

ЗАО "Областная медицинская страховая компания"

Юридический адрес: 236000, Калининград, ул. Леонова, 18, тел./факс: 93-44-05,
отдел страхования: 21-66-03, отдел защиты прав застрахованных: 21-85-67.

ДОГОВОР

обязательного медицинского страхования работающих граждан

"27" СЕНТЯБРА 2010 г.

№ 38156

ИНН/КПП Страхователя 390614884/390401001

274680500233837

ОГРН 103390282538

Медицинская страховая компания ЗАО "Областная медицинская страховая компания", действующая на основании лицензии С № 3010 39, регистрационный номер 3010 от 25 октября 2005 года, в лице Генерального директора Семенюк Элеоноры Борисовны, действующего на основании Устава, именуемого в дальнейшем "Страховщик", с одной стороны, и ООО "АРЕАЛТРАНС"

в лице ДИРЕКТОРА ПАТИЛОВА АНДРЕА ВЛАДИМИРОВИЧА

(наименование предприятия)

(должность, Ф. И. О.)

действующего на основании УСТАВА

(Приказа, Положения, Устава)

именуемого в дальнейшем "Страхователь", с другой стороны, заключили договор о нижеследующем:

1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

1. Страховщик принимает на себя обязательство организовывать и финансировать предоставление гражданам, включенным Страхователем в списки застрахованных, медицинской помощи определенного объема и качества или иных услуг с выдачей застрахованным страховых медицинских полисов установленного образца.

2. Объем медицинской помощи, предоставляемый застрахованным лицам в соответствии с настоящим договором, определяется утвержденной территориальной программой обязательного медицинского страхования населения Калининградской области Российской Федерации. Указанная программа и согласованный сторонами перечень медицинских учреждений, оказывающих предусмотренные программой услуги, являются неотъемлемыми частями настоящего договора.

3. Страхователь принимает на себя уплату страховых взносов на обязательное медицинское страхование работающих граждан в соответствии с Положением о порядке уплаты страховых взносов в Федеральный и Территориальный фонды обязательного медицинского страхования, утвержденным Постановлением Верховного Совета Российской Федерации 24 февраля 1993 года, и Инструкцией о порядке взимания и учета страховых взносов (платежей) на обязательное медицинское страхование, утвержденной Постановлением Совета Министров Правительства Российской Федерации от 11 октября 1993 года № 1018, Федеральным законом от 05.08.2000 г. № 117-ФЗ (в редакции ФЗ от 29.12.2000 г. № 116-ФЗ) "Налоговый кодекс РФ. Часть вторая", другими нормативно-правовыми актами.

4. Общая численность застрахованных на момент заключения договора составляет 2 человек.

5. Списки застрахованных (заверенные печатью страхователя и подписью руководителя) лиц с указанием фамилии, имени, отчества, пола, номера и серии паспорта, даты рождения, постоянного места жительства, номера пенсионного страхового свидетельства и приписки к ЛПУ по предыдущему полису предоставляются Страхователем Страховщику в момент заключения договора.

6. Страхователь представляет Страховщику в согласованные сроки полисы уволенных работников и списки вновь принятых работников.

Работники, поступившие на работу в период действия настоящего договора, считаются застрахованными с момента поступления на работу.

7. Страховщик обязуется выдать полисы обязательного медицинского страхования на каждого застрахованного в течение 3-х дней со дня заключения договора и предоставления списка и в течение 3-х дней после представления списков вновь поступивших на работу.

8. Страховщик обязуется осуществлять контроль за качеством и объемом медицинских услуг, предоставляемых застрахованным лицам медицинскими учреждениями, перечень которых утвержден ТФОМС в соответствии с территориальной программой обязательного медицинского страхования.

2. РАЗМЕР, СРОКИ И ПОРЯДОК ВНЕСЕНИЯ СТРАХОВЫХ ВЗНОСОВ

9. Тариф страховых взносов на обязательное медицинское страхование, порядок и сроки их уплаты определяются действующим законодательством.

3. СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ И ОСНОВАНИЯ ЕГО ПРЕКРАЩЕНИЯ

10. Договор страхования заключается на срок один год и вступает в силу с момента его подписания.

11. Если ни одна из сторон не заявит о прекращении договора не менее, чем за 30 дней до окончания срока, на который заключен договор, его действие продлевается каждый раз на этот же срок.

12. Договор обязательного медицинского страхования прекращается в случаях:

- истечение срока действия;
- ликвидации Страхователя;
- ликвидации Страховщика в порядке, установленном законодательными актами Российской Федерации;
- принятия судом решений о признании договора недействительным.

13. Договор страхования может быть прекращен досрочно по требованию Страхователя или Страховщика. О намерении досрочного прекращения договора стороны обязаны уведомить друг друга не менее, чем за 30 дней до предполагаемой даты прекращения договора, если договором не предусмотрено иное.

14. При утрате Страхователем или Страховщиком в период действия договора обязательного медицинского страхования прав юридического лица вследствие реорганизации, права и обязанности по настоящему договору переходят к соответствующим правопреемникам.

4. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН

15. За несвоевременное или неполное перечисление страховых взносов Страхователь несет ответственность в соответствии с Положением о порядке уплаты страховых взносов в Федеральный и Территориальный фонды обязательного медицинского страхования и Инструкцией о порядке взимания и учета страховых взносов (платежей) на обязательное медицинское страхование.

16. В случаях отказа Страховщика в предоставлении застрахованному лицу медицинской помощи, при неполном или некачественном ее оказании Страховщик уплачивает Страхователю штраф в размере одной минимальной оплаты труда.

17. В случае нарушения сроков выдачи полисов застрахованным лицам Страховщик уплачивает Страхователю штраф в размере 0,1% от минимального размера оплаты труда.

5. ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ УСЛОВИЯ

18. Действие страховых полисов, выданных в соответствии с настоящим договором, прекращается либо одновременно с прекращением действия договора, либо при увольнении застрахованного лица с места работы, либо в случае его смерти.

19. При увольнении работающего гражданина администрация предприятия обязана получить у него выданный ему полис и передать его Страховщику в 3-х дневный срок.

При утрате полиса Страховщик выдает его дубликат за дополнительную плату.

20. При причинении застрахованным лицом вреда своему здоровью вследствие нарушения предписанного ему медицинского режима Страховщик вправе предъявить застрахованному лицу иск о возмещении расходов в пределах суммы, затраченной на оказание ему медицинской помощи.

21. Страхователь назначает из числа своих работников представителя для координации взаимоотношений по обязательному медицинскому страхованию, о чем сообщается Страховщику и застрахованным лицам.

Представитель Страхователя вправе получить страховые медицинские полисы (или их дубликаты) за застрахованных лиц (по доверенности).

22. Настоящий договор составлен в двух экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу; один экземпляр находится у Страхователя, другой - у Страховщика.

23. Все неурегулированные между сторонами споры по настоящему договору рассматриваются в порядке, установленном действующим законодательством.

6. ЮРИДИЧЕСКИЕ АДРЕСА СТОРОН

СТРАХОВЩИК:

ЗАО "Областная медицинская страховая компания"

236000 г. Калининград, ул. Космонавта Леонова, 18, тел./факс: 93-44-05

ИНН 3906041989 КПП 390401001

р/с 40701810474000000138 в банке: Калининградский филиал ОАО "Банк "Санкт-Петербург"

БИК 042748886 к/с 30101810000000000886

СТРАХОВАТЕЛЬ:

ООО "АРЕАТРАНС"

236003, КАЛИНИНГРАД, ПЕИ ЗАХАРОВА, 2-13, 508796, 912629

(наименование предприятия)

(юридический адрес, телефон)

Приложение:

1. Территориальная программа обязательного медицинского страхования населения Калининградской области.

2. Перечень медицинских учреждений, обеспечивающих медицинскую помощь в соответствии с заключенным договором в системе ОМС.

СТРАХОВЩИК:

Семенюк Э.Б.

М.П.

" " 20

20

г.

СТРАХОВАТЕЛЬ:

РАГИЛОВ А В

" 29 " СЕНТЯБРЯ

20

г.



СТРАХОВОЙ МЕДИЦИНСКИЙ ПОЛИС

обязательного страхования граждан

Серия МС-6 № **421287** *

По настоящему полису ГАЛИЛОВ АНДРЕЙ ВЛАДИМИРОВИЧ
Фамилия, Имя, Отчество

07/06/1977 мужской работающий
год рождения пол место работы, социальное положение

КАЛИНИНГРАДСКАЯ ОБЛ., ГУРЬЕВСКИЙ РАЙОН пос. УШАКОВО
ул. ПОБЕДЫ д. 43
адрес постоянного места проживания телефон

№ в ПФР 142-814-184 46

имеет право получать медицинскую помощь по договору обязательного
медицинского страхования граждан от « 27 » 09 20 10 г.
№ 38156 с период действия договора с « 27 » 09 20 10 г.
в соответствии с утвержденной программой обязательного медицинско-
го страхования Калининградской области. Программа и перечень меди-
цинских учреждений прилагаются к договору.

С условиями страхования ознакомиться можно по адресу: г. Калининград, ул. Коммунаров, 10

ООО "АРЕАЛГРАНС"
полное наименование страхователя
ГАТИЛОВ А.В. ДИРЕКТОР
Должность, Ф.И.О. подписавшего
27/09/2010
число, месяц, год
печать

подпись застрахованного

СЕМЕНЮК Э.Б.

Ф.И.О. страхового агента

подпись страхового агента

27/09/2010

число, месяц, год

печать

печать

