях на медицинские услуги, срока действия договора страхования.

4.3. В период действия договора страхования Страхователь, по согласованию со Страховщиком, вправе изменить страховую сумму при изменении цен на стоимость медицинских услуг, перечень медицинских услуг (программы добровольного

медицинского страхования), а также поменять медицинские учреждения, предоставляющие медицинскую помощь по договору страхования.

Указанные изменения оформляются в письменном виде в форме дополнительного соглашения к договору страхования, которое подписывается Страховщиком и Страхователем с соответствующим перерасчетом страховой премии (п.5.7 Правил).

О предполагаемом изменении стоимости медицинских услуг (лекарственной помощи), гарантированных программами добровольного медицинского страхования, Страховщик уведомляет Страхователя за месяц до предполагаемого введения новых цен.

4.4. При заключении договора по нескольким условиям страхования одновременно, Страховщик несет обязательства по оплате медицинских и иных услуг в пределах страховой суммы по каждому из условий.

5. СТРАХОВАЯ ПРЕМИЯ (СТРАХОВЫЕ ВЗНОСЫ). СТРАХОВОЙ ТАРИФ

5.1. Под страховой премией понимается плата за страхование, которую Страхователь обязан уплатить Страховщику в порядке и в сроки, установленные договором страхования.

Страховая премия (страховые взносы) уплачивается Страхователем в валюте Российской Федерации.

5.2. При заключении конкретного договора медицинского страхования Страховщик применяет рассчитанные им по каждой медицинской программе базовые страховые тарифы, определяющие страховую премию, взимаемую с единицы страховой суммы, а также поправочные коэффициенты (повышающие и понижающие).

5.3. При заключении договора страхования на неполный год размер страховой премии исчисляется в процентах от годовой суммы страховой премии. При сроке действия договора страхования до 2 месяцев – 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% от суммы годовой страховой премии.

5.4. При заключении договора страхования по нескольким программам добровольного медицинского страхования страховая премия определяется по каждой из включенных в договор программ добровольного медицинского страхования. Страховая премия определяется путем умножения страхового тарифа на страховую сумму и деления на 100.

Размер страховой премии по договору страхования, включающему несколько программ добровольного медицинского страхования, определяется путем суммирования премий по этим программам.

При необходимости вычисления единой тарифной ставки по договору страхования, включающему несколько программ добровольного медицинского страхования, тариф вычисляется путем деления общей страховой премии на общую страховую сумму и умножения на 100.

5.5. Страховая премия по договору страхования может быть уплачена Страхователем единовременно или уплачиваться в рассрочку, наличными деньгами либо безналичным путем.

Порядок уплаты страховой премии и форма проведения расчетов определяется в договоре страхования.

В случае неуплаты единовременно страховой премии в полном объеме договор страхования считается незаключенным.

В случае неуплаты Страхователем очередного страхового взноса договор страхования прекращается с момента направления Страховщиком Страхователю письменного уведомления о факте неуплаты очередного страхового взноса и прекращении договора страхования в адрес, указанный Страхователем при заключении договора

страхования. Договор считается прекращенным с момента направления Страховщиком такого уведомления.

5.6. Страхователь обязан уплатить Страховщику страховую премию в установленные договором страхования сроки.

Днем уплаты страховой премии (первого страхового взноса) считается:

5.6.1. при безналичной оплате – день поступления денежных средств на расчетный счет Страховщика;

5.6.2. при оплате наличными средствами – день уплаты страховой премии (взноса) в кассу Страховщика или их передачи представителю (агенту) страховой компании.

5.7. Расчет страховой премии по дополнительному соглашению в связи с увеличением страховой суммы при изменении стоимости или расширении перечня медицинских услуг, производится в следующем порядке:

5.7.1. страховая премия по дополнительному соглашению делится на 12 месяцев и умножается на количество месяцев, оставшихся до конца действия основного договора страхования (неполный месяц считается за полный);

Результатом является величина страховой премии по дополнительному соглашению, полученная исходя из увеличенного размера страховой суммы на оставшийся период срока действия основного договора страхования;

5.7.2. страховая премия по договору страхования делится на 12 месяцев и умножается на количество месяцев (неполный месяц считается за полный), оставшихся до конца срока действия договора страхования.

Результатом является величина страховой премии по основному договору на оставшийся период срока его действия;

5.7.3. величина страховой премии, подлежащая уплате Страхователем по дополнительному соглашению к основному договору страхования, определяется путем вычитания из полученной величины страховой премии по дополнительному соглашению (п.п. «а» настоящего пункта) величины страховой премии за оставшийся период срока действия по основному договору страхования (п.п. «б» настоящего пункта).

5.8. В случае изменения по согласованию со Страховщиком условий договора страхования, связанных с сокращением Застрахованным перечня медицинских программ, Страховщик вправе, по согласованию с Застрахованным, возратить ему часть страховой премии пропорционально времени, в течение которого прекращается пользование им медицинскими услугами в рамках исключаемой программы (программ) или зачесть данную сумму в счет оплаты страховой премии при заключении (продлонгации) договора страхования на новый срок. Указанные изменения условий договора страхования оформляются сторонами в письменном виде.

6. СРОК СТРАХОВАНИЯ. ПОРЯДОК ЗАКЛЮЧЕНИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ

6.1. Договор страхования заключается сроком до одного года или один год.

6.2. При заключении договора страхования между Страхователем и Страховщиком должно быть достигнуто соглашение по следующим существенным условиям:

6.2.1. Застрахованном лице (Застрахованных лицах);

характере события, на случай наступления которого в жизни Застрахованного лица осуществляется страхование (страхового случая);

6.2.2. программе страхования и перечне медицинских учреждений, оказывающих медицинскую (лекарственную) помощь Застрахованным;

6.2.3. размере страховой суммы;

6.2.4. сроке действия договора.

6.3. Страховщик обязан ознакомить Страхователя с содержанием Правил страхования и вручить ему договор страхования с приложениями.

6.4. При заключении договора страхования Страховщик имеет право провести медицинское обследование страхуемого лица для оценки фактического состояния его здоровья или потребовать выписку из истории болезни.

Предварительное медицинское обследование производится за счет средств Страхователя.

6.5. Заключение договора страхования с юридическими лицами.

6.5.2. При заключении коллективных договоров на страхование принимается любое количество работников юридического лица.

6.5.3. Основанием для заключения договора является письменное заявление Страхователя по установленной Страховщиком форме (**Приложение №1.1**).

6.5.4. Страховщик вправе потребовать от Страхователя – юридического лица документально подтвержденные сведения о заболеваемости с временной утратой трудоспособности на предприятии за последние 3-5 лет – общее количество дней нетрудоспособности и случаев таковой, среднегодовую фактическую численность штатных работников, а при отсутствии таких данных у Страхователя – определять размер подлежащей уплате страховой премии по базовому тарифу, основанному на общей медицинской статистике.

6.5.5. Отношения между Страховщиком и Страхователем оформляются путем составления договора страхования, подписанного сторонами (**Приложение №2.2**), выдачи полиса (**Приложение №4**) или страховой карточки в лечебное учреждение (**Приложение №2** к настоящим Правилам) на каждого Застрахованного с указанием названия программы страхования, адреса и телефона медицинского учреждения, срока действия договора, контактного телефона Страховщика. В ряде случаев страховая карточка используется как пропуск в медицинское учреждение.

Договор страхования оформляется в соответствии с требованиями действующего гражданского законодательства Российской Федерации в двух экземплярах, по одному для каждой стороны. Подписанный Страховщиком экземпляр договора направляется Страхователю – юридическому лицу в течение 5-ти рабочих дней с момента принятия Страховщиком решения о возможности заключения данного договора страхования. К договору прилагается список Застрахованных (**Приложение №1** к настоящим Правилам), программа (программы) страхования, являющиеся неотъемлемой его частью.

6.6. Заключение договора страхования с физическими лицами.

6.6.2. Основанием для заключения договора страхования с физическим лицом является письменное заявление Страхователя по установленной Страховщиком форме (**Приложение №1.2**).

6.6.3. До принятия заявления Страховщик вправе потребовать от Страхователя представления медицинского заключения о состоянии здоровья Застрахованного или провести медицинское обследование.

6.6.4. Договор страхования заключается в установленной форме (**Приложение №2.1**).

Страховой полис (страховая карточка) выдается каждому Застрахованному в течение 5 рабочих дней после вступления договора страхования в силу.

6.7. 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 и не должны быть известны Страховщику. При этом существенными признаются обстоятельства, определенно оговоренные Страховщиком в договоре страхования (страховом полисе) или в его письменном запросе.

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

6.8. 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 недействительным и применения последствий в соответствии с законодательством Российской Федерации, за исключением случая, когда обстоятельства, о которых умолчал Страхователь, уже отпали.

6.9. Договор страхования вступает в силу с даты, указанной в договоре страхования, но не ранее:

6.9.1. при перечислении денежных средств безналичным порядком – с 00 часов дня, следующего за днем поступления страховой премии (первого страхового взноса, при уплате страховой премии в рассрочку) на расчетный счет Страховщика;

6.9.2. при внесении наличных денежных средств в кассу или представителю Страховщика – с 00 часов дня, следующего за днем, в который была произведена оплата.

Договор страхования оканчивается в 24 часа 00 минут дня, указанного сторонами в договоре как дня окончания действия договора страхования.

7. ПОРЯДОК ПРЕКРАЩЕНИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ

7.9. Договор страхования прекращается в случаях:

7.9.1. Истечения срока его действия – с 24 часов дня, определенного договором в качестве даты окончания срока его действия.

7.9.2. Исполнения Страховщиком обязательств перед Страхователем по договору в полном объеме – с момента такового.

7.9.3. Ликвидации Страхователя, являющегося юридическим лицом, или смерти Страхователя, являющегося физическим лицом, если Застрахованные не приняли на себя обязанности Страхователя по договору страхования в течение 10 рабочих дней с момента принятия (выдачи) соответствующего акта государственного органа или вступления в законную силу судебного решения.

7.9.4. Смерти Застрахованного (при индивидуальном договоре страхования с физическим лицом) – в день смерти, определенный соответствующим свидетельством.

7.9.5. Соглашения сторон – с даты, определенной соглашением.

7.10. Договор страхования может быть прекращен до наступления срока, на который он был заключен, если после его вступления в силу возможность наступления страхового случая отпала, и существование страхового риска прекратилось по обстоятельствам, иным, чем страховой случай.

При досрочном прекращении договора страхования по обстоятельствам, иным, чем страховой случай, Страховщик имеет право на часть страховой премии, пропорционально времени, в течение которого действовало страхование.

7.11. Страхователь вправе отказаться от договора страхования в любое время, если к моменту отказа возможность наступления страхового случая не отпала по обстоятельствам, иным, чем страховой случай.

В этом случае уплаченная Страховщику страховая премия не подлежит возврату, если договором не предусмотрено иное.

7.12. Изменение и расторжение сторонами договора страхования осуществляется в порядке, предусмотренном Гражданским кодексом Российской Федерации (гл. 29 ГК РФ).

Договор коллективного страхования между Страховщиком и Страхователем не может быть расторгнут или изменен без согласия Застрахованного лица.

7.13. Договор страхования может быть признан недействительным с момента его заключения по основаниям, предусмотренным Гражданским кодексом Российской Федерации.

При недействительности договора страхования каждая из сторон обязана возвратить другой все полученное по нему, если иные последствия недействительности договора не предусмотрены законом.

Признание договора страхования недействительным осуществляется в соответствии с гражданским законодательством Российской Федерации.

8. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

8.9. Права и обязанности Застрахованного по договору страхования.

8.9.1. Застрахованный имеет право:

а) на своевременное и качественное получение медицинских услуг и лекарственной помощи в соответствии с избранными Страхователем Программой (программами) страхования и медицинскими учреждениями, определенными договором страхования;

б) предъявлять претензии к Страховщику по качеству своего обслуживания в избранном медицинском учреждении и требовать от Страховщика немедленного проведения расследования по таким претензиям.

8.9.2. Застрахованный обязан:

а) соблюдать предписания лечащего врача;

б) соблюдать порядок, установленный в лечебном учреждении;

в) обеспечить надлежащее хранение полиса или страховой карточки в медицинское учреждение, исключающее возможность его использования для получения медицинских услуг третьими лицами;

г) сообщить Страхователю и Страховщику об обстоятельствах, влекущих увеличение страхового риска.

8.10. Права и обязанности Страхователя по договору страхования.

8.10.1. Страхователь имеет право:

а) осуществлять контроль за соблюдением Страховщиком условий договора страхования;

б) при коллективном страховании в период действия договора страхования заменять Застрахованных, внося соответствующие изменения в список Застрахованных лиц в соответствии с условиями, изложенными в п. 8.4 настоящих Правил;

в) расширить список Застрахованных и (или) перечень медицинских услуг и медицинских учреждений для Застрахованных в пределах, предусмотренных настоящими Правилами и утвержденными программами добровольного медицинского страхования, при условии подписания подготовленного Страховщиком письменного дополнительного соглашения к договору страхования и своевременной уплаты дополнительно рассчитанной Страховщиком страховой премии;

г) в случае увольнения Застрахованного работника, Страхователь – юридическое лицо вправе заменить его другим в соответствии с условиями, изложенными в п. 8.5 настоящих Правил;

д) досрочно расторгнуть договор страхования в порядке, предусмотренном настоящими Правилами страхования и гражданским законодательством Российской Федерации.

8.10.2. Страхователь обязан:

а) предоставить Страховщику полную и достоверную информацию, необходимую для заключения договора страхования;

- б) уплатить страховую премию в размере и в сроки, определенные договором страхования;
- в) довести до сведения каждого Застрахованного условия страхования, определенные договором страхования;
- г) сообщить Страховщику об обстоятельствах, влекущих увеличение страхового риска;
- д) представить Страховщику необходимые для идентификации документы.

8.11. Права и обязанности Страховщика.

8.11.1. Страховщик имеет право:

- а) требовать от Страхователя предоставления полной и достоверной информации, необходимой для заключения договора страхования;
- б) изменить страховую сумму по договору страхования при изменении цен на предоставляемые медицинские услуги путем составления дополнительного соглашения к договору страхования на условиях настоящих Правил и уплаты дополнительной страховой премии. Расчет дополнительной страховой премии производится в порядке, определенном в п. 5.8 настоящих Правил.

8.11.2. Страховщик обязан:

- а) заключать договоры на оказание медицинских и иных услуг гражданам в соответствии с Законом Российской Федерации «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации» и настоящими Правилами по добровольному медицинскому страхованию с любыми медицинскими учреждениями;
- б) обеспечить своевременную выдачу Застрахованным страховых медицинских полисов или страховых карточек;
- в) обеспечить предоставление Застрахованным медицинской помощи и услуг, определенных договором страхования;
- г) не разглашать полученные в результате своей профессиональной деятельности сведения о состоянии здоровья Застрахованных и их имущественном положении;
- д) идентифицировать Страхователя (Застрахованных) в порядке, предусмотренном действующим законодательством;
- е) по устному или письменному запросу Страхователя, в том числе полученному в электронной форме, в срок, не превышающий тридцати дней с момента получения такого запроса, при условии возможности идентификации получателя страховых услуг в соответствии с требованиями Федерального закона от 27 июня 2006 года №152-ФЗ «О персональных данных», предоставить следующую информацию:
 - перечень услуг, оказанных застрахованным лицам медицинским(и) учреждением(ями) в рамках исполнения Договора страхования с указанием их наименования и стоимости;
 - порядок расчета страховой суммы (выплаченной по договору) и/или остатка страховой суммы;
 - исчерпывающий перечень норм права и (или) условий договора страхования и правил страхования, обстоятельств и документов, на основании которых произведен расчет страховой суммы;
 - документы (в том числе копии документов и (или) выписки из них), обосновывающие решение об отказе, бесплатно один раз по одному событию, за исключением документов, которые свидетельствуют о возможных противоправных действиях получателя страховых услуг (застрахованного), направленных на неосновательное получение медицинских услуг (в рамках заключенного договора страхования).

8.12. В случае увеличения списка Застрахованных при коллективной форме страхования Страхователь представляет Страховщику сведения, предусмотренные настоящими Правилами, о дополнительно страхуемых лицах и уплачивает за них

страховую премию за период с заключения договора страхования в отношении указанных лиц до окончания срока страхования. При этом страховая премия за неполный месяц уплачивается как за полный.

В случае уменьшения по инициативе Страхователя числа Застрахованных (исключение Застрахованных из списка производится только с их согласия) договор в отношении этих лиц расторгается в порядке, предусмотренном Гражданским кодексом Российской Федерации. При этом уплаченная Страховщику страховая премия не подлежит возврату, если договором страхования не предусмотрено иное.

8.13. В случае замены Застрахованных лиц другими лицами при коллективной форме проведения страхования без увеличения числа Застрахованных Страхователь представляет Страховщику сведения об исключаемых из списка Застрахованных и включаемых в него. Замена Страхователем Застрахованного лица, названного в договоре страхования, другим лицом, может быть произведена с согласия самого Застрахованного и Страховщика.

После возврата Страховщику страховых полисов или страховых карточек, на лиц, исключаемых из списка Застрахованных, вновь Застрахованным выдаются страховые полисы или страховые карточки на условиях первоначально заключенного договора страхования.

9. ПОРЯДОК ВЫПОЛНЕНИЯ ОБЯЗАТЕЛЬСТВ ПО ДОГОВОРУ. ОПЛАТА СТОИМОСТИ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ (ЛЕКАРСТВЕННОЙ ПОМОЩИ). СТРАХОВАЯ ВЫПЛАТА

9.9. Право Застрахованного на получение и оплату медицинской, в том числе лекарственной, помощи, предусмотренной договором страхования, наступает с даты, указанной в договоре страхования, при условии выполнения обязательств Страхователя по уплате страховых взносов.

9.10. Предоставление медицинской (лекарственной) помощи, обусловленной договором страхования, осуществляется путем обращения Застрахованного в медицинские учреждения, указанные в договоре страхования.

При обращении Застрахованного в медицинское учреждение предъявляется страховой полис или страховая карточка, выданные Страховщиком, паспорт либо другой документ, удостоверяющий личность Застрахованного.

При обращении Застрахованного (его представителя) в аптеку медицинского учреждения по поводу лекарственных средств предъявляется рецепт, установленной формы, выписанный врачом медицинского учреждения, с которым Страховщик состоит в договорных отношениях.

По всем проблемным вопросам, возникшим в ходе реализации предоставленных договором (полисом) страхования прав, Застрахованный обращается по контактному телефону Страховщика, указанному в страховом полисе или страховой карточке.

9.11. Оплата стоимости услуг, оказанных медицинскими учреждениями, производится Страховщиком, исходя из фактических затрат на оказание медицинской помощи и медицинских услуг по ценам, согласованным между Страховщиком и медицинским учреждением, в пределах страховой суммы, установленной по договору страхования, путем перечисления Страховщиком денежных средств на счет медицинского учреждения.

Перечисление производится после получения Страховщиком от медицинского учреждения счета с указанием диагноза, сроков лечения, перечня оказанных услуг, их стоимости и общей суммы расходов, понесенных по всем услугам, оказанным Застрахованному в пределах программы, предусмотренной договором страхования.

Перечисление денежных средств на счет медицинского учреждения по поводу лекарственных средств осуществляется Страховщиком после получения от медицинского учреждения реестра (счета) на оплату лекарственных средств с приложением копий рецептов. В реестре (счете) указываются номер договора (полиса) страхования, фамилия, имя, отчество Застрахованного, фамилия врача, выписавшего рецепт.

Страховщик вправе проверить соответствие оказанных Застрахованному лицу медицинских услуг (лекарственной помощи) их перечню по договору страхования.

9.12. В исключительных случаях (отсутствует в медицинском учреждении, к которому прикреплен Застрахованный, врач соответствующей специальности, необходимое медицинское оборудование или лекарственное средство) Страховщик вправе произвести оплату (компенсацию) произведенных с письменного согласия Страховщика Застрахованным лицом расходов по страховому случаю – на основании письменного заявления Застрахованного с приложением оригиналов документов, подтверждающих факт оказания Застрахованному медицинских услуг, диагноза, сроков лечения, перечня оказанных услуг (из числа предусмотренных договором страхования), понесённых расходов.

Для оплаты (компенсации) понесённых Застрахованным расходов по страховому случаю, он должен представить Страховщику перечисленные выше документы в течение 30-ти дней со дня оказания медицинской услуги.

9.13. Страховщик не оплачивает медицинские услуги, полученные по инициативе Застрахованного лица в медицинских учреждениях, не указанных в договоре (полисе) страхования, за исключением случаев, когда медицинские услуги получены в медицинском учреждении, не предусмотренном в договоре страхования, но обращение в которое согласовано и/или организовано Страховщиком.

Страховщик также не производит страховую выплату, если Застрахованный получил медицинские услуги, включая любой период пребывания в стационаре, которые не были рекомендованы и письменно засвидетельствованы медицинским учреждением (лечащим врачом), как необходимые и целесообразные меры.

9.14. В случае принятия решения об отказе в оплате медицинских услуг Страховщик в течение трех рабочих дней после принятия решения об отказе информирует Страхователя в письменном виде об основаниях принятия такого решения со ссылками на нормы права и (или) условия договора страхования и правил страхования, на основании которых принято решение об отказе. Указанная информация предоставляется в том объеме, в каком это не противоречит действующему законодательству.

10. ПОРЯДОК РАЗРЕШЕНИЯ СПОРОВ

10.9. Качество оказания медицинской помощи, соответствие ее условиям, предусмотренным в договоре страхования, контролируется врачами-экспертами Страховщика.

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

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

В других случаях споры, связанные со страхованием, разрешаются судом общей юрисдикции, арбитражным или третейским судами в соответствии с их компетенцией.

10.11. Досудебное урегулирование споров между Страховщиком и Страхователями (Застрахованными) – физическими лицами, вытекающих их договоров добровольного медицинского страхования, осуществляется в порядке, предусмотренном Законом «Об уполномоченном по правам потребителей финансовых услуг» №123-ФЗ от 04.06.2018 г.

Все письменные заявления или требования направляются Страхователями (Застрахованными) в адрес регистрации Страховщика, а также по адресу электронной почты Страховщика: insur@avangard.ru

Приложение №1.1
к Правилам страхования добровольного
медицинского страхования в редакции
Приказа №АГ/01-23 от «06» мая 2019 г.

В АО «Страховая группа АВАНГАРД-ГАРАНТ»

ЗАЯВЛЕНИЕ

о добровольном медицинском страховании
 для Страхователя – юридического лица
 (является неотъемлемой частью договора страхования)

Страхователь _____,
 (полное наименование предприятия, организации)

в лице _____,
 (должность, ФИО)

Юридический адрес: _____

Телефон: _____ Факс: _____

Банковские реквизиты: _____

просит заключить договор добровольного медицинского страхования на срок с «___» _____
 20___ г. по «___» _____ 20___ г. в соответствии с количеством Застрахованных по
 следующим программам страхования:

Желаемые условия страхования (№ программы страхования)	Медицинское учреждение	Количество Застрахованных по программе страхования	Другие данные, имеющие значение для установления страховой суммы и тарифа ¹

Всего: _____ человек.

Подтверждаю, что среди лиц, включенных в список, **нет:**

- граждан, состоящих на учете в наркологических, психоневрологических, противотуберкулезных, кожно-венерологических диспансерах, центрах по профилактике и борьбе со СПИДом;
- инвалидов I группы или детей-инвалидов;
- больных онкологическими заболеваниями и системными заболеваниями крови.

Руководитель _____ / _____
 «___» _____ г.

¹ В том числе указать наличие инвалидности II и III группы.

Приложение №1.2
к Правилам страхования добровольного
медицинского страхования в редакции
Приказа №АГ/01-23 от «06» мая 2019 г.

В АО «Страховая группа АВАНГАРД-ГАРАНТ»

ЗАЯВЛЕНИЕ

о добровольном медицинском страховании
для Страхователя – физического лица
(является неотъемлемой частью договора страхования)

Я, _____,
(Фамилия, Имя, Отчество)

проживающая по адресу: _____

Телефон: _____,
паспорт: серия _____ № _____, выдан «___» _____ г.,

(кем выдан)

прошу заключить договор добровольного медицинского страхования на срок с «___» _____
20__ г. по «___» _____ 20__ г. в пользу:

Фамилия, имя, отчество лица, в пользу которого заключается договор страхования (Застрахованный), либо самого Страхователя	Пол	Месяц и год рождения	Домашний адрес и телефон	Желаемые условия страхования (№ программы страхования, медицинское учреждение)	Другие данные, имеющие значение для установления страховой суммы и тарифа ²

Подтверждаю, что указанное лицо (лица):

- не состоят на учете в наркологических, психоневрологических, противотуберкулезных, кожно-венерологических диспансерах, центрах по профилактике и борьбе со СПИДом;
- не являются инвалидами I группы или детьми-инвалидами;
- не имеют онкологических заболеваний и системных заболеваний крови.

Страхователь _____ «___» _____ г.

(подпись)

² В том числе указать наличие инвалидности II и III группы.

Приложение №2.1
к Правилам страхования добровольного
медицинского страхования в редакции
Приказа №АГ/01-23 от «06» мая 2019 г.

ДОГОВОР
добровольного медицинского страхования
№ _____

г. _____ «__» _____ г.

АО «Страховая группа АВАНГАРД-ГАРАНТ» (в дальнейшем по тексту – Страховщик), в лице _____

_____ (должность, ФИО лица, подписавшего договор)
действующего на основании доверенности № _____ от «__» _____ г., Устава страховой организации и лицензии № _____ от «__» _____ г., с одной стороны, и _____ (ФИО)

адрес: _____

_____, телефоны: раб.: _____, дом.: _____, (в дальнейшем по тексту – Страхователь), на условиях Правил добровольного медицинского страхования Страховщика заключили договор добровольного медицинского страхования в пользу:

Застрахованного _____

_____ (ФИО Застрахованного, пол, год рождения)

проживающего по адресу: _____, телефон: _____.

1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

1.1. По настоящему договору Страховщик принимает на себя обязательства по организации предоставления и оплате медицинских услуг, оказываемых Страхователю (Застрахованному) при наступлении страхового случая.

1.2. Объем услуг, оказываемых Страхователю (Застрахованному), определяется предусмотренными Правилами страхования программами медицинского страхования, перечень которых прилагается к настоящему договору и является его неотъемлемой частью (Приложение № 5).

2. УСЛОВИЯ СТРАХОВАНИЯ

2.1. В соответствии с Правилами добровольного медицинского страхования страховым случаем является оказание Застрахованному лицу в течение срока действия договора страхования медицинских услуг, предусмотренных настоящим договором, при остром заболевании, обострении хронического заболевания, травме, отравлении, по следующей программе (программам):

- программа «Амбулаторная помощь»;
- программа «Стационарная помощь»;
- программа «Комплексная медицинская помощь»;
- программа «Стоматология»;
- программа «Скорая (неотложная) медицинская помощь»;
- программа «Реабилитационно-восстановительное лечение»;
- программа «Лекарственная помощь».

2.2. Страховщик выдает Страхователю (Застрахованному) в течение 5 рабочих дней после вступления в силу настоящего договора полис или страховую карточку установленного образца.

3. СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА

3.1. Договор заключается сроком _____.

3.2. Договор вступает в силу с «_____» _____ 20__ г., но не ранее

- при перечислении денежных средств безналичным порядком – с 00 часов дня, следующего за днем поступления страховой премии (первого страхового взноса) на расчетный счет Страховщика;

- при внесении наличных денежных средств в кассу или представителю Страховщика – с 00 часов дня, следующего за днем, в который была произведена оплата.

Договор оканчивается в 24 часа 00 минут «_____» _____ 20__ г.

3.3. Действие договора может быть продлено на срок, установленный соглашением сторон.

3.4. Договор страхования может быть прекращен досрочно в порядке, предусмотренном гражданским законодательством Российской Федерации и Правилами страхования.

4. СТРАХОВАЯ СУММА И СТРАХОВАЯ ПРЕМИЯ

4.1. Размер страховой премии определяется в соответствии с действующими тарифами.

№ программы	Страховая сумма	Тарифная ставка (%)	Страховая премия
ИТОГО:			

Общая страховая сумма составляет _____ руб.

(сумма прописью)

Общая страховая премия _____ руб.

(сумма прописью)

4.2. Страховая премия вносится _____.

(порядок и сроки внесения)

5. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

5.1. Права и обязанности Застрахованного по договору страхования.

5.1.1. Застрахованный имеет право:

а) на своевременное и качественное получение медицинских услуг и лекарственной помощи в соответствии с избранными Страхователем Программой (программами) страхования и медицинскими учреждениями, определенными договором страхования;

б) предъявлять претензии к Страховщику по качеству своего обслуживания в избранном медицинском учреждении и требовать от Страховщика немедленного проведения расследования по таким претензиям.

5.1.2. Застрахованный обязан:

а) соблюдать предписания лечащего врача;

б) соблюдать порядок, установленный в лечебном учреждении;

в) обеспечить надлежащее хранение страхового полиса или страховой карточки, исключающее возможность его использования для получения медицинских услуг третьими лицами;

г) сообщить Страхователю и Страховщику об обстоятельствах, влекущих увеличение страхового риска.

5.2. Права и обязанности Страхователя по договору страхования.

5.2.1. Страхователь имеет право:

а) осуществлять контроль за соблюдением Страховщиком условий договора страхования;

б) досрочно расторгнуть договор страхования в порядке, предусмотренном настоящими Правилами страхования и гражданским законодательством Российской Федерации.

5.2.2. Страхователь обязан:

а) предоставить Страховщику полную и достоверную информацию, необходимую для заключения договора страхования;

б) уплатить страховую премию в размере и в сроки, определенные договором страхования;

в) довести до сведения Застрахованного условия страхования, определенные настоящим договором;

г) сообщить Страховщику об обстоятельствах, влекущих увеличение страхового риска;

д) представить Страховщику документы, необходимые для идентификации.

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) изменить страховую сумму по договору страхования при изменении цен на предоставляемые медицинские услуги путем составления дополнительного соглашения к договору страхования на условиях Правил страхования и уплаты дополнительной страховой премии;

в) потребовать расторжения договора страхования и возмещения убытков в порядке, предусмотренном гражданским законодательством Российской Федерации, при неисполнении Страхователем (Застрахованным) обязанностей по сообщению Страховщику об обстоятельствах, влекущих увеличение страхового риска;

г) досрочно расторгнуть договор в порядке, предусмотренном действующим законодательством и настоящими Правилами.

5.3.2. Страховщик обязан:

а) идентифицировать Страхователя (Застрахованных), заключать договоры на оказание медицинских и иных услуг гражданам в соответствии с Законом Российской Федерации «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации» и настоящими Правилами по добровольному медицинскому страхованию с любыми медицинскими учреждениями;

б) обеспечить своевременную выдачу Застрахованным страхового полиса или страховой карточки;

в) обеспечить предоставление Застрахованным медицинской помощи и услуг, определенных договором страхования;

г) в случае причинения медицинским учреждением вреда здоровью Застрахованного, принимать все возможные меры в соответствии с законодательством Российской Федерации по возмещению этим учреждением нанесенного ущерба Застрахованному (во всех случаях Страховщик не несет ответственности при изменении по желанию Застрахованного (вопреки рекомендациям врача) медицинских технологий, используемых при лечении как основного заболевания, так и его осложнений);

д) не разглашать полученные в результате своей профессиональной деятельности сведения о состоянии здоровья Застрахованных и их имущественном положении.

6. ПРОЧИЕ УСЛОВИЯ ДОГОВОРА

6.1. В случае изменения цен на медицинские услуги, экономических и других непредвиденных условий, изменения в договор вносятся по согласованию сторон, а при не достижении согласия, договор расторгается.

7. ПОРЯДОК РАЗРЕШЕНИЯ СПОРОВ

7.1. В случае причинения медицинским учреждением вреда здоровью Застрахованного, Страховщик принимает все возможные меры в соответствии с Законодательством Российской Федерации по возмещению этим учреждением нанесенного ущерба Застрахованному (во всех случаях Страховщик не несет ответственности при изменении по желанию Застрахованного (вопреки рекомендациям врача) медицинских технологий, используемых при лечении как основного заболевания, так и его осложнений).

7.2. Досудебное урегулирование споров между Страховщиком и Застрахованными – физическими лицами, вытекающих из договоров добровольного медицинского страхования, осуществляется в порядке, предусмотренном Законом «Об уполномоченном по правам потребителей финансовых услуг» №123-ФЗ от 04.06.2018 г.

7.3. Все письменные заявления или требования направляются Застрахованными в адрес регистрации Страховщика, а также по адресу электронной почты Страховщика: insur@avangard.ru.

7.4. Спорные вопросы, возникающие в процессе оказания медицинской (лекарственной) помощи Застрахованным, решает согласованная комиссия, в состав которой входят представители Страхователя, Страховщика и независимые эксперты.

В других случаях споры, связанные со страхованием, разрешаются судом общей юрисдикции, арбитражным или третейским судами в соответствии с их компетенцией.

Страхователь с Правилами добровольного медицинского страхования АО «Страховая группа АВАНГАРД-ГАРАНТ» в редакции Приказа генерального директора №АГ/01-23 от «06» мая 2019 г. ознакомлен и согласен, один экземпляр на руки получил.

_____ « ____ » _____ 20 ____ г.
(подпись Страхователя)

8. АДРЕСА, РЕКВИЗИТЫ И ПОДПИСИ СТОРОН

8.1. СТРАХОВЩИК: _____
(индекс, почтовый адрес)

Расчетный счет _____

Реквизиты банка _____

Телефон: _____ Факс: _____ E-mail: _____

(наименование должности представителя Страховщика
или лица, действующего от имени Страховщика, сведения
о документе, подтверждающем полномочия, подпись с расшифровкой)

« ____ » _____ 20 ____ г.

М.П.

8.2. СТРАХОВАТЕЛЬ: _____

(ФИО)

Паспортные данные _____

СТРАХОВАТЕЛЬ (Застрахованный):

(подпись расшифровать)

« ____ » _____ 20 ____ г.

Приложение №2.2
к Правилам страхования добровольного
медицинского страхования в редакции
Приказа №АГ/01-23 от «06» мая 2019 г.

ДОГОВОР
коллективного добровольного медицинского
страхования граждан
№ _____

г. _____ «__» _____ г.

АО «Страховая группа АВАНГАРД-ГАРАНТ» (в дальнейшем по тексту – Страховщик), в лице _____

(должность, ФИО лица, подписавшего договор)
действующего на основании доверенности № _____ от «__» _____ г.,
Устава страховой организации и лицензии № _____ от «__» _____ г., с одной
стороны, и

(наименование юридического лица)
(в дальнейшем по тексту – Страхователь), в лице _____

(должность, ФИО лица, подписавшего договор)
действующего на основании _____, с другой стороны, в соответствии с Правилами
добровольного медицинского страхования Страховщика заключили настоящий договор о
нижеследующем:

1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

1.1. По настоящему договору Страховщик принимает на себя обязательства по организации предоставления и оплате медицинских услуг, оказываемых Застрахованным гражданам, включенным в представленные Страхователем списки при наступлении страхового случая.

1.2. Объем услуг, оказываемых Застрахованным, определяется предусмотренными Правилами страхования программами медицинского страхования, перечень которых прилагается к настоящему договору и является его неотъемлемой частью (Приложение № 5).

2. УСЛОВИЯ СТРАХОВАНИЯ

2.1. В соответствии с Правилами добровольного медицинского страхования страховым случаем является оказание Застрахованному лицу в течение срока действия договора страхования медицинских услуг, предусмотренных настоящим договором, при остром заболевании, обострении хронического заболевания, травме, отравлении.

2.2. Общая численность Застрахованных на момент заключения договора составляет _____ человек, в том числе:

- по программе «Амбулаторная помощь» составляет _____ чел.;
- по программе «Стационарная помощь» составляет _____ чел.;
- по программе «Комплексная медицинская помощь» составляет _____ чел.;
- по программе «Стоматология» составляет _____ чел.;
- по программе «Скорая (неотложная) медицинская помощь» составляет _____ чел.;
- по программе «Реабилитационно-восстановительное лечение» составляет _____ чел.;
- по программе «Лекарственная помощь» составляет _____ чел.

Списки Застрахованных с указанием фамилии, имени, отчества, года рождения, пола, места жительства каждого из них прилагаются к настоящему договору (Приложение № 1).

Все изменения в списках Застрахованных Страхователь согласовывает со Страховщиком с последующим переоформлением полисов или страховых карточек.

2.3. Страховщик выдает каждому Застрахованному (через Страхователя) в течение 5 рабочих дней после вступления в силу настоящего договора полис или страховую карточку установленного образца.

3. СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА

3.1. Договор заключается сроком _____.

3.2. Договор вступает в силу с «___» _____ 20__ г., но не ранее

- при перечислении денежных средств безналичным порядком – с 00 часов дня, следующего за днем поступления страховой премии (первого страхового взноса) на расчетный счет Страховщика;

- при внесении наличных денежных средств в кассу или представителю Страховщика – с 00 часов дня, следующего за днем, в который была произведена оплата.

Договор оканчивается в 24 часа 00 минут «___» _____ 20__ г.

3.3. Действие договора может быть продлено на срок, установленный соглашением сторон.

3.4. Договор страхования может быть прекращен досрочно в порядке, предусмотренном гражданским законодательством Российской Федерации и Правилами страхования.

4. СТРАХОВАЯ СУММА И СТРАХОВАЯ ПРЕМИЯ

4.1. Размер страховой премии за каждого Застрахованного определяется в соответствии с действующими тарифами.

№ программы	Страховая сумма за одного Застрахованного	Тарифная ставка (%)	Страховая премия за одного Застрахованного	Кол-во Застрахованных по программе	Общая страховая премия
ИТОГО:					

Общая страховая сумма составляет _____ руб.

(сумма прописью)

Общая страховая премия _____ руб.

(сумма прописью)

4.2. Страховая премия вносится _____.

(порядок и сроки внесения)

5. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

5.1. Права и обязанности Застрахованного по договору страхования.

5.1.1. Застрахованный имеет право:

а) на своевременное и качественное получение медицинских услуг и лекарственной помощи в соответствии с избранными Страхователем Программой (программами) страхования и медицинскими учреждениями, определенными договором страхования;

б) предъявлять претензии к Страховщику по качеству своего обслуживания в избранном медицинском учреждении и требовать от Страховщика немедленного проведения расследования по таким претензиям.

5.1.2. Застрахованный обязан:

а) соблюдать предписания лечащего врача;

б) соблюдать порядок, установленный в лечебном учреждении;

в) обеспечить надлежащее хранение страхового полиса или страховой карточки, исключающее возможность его использования для получения медицинских услуг третьими лицами;

г) сообщить Страхователю и Страховщику об обстоятельствах, влекущих увеличение страхового риска.

5.2. Права и обязанности Страхователя по договору страхования.

5.2.1. Страхователь имеет право:

а) осуществлять контроль за соблюдением Страховщиком условий договора страхования;

б) при коллективном страховании в период действия договора страхования заменять Застрахованных, внося соответствующие изменения в список Застрахованных лиц в соответствии с условиями, изложенными в п. 5.4 настоящего договора;

в) расширить список Застрахованных и (или) перечень медицинских услуг и медицинских учреждений для Застрахованных в пределах, предусмотренных Правилами и утвержденными программами добровольного медицинского страхования, при условии подписания подготовленного Страховщиком письменного дополнительного соглашения к договору страхования и своевременной уплаты дополнительно рассчитанной Страховщиком страховой премии;

г) в случае увольнения Застрахованного работника, Страхователь – юридическое лицо вправе заменить его другим в соответствии с условиями, изложенными в п. 5.5 настоящего договора;

д) досрочно расторгнуть договор страхования в порядке, предусмотренном Правилами страхования и гражданским законодательством РФ.

5.2.2. Страхователь обязан:

а) предоставить Страховщику полную и достоверную информацию, необходимую для заключения договора страхования;

б) уплатить страховую премию в размере и в сроки, определенные договором страхования;

в) довести до сведения каждого Застрахованного условия страхования, определенные настоящим договором;

г) сообщить Страхователю и Страховщику об обстоятельствах, влекущих увеличение страхового риска;

д) предоставить Страховщику документы, необходимые для идентификации.

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) изменить страховую сумму по договору страхования при изменении цен на предоставляемые медицинские услуги путем составления дополнительного соглашения к договору страхования на условиях Правил страхования и уплаты дополнительной страховой премии;

в) потребовать расторжения договора страхования и возмещения убытков в порядке, предусмотренном гражданским законодательством Российской Федерации, при неисполнении Страхователем (Застрахованным) обязанностей по сообщению Страховщику об обстоятельствах, влекущих увеличение страхового риска.

5.3.2. Страховщик обязан:

а) идентифицировать Страхователя (Застрахованного), заключать договоры на оказание медицинских и иных услуг гражданам в соответствии с Законом Российской Федерации «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации» и настоящими Правилами по добровольному медицинскому страхованию с любыми медицинскими учреждениями;

б) обеспечить своевременную выдачу Застрахованным страховых медицинских полисов или страховых карточек;

в) обеспечить предоставление Застрахованным медицинской помощи и услуг, определенных договором страхования;

г) в случае причинения медицинским учреждением вреда здоровью Застрахованного, принимать все возможные меры в соответствии с Законодательством Российской Федерации по возмещению этим учреждением нанесенного ущерба Застрахованному (во всех случаях Страховщик не несет ответственности при изменении по желанию Застрахованного (вопреки рекомендациям врача) медицинских технологий, используемых при лечении как основного заболевания, так и его осложнений);

д) не разглашать полученные в результате своей профессиональной деятельности сведения о состоянии здоровья Застрахованных и их имущественном положении.

5.4. В случае увеличения списка Застрахованных при коллективной форме страхования, Страхователь представляет Страховщику сведения, предусмотренные Правилами страхования, о дополнительно страхуемых лицах и уплачивает за них страховую премию за период с заключения договора страхования в отношении указанных лиц до окончания срока страхования. При этом, страховая премия за неполный месяц уплачивается как за полный.

В случае уменьшения по инициативе Страхователя числа Застрахованных (исключение Застрахованных из списка производится только с их согласия) договор в отношении этих лиц расторгается в порядке, предусмотренном Гражданским кодексом Российской Федерации. При этом уплаченная Страховщику страховая премия не подлежит возврату.

5.5. В случае замены Застрахованных лиц другими лицами при коллективной форме проведения страхования без увеличения числа Застрахованных, Страхователь представляет Страховщику сведения об исключаемых из списка Застрахованных и включаемых в него. Замена Страхователем Застрахованного лица, названного в договоре страхования, другим лицом, может быть произведена с согласия самого Застрахованного и Страховщика.

После возврата Страховщику страховых полисов или страховых карточек, исключаемых из списка Застрахованных, вновь Застрахованным выдаются страховые полисы или страховые карточки на условиях первоначально заключенного договора страхования.

6. ПРОЧИЕ УСЛОВИЯ ДОГОВОРА

6.1. В случае изменения цен на медицинские услуги, экономических и других непредвиденных условий, изменения в договор вносятся по согласованию сторон, а при не достижении согласия, договор расторгается.

7. ПОРЯДОК РАЗРЕШЕНИЯ СПОРОВ

7.1. Спорные вопросы, возникающие в процессе оказания медицинской (лекарственной) помощи Застрахованным, решает согласованная комиссия, в состав которой входят представители Страхователя, Страховщика и независимые эксперты.

7.2. Досудебное урегулирование споров между Страховщиком и Застрахованными – физическими лицами, вытекающих их договоров добровольного медицинского страхования, осуществляется в порядке, предусмотренном Законом «Об уполномоченном по правам потребителей финансовых услуг» №123-ФЗ от 04.06.2018 г.

7.3. Все письменные заявления или требования направляются Застрахованными – физическими лицами в адрес регистрации Страховщика, а также по адресу электронной почты Страховщика: insur@avangard.ru.

7.4. В других случаях споры, связанные со страхованием, разрешаются судом общей юрисдикции, арбитражным или третейским судами в соответствии с их компетенцией.

Страхователь с Правилами добровольного медицинского страхования АО «Страховая группа АВАНГАРД-ГАРАНТ» в редакции Приказа генерального директора №АГ/01-23 от «06» мая 2019 г. ознакомлен и согласен, один экземпляр на руки получил.

«___» _____ 20___ г.

_____ (подпись Страхователя)

8. АДРЕСА, РЕКВИЗИТЫ И ПОДПИСИ СТОРОН

8.1. СТРАХОВЩИК: _____
(индекс, почтовый адрес)

Расчетный счет _____

Реквизиты банка _____

Телефон: _____ Факс: _____ E-mail: _____

8.2. СТРАХОВАТЕЛЬ: _____
(индекс, почтовый адрес)

Расчетный счет _____

Реквизиты банка _____

Телефон: _____ Факс: _____ E-mail: _____

К настоящему договору прилагается: _____

СТРАХОВЩИК:

(наименование должности сотрудника Страховщика или лица, действующего от имени Страховщика, сведения о документе, подтверждающем полномочия)

«___» _____ г.

М.П.

СТРАХОВАТЕЛЬ:

(наименование должности лица, действующего от имени Страхователя, сведения о документе, подтверждающем полномочия)

«___» _____ г.

М.П.

**Приложение №2 к договору
коллективного добровольного
медицинского
страхования граждан**

**СТРАХОВАЯ КАРТОЧКА
к Договору добровольного медицинского страхования**

серия _____ № _____

Застрахованный(ая) _____
(ФИО)

имеет право получать медицинскую помощь
по программе страхования _____
в медицинском учреждении _____
(название ЛПУ)

(адрес ЛПУ, телефоны)

в течение срока действия Договора страхования с «__» _____ 20__ г. по «__» _____
20__ г.

Страховщик: _____
Контактный телефон: _____

М.П.

**Приложение №3
к Правилам страхования добровольного
медицинского страхования в редакции
Приказа №АГ/01-23 от «06» мая 2019 г.**

**ДОГОВОР
с медицинским учреждением на предоставление
медицинской (лекарственной) помощи (медицинских услуг)
по добровольному медицинскому страхованию граждан**

г. _____ «__» _____ 20__ г.

АО «Страховая группа АВАНГАРД-ГАРАНТ» (в дальнейшем по тексту – Страховщик), в лице _____

(должность, ФИО лица, подписавшего договор)

действующего на основании доверенности № _____ от «__» _____ г., Устава страховой организации и лицензии № _____ от «__» _____ г., с одной стороны, и медицинское учреждение _____

(наименование)

(в дальнейшем по тексту – Учреждение), имеющее лицензию № _____ от «__» _____ г., выданную _____

(наименование комиссии, выдавшей лицензию)

и сертификат № _____ от «__» _____ г., выданный _____

(наименование органа, выдавшего сертификат)

в лице _____,

(должность, ФИО лица, подписавшего договор)

действующего на основании _____, с другой стороны, заключили настоящий договор о нижеследующем:

1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

1.1. По настоящему договору Учреждение принимает на себя обязательство оказывать медицинскую (лекарственную) помощь гражданам, которым Страховщиком выдан страховой полис или страховая карточка, при наступлении страхового случая. Указанные граждане именуются в дальнейшем «Застрахованный контингент».

1.2. Страховым случаем является оказание Застрахованному лицу в течение срока действия договора страхования медицинских услуг, предусмотренных договором страхования, при остром заболевании, обострении хронического заболевания, травме, отравлении.

1.3. При обращении Застрахованного в Учреждение предъявляется страховой полис или страховая карточка, выданный Страховщиком, паспорт, либо другой документ, удостоверяющий личность Застрахованного (при обращении по поводу лекарственных средств предъявляется рецепт, установленной формы, выписанный врачом медицинского учреждения).

1.4. Учреждение оказывает медицинскую помощь в объеме, определенном программами, указанными в полисе или страховой карточке, в соответствии с существующими технологиями (лекарственную помощь в соответствии с назначением врача по рецепту).

2. ОБЪЕМ И КАЧЕСТВО ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

2.1. Учреждение обязано обеспечивать соответствие оказываемой медицинской помощи существующим технологиям.

2.2. Учреждение оказывает Застрахованному контингенту медицинские услуги (лекарственную помощь), виды, объем и сроки выполнения которых устанавливаются исходя из

договора (полиса) страхования согласованным сторонами перечнем, являющимся неотъемлемой частью настоящего договора.

2.3. При невозможности Учреждением оказать медицинскую (лекарственную) помощь установленного вида, объема, стандарта в установленные сроки, оно обязано за свой счет обеспечить Застрахованному контингенту получение такой помощи в другом медицинском учреждении или путем привлечения соответствующего специалиста.

О невозможности оказания медицинской (лекарственной) помощи установленного вида и объема Учреждение немедленно извещает Страховщика.

На оказание медицинской (лекарственной) помощи другим медицинским учреждением, выбранным Учреждением, должно быть получено согласие Застрахованного и Страховщика (за исключением случаев оказания срочной медицинской (лекарственной) помощи).

2.4. Учреждение должно поставить в известность Страховщика о возникших обстоятельствах, которые могут привести к нарушению требований пунктов 2.1 и 2.2 настоящего договора.

2.5. При невозможности Учреждением выполнить требования пунктов 2.1 - 2.2 настоящего договора, Страховщик вправе, по своему усмотрению, расторгнуть в одностороннем порядке настоящий договор.

3. ЧИСЛЕННОСТЬ ЗАСТРАХОВАННЫХ

3.1. Численность Застрахованного контингента составляет _____ человек. Страховщик без согласования с Учреждением вправе изменить указанную численность.

3.2. Обо всех изменениях численности Застрахованного контингента Страховщик немедленно извещает Учреждение.

4. СТОИМОСТЬ РАБОТ И ПОРЯДОК РАСЧЕТОВ

4.1. Страховщик оплачивает медицинскую (лекарственную) помощь, оказываемую Учреждением Застрахованному контингенту.

4.2. Оплата стоимости услуг, оказанных Учреждением производится исходя из фактических затрат на оказание медицинской (лекарственной) помощи и медицинских услуг по ценам, согласованным между Страховщиком и Учреждением в пределах страховой суммы путем перечисления Страховщиком денежных средств на счет Учреждения. Перечисление производится после получения от Учреждения счета с указанием диагноза, сроков лечения, перечня оказанных услуг, их стоимости и общей суммы расходов, понесенных по всем услугам, оказанным Застрахованным в пределах программы, предусмотренной договором страхования. (Аптека медицинского учреждения представляет реестр (счет) на оплату лекарственных средств с приложением копий рецептов).

4.3. Учреждение уведомляет Страховщика о каждом страховом случае с указанием ориентировочной стоимости оказания медицинской (лекарственной) помощи и медицинских услуг.

Если предполагаемая стоимость медицинской помощи (лекарственных средств) и медицинских услуг превышает страховую сумму, то вопрос о предоставлении и оплате указанной помощи решается в каждом конкретном случае по согласованию между Страховщиком, Учреждением и Застрахованным (Страхователем). Возможны следующие варианты:

а) эта помощь не оказывается и не оплачивается в рамках данного договора;

б) эта помощь оплачивается за счет уплаченной Страхователем Страховщику страховой премии по оформленному соглашению к договору (полису) страхования.

4.4. Страховщик в течение _____ дней после вступления настоящего договора в силу перечисляет Учреждению аванс в сумме _____ руб.,

(сумма прописью)

а в последующем осуществляет ежеквартальное авансирование Учреждения в размере _____ % предполагаемого годового объема услуг. Платежи производятся в срок до _____ числа соответствующего квартала.

4.5. В срок до ____ числа месяца, следующего за отчетным кварталом, стороны производят выверку взаиморасчетов по оплате оказанных медицинских услуг (лекарственной помощи) Застрахованному контингенту. Окончательная выверка взаиморасчетов производится не позднее ____ января года, следующего за отчетным.

Учреждение предоставляет Страховщику все необходимые для производства взаиморасчетов документы.

5. ПОРЯДОК ОКАЗАНИЯ ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

5.1. Учреждение оказывает медицинские услуги, предусмотренные настоящим договором, Застрахованному контингенту согласно режиму работы, согласованному со Страховщиком.

6. УЧЕТ В МЕДИЦИНСКОМ УЧРЕЖДЕНИИ

6.1. Учреждение обязано вести учет:

а) Застрахованного контингента, обратившегося в Учреждение;

б) видов, объемов и сроков оказания медицинской (лекарственной) помощи Застрахованному контингенту;

в) средств, поступающих от Страховщика.

Организация учета согласовывается со Страховщиком.

7. КОНТРОЛЬ

7.1. Страховщик вправе контролировать соответствие оказываемых Учреждением медицинских и иных услуг перечню, прилагаемому к настоящему договору.

7.2. Контроль осуществляется путем проверок, проводимых представителем Страховщика и Учреждения, с участием в равных долях. Проверка осуществляется по мере необходимости.

7.3. Учреждение обязано обеспечить представителям Страховщика, осуществляющим проверку, свободное ознакомление с деятельностью Учреждения, связанную с исполнением настоящего договора.

8. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН

8.1. За просрочку платежей, предусмотренных настоящим договором, Страховщик уплачивает Учреждению пени в размере ____ % просроченной суммы за каждый день просрочки, в случае предъявления письменной претензии от Учреждения. Уплата пени не освобождает Страховщика от уплаты услуг, оказанных по его договорам (полисам). При просрочке Страховщиком платежа, не превышающей ____ дней, Учреждение обязано продолжать оказание лечебно-профилактической помощи Застрахованным лицам.

8.2. За нарушение требований п. 6 настоящего договора, Учреждение выплачивает Страховщику штраф в размере _____ рублей.

8.3. В случае нарушения требований п. 7 настоящего договора, Учреждение выплачивает Страховщику штраф в размере _____ рублей.

8.4. В случае неполно или некачественно оказанной услуги Страховщик вправе не возмещать Учреждению ее стоимость.

8.5. При разглашении одной из сторон сведений, составляющих коммерческую тайну, виновная сторона обязана возместить другой стороне понесенные ей в связи с этим убытки.

9. УВЕДОМЛЕНИЕ И СООБЩЕНИЕ

9.1. Все уведомления и сообщения, направленные сторонами в связи с исполнением настоящего договора, должны быть сделаны в письменной форме.

9.2. Стороны обязуются в течение ____ дней извещать друг друга о всех изменениях своих адресов и реквизитов.

10. ИЗМЕНЕНИЕ И ПРЕКРАЩЕНИЕ ДОГОВОРА

10.1. Настоящий договор может быть изменен только по письменному соглашению сторон.

10.2. Настоящий договор может быть прекращен до окончания срока его действия:

- а) по соглашению сторон, совершенному в письменном виде;
- б) при нарушении одной из сторон условий настоящего договора.

11. СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА

11.1. Настоящий договор вступает в силу с момента подписания его сторонами и действует по «___» _____ 20__ г.

12. ПРОЧИЕ УСЛОВИЯ

12.1. По вопросам, не предусмотренным настоящим договором, стороны руководствуются законодательством Российской Федерации.

12.2. _____

13. АДРЕСА И БАНКОВСКИЕ РЕКВИЗИТЫ СТОРОН

13.1. СТРАХОВЩИК: _____
(индекс, почтовый адрес)

Расчетный счет _____

Реквизиты банка _____

Телефон: _____ Факс: _____ E-mail: _____

13.2. УЧРЕЖДЕНИЕ: _____
(индекс, почтовый адрес)

Расчетный счет _____

Реквизиты банка _____

Телефон: _____ Факс: _____ E-mail: _____

СТРАХОВЩИК:

УЧРЕЖДЕНИЕ:

(подпись)

(подпись)

«___» _____ г.

«___» _____ г.

М.П.

М.П.

**Приложение №4
к Правилам страхования добровольного
медицинского страхования в редакции
Приказа №АГ/01-23 от «06» мая 2019 г.**

**АКЦИОНЕРНОЕ ОБЩЕСТВО
«Страховая группа АВАНГАРД-ГАРАНТ»**

Юридический адрес: _____
Банковские реквизиты: _____
Телефон: _____ Факс: _____ E-mail: _____

**ПОЛИС
ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ**
серия _____ № _____

Страхователь: _____
(наименование или ФИО)

в лице: _____
(должность, ФИО)

адрес: _____,
Телефон: _____ Факс: _____

на условиях Правил добровольного медицинского страхования Страховщика заключил договор добровольного медицинского страхования в пользу:

работников и членов их семей согласно прилагаемому списку на _____ листах.

Застрахованного _____

(ФИО Застрахованного, пол, год рождения)

проживающего по адресу: _____,

Телефон: _____.

Страховым случаем является оказание Застрахованному лицу в течение срока действия договора страхования медицинских услуг, предусмотренных договором страхования, при остром заболевании, обострении хронического заболевания, травме, отравлении.

Условия страхования:

Программа страхования	Кол-во Застрахованных (по договору с юр. лицами)	Страховая сумма (руб.)	Тарифная ставка (%)	Страховая премия (руб.)	Адреса и телефоны медицинских учреждений

Договор страхования действует с «__» _____ 20__ г. по «__» _____ 20__ г.

Особые условия: _____
_____.

Изменение и расторжение договора страхования осуществляется в порядке, предусмотренном гражданским законодательством и Правилами страхования.

Перечень видов медицинской помощи и медицинских услуг по программам страхования прилагаются к Договору страхования.

Застрахованный с Правилами добровольного медицинского страхования АО «Страховая группа АВАНГАРД-ГАРАНТ» в редакции Приказа №АГ/01-23 от «06» мая 2019 г. ознакомлен и согласен, один экземпляр на руки получил.

(подпись Застрахованного)

Страховщик:

(наименование должности руководителя или представителя страховой организации, сведения о документе, подтверждающем полномочия)

(подпись)

(фамилия и инициалы)

«__» _____ 20__ г.

М.П.

**ПРОГРАММЫ
добровольного медицинского страхования**

Оказание медицинских услуг Застрахованным гарантируется за счет средств страхового взноса на добровольное медицинское страхование.

Добровольное медицинское страхование проводится по следующим программам:

«Амбулаторная помощь»

Страховщик гарантирует Застрахованному предоставление и оплату медицинских услуг в амбулаторно-поликлинических условиях и у врачей частной практики, определенных договором страхования, при обращении в медицинское учреждение или к представителю Страховщика.

Объем лабораторных и инструментальных методов диагностики и лечения устанавливается лечащим врачом в пределах следующего перечня:

- ЭКГ, велоэргометрия, реовазография, электро-энцефалография, холтеровское мониторирование;
- рентгенологические исследования органов грудной клетки, брюшной полости, черепа, костной системы;
- томография;
- тепловидение;
- УЗ методы исследования;
- эндоскопические исследования;
- клинические, биохимические, бактериологические и иммунологические исследования биологических жидкостей организма (крови, мочи, мокроты);
- другие исследования, оказываемые медицинским учреждением, указанном в договоре страхования.

Проведение (по назначению врача) в амбулаторных условиях лечебных манипуляций и физиотерапевтических процедур: массаж, водо-, электро- и теплолечение, магнито- и лазеротерапия.

Страховщик организует также лечебно-диагностическую помощь на дому у пациента с привлечением при необходимости консультантов – хирурга, невропатолога, кардиолога, гинеколога.

Амбулаторно-поликлиническая помощь оказывается по следующим специальностям:

- кардиология;
- ревматология;
- гастроэнтерология;
- пульмонология (за исключением туберкулеза и онкологических заболеваний);
- эндокринология;
- неврология;
- стоматология;
- педиатрия;
- терапия (общая);
- инфекционные болезни;
- травматология;
- урология, нефрология;
- торакальная хирургия;
- проктология;
- кардиохирургия, за исключением случаев указанных в Правилах страхования;
- сосудистая хирургия;

- хирургия (общая);
- гинекология;
- отоларингология;
- офтальмология;
- дерматология;
- аллергология;
- ортопедия;
- андрология.

«Стационарная помощь»

Страховщик гарантирует предоставление и оплату в пределах страховой суммы высококвалифицированного обследования и лечения в стационарах, указанных в договоре страхования.

Стационарная терапевтическая и хирургическая помощь оказывается в следующих отделениях по соответствующим заболеваниям:

- кожное;
- урологическое;
- травматолого-ортопедическое;
- кардиологическое отделение острого инфаркта-миокарда;
- хирургическое;
- сосудистой хирургии;
- кардиологическое;
- гинекологическое;
- офтальмологическое;
- неврологическое;
- эндокринологическое;
- гастроэнтерологическое;
- терапевтическое;
- пульмонологическое;
- отоларингологическое;
- ревматологическое;
- проктологическое;
- физиотерапевтическое;
- анестезиологии и реанимации;
- реанимации – интенсивной терапии.

Определение показаний к госпитализации определяется врачом поликлиники, в которой наблюдается больной, врачом скорой помощи или врачом-консультантом Страховщика.

Объем лабораторных, диагностических и лечебных мероприятий устанавливается лечащим врачом в пределах следующего перечня:

- лабораторно-диагностические исследования:
 - клинические;
 - биохимические;
 - иммунологические;
 - серологические;
 - бактериологические;
 - гормональные.
- диагностические исследования:
 - рентгенография, рентгеноскопия, в том числе хирургическая;
 - компьютерная томография;
 - радиоизотопная диагностика;
 - функциональная диагностика, в том числе ультразвуковая.

- другие исследования, оказываемые медицинским учреждением, указанном в договоре страхования.

Обследование и лечение проводятся с применением медицинских технологий, применяемых в стационарах и клиниках, указанных в договоре страхования.

Длительность пребывания в стационаре, объем диагностических и лечебных мероприятий относятся к компетенции лечащего врача стационара.

Если Застрахованный госпитализирован в стационар, не указанный в договоре страхования, он по желанию, с учетом его состояния, может быть переведен в стационар, имеющий договор со Страховщиком. Расходы на транспортировку оплачиваются Страхователем.

Страховщик не оплачивает лечение психических, онкологических, венерических заболеваний, туберкулеза, ВИЧ-инфекции и ее осложнений, системных болезней соединительной ткани, хронической почечной недостаточности, заболеваний, связанных с последствиями радиоактивного облучения, заболеваний, явившихся следствием сахарного диабета (ангиопатии, нефропатии, ретинопатии и проч.), в случае патологии прерывания беременности в сроки до 30 недель с угрозой жизни матери или ребенка, а также лечение обострившихся в результате беременности хронических заболеваний; врожденных аномалий; наркологическую помощь, косметологическое и стоматологическое лечение, все виды протезирования.

«Комплексная медицинская помощь»

Комплексная медицинская помощь включает услуги, определенные в программах «Амбулаторная помощь» и «Стационарная помощь».

«Стоматология»

Страховщик гарантирует Застрахованному предоставление и оплату терапевтической и хирургической стоматологической помощи.

Перечень медицинских услуг:

- диагностические стоматологические мероприятия (рентгенологическое обследование, реография и др.) по показаниям врачей – стоматологов;
- консультативные услуги врачей – стоматологов;
- лечебные терапевтические мероприятия и процедуры, проводимые по медицинским показаниям (лечение кариеса, пульпита, периодонтита, стоматита, пломбирование, снятие зубных отложений и др.);
- лечебные хирургические мероприятия, проводимые по медицинским показаниям (обезболивание при удалении зуба, удаление зуба, цистэктомия, остановка кровотечения и др.);
- дополнительные лечебные мероприятия, проводимые по медицинским показаниям.

«Скорая (неотложная) медицинская помощь»

Страховщик гарантирует Застрахованному круглосуточное предоставление и оплату медицинских услуг при обращении в соответствующие учреждения скорой (неотложной) медицинской помощи, определенные договором.

Скорая (неотложная) медицинская помощь предусматривает оказание скорой (неотложной) медицинской помощи при возникновении у Застрахованного угрожающих жизни состояний, вызванных острыми заболеваниями, обострениями хронических заболеваний, травмами, отравлениями.

При наступлении страхового случая Застрахованный обращается по телефону в диспетчерскую службу Страховщика или медицинского учреждения, с которым у Страховщика заключен договор на обслуживание скорой (неотложной) медицинской помощью.

При прибытии бригады скорой (неотложной) помощи Застрахованный должен предъявить страховой полис (страховую карточку) и паспорт или иное удостоверение личности. Передача страхового полиса или страховой карточки другому лицу запрещается, а оказанные этому лицу медицинские услуги не будут оплачиваться.

Перечень медицинских услуг:

- выезд бригады скорой (неотложной) помощи и осмотр врача;
- проведение необходимой экспресс – диагностики;
- экстренные лечебные манипуляции;
- медицинская транспортировка в стационар в случае необходимости.

ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ ПРОГРАММЫ добровольного медицинского страхования

«Лекарственная помощь»

Программа «Лекарственная помощь» заключается в дополнение к программам «Амбулаторная помощь» или «Комплексная медицинская помощь».

Основанием для получения лекарственных средств является рецепт врача, установленного образца, на котором проставлен номер договора (полиса), номер истории болезни (медицинской карты Застрахованного), подпись и личная печать лечащего врача, штамп медицинского учреждения.

В случае отсутствия необходимого препарата в аптеке, указанной в договоре страхования, Застрахованный, по согласованию со Страховщиком, вправе самостоятельно оплатить лекарственные средства, назначенные ему в связи с заболеванием, являющимся страховым случаем.

Для получения страховой выплаты в связи с понесенными расходами Застрахованный предоставляет Страховщику:

- заявление произвольной формы;
- выписку из истории болезни с указанием о назначении ему медикаментов;
- рецепт с отметкой об оплате с указанием цены медикамента;
- страховой договор (полис) страхования.

Застрахованному возмещается стоимость лекарственного средства по фактически уплаченной сумме, но не выше установленной прейскурантом аптеки, указанной в договоре страхования.

«Реабилитационно-восстановительное лечение»

Программа «Реабилитационно-восстановительное лечение» заключается в дополнение к программам «Амбулаторная помощь», «Стационарная помощь» или «Комплексная медицинская помощь».

Программа предусматривает реабилитационно-восстановительное лечение, после перенесенного заболевания, являющегося страховым случаем, в следующих медицинских учреждениях:

- санаториях;
- санаториях-профилакториях;
- водо- и грязелечебницах;
- больницах и специализированных отделениях восстановительного лечения;
- физкультурных диспансерах;
- реабилитационных центрах;
- физио-кабинетах амбулаторно-поликлинических учреждений.

Восстановительное лечение проводится по назначению лечащего врача, подтвержденного выпиской из медицинской карты Застрахованного.

Перечень медицинских услуг:

- физиотерапевтические методы лечения (лазеротерапия, магнитотерапия, электросон, ультразвуковая терапия, КВЧ-терапия, индуктотермия, ингаляции, баротерапия и др.);

- лечебная физкультура;
- лечебное плавание;
- массаж;
- фитотерапия;
- гирудотерапия;
- лечение природными факторами (бальнеологическое, грязелечение, климатолечение, талассотерапия, терренкур, душ Шарко, подводное вытяжение и др.);
- лечебные процедуры и манипуляции, осуществляемые в условиях санаторно-курортного учреждения платно (лекарственные блокады, внутрисуставные инъекции, баночный массаж, промывание миндалин, кишечные промывания и др.);
- нетрадиционные методы лечения (иглорефлексотерапия, су-джок-терапия, мануальная терапия и постзимометрическая релаксация, гомеопатическое лечение, точечный массаж, аурикулодиагностика и аурикулотерапия, электропунктура и др.);
- психотерапия;
- лечение андрологической и сексологической патологии;
- лечебное голодание, разгрузочно-диетическая терапия, диетолечение.

Прошито, пронумеровано, скреплено печатью

24 (пущевать)
ОГРН 1037750902244

Генеральный директор АО "Страховая группа
"АВАНГАРД-ГАРАНТ"

Димов ИИ

2019

" 06 " *июль*



УТВЕРЖДЕНЫ
Приказом Генерального директора
АО «Страховая группа
«АВАНГАРД-ГАРАНТ»
№ АГ/01-23 от «06» мая 2019 г.

БАЗОВЫЕ СТРАХОВЫЕ ТАРИФЫ
ПО ДОБРОВОЛЬНОМУ МЕДИЦИНСКОМУ СТРАХОВАНИЮ

(в % от страховой суммы в год)

№	Условия страхования (программы)	Базовый тариф
1	Организация предоставления и оплаты медицинских услуг, предусмотренных программой медицинского страхования, в медицинских учреждениях, оказывающих стационарную помощь	8,00
2	Организация предоставления и оплаты медицинских услуг, предусмотренных программой медицинского страхования, в медицинских учреждениях, оказывающих амбулаторно-поликлиническую и стационарную медицинскую помощь	2,00
3	Организация предоставления и оплаты стоматологической помощи	10,00
4	Организация предоставления и оплаты скорой (неотложной) медицинской помощи	4,07
5	Возмещение расходов на лекарственные средства при амбулаторно-поликлиническом лечении	2,09
6	Возмещение расходов на реабилитационно-восстановительное лечение после перенесенного заболевания, являющегося страховым случаем	1,01
7	Экстренная медицинская помощь	58,11

При заключении конкретного договора страхования Страховщик имеет право применять к базовой тарифной ставке повышающие или понижающие коэффициенты в зависимости от следующих факторов риска: возраст Застрахованного, пол Застрахованного, род профессиональной деятельности, занятия Застрахованного различными видами спорта, состояние здоровья Застрахованного на момент заключения договора, размера коллектива (при коллективном страховании), территории преимущественного проживания Застрахованного, иных факторов.

При заключении конкретного договора страхования Страховщик имеет право применять к базовой тарифной ставке или понижающие коэффициенты при расширении (по соглашению сторон) перечня исключений из страхования.

При определении итоговой величины тарифной ставки по конкретному договору страхования, результирующий коэффициент не может превышать 10,0 или быть меньше 0,1.

Конкретные значения повышающих или понижающих коэффициентов определяются Страховщиком исходя из наличия (отсутствия) факторов риска и их влияния на повышение (понижение) вероятности наступления страхового случая.

В связи с тем, что конкретные факторы риска и обстоятельства, увеличивающие (уменьшающие) вероятность наступления страхового события, а также конкретные размеры повышающих (понижающих) коэффициентов, которые Страховщик вправе применять к базовым тарифным ставкам, могут быть выявлены (определены) только в ходе оценки Страховщиком страхового риска при заключении конкретного договора страхования, поэтому в настоящем Приложении указаны минимальные и максимальные значения повышающих и понижающих коэффициентов в определенном диапазоне их применения. Это позволяет Страховщику определить реальную тарифную ставку, учитывающую особенности объекта страхования и характер страхового риска по конкретному договору страхования, и является гарантией обеспечения его финансовой устойчивости.

Дополнительно к описанным выше поправочным коэффициентам, при уменьшении размера затрат Страховщика (размера нагрузки f равной в целях расчета базовой тарифной ставки 40%), Страховщик вправе пропорционально уменьшению нагрузки уменьшать размеры страховых премий.

Прошито, пронумеровано, скреплено
печатью

2 (два) листа(ов)

Генеральный директор АО "Страховая
группа "АВАНТ-АРД-ГАРАНТ"

Степанов М.И.
" 08 " июля 2019 г.

