

ДОГОВОР (ПОЛИС) добровольного медицинского страхования

№ _____

г.Москва

«____» _____ 200__ г.

_____, в дальнейшем "Страховщик", в лице _____, действующего на основании _____, с одной стороны, и _____, в дальнейшем "Страхователь", в лице _____, действующего на основании _____, с другой стороны, заключили настоящий договор о нижеследующем.

1. Предмет договора

1.1. Страховщик принимает на себя обязательства по организации и оплате медицинской помощи Застрахованным лицам в соответствии со страховыми программами.

1.2. Настоящий договор заключен на основании Правил _____, являющихся неотъемлемой частью настоящего договора.

1.3. Страхование осуществляется в соответствии с программами, изложенными в приложении к настоящему договору, и в соответствии с _____ являющихся его неотъемлемой частью.

1.4. По положениям, не оговоренным настоящим Договором, Стороны руководствуются положениями Правил медицинского страхования граждан и действующим законодательством РФ.

1.5. Общая численность Застрахованных лиц на момент заключения договора составляет ____ человек. Списки Застрахованных лиц с указанием фамилии, имени, отчества, даты рождения, домашнего адреса и телефона, выбранной Страховой программы передаются Страхователем Страховщику при заключении договора. Списки составляются в двух экземплярах, один из которых передается Страховщику, а один остается у Страхователя.

1.6. Все изменения в списках Застрахованных лиц согласовываются со Страховщиком в письменном виде.

2. Срок действия договора

2.1. Настоящий договор действует: с _____.____, 00 ч. 00 мин по _____.____, 24 ч. 00 мин.

2.2. По истечении срока действия настоящий договор автоматически не пролонгируется. За один месяц до окончания срока действия настоящего договора стороны ведут переговоры о заключении договора на новый период.

2.3. Действие настоящего договора прекращается, и Застрахованные лица теряют право на получение медицинской помощи в случаях:

- ◆ истечения срока действия договора;
- ◆ исполнения Страховщиком обязательств перед Страхователем в полном объеме;
- ◆ соглашения Сторон о расторжении настоящего договора;
- ◆ неуплаты Страхователем очередных страховых взносов в установленные договором сроки;
- ◆ ликвидации Страхователя, как юридического лица;
- ◆ в других случаях, предусмотренных действующим законодательством РФ.

3. Порядок расчетов

3.1. Размер страховой премии за одного Застрахованного лица и количество застрахованных:

Программа №	Размер страховой премии за одного Застрахованного	Количество застрахованных
1	_____	_____
2	_____	_____

3.2. Общая страховая премия по настоящему Договору составляет: _____.____ (_____).

3.3. Страховая премия уплачивается Страхователем _____.

(форма и срок расчетов)

3.4. Страховые суммы представляют собой лимит выплат по рискам для каждого Застрахованного за весь срок страхования и составляют:

4. Обязанности Сторон

4.1. Страхователь обязан:

4.1.1. Уплатить Страховщику страховую премию в порядке и в сроки, установленные настоящим договором.

4.2. Страховщик обязан:

4.2.1. Организовать и оплатить медицинскую помощь, оказываемую Застрахованным лицам.

4.2.2. Контролировать качество оказанной Застрахованным лицам медицинской помощи условиям настоящего договора.

4.2.3. Выдать Застрахованным лицам сертификаты (индивидуальные пластиковые карточки), при необходимости пропуски в медицинские учреждения в течение __ дней с момента поступления страховой премии на расчетный счет Страховщика.

4.2.4. В случае невозможности оказания медицинским учреждением помощи, предусмотренной страховой программой, Страховщик организует оказание медицинской помощи в другом медицинском учреждении соответствующего профиля, определенного по усмотрению Страховщика.

5. Ответственность Сторон

5.1. Стороны несут ответственность, предусмотренную действующим законодательством РФ за неисполнение или ненадлежащее исполнение условий настоящего договора.

5.2. Сторона, допустившая разглашение информации, указанной в п. 7.1 настоящего договора обязана возместить другой стороне причиненные убытки.

5.3. Стороны освобождаются от ответственности за частичное или полное неисполнение обязательств по настоящему договору, если такое неисполнение явилось следствием обстоятельств непреодолимой силы.

5.4. Страховщик не несет ответственность по оплате медицинской помощи, оказанной Застрахованному лицу в медицинских учреждениях, не предусмотренных страховой программой без предварительного письменного согласования со Страховщиком.

5.5. Страховщик не несет ответственность за оказание медицинской помощи в случаях:

- ◆ нарушения Застрахованным лицом установленного в медицинском учреждении порядка;
- ◆ явки Застрахованного лица по вопросу оказания медицинской помощи во время, когда не осуществляется прием соответствующим специалистом или кабинетом (лабораторией);
- ◆ явки Застрахованного лица на прием в состоянии алкогольного, наркотического либо токсического опьянения.

6. Порядок урегулирования споров

6.1. Все споры по настоящему договору разрешаются путем переговоров, а в случае недостижения соглашения в установленном законом порядке.

6.2. При расхождении положений «Правил медицинского страхования граждан» Страховщика с положениями настоящего договора, применяются соответствующие положения настоящего договора.

6.3. Изменения и дополнения в настоящий договор могут быть внесены соглашением сторон в письменной форме.

6.4. Стороны обязуются в течение трех дней уведомлять друг друга об изменении своего юридического адреса, почтовых и банковских реквизитов.

7. Конфиденциальность

7.1. Представляемая сторонами друг другу техническая, финансовая, коммерческая и иная информация, связанная с предметом настоящего договора, сведения о страхователе, застрахованном лице, состоянии их здоровья, имущественном положении будут считаться конфиденциальной информацией.

7.2. Стороны примут все необходимые и достаточные меры, чтобы предотвратить разглашение полученной информации третьим лицам.

8. Прочие положения

8.1. Настоящий договор составлен в двух экземплярах, каждый из которых имеет равную юридическую силу, по одному для каждой из Сторон.

9. Юридические адреса, реквизиты и подписи Сторон

Страховщик:

Адрес: _____
Расчетный счет _____
корр. счет _____ БИК _____
ИНН _____ ОКПО _____
Телефон _____, факс _____

Страхователь:

Адрес: _____
Расчетный счет _____
корр. счет _____ БИК _____
ИНН _____ ОКПО _____
Телефон _____, факс _____

Страховщик : _____ М.П. Страхователь : _____ М.П.