

**Добровольное медицинское страхование и страхование от несчастных случаев**

p>Самым традиционным видом страхования для отечественной страховой практики является страхование от несчастных случаев и болезней. Этот вид страхования предусматривает выплату страхового возмещения в виде полной или частичной компенсации дополнительных расходов застрахованного или выплату фиксированной суммы при наступлении страхового случая.

На практике страховщики ограничивают свою ответственность, в основном, только несчастными случаями, оставляя риск заболеваний в компетенции страхования жизни и медицинского страхования.

Под «**несчастным случаем**» в страховании (научно-справочные издания в страховании) понимают внезапное, непредвиденное внешнее воздействие на организм человека, следствием которого становится временное или постоянное расстройство здоровья, а также смерть застрахованного.

«Внезапность» означает, что событие должно быть относительно кратковременным по своему воздействию на организм человека. Внезапность исключает болезни и повседневное, вредное воздействие на организм человека окружающей среды.

«Непредвиденность» означает, что вред здоровью человека нанесен неумышленно, не по воле застрахованного. Между умыслом и виной застрахованного лица есть существенная разница. Если событие произошло по вине застрахованного лица, но без умысла, страховое возмещение должно быть выплачено. Если же событие произошло умышленно, то страховое возмещение не выплачивается.

Внешние воздействия представляют собой как действия людей, так и явления природы, наносящие ущерб человеку. Вместе с тем, органические и функциональные изменения, представляющие собой внутренние воздействия и происходящие в течение жизни человека, не подлежат возмещению по страхованию от несчастных случаев. Очень часто последствия несчастного случая проявляются спустя длительное время (например, последствия черепно-мозговых травм), поэтому страховщики стремятся ограничить свою ответственность определенным периодом времени, например, одним годом. В течение этого времени, они покрывают ущерб здоровью застрахованного лица, наступившему вследствие несчастного случая, а также смерть застрахованного.

Каждая страховая компания, заключающая договоры страхования от несчастных случаев, использует собственный перечень страховых событий, но традиционными страховыми случаями являются:

1.   Травмы и иные телесные повреждения, в том числе в результате:

-   вождения (пользования) наземных транспортных средств без мотора, мотоциклов, автомобилей;

-   пользование (без вождения) всеми видами общественного транспорта, включая авиационный;

-   занятий любительским спортом;

-   спасения людей, имущества, допустимой самообороны;

-   покушения, нападения;

2.   Асфикция в результате:

-   погружения, утопления;

-   аварийного выброса газа или пара;

-   удара электротоком;

-   попадания инородного тела в дыхательные пути;

3.   Ожоги и иные повреждения, вызванные:

-   действием огня;

-   ударом молнии;

-   вдыханием ядовитых веществ;

4. Отравления:

-   лекарствами;

-   химическими веществами;

-   недоброкачественными пищевыми продуктами;

-   ядовитыми растениями;

5. Переохлаждения и обморожения.

6. Укусы животных, змей, жалящих насекомых.

Общепринятыми исключениями из страховых случаев являются самоубийство или покушение на него, умышленное причинение застрахованным самому себе телесных повреждений, несчастные случаи, произошедшие из-за наркотического или алкогольного опьянения, природные катастрофы, военные действия, хронические болезни, профессиональный спорт.

Основной целью страхования от несчастных случаев является возмещение ущерба, нанесенного жизни и здоровью застрахованного в результате несчастного случая.

В настоящее время этот вид страхования обеспечивает застрахованным и членам их семей комплексную защиту от экономических последствий наступления нетрудоспособности или смерти, произошедших в результате непредвиденных или случайных событий.

**Страхование от несчастных случаев предлагает следующие базовые гарантии:**

**Гарантия на случай смерти** – предполагает выплату лицу, указанному в страховом договоре или его наследникам определенной договором страхования денежной суммы.

**Гарантия на случай инвалидности** – обеспечивает выплату застрахованному лицу возмещения, сумма которого определяется путем умножения указанной в договоре страховой суммы на коэффициент нетрудоспособности.

**Гарантия на случай временной нетрудоспособности** – предполагает выплату застрахованному лицу страхового возмещения в виде ежедневного пособия за время лечения и реабилитации.

**Гарантия оплаты медицинских расходов** – предусматривает возможность возмещения затрат, произведенных застрахованным лицом для лечения последствий несчастного случая.

Страхование от несчастных случаев может быть добровольным, осуществляемым на коммерческой основе и обязательным, осуществляемым в силу закона.

Добровольное страхование на основании пункта 3 статьи 3 Закона №4015-1 осуществляется на основе договора между страхователем и страховщиком. Различают индивидуальное и коллективное страхование от несчастных случаев.

По договору коллективного страхования страхователем выступает юридическое лицо, а застрахованными лицами выступают физические лица, в жизни и здоровье которых страхователь имеет материальный интерес. Договоры коллективного страхования заключаются работодателями в пользу своих работников, а также различными обществами и ассоциациями в пользу лиц, являющихся членами этих обществ и ассоциаций.

При страховании от несчастных случаев за счет средств организации, понятие несчастного случая чаще всего ограничивается только несчастным случаем на производстве (или, что правильнее, при выполнении служебных обязанностей).

**Добровольное медицинское страхование**

Законом Российской Федерации от 28 июня 1991 года №1499-1 «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации» (далее - Закон №1499-1) определено, что объектом добровольного медицинского страхования является страховой риск, связанный с затратами на оказание медицинской помощи при возникновении страхового случая.

Настоящий Закон определяет правовые, экономические и организационные основы медицинского страхования населения в Российской Федерации. Закон направлен на усиление заинтересованности и ответственности населения и государства, организаций, учреждений в охране здоровья граждан в новых экономических условиях и обеспечивают конституционное право граждан Российской Федерации на медицинскую помощь.

Медицинское страхование является формой социальной защиты интересов населения в охране здоровья.

Цель медицинского страхования - гарантировать гражданам при возникновении страхового случая получение медицинской помощи за счет накопленных средств и финансировать профилактические мероприятия.

Медицинское страхование осуществляется в двух видах: обязательном и добровольном.

Обязательное медицинское страхование является составной частью государственного социального страхования. Обязательное медицинское страхование обеспечивает всем гражданам Российской Федерации равные возможности в получение медицинской и лекарственной помощи, но только на основании специальных государственных программ.

Добровольное страхование осуществляется на основе программ добровольного медицинского страхования. Добровольное медицинское страхование обеспечивает гражданам дополнительные медицинские и иные услуги сверх установленных программами обязательного медицинского страхования.

Страхователями при добровольном медицинском страховании выступают отдельные граждане, обладающие гражданской дееспособностью, или (и) организации, представляющие интересы граждан.

Страховыми медицинскими организациями выступают юридические лица, осуществляющие медицинское страхование и имеющие государственное разрешение (лицензию) на право заниматься медицинским страхованием.

Добровольное медицинское страхование может быть коллективным и индивидуальным.

Страховые компании предпочитают работать с организациями, то есть с корпоративными клиентами, так как доходы от таких сделок выше, а за медицинской помощью эти клиенты обращаются реже. Так же для корпоративных клиентов предусмотрены различные скидки, и более выгодные цены.

Со страхованием физических лиц дело обстоит иначе, как правило здоровые люди не покупают просто так страховку на год, это достаточно дорого. Если гражданин все таки решил застраховаться, то компанией ему будет предложено заполнить подробную анкету, в которой основные вопросы будут касаться его состояния здоровья, предыдущих болезней, а также его работы. Гражданам преклонного возраста будет предложено пройти медобследование. На основании результатов обследования страховая компания будет решать вопрос о заключении медицинского договора и выдаче страхового полиса.

В статье 4 Закона №1499-1 содержатся требования к содержанию договора медицинского страхования:

-    наименование сторон;

-   сроки действия договора;

-   численность застрахованных;

-   размер, сроки и порядок внесения страховых взносов;

-   перечень медицинских услуг, соответствующих программам обязательного или добровольного медицинского страхования;

-   права, обязанности, ответственность сторон и иные, не противоречащие законодательству Российской Федерации, условия.

Каждый гражданин, в отношении которого заключен договор медицинского страхования или который заключил договор самостоятельно, получает страховой медицинский полис. Страховой полис находится на руках у застрахованного лица, даже если страхователем выступал не он сам, а его работодатель.

Типовые формы договоров добровольного медицинского страхования и медицинских полисов добровольного страхования граждан утверждены Постановлением Правительства Российской Федерации от 23 января 1992 года №41 «О мерах по выполнению Закона РСФСР «О медицинском страховании граждан в РСФСР».

Организация, как правило, страхует сразу несколько своих работников. Поэтому, при оформлении договоров, она должна предоставить страховщику (страховой организации) списки со сведениями о сотрудниках. В условиях договора может быть предусмотрено изменение, вносимое в договор, в случае увольнения работников или приема на работу новых. При внесении таких изменений договор остается в силе. Срок, на который он заключается, остается без изменения. При увольнении сотрудник обязан сдать организации страховой медицинский полис.