



Приложение № 22 к Правилам добровольного медицинского страхования

**СТРАХОВЫЕ ТАРИФЫ**  
**по добровольному медицинскому страхованию к**  
**Правилам добровольного медицинского страхования**

Согласно Правилам Страховщик при определении размера страховой премии, подлежащей уплате по договору страхования, вправе применять разработанные им страховые тарифы.

Страховой тариф - ставка страховой премии с единицы страховой суммы с учетом объекта страхования и характера страхового риска, а также других условий страхования.

Страховщик применяет актуарно (экономически) обоснованные страховые тарифы, которые рассчитываются в соответствии со стандартами актуарной деятельности.

Страховщик устанавливает страховые тарифы в соответствии с утвержденной им методикой расчета страховых тарифов, содержащей указание на стандарты актуарной деятельности, которые были использованы при определении страховых тарифов.

Страховой тариф по конкретному договору страхования определяется по соглашению сторон.

На основании произведенного Страховщиком Расчета страховых тарифов к Правилам добровольного медицинского страхования в соответствии с утвержденной Страховщиком методикой расчета страховых тарифов, содержащей указание на стандарты актуарной деятельности, которые были использованы при определении страховых тарифов, страховой тариф устанавливается Страховщиком с применением **базовых тарифных ставок, рассчитанных на один год страхования, (Таблица 1) и коэффициентов к ним (их предельных значений)**, которые могут применяться в зависимости от характера (степени) страхового риска, а также иных условий страхования, перечисленных в Таблице 2 настоящего приложения.

**Базовые страховые тарифы**

**Таблица 1**

№ п/п	Программы добровольного медицинского страхования	Базовые страховые тарифы, в %, годовые
1	«Амбулаторная помощь»	1,95
2	«Скорая и неотложная медицинская помощь»	0,85
3	«Стационарная помощь»	0,87
4	«Стоматологическая помощь»	1,79
5	«Помощь на дому»	0,62
6	«Ведение беременности в амбулаторных условиях»	24,65
7	«Комплексное ведение беременности»	24,62
8	«Родовспоможение и наблюдение за женщинами в послеродовом периоде»	26,88
9	«Амбулаторное наблюдение за женщинами детородного возраста»	12,04
10	«Планирование семьи»	10,00
11	«Медицинский уход»	19,55
12	«Профилактика заболеваний»	19,49
13	«Профилактика и лечение инфекционных заболеваний»	20,49
14	«Медицинская помощь при спортивных и иных травмах»	11,86
15	«Реабилитационно-восстановительное, в том числе санаторно-курортное лечение»	26,40
16	«Лекарственное обеспечение и обеспечение изделиями медицинского назначения»	33,15
17	«Личный врач»	0,70
18	«Офисный врач»	1,84
19	«Антиклещ»	2,9
20	«Комплексная программа медицинской помощи»	4,51
21	«Медицинская помощь, оказываемая с применением телемедицинских технологий» («Телемедицина»)	1,95

Договор страхования может быть заключен как по одной из Программ ДМС, перечисленных в Таблице 1 настоящего приложения, так и в любой их комбинации и совокупности, избегая дублирования медицинской помощи в Программах.

При страховании по нескольким Программам ДМС Таблицы 1 в комбинациях, указанных выше, значение базового страхового тарифа определяется путем сложения базовых страховых тарифов по соответствующим Программам ДМС, однако предельное значение базового страхового тарифа в любом случае составляет 99%.

**Коэффициенты и их предельные значения, определяемые в зависимости от факторов, влияющих на характер (степень) страхового риска, и иных условий страхования**

**Таблица 2**

<b>Факторы, влияющие на характер (степень) страхового риска, иные условия страхования</b>		<b>Коэффициенты и их предельные значения</b>
Возраст Застрахованного лица		от 0,5 до 10
Пол Застрахованного лица	мужской	1
	женский	от 1,1 до 1,9
Профессия и род занятий Застрахованного лица		от 0,6 до 5
Выполнение Застрахованным лицом опасной работы или наличие контакта Застрахованного лица с вредными производственными факторами		от 1,1 до 7
Состояния здоровья Застрахованного лица		от 0,5 до 10
Наличие периода ожидания		от 0,2 до 0,9
Наличие франшизы		0,1 до 0,9
Расширение или сокращение перечня исключений из страхования, предусмотренных п. 4.5 Правил страхования		от 0,5 до 3 за каждое расширение или исключение
Категория медицинских, сервисных и иных организаций, их место-нахождение и количество, профиль, стоимость медицинских и иных услуг в них, если условиями договора страхования предусмотрена организация и оказание Страховщиком медицинских и иных услуг		от 0,5 до 15
Количество Застрахованных лиц одновременно по одному договору страхования		от 0,2 до 9
Объем медицинской помощи (перечень медицинских и иных услуг), предусмотренных программой (программами) медицинского страхования		от 0,5 до 5
Изменение перечня освобождений Страховщика от страховой выплаты (п. 11.1 Правил страхования)		от 1,05 до 3 за каждое основание освобождения
Наличие/отсутствие обращений Застрахованного лица в медицинские и иные организации		от 0,5 до 7
Убыточность предыдущего договора страхования (при пролонгации)		от 0,5 до 2
Уровень цен на медицинские услуги в медицинских организациях, к которым прикреплено застрахованное лицо		от 0,3 до 3

Конкретные размеры коэффициентов определяются экспертами Общества, исходя из разумных экономических предпосылок.

В дополнение к указанным в Таблице 2 поправочным коэффициентам, в случае прогнозирования нагрузки по заключаемому конкретному договору страхования в размере ниже 90% Общество может применять пропорциональный понижающий коэффициент нагрузки.

Страховой тариф по договору страхования на один год страхования определяется путем умножения базового страхового тарифа на итоговое значение коэффициента (поправочного коэффициента). Итоговое значение коэффициента (поправочного коэффициента) определяется как произведение всех коэффициентов, применяемых в зависимости от факторов, влияющих на характер (степень) страхового риска и иных условий страхования, перечисленных в Таблице 2 настоящего приложения. При применении итогового поправочного коэффициента и коэффициента нагрузки страховой тариф не может превысить предельного значения 99%.

Если иное не предусмотрено договором страхования, *страховой тариф на срок страхования менее одного года* определяется в следующем проценте от размера страхового тарифа на один год страхования (годового страхового тарифа), при этом неполный месяц принимается как полный: при страховании на срок до 2-х месяцев – 50%, при страховании на срок от 3-х до 5-ти месяцев – 65%, при страховании на срок от 6-ти до 8-ми месяцев – 80%, при страховании на срок от 9 месяцев и более – 100%.

*Страховой тариф на срок страхования более одного года* определяется как произведение страхового тарифа на один год страхования и количества лет, в течение которых действует страхование. Если срок страхования устанавливается как год (несколько лет) и несколько месяцев, то страховой тариф за указанные месяцы определяется пропорционально к страховому тарифу за год страхования (при этом неполный месяц принимается за полный).