

ООО «ВИТА-СТРАХОВАНИЕ»

УТВЕРЖДАЮ

Генеральный директор



Коновалов Владислав Борисович

2019 г.

ПРАВИЛА ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

(редакция 1 от 05.12.2003, с изменениями от 25.06.2004 приказ №01-01-01С,
от 18.12.2006 приказ №01-05-21С, от 10.05.2011 приказ №01-05-13С,
от 15.01.2014 приказ №01-05-01С, от 27.01.2014 приказ №01-05-07С,
от 29.12.2015 приказ №06-01-17С, от 13.05.2016 приказ №06-01-08С,
от 09.02.2017 приказ №13-01-02С, от 22.12.2017 приказ №13-01-31С,
от 18.02.2019 приказ №13-01-01С, от 28.11.2019 приказ №13-01-35С)

СОДЕРЖАНИЕ

	стр.
1. Общие положения. Субъекты страхования	3
2. Объект страхования	6
3. Страховой риск, страховой случай и объем страховой ответственности	6
4. Страховая сумма. Страховая премия. Страховой тариф	10
5. Франшиза	11
6. Порядок заключения и оформления договора страхования. Срок действия	11
7. Изменение условий договора страхования	14
8. Прекращение договора страхования	14
9. Права и обязанности сторон по договору страхования	15
10. Порядок и условия осуществления страховой выплаты	18
11. Порядок, способ уведомления и реквизиты сторон	19
12. Порядок рассмотрения споров	19

ПРИЛОЖЕНИЯ

Приложение 1 – Программа – «Скорая и неотложная медицинская помощь»	21
Приложение 2 – Программа – «Амбулаторная помощь»	23
Приложение 3 – Программа – «Терапевтический стационар»	25
Приложение 4 – Программа – «Хирургический стационар»	27
Приложение 5 – Программа – «Лекарственное обеспечение»	29
Приложение 6 – Программа – «Санаторно-курортное и реабилитационно-восстановительное лечение»	30
Приложение 7 – Программа – «Профилактика здоровья»	32
Приложение 8 – Программа – «Сестринский уход»	34
Приложение 9 – Программа – «Стоматологическая помощь»	35
Приложение 10 – Программа – «Комплексная базовая программа»	37
Приложение 11 – Программа – «Комплексная расширенная программа»	44
Приложение 12 – Программа – «Дородовое наблюдение женщин»	51
Приложение 13 – Программа – «Акушерская помощь»	53
Приложение 14 – Программа – «Индивидуальное ведение родов»	55
Приложение 15 – Программа – «Домашний доктор»	59
Приложение 16 – Программа – «Дорогостоящая медицинская помощь»	60
Приложение 17 – Программа – «Антиклец»	69
Приложение 18 – Программа – «Здоровая семья»	73
Приложение 19 – Программа – «Телемедицина»	83
Приложение 20 – Размер базовых страховых тарифов	85
Приложение 21 – Медицинская анкета	91
Приложение 22 – Заявление на страхование	93
Приложение 23 – Страховой полис	94
Приложение 24 – Договор добровольного медицинского страхования	95
Приложение 25 – Список застрахованных лиц	105
Приложение 26 – Заявление о страховой выплате	106
Приложение 27 – Страховой акт	107
Приложение 28 – Заявление о выдаче дубликата договора страхования (страхового полиса)	108
Приложение 29 – Заявление об отказе от договора страхования (страхового полиса)	109

1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ. СУБЪЕКТЫ СТРАХОВАНИЯ

1.1. В соответствии с действующим законодательством Российской Федерации, настоящие Правила добровольного медицинского страхования (далее – Правила страхования) регулируют отношения, возникающие между Страховщиком, Страхователем, Застрахованными лицами и медицинскими организациями по поводу осуществления добровольного медицинского страхования.

1.2. По Договору добровольного медицинского страхования (далее – Договор страхования) Страховщик принимает на себя обязательства при наступлении страхового случая произвести оплату медицинской организации, или возместить расходы Застрахованному лицу понесенные им по оплате медицинской помощи (медицинских услуг) и иных услуг при организации и оказании медицинской и лекарственной помощи (медицинских услуг) и иных услуг, необходимого объема и надлежащего качества в медицинских организациях, предусмотренных Договором страхования, в строгом соответствии с условиями Договора страхования и выбранной Программой (далее – Программа).

1.3. Основные термины, используемые в Правилах страхования:

1.3.1. Страховщик – Общество с ограниченной ответственностью «Вита-страхование», созданное в соответствии с законодательством Российской Федерации для осуществления деятельности в соответствии с полученными лицензиями на осуществление соответствующего вида страховой деятельности в установленном действующим законодательством Российской Федерации порядке.

1.3.2. Страхователь – дееспособное физическое лицо или юридическое лицо любой организационно-правовой формы и формы собственности, индивидуальный предприниматель, заключившее со Страховщиком Договор страхования.

1.3.3. Застрахованное лицо – физическое лицо, в отношении и пользу которого заключен Договор страхования.

Договор страхования считается заключенным в пользу Застрахованного лица, если в Договоре страхования не названо в качестве Выгодоприобретателя другое лицо.

На условиях Правил страхования заключаются Договоры страхования в пользу Застрахованных лиц в возрасте от 0 до 95 лет (на момент начала действия Договора страхования).

На индивидуальных условиях с учетом повышенной степени риска и с принятием Страховщиком индивидуальных андеррайтерских решений, предусматривающих применение к страховому тарифу повышающих коэффициентов, на страхование принимаются: лица, которые на момент заключения Договора страхования состоят на учете в наркологических, психоневрологических, туберкулезных, кожно-венерологических диспансерах, инвалиды 1 группы, ВИЧ-инфицированные, больные СПИДом, лица, употребляющие психотропные вещества без назначения врача либо новые потенциально опасные психоактивные вещества, имеют злокачественные новообразования, в том числе заболевания крови, госпитализированные, а также лица в возрасте старше 95 лет.

1.3.4. Страховая сумма – денежная сумма, которая определена Договором страхования и исходя из которой устанавливаются размер страховой премии (страховых взносов) и размер страховой выплаты при наступлении страхового случая.

1.3.5. Страховая премия (страховой взнос) – плата за страхование, которую Страхователь обязан уплатить Страховщику в порядке и в сроки, установленные Договором страхования.

1.3.6. Страховой тариф (тарифная ставка) – ставка страховой премии с единицы страховой суммы с учетом объекта страхования и характера страхового риска, а также других условий страхования, в том числе наличия франшизы и ее размера в соответствии с условиями страхования.

1.3.7. Страховой случай – совершившееся событие, предусмотренное Договором страхования, с наступлением которого возникает обязанность Страховщика произвести страховую выплату Застрахованному лицу (Выгодоприобретателю) при наступлении страхового случая.

1.3.8. Страховая выплата – денежная сумма, которая определена в порядке, установленном Договором страхования, и выплачивается Страховщиком Застрахованному лицу (Выгодоприобретателю) при наступлении страхового случая.

1.3.9. Территория страхования в рамках Правил страхования – это территория, в пределах которой может произойти событие, предусмотренное Договором страхования, и которое будет рассматриваться Страховщиком в качестве страхового случая. Территория страхования: весь мир, если в Договоре страхования не указано иное.

1.3.10. Медицинская организация – юридическое лицо независимо от организационно-правовой формы, осуществляющее в качестве основного (уставного) вида деятельности медицинскую деятельность на основании лицензии, сертификата, аккредитации, разрешения, допуска или иных документов, которые необходимы медицинской организации для осуществления медицинской деятельности по законодательству страны места нахождения медицинской организации. Деятельность медицинских организаций, распространяется на иные юридические лица независимо от организационно-правовой формы, осуществляющие наряду с основной (уставной) деятельностью медицинскую деятельность, и применяются к таким организациям в части, касающейся медицинской деятельности. К медицинским организациям также приравниваются индивидуальные предприниматели, осуществляющие медицинскую деятельность.

К медицинским организациям относятся:

- лечебно-профилактические медицинские организации (далее – ЛПО): больницы, родильные дома, госпитали, амбулатории, поликлиники, женские консультации, медико-санитарные части, диспансеры, центры (в том числе детские), а также специализированные центры государственной и муниципальной систем здравоохранения, медицинские организации скорой медицинской помощи и переливания крови, санаторно-курортные организации и другие;

- аптечные организации, аптеки медицинских организаций;

- иные медицинские организации, а также лица, осуществляющие медицинскую деятельность, как индивидуально, так и коллективно.

Конкретный перечень медицинских организаций, в которые Застрахованное лицо вправе обратиться за получением медицинской помощи (медицинских услуг) и иных услуг, приводится в приложении к Договору страхования.

Договор на предоставление лечебно-профилактической помощи (медицинской помощи (медицинских услуг) и иных услуг) по добровольному медицинскому страхованию (далее – Договор с ЛПО) – это соглашение между медицинской организацией и Страховщиком, по которому медицинская организация обязуется предоставлять Застрахованным лицам помощь определенного объема и качества в конкретные сроки в рамках Программ. Договором с ЛПО устанавливается стоимость предоставляемых медицинской помощи (медицинских услуг) и иных услуг и порядок расчетов. Оплата за оказание медицинской помощи (медицинских услуг) и иных услуг, производится по тарифам и ценам, согласованным между Страховщиком и медицинской организацией, в порядке, установленном Договором с ЛПО.

Медицинская организация, с которой Страховщик заключил соответствующий Договор с ЛПО, в случае отсутствия у него по преysкуранту и (или) роду деятельности (специализации) соответствующих услуг, может организовать оказание такой медицинской помощи (медицинских услуг) и иных услуг в других медицинских организациях. При этом письменное согласие Страховщика на этот счет является обязательным.

При этом организация оказания медицинской помощи (медицинских услуг) и иных услуг, медицинскими организациями может осуществляться Застрахованным лицам Страховщика как на основе прямых Договоров с ЛПО, так и при посредничестве сервисных медицинских компаний, однако во всех перечисленных случаях оплата таких услуг будет считаться обоснованной при надлежащем оформлении документов и наличии у медицинской организации, оказавшей медицинскую помощь (медицинские услуги) и иные услуги, соответствующих регистрационных сертификатов, лицензии (аккредитации, разрешения и т.п.), которые необходимы ей по законодательству места нахождения медицинской организации для осуществления ей медицинской деятельности.

1.3.11. Фармацевтическая организация – юридическое лицо независимо от организационно-правовой формы, осуществляющее фармацевтическую деятельность (организация оптовой торговли лекарственными средствами, аптечная организация). К фармацевтическим организациям приравниваются индивидуальные предприниматели, осуществляющие фармацевтическую деятельность.

1.3.12. Сервисные медицинские компании – сервисные или ассистанские медицинские компании и организации, заключившие договоры со Страховщиком на организацию медицинских, экспертных, медико-транспортных и иных (в том числе медико-социальных) услуг.

1.3.13. Медицинская помощь – комплекс мероприятий, включая медицинские и иные услуги, предоставляемые при оказании медицинской помощи, направленные на поддержание и восстановление здоровья.

1.3.14. Медицинская услуга – медицинское вмешательство или комплекс медицинских вмешательств, направленных на профилактику, диагностику и лечение заболеваний, медицинскую реабилитацию и имеющих самостоятельное законченное значение.

1.3.15. Иные услуги – услуги, связанные с оказанием или организацией оказания медицинской помощи и включенные в Программу, в том числе:

- сервисные услуги, создание условий повышенной комфортности при оказании медицинских и иных услуг;

- не входящие в стоимость медицинской помощи (в том числе стоимость койко-дня), но требующиеся при оказании Застрахованному лицу медицинских услуг, услуги по организации и предоставлению проживания (нахождения) и питания Застрахованного лица (лечебное питание, в том числе диетическое);

- оформление и выдача медицинской организацией различной медицинской документации;

- услуги по организации медицинской помощи в других медицинских организациях;

- информационные и консультационные услуги, связанные с оказанием или организацией оказания медицинской помощи;

- услуги по транспортировке (медицинской эвакуации), в том числе, по организации проезда Застрахованного лица в медицинскую организацию и обратно, либо из одной организации в другую, включая необходимое медицинское сопровождение, если это требуется по состоянию его здоровья;

- сопровождение Застрахованного лица при проведении обследований и консультаций в медицинской организации персоналом медицинской организации;
- сопровождение несовершеннолетнего Застрахованного лица, Застрахованного лица, неспособного к самостоятельному передвижению и (или) нуждающегося в посторонней помощи, родителем, опекуном, законным представителем или иным лицом при оказании Застрахованному лицу медицинской помощи;
- совместное нахождение родителя, опекуна, законного представителя или иного лица с несовершеннолетним Застрахованным лицом (ребенком) в стационарных условиях;
- фармакологическая помощь, включая обеспечение лекарственными препаратами (средствами), медицинскими изделиями и иными средствами и препаратами медицинского назначения, а также организация их доставки;
- услуги переводчика в период получения медицинских услуг.

Перечень иных услуг, покрываемых Программами страхования конкретизирован Страховщиком в соответствующих Программах страхования.

1.3.16. Заболевание – возникающее в связи с воздействием патогенных факторов нарушение деятельности организма, работоспособности, способности адаптироваться к изменяющимся условиям внешней и внутренней среды при одновременном изменении защитно-компенсаторных и защитно-приспособительных реакций и механизмов организма.

1.3.17. Профилактика – комплекс мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннее выявление, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания.

1.3.18. Диагностика – комплекс медицинских вмешательств, направленных на распознавание состояний или установление факта наличия либо отсутствия заболеваний, осуществляемых посредством сбора и анализа жалоб Застрахованного лица, данных его анамнеза и осмотра, проведения лабораторных, инструментальных, патолого-анатомических и иных исследований в целях определения диагноза, выбора мероприятий по лечению пациента и (или) контроля за осуществлением этих мероприятий.

1.3.19. Лечение – комплекс медицинских вмешательств, выполняемых по назначению медицинского работника, целью которых является устранение или облегчение проявлений заболевания или состояний либо состояний пациента, восстановление или улучшение его здоровья, трудоспособности и качества жизни.

1.3.20. Лекарственное обеспечение (фармакологическая помощь) – часть медицинской помощи, предусматривающая отпуск Застрахованным лицам необходимых лекарственных средств (лекарственных препаратов), медицинских изделий, продуктов лечебного питания, минеральных вод, биологически активных добавок, а также иных средств и предметов медицинского назначения, назначенных лечащим врачом при амбулаторном и стационарном лечении для проведения диагностики, лечения, профилактики, реабилитации, ухода, лечебного питания.

1.3.21. Лекарственные средства – вещества или их комбинации, вступающие в контакт с организмом человека или животного, проникающие в органы, ткани организма человека или животного, применяемые для профилактики, диагностики (за исключением веществ или их комбинаций, не контактирующих с организмом человека или животного), лечения заболевания, реабилитации, для сохранения, предотвращения или прерывания беременности и полученные из крови, плазмы крови, из органов, тканей организма человека или животного, растений, минералов методами синтеза или с применением биологических технологий. К лекарственным средствам относятся фармацевтические субстанции и лекарственные препараты.

1.3.22. Лекарственные препараты – лекарственные средства в виде лекарственных форм, применяемые для профилактики, диагностики, лечения заболевания, реабилитации, для сохранения, предотвращения или прерывания беременности.

1.3.23. Лечебное питание – питание, обеспечивающее удовлетворение физиологических потребностей организма человека в пищевых веществах и энергии с учетом механизмов развития заболевания, особенностей течения основного и сопутствующего заболеваний и выполняющее профилактические и лечебные задачи.

1.3.24. Медицинские изделия – любые инструменты, аппараты, приборы, оборудование, материалы и прочие изделия, применяемые в медицинских целях отдельно или в сочетании между собой, а также вместе с другими принадлежностями, необходимыми для применения указанных изделий по назначению, включая специальное программное обеспечение, и предназначенные производителем для профилактики, диагностики, лечения и медицинской реабилитации заболеваний, мониторинга состояния организма человека, проведения медицинских исследований, восстановления, замещения, изменения анатомической структуры или физиологических функций организма, предотвращения или прерывания беременности, функциональное назначение которых не реализуется путем фармакологического, иммунологического, генетического или метаболического воздействия на организм

человека.

1.3.25. Получатель страховой услуги – физическое лицо (в том числе зарегистрированное в качестве индивидуального предпринимателя) или юридическое лицо, обратившееся к Страховщику с намерением заключить договор страхования (потенциальный получатель страховой услуги), а также Страхователь, Застрахованное лицо и (или) Выгодоприобретатель по заключенному договору страхования.

1.3.26. Телемедицина – использование телемедицинских технологий при организации и оказании медицинской помощи.

1.3.27. Телемедицинские технологии – это приемы и методы, используемые с целью проведения лечебно-диагностических консультаций, реализуемые с применением телекоммуникационных технологий.

1.3.28. Телекоммуникационные технологии – это обобщающее понятие, описывающее различные методы, способы и алгоритмы сбора, хранения, обработки, представления и передачи информации.

1.4. Страховщик вправе на основе Правил страхования формировать полисные условия страхования (выдержки из Правил страхования), ориентированные на конкретного Страхователя или группу Страхователей, в той мере, в какой это не противоречит действующему законодательству Российской Федерации и Правилам страхования. Такие полисные условия прилагаются к Договору страхования (Страховому полису) и являются его неотъемлемой частью.

Страховщик вправе присваивать маркетинговые названия отдельным группам единообразных Договоров страхования, заключаемым на основе Правил страхования, в той мере, в какой это не противоречит действующему законодательству Российской Федерации.

1.5. При наличии расхождений по объему обязательств Страховщика между условиями Договора страхования и Правилами страхования, преимущественную силу имеют условия Договора страхования.

1.6. Правила страхования регулируют основные условия и порядок заключения Договора страхования, взаимоотношения сторон в течение срока действия Договора страхования и при наступлении страхового события (страхового случая).

2. ОБЪЕКТ СТРАХОВАНИЯ

Объектами добровольного медицинского страхования являются имущественные интересы, связанные с оплатой организации и оказания медицинской и лекарственной помощи (медицинских услуг) и иных услуг вследствие расстройства здоровья физического лица или состояния физического лица, требующих организации и оказания таких услуг, а также проведения профилактических мероприятий, снижающих степень опасных для жизни или здоровья физического лица угроз и (или) устраняющих их (медицинское страхование).

3. СТРАХОВОЙ РИСК, СТРАХОВОЙ СЛУЧАЙ И ОБЪЕМ СТРАХОВОЙ ОТВЕТСТВЕННОСТИ

3.1. Страховой риск – предполагаемое событие, на случай наступления которого проводится страхование.

В соответствии с Правилами страхования, страховым случаем является документально подтвержденное обращение Застрахованного лица в течение периода действия Договора страхования в медицинскую организацию, из числа предусмотренных Договором страхования, при заболевании, обострении хронического заболевания, при родах, патологии беременности, травме, отравлении, инфекции и других расстройствах здоровья и состояниях, требующих медицинской помощи (медицинских услуг) и иных услуг, лекарственной и иной помощи, а также проведения профилактических мероприятий, снижающих степень опасных для жизни или здоровья Застрахованного лица угроз и (или) устраняющих их, предусмотренных Договором страхования.

3.2. Договор страхования может быть заключен на условиях оказания медицинской помощи (медицинских услуг) и иных услуг, предоставляемых Застрахованным лицам в рамках следующих Программ:

3.2.1. Программа «Скорая и неотложная медицинская помощь» (Приложение 1 к Правилам страхования) – включает оплату организации и оказания скорой и неотложной медицинской помощи (выезд врачебной бригады, включая комплекс экстренных лечебных манипуляций, необходимую экспресс-диагностику и медицинскую транспортировку в медицинскую организацию медицинским транспортом или иным транспортным средством с места заболевания (происшествия) в медицинскую организацию и медицинское сопровождение при транспортировке) и иных услуг при состояниях, угрожающих жизни или здоровью Застрахованного лица, вызванных внезапными заболеваниями, обострениями хронических заболеваний, несчастными случаями, травмами и отравлениями, осложнениями беременности и при родах.

3.2.2. Программа «Амбулаторная помощь» (Приложение 2 к Правилам страхования) – включает оплату организации и оказания амбулаторно-поликлинической помощи и иных услуг, в том числе проведение профилактических мероприятий (в том числе диспансерному наблюдению), диагностике и

лечению заболеваний, как в медицинской организации, так и на дому и (или) по месту работы Застрахованных лиц.

3.2.3. Программа «Терапевтический стационар» (Приложение 3 к Правилам страхования) – включает оплату организации и оказания стационарной помощи терапевтического профиля и иных услуг, включая медикаментозное и инструментальное обеспечение:

- при острых заболеваниях и обострениях хронических заболеваний, инфекциях, отравлениях и травмах, требующих медицинской помощи, консультативной, лечебной, профилактической, восстановительной и иной помощи, предусмотренной Договором страхования;

- при патологии беременности, родах и абортах;

- при плановой госпитализации с целью проведения диагностики, лечения и реабилитации, требующих круглосуточного медицинского наблюдения.

3.2.4. Программа «Хирургический стационар» (Приложение 4 к Правилам страхования) – включает оплату организации и оказания стационарной помощи хирургического профиля и иных услуг, включающую медикаментозное и инструментальное обеспечение:

- при острых заболеваниях и обострениях хронических заболеваний, инфекциях, отравлениях и травмах, требующих медицинской помощи, консультативной, лечебной, профилактической, восстановительной и иной помощи, предусмотренной Договором страхования;

- при патологии беременности, родах и абортах;

- при плановой госпитализации с целью проведения диагностики, лечения и реабилитации, требующих круглосуточного медицинского наблюдения.

3.2.5. Программа «Лекарственное обеспечение» (Приложение 5 к Правилам страхования) – включает оплату организации и оказания лекарственной помощи, частичную или полную компенсацию расходов на приобретение в фармацевтических организациях медикаментов (лекарственных препаратов) и (или) изделий медицинского назначения, предписанных врачом медицинской организации, предусмотренной Договором страхования. Договором страхования может быть предусмотрена организация и оплата доставки медикаментов (лекарственных препаратов) и (или) медицинских изделий.

3.2.6. Программа «Санаторно-курортное и реабилитационно-восстановительное лечение» (Приложение 6 к Правилам страхования) – включает оплату организации и оказания медицинской помощи (медицинских услуг) и иных услуг, в том числе суточное проживание и другое обслуживание, входящее в стоимость проведения санаторно-курортного, восстановительного лечения и медицинской реабилитации Застрахованных лиц. Данная Программа не может быть предоставлена по Договору страхования самостоятельно без предоставления страхового покрытия по одной или нескольким Программам, поименованным в пункте 3.2 Правил страхования, кроме Программ, перечисленных в пунктах 3.2.10, 3.2.11, 3.2.16 - 3.2.18 Правил страхования.

3.2.7. Программа «Профилактика здоровья» (Приложение 7 к Правилам страхования) – включает оплату организации и оказания проведения профилактических мероприятий, снижающих степень опасных для жизни или здоровья физического лица угроз и (или) устраняющих их (периодические медицинские осмотры Застрахованных лиц в целях предупреждения заболеваний (профессиональных) и несчастных случаев, экспертизы состояния здоровья Застрахованных лиц).

Данная Программа не может быть предоставлена по Договору страхования самостоятельно без предоставления страхового покрытия по одной или нескольким Программам, поименованным в пункте 3.2. Правил страхования, кроме Программ, перечисленных в пунктах 3.2.10, 3.2.11, 3.2.16 - 3.2.18 Правил страхования.

3.2.8. Программа «Сестринский уход» (Приложение 8 к Правилам страхования) – включает оплату организации и оказания медицинской помощи (медицинских услуг), медико-социальной помощи и иных услуг хронически и (или) тяжело больным и престарелым на дому и (или) в стационаре.

3.2.9. Программа «Стоматологическая помощь» (Приложение 9 к Правилам страхования) – включает оплату организации и оказания амбулаторно-поликлинической стоматологической помощи (проведение мероприятий по профилактике, диагностике и лечению заболеваний, медикаментозное и инструментальное обеспечение при лечении, восстановлении зубов) и иных услуг.

3.2.10. Программа «Комплексная базовая программа» (Приложение 10 к Правилам страхования) – включает оплату организации и оказания всех видов медицинской помощи (медицинских услуг) и иных услуг, поименованных в пунктах 3.2.1 – 3.2.9 Правил страхования, объединенных в комплексную программу в любом их объеме, предусмотренном соответствующей Программой.

3.2.11. Программа «Комплексная расширенная программа» (Приложение 11 к Правилам страхования) – включает оплату организации и оказания всех видов медицинской помощи (медицинских услуг) и иных услуг, поименованных в пунктах 3.2.1 – 3.2.9 Правил страхования, в том числе и за пределами Российской Федерации, объединенных в комплексную программу в любом их объеме, предусмотренном соответствующей Программой.

3.2.12. Программа «Дородовое наблюдение женщин» (Приложение 12 к Правилам страхования) – включает оплату организации и оказания всех видов медицинской помощи (медицинских услуг) и иных

услуг, необходимых для лечения, экстренной медицинской помощи, восстановления (реабилитации) беременных.

3.2.13. Программа «Акушерская помощь» (Приложение 13 к Правилам страхования) – включает оплату организации и оказания всех видов медицинской помощи (медицинских услуг) и иных услуг, экстренной медицинской помощи, связанных с оказанием акушерской помощи беременным.

3.2.14. Программа «Индивидуальное ведение родов» (Приложение 14 к Правилам страхования) - включает оплату организации и оказания всех видов медицинской помощи (медицинских услуг) и иных услуг, необходимых для лечения, восстановления (реабилитации) рожениц.

3.2.15. Программа «Домашний доктор» (Приложение 15 к Правилам страхования) – включает оплату организации и оказания врачом медицинской помощи (медицинских услуг) и иных услуг.

3.2.16. Программа «Дорогостоящая медицинская помощь» (Приложение 16 к Правилам страхования) – включает оплату организации и оказания дорогостоящей медицинской помощи (медицинских услуг) и иных услуг, предусмотренных Программой и определенных в соответствующем варианте страхования. Программа предусматривает три варианта страхования: «Стандарт», «VIP» и «Стандарт Плюс».

3.2.17. Программа «Антиклещ» (Приложение 17 к Правилам страхования) – включает оплату организации и оказания медицинской помощи (медицинских услуг) и иных услуг, при необходимости лечения Застрахованного лица в амбулаторно-поликлинических, стационарных условиях по следующим показаниям: укус клеща, заболевание клещевым энцефалитом и (или) клещевым системным боррелиозом. Программа предусматривает четыре варианта страхования: «Эконом», «Стандарт», «Особый», «Детский».

3.2.18. Программа «Здоровая семья» (Приложение 18 к Правилам страхования) – включает оплату организации и оказания всех видов медицинской помощи (медицинских услуг) и иных услуг, включенных в Программу «Здоровая семья» в любом их объеме, предусмотренном соответствующей Программой.

3.2.19. Программа «Телемедицина» (Приложение 19 к Правилам страхования) – включает оплату организации и оказания медицинской помощи с применением телемедицинских технологий.

3.2.20. Конкретный перечень видов медицинской помощи (медицинских услуг) и иных услуг, приводится в соответствующей Программе (Приложения 1-19 к Правилам страхования).

Программы, предусмотренные в пунктах 3.2.1-3.2.9, 3.2.15 Правил страхования, могут комбинироваться между собой в любом их сочетании, с учетом особенностей каждой из них (в частности, Программы, предусмотренные в пунктах 3.2.6 и 3.2.7 Правил страхования, могут предоставляться только вместе с иными Программами, предусмотренными Правилами страхования).

3.3. При заключении Договора страхования Страхователь и Страховщик могут изменить (исключить) отдельные положения Правил страхования и (или) дополнить Договор страхования положениями, не противоречащими действующему законодательству Российской Федерации. Все изменения (дополнения) к Правилам страхования указываются в Договоре страхования.

3.4. Страховщик гарантирует оплату организации оказания медицинской помощи (медицинских услуг) и иных услуг, предусмотренных Правилами страхования и соответствующими Программами, являющимися неотъемлемой частью Договора страхования, предоставляемых медицинскими организациями в Российской Федерации и (или) за рубежом. Программой может быть предусмотрена оплата организации получения Застрахованным лицом консультативной, диагностической, лечебной, реабилитационной, профилактической, фармакологической и иной помощи.

3.5. Договоры страхования заключаются, как правило, без предварительного медицинского освидетельствования граждан, подлежащих страхованию.

Страховщик оставляет за собой право в каждом конкретном случае перед заключением Договора страхования потребовать проведения предварительного медицинского освидетельствования за счет Страхователя и (или) медицинского анкетирования.

В зависимости от результатов проведения предварительного медицинского освидетельствования или медицинского анкетирования Застрахованному лицу устанавливается соответствующая группа здоровья:

- группа здоровья I – здоровые лица, не предъявляющие никаких жалоб, имеющие в анамнезе детские болезни, простудные заболевания; без хронических заболеваний или нарушений функций отдельных органов и систем;

- группа здоровья II – практически здоровые лица, имеющие в анамнезе острое или хроническое заболевание, но не имеющие обострений в течение нескольких лет;

- группа здоровья III – больные, нуждающиеся в лечении, лица с компенсированным течением заболевания, редкими обострениями, непродолжительными потерями трудоспособности;

- группа здоровья IV – больные, нуждающиеся в лечении, лица с субкомпенсированным течением заболевания, частыми и продолжительными потерями трудоспособности;

- группа здоровья V – больные, нуждающиеся в лечении, лица с декомпенсированным течением заболевания, устойчивыми патологическими изменениями, ведущими к стойкой утрате трудоспособности.

При определении группы здоровья учитываются факторы риска: производственные, бытовые, генетические, образ жизни (стрессы, нервные перегрузки, курение, употребление алкоголя, малоподвижный образ жизни и т.д.). В зависимости от указанных факторов риска (а также от иных факторов риска, используемых Страховщиком в андеррайтерских процедурах (регламентах принятия риска на страхование)) Страховщик вправе формировать и иные группы (подгруппы) риска.

В случае отказа лица, принимаемого на страхование, от прохождения медицинского освидетельствования, Договор страхования может быть заключен только на условиях, предусмотренных для группы здоровья V.

3.6. Если иное не предусмотрено Договором страхования, не является страховым риском (страховым случаем), а также не возникает обязанность Страховщика по оплате организации и оказания Застрахованному лицу медицинской помощи (медицинских услуг) и иных услуг, связанных с:

3.6.1. травматическим повреждением, полученным в состоянии алкогольного, наркотического, токсического опьянения или под действием сильнодействующих, психотропных веществ, принятых без предписания врача либо новых потенциально опасных психоактивных веществ;

3.6.2. покушением на самоубийство, за исключением тех случаев, когда Застрахованное лицо было доведено до такого состояния противоправными действиями третьих лиц;

3.6.3. оплатой медицинской помощи (медицинских услуг) и иных услуг, лекарственных препаратов, медицинских изделий и иных услуг, которые не были рекомендованы, письменно засвидетельствованы уполномоченным представителем Страховщика или лечащим врачом Застрахованного лица как необходимые и разумные меры;

3.6.4. применением косметической или пластической хирургии, кроме необходимости ее использования после несчастного случая или других случаях, когда ее применение обусловлено прямыми медицинскими показаниями;

3.6.5. лечением алкоголизма, токсикомании или наркомании;

3.6.6. венерическими заболеваниями, ВИЧ-инфекцией и заболеванием СПИДом;

3.6.7. отравлениями в результате потребления алкогольных, наркотических, лекарственных, сильнодействующих, психотропных веществ без предписания врача либо новых потенциально опасных психоактивных веществ;

3.6.8. в связи с умышленным причинением Застрахованным лицом себе телесных повреждений;

3.6.9. по поводу получения травматического повреждения или иного расстройства здоровья, наступившего в связи с совершением Застрахованным лицом действий, в которых судом установлены признаки умышленного преступления;

3.6.10. особо опасной инфекционной болезнью (натуральной оспой, чумой, холерой, вирусными геморрагическими лихорадками, полиомиелитом, тяжелым острым респираторным синдромом) в случае возникновения эпидемии и (или) объявления государственного карантина;

3.6.11. онкологическими заболеваниями (в терминальной стадии);

3.6.12. психическими заболеваниями;

3.6.13. всеми формами туберкулеза.

3.7. Также по Договору страхования не возмещаются расходы Застрахованного лица по оплате организации и оказания медицинской помощи (медицинских услуг) и иных услуг в следующих случаях:

3.7.1. Если требование Страховщику предъявлено лицом, не являющимся Застрахованным лицом;

3.7.2. Если Застрахованным лицом не выполнялись предписания лечащего врача или нарушался определенный медицинской организацией внутренний распорядок;

3.7.3. Если Застрахованным лицом получены медицинская помощь (медицинские услуги) и иные услуги, не предусмотренные Договором страхования;

3.7.4. Если обращение Застрахованного лица в медицинскую организацию за оказанием медицинской помощи (медицинских услуг) и иных услуг произошло не в период действия Договора страхования;

3.7.5. В случае получения медицинской помощи (медицинских услуг) и иных услуг, а также приобретения медикаментов (лекарственных препаратов) по инициативе Застрахованного лица в медицинских организациях, не определенных Договором страхования и (или) не согласованных со Страховщиком.

3.8. Если Договором страхования не предусмотрено иное, Страховщик не оплачивает и не несет ответственность за качество предоставляемых медицинской помощи (медицинских услуг) и иных услуг, полученных Застрахованным лицом по собственной инициативе в медицинских организациях, не предусмотренных Договором страхования, кроме случаев, когда такое обращение было согласовано и (или) организовано Страховщиком.

3.9. Страховщик освобождается от страховой выплаты в случаях, когда страховой случай наступил вследствие:

3.9.1. воздействия ядерного взрыва, радиации или радиоактивного заражения;

3.9.2. военных действий, а также маневров или иных военных мероприятий;

3.9.3. гражданской войны, народных волнений всякого рода или забастовок;

3.9.4. совершения Застрахованным лицом (Страхователем или Выгодоприобретателем) умышленных действий, повлекших наступление страхового случая.

3.10. Страховщик вправе расширить страховое покрытие на события, указанные в пунктах 3.9.2 и 3.9.3 Правил страхования, если об этом прямо сказано в Договоре страхования.

4. СТРАХОВАЯ СУММА. СТРАХОВАЯ ПРЕМИЯ. СТРАХОВОЙ ТАРИФ

4.1. Страховая сумма на всех или на каждое Застрахованное лицо по Договору страхования определяется Страховщиком и Страхователем по соглашению, исходя из Программы, выбранной Страхователем, возраста Застрахованного лица, срока действия Договора страхования, среднего или максимального уровня расходов, которые Застрахованное лицо может понести при различных заболеваниях при оказании медицинской помощи (медицинских услуг) и иных услуг в рамках выбранной Программы, и иных факторов. Страховая сумма не может быть ниже минимальной страховой суммы, установленной Страховщиком для каждой из Программ.

4.2. Страхователь вправе в период действия Договора страхования по согласованию со Страховщиком изменить страховую сумму и (или) расширить перечень предоставляемых Программой медицинской помощи (медицинских услуг) и иных услуг, однако, не выходя за рамки Правил страхования и Программ, являющихся неотъемлемой частью Правил страхования, путем оформления на условиях Правил страхования дополнительного соглашения к Договору страхования с указанием условий внесения соответствующих изменений.

4.3. Страховщик вправе устанавливать отдельные лимиты ответственности – по отдельным Программам, видам медицинской помощи (медицинских услуг) и иных услуг, группам Застрахованных лиц и т.п.

Страховая премия уплачивается Страхователем в валюте Российской Федерации, за исключением случаев, предусмотренных валютным законодательством Российской Федерации и принятыми в соответствии с ним нормативными правовыми актами органов валютного регулирования.

4.4. При определении размера страховой премии, подлежащей уплате по Договору страхования, Страховщик применяет разработанные им базовые страховые тарифы, соответствующие размеру страховой премии, взимаемой с единицы страховой суммы по Договору страхования с учетом характера страхового риска рассчитанные в соответствии с Приложением 20 к Правилам страхования.

Основываясь на базовых страховых тарифах, Страховщик, в каждом конкретном случае при заключении Договора страхования, в зависимости от степени страхового риска и с учетом особенностей страхования конкретного лица (лиц) вправе применять к базовым страховым тарифам повышающие (от 1,05 до 30,00) и (или) понижающие (от 0,1 до 0,97) коэффициенты в зависимости от возраста Застрахованного лица, состояния здоровья Застрахованного лица, профессии (рода занятий) Застрахованного лица, количества Застрахованных лиц по Договору страхования, объема медицинской помощи (медицинских услуг) и иных услуг и перечня заболеваний, предусмотренных Программой, и в зависимости от перечня медицинских организаций, региона оказания медицинской помощи (медицинских услуг) и иных услуг, размера страховой суммы по Договору страхования, лимитов ответственности, франшизы, условий оплаты страховой премии, убытков по ранее заключенным Договорам страхования с конкретным Страхователем и других обстоятельств, имеющих существенное значение для определения степени страхового риска, указанных в заявлении на страхование, Договоре страхования и (или) письменном запросе Страховщика, перечисленных в Приложении 20 к Правилам страхования.

Конкретный размер страхового тарифа определяется условиями Договора страхования.

Расчет базовых страховых тарифов произведен исходя из срока страхования 1 год.

Страховой тариф по конкретному Договору страхования определяется как произведение базового страхового тарифа на поправочные коэффициенты, соответствующие факторам риска по данному Договору страхования.

Если Договором страхования не предусмотрено иное, при расчете страховой премии в отношении каждого лица, включенного Страхователем в список Застрахованных лиц, Страховщик вправе не применять поправочные коэффициенты в зависимости от возраста, группы здоровья Застрахованного лица, условий труда и других факторов, влияющих на степень риска возникновения и развития хронических заболеваний.

4.5. Страховая премия уплачивается единовременным или рассроченным платежом (страховыми взносами), безналичным перечислением на расчетный счет Страховщика или наличными деньгами в кассу Страховщика или его уполномоченному представителю.

4.6. Днем уплаты страховой премии (страхового взноса) считается:

4.7. При безналичной оплате – день поступления денежных средств на расчетный счет Страховщика, либо уполномоченного представителя Страховщика.

4.8. При наличной оплате – день внесения страховой премии (страхового взноса) наличными деньгами в кассу Страховщика, либо уполномоченному представителю Страховщика с получением квитанции об оплате установленного образца.

4.9. Если Договором страхования не предусмотрено иное, в случае неуплаты Страхователем страховой премии (при единовременной оплате страховой премии) или первого страхового взноса (при оплате страховой премии в рассрочку) в размере и (или) в срок, установленные Договором страхования, Договор страхования является не вступившим в силу, страховые выплаты по Договору страхования не производятся. При этом полученные Страховщиком денежные средства полностью подлежат возврату Страхователю в течение 5 (пять) рабочих дней с момента получения страховой премии / первого страхового взноса.

4.10. Если Договором страхования не предусмотрено иное, неуплата Страхователем в установленные Договором страхования сроки очередного страхового взноса, а равно неуплата очередного страхового взноса в полном размере, на основании ст.958 Гражданского кодекса Российской Федерации является отказом Страхователя от Договора страхования. Договор страхования прекращается с 00 часов 00 минут дня, следующего за днем, когда очередной страховой взнос должен был быть уплачен полностью. При этом ранее уплаченные страховые взносы Страхователю не возвращаются.

5. ФРАНШИЗА

5.1. Франшиза – часть убытков, которая определена Договором страхования, не подлежит возмещению Страховщиком Страхователю или иному лицу, интерес которого застрахован в соответствии с условиями Договора страхования, и устанавливается в виде определенного процента от страховой суммы или в фиксированном размере.

В Договоре страхования может быть предусмотрена условная или безусловная франшиза.

5.1.1. При установлении в Договоре страхования условной франшизы Страховщик освобождается от возмещения убытка, если его размер не превышает размер франшизы, однако возмещает его полностью в случае, если размер убытка превышает размер франшизы.

5.1.2. При установлении в Договоре страхования безусловной франшизы, размер страховой выплаты определяется как разница между размером убытка и размером франшизы.

5.1.3. Договор страхования может также устанавливать временную франшизу, то есть период времени (в днях) - между вступлением Договора страхования в силу и началом ответственности Страховщика по организации и оказанию медицинской помощи (медицинских услуг) и иных услуг - в течение которого оплата полученных медицинской помощи (медицинских услуг) и иных услуг, находится на собственном удержании Страхователя (Застрахованного лица).

5.2. Применение в Договоре страхования франшизы может служить основанием для снижения страхового тарифа, кроме случаев, когда применение франшизы является обязательным условием принятия риска на страхование.

6. ПОРЯДОК ЗАКЛЮЧЕНИЯ И ОФОРМЛЕНИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ. СРОК ДЕЙСТВИЯ

6.1. Договор страхования заключается в письменной форме на основании устного или письменного заявления на страхование Страхователя (Приложение 22 к Правилам страхования) и должен отвечать общим условиям действительности сделки, предусмотренным действующим законодательством Российской Федерации.

6.1.1. С целью определения правоспособности Страхователя и соблюдения установленных действующим законодательством Российской Федерации требований на этапе подготовки к заключению Договора страхования Страховщик вправе запросить и проверить у Страхователя следующие документы:

а) у Страхователей - резидентов Российской Федерации (юридических лиц/индивидуальных предпринимателей):

- учредительные документы (Устав, изменения в Устав (при их наличии));
- удостоверение личности (паспорт) подписанта Договора страхования;
- свидетельство о внесении записи в Единый государственный реестр юридических лиц (ЕГРЮЛ), Единый государственный реестр индивидуальных предпринимателей (ЕГРИП);
- свидетельство о постановке на учет в налоговом органе;
- выписку из ЕГРЮЛ – для юридических лиц, выписку из ЕГРИП – для индивидуальных предпринимателей (выданную инспекцией Федеральной налоговой службы Российской Федерации). Временный период между датой выдачи выписки из ЕГРЮЛ (ЕГРИП) и датой ее представления Страховщику не должен превышать 30 календарных дней;
- информационное письмо об учете в ЕГРПО (с кодами статистики);
- документы, подтверждающие полномочия лица, подписывающего Договор страхования от имени контрагента (решение полномочного органа контрагента об избрании (назначении) единоличного исполнительного органа (протокол общего собрания акционеров (участников, членов и т.д.), совета директоров (наблюдательного совета) и т.п.), копия паспорта, приказы о назначении на должность и об отстранении ранее действовавшего руководителя (если назначался), доверенность на подписание Договора страхования с образцом подписи (в случае подписания Договора страхования не единоличным

исполнительным органом), если доверенность не содержит образца подписи поверенного, нотариально заверенную копию листа паспорта поверенного, содержащего Ф.И.О. и образец его личной подписи);

- решение полномочного органа Страхователя (общего собрания акционеров (участников, членов), совета директоров (наблюдательного совета) о разрешении (одобрении) на заключение Договора страхования в случае, если принятие соответствующего решения необходимо в соответствии с учредительными документами контрагента и (или) действующим законодательством Российской Федерации;

б) у Страхователей - резидентов Российской Федерации (физических лиц):

- удостоверение личности подписанта Договора страхования;
- страховое свидетельство обязательного пенсионного страхования;
- свидетельство о постановке на учет в налоговом органе;
- медицинская анкета при необходимости;
- согласие на обработку персональных данных.

в) у иностранных контрагентов (нерезидентов Российской Федерации):

- документы, подтверждающие правоспособность иностранного контрагента (регистрацию иностранного юридического лица);

- положение о филиале, представительстве, в случае если иностранный контрагент действует через филиал или представительство, созданные на территории Российской Федерации;

- документы, подтверждающие регистрацию (аккредитацию) филиала иностранной организации и постановку его на учет в налоговых органах;

- документы, подтверждающие полномочия лица, подписывающего Договор страхования от имени иностранного контрагента;

г) у Страхователей - нерезидентов Российской Федерации (физических лиц):

- удостоверение личности, выданное компетентными органами иностранных государств;

- документ, подтверждающий право законного пребывания на территории Российской Федерации (въездная виза, миграционная карта);

- медицинская анкета при необходимости;

- согласие на обработку персональных данных.

Документы должны быть надлежащим образом легализованы.

Документы, составленные на иностранном языке, должны быть переведены на русский язык и предоставлены с нотариальным заверением перевода.

6.1.2. Страховщик вправе принять дополнительные меры по проверке благонадежности предполагаемого партнера (Страхователя) и дополнительно обратиться к Страхователю за предоставлением следующих документов:

- справки о наличии недоимки или переплаты в бюджет на дату заключения Договора страхования (подписания дополнительного соглашения о пролонгации Договора страхования);

- копии налоговой декларации по НДС за последний отчетный период с отметкой налогового органа;

- копии бухгалтерского баланса контрагента за последний отчетный период, с отметкой налогового органа;

- копии договора аренды помещения, по которому зарегистрирован контрагент;

- копии банковской карточки с образцами подписей и оттиска печати.

У контрагентов, применяющих УСН, ЕНВД Страховщик вправе запросить документ, подтверждающий возможность применения контрагентом УСН, ЕНВД, а также копию соответствующей налоговой декларации, представляемой в налоговый орган в связи с применением контрагентом УСН, ЕНВД за последний налоговый период, либо выданный налоговыми органами документ, подтверждающий применение контрагентом УСН, ЕНВД на момент заключения.

Документы, указанные выше, предоставляются в виде оригиналов для свидетельствования представителем Страховщика (в соответствии с наделенными полномочиями на заверение копий документов) верности копии с подлинника или в виде копий, удостоверенных в порядке, предусмотренном действующим законодательством Российской Федерации.

6.2. Для заключения Договора страхования Страхователь обращается к Страховщику и сообщает следующие сведения:

6.2.1. Если Страхователем выступает физическое лицо:

- фамилия, имя, отчество Страхователя;

- фамилия, имя, отчество, лица, подлежащего страхованию (если Договор страхования заключается в пользу третьего лица);

- дата рождения и место рождения Страхователя и (или) лица, подлежащего страхованию;

- адрес места жительства (регистрации) / адрес места пребывания (фактического места жительства) Страхователя и (или) лица, подлежащего страхованию;

- телефон Страхователя и (или) лица, подлежащего страхованию (если применимо);

- данные удостоверения личности Страхователя и (или) лица, подлежащего страхованию;

- иные сведения, получение которых обусловлено требованиями законодательства Российской Федерации (в том числе нормативными правовыми актами в сфере противодействия легализации (отмыванию) доходов, полученных преступным путем, и финансированию терроризма);

- срок страхования;
- размер страховой суммы;
- предполагаемый перечень видов медицинской помощи (медицинских услуг) и иных услуг (Программа);

- предполагаемый перечень медицинских организаций;
- данные о лице, подлежащем страхованию, необходимые для оценки страхового риска и влияющие на его степень;

- сведения о личном страховании (в т.ч. об имеющихся договорах страхования или обращениях по вопросу их заключения, об отказах в заключении договора страхования, о получении страховых выплат);

- сведения, необходимые для дальнейшего исполнения (прекращения) Договора страхования (в т.ч. контактные данные, платежные реквизиты).

6.2.2. Если Страхователем выступает юридическое лицо:

- полное наименование Страхователя;
- место нахождения, фактический адрес, почтовый адрес и банковские реквизиты Страхователя;
- телефон, телефакс и иные средства связи, по которым можно связаться со Страхователем;
- число лиц, подлежащих страхованию;
- срок страхования;
- размер страховой суммы;
- предполагаемый перечень видов медицинской помощи (медицинских услуг) и иных услуг (Программа);

- по возможности, предполагаемый перечень медицинских организаций.

Страхователь должен не позднее 5 (пяти) дней со дня подачи заявления предоставить Страховщику список лиц, подлежащих страхованию и указать следующие обязательные сведения отдельно о каждом, включенном в него, лице:

- фамилия, имя, отчество, пол;
- дата и место рождения;
- адрес места жительства (регистрации) / адрес места пребывания (фактического места жительства) и телефон (если применимо);

- данные удостоверения личности;
- иные сведения, получение которых обусловлено требованиями законодательства Российской Федерации (в том числе нормативными правовыми актами в сфере противодействия легализации (отмыванию) доходов, полученных преступным путем, и финансированию терроризма);

- Программы (если по Договору страхования предусмотрено несколько Программ);
- данные о лицах, подлежащих страхованию, необходимые для оценки страхового риска и влияющие на его степень.

После заключения Договора страхования этот список, подписанный с обеих сторон, становится его неотъемлемой частью.

6.3. Страховщик имеет право проверить достоверность указанных Страхователем в заявлении на страхование и (или) медицинской анкете сведений. В случае установления того, что Страхователь сообщил недостоверные сведения, Страховщик имеет право отказать Страхователю в заключении Договора страхования.

6.4. Договор страхования оформляется в письменной форме, несоблюдение которой влечет его недействительность.

Договор страхования может быть заключен путем составления одного подписанного сторонами документа - Договора страхования (Приложение 24 к Правилам страхования) либо вручения Страхователю, подписанного Страховщиком страхового полиса (Приложение 23 к Правилам страхования), в том числе в виде электронного документа, подписанного усиленной квалифицированной электронной подписью Страховщика с соблюдением требований действующего законодательства Российской Федерации.

При коллективной форме Договора страхования каждому Застрахованному лицу выдается страховой полис (свидетельство, сертификат или страховая карта), удостоверяющий право Застрахованного лица на получение медицинской помощи, если это специально оговорено в Договоре страхования.

6.5. Застрахованному лицу запрещается передавать страховой полис другим лицам с целью получения ими медицинской помощи (медицинских услуг) и иных услуг по Договору страхования.

6.6. При утрате Страхователем оригинала Договора страхования (страхового полиса), в период его действия, Страховщик по письменному заявлению Страхователя (Приложение 28 к Правилам страхования) выдает дубликат. Утраченный документ аннулируется и выплаты по нему не производятся.

При повторной утрате страховых документов в течение действия Договора страхования со Страхователя дополнительно взыскивается платеж в размере фактической стоимости их изготовления.

6.7. Договор страхования заключается на любой согласованный сторонами срок.

6.8. Договор страхования считается заключенным с даты подписания сторонами Договора страхования и оканчивается в 24 часа 00 минут дня, указанного в Договоре страхования, как дата окончания срока действия Договора страхования.

Договор страхования вступает в силу (если его условиями не предусмотрено иное):

6.8.1. При наличных расчетах – с 00 часов 00 минут дня, следующего за днем уплаты Страхователем страховой премии (или первого страхового взноса – при уплате страховой премии в рассрочку) в размере и сроки, установленные Договором страхования, в кассу или уполномоченному представителю Страховщика.

6.8.2. При уплате страховой премии (или первого страхового взноса – при уплате страховой премии в рассрочку) путем безналичных расчетов – с 00 часов 00 минут дня, следующего за днем зачисления денежных средств в размере и сроки, установленные Договором страхования, на расчетный счет Страховщика или уполномоченного представителя Страховщика.

7. ИЗМЕНЕНИЕ УСЛОВИЙ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ

7.1. Изменение условий Договора страхования производится по обоюдному согласию Страхователя и Страховщика, и оформляется дополнительным соглашением сторон к Договору страхования, которое становится неотъемлемой частью Договора страхования.

7.2. Если иное не установлено соглашением сторон, изменения вступают в силу с 00 часов 00 минут дня, следующего за днем подписания дополнительного соглашения к Договору страхования Страховщиком и Страхователем.

7.3. В случае значительного изменения в обстоятельствах, сообщенных Страховщику в заявлении на страхование или медицинской анкете при заключении Договора страхования, влекущих увеличение степени страхового риска, Страховщик имеет право потребовать изменения условий Договора страхования или уплаты дополнительной страховой премии соразмерно увеличению степени страхового риска.

Изменение обстоятельств признаются значительными, когда они изменились настолько, что, если бы стороны могли это разумно предвидеть, Договор страхования вообще не был бы ими заключен или был бы заключен на других условиях.

7.4. В случае, если дополнительным соглашением к Договору страхования предусмотрена уплата дополнительной страховой премии, изменения условий Договора страхования вступают в силу с 00 часов 00 минут дня, следующего за днем уплаты Страхователем дополнительной страховой премии Страховщику либо его уполномоченному представителю в объеме, предусмотренном дополнительным соглашением к Договору страхования, если иное не установлено соглашением сторон.

7.5. При неисполнении Страхователем (Застрахованным лицом) обязанности по незамедлительному уведомлению Страховщика о существенном изменении обстоятельств, сообщенных ему при заключении Договора страхования, Страховщик вправе потребовать расторжения Договора страхования в порядке, предусмотренном действующим законодательством Российской Федерации и возмещения убытков, причиненных его расторжением.

7.6. В случае, если Страхователь возражает против изменения условий Договора страхования или доплаты страховой премии, Страховщик вправе потребовать расторжения Договора страхования в порядке, предусмотренном действующим законодательством Российской Федерации.

7.7. Страховщик не вправе требовать расторжения Договора страхования, если обстоятельства, влекущие увеличение степени страхового риска, уже отпали.

7.8. Изменение и расторжение сторонами Договора страхования осуществляется в порядке, предусмотренном главой 29 Гражданского кодекса Российской Федерации.

8. ПРЕКРАЩЕНИЕ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ

8.1. Договор страхования прекращается в случае истечения срока его действия.

8.2. Договор страхования прекращается до наступления срока, на который он был заключен в следующих случаях:

8.2.1. Исполнения Страховщиком обязательств по Договору страхования в полном объеме.

8.2.2. Если после вступления в силу Договора страхования 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.

8.2.3. Если после заключения Договора страхования будет установлено, что Страхователь сообщил Страховщику 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 страхования недействительным и применения последствий, предусмотренных пунктом 2 ст. 179 Гражданского кодекса Российской Федерации. Страховщик не может требовать признания Договора страхования недействительным, если обстоятельства, о которых умолчал Страхователь, уже отпали.

8.2.4. Неуплаты Страхователем в установленные Договором страхования сроки очередного страхового взноса (при оплате страховой премии в рассрочку), а равно неуплата очередного страхового взноса в полном размере.

8.2.5. Отзыва согласия Страхователя (Застрахованного лица) на обработку персональных данных.

В случае прекращения срока действия Договора страхования по основаниям, указанным в настоящем пункте, уплаченная Страховщику страховая премия (страховой взнос) не подлежит возврату, если иное не предусмотрено Договором страхования.

8.3. Договор страхования может быть расторгнут досрочно по соглашению сторон, а также в других случаях, предусмотренных действующим законодательством Российской Федерации.

8.4. Досрочное прекращение действия Договора страхования не освобождает стороны от исполнения обязательств по нему, возникших в период действия Договора страхования до момента досрочного прекращения его действия.

8.5. Если иное не предусмотрено Договором страхования, действие Договора страхования может быть прекращено в течение первых 14 (четырнадцати) календарных дней со дня его заключения независимо от момента уплаты страховой премии при отсутствии в данном периоде событий, имеющих признаки страхового случая, вследствие одностороннего отказа Страхователя от Договора страхования.

В случае, если Страхователь отказался от Договора страхования в течение первых 14 (четырнадцати) календарных дней со дня его заключения и до даты возникновения обязательств Страховщика по заключенному Договору страхования (далее - дата начала действия страхования), уплаченная страховая премия подлежит возврату Страховщиком Страхователю в полном объеме.

В случае, если Страхователь отказался от Договора страхования в течение первых 14 (четырнадцати) календарных дней со дня его заключения, но после даты начала действия страхования, Страховщик при возврате уплаченной страховой премии Страхователю вправе удержать ее часть пропорционально сроку действия Договора страхования, прошедшему с даты начала действия страхования до даты прекращения действия Договора страхования.

Договор страхования считается прекратившим свое действие с даты получения Страховщиком письменного заявления Страхователя об отказе от Договора страхования (Приложение 29 к Правилам страхования) или иной даты, установленной по соглашению сторон, но не ранее даты предоставления такого заявления Страховщику.

Возврат Страхователю страховой премии производится наличными деньгами или в безналичном порядке в срок, не превышающий 10 рабочих дней со дня получения письменного заявления Страхователя об отказе от Договора страхования.

Положения настоящего пункта Правил страхования не распространяются на случаи осуществления добровольного медицинского страхования иностранных граждан и лиц без гражданства, находящихся на территории Российской Федерации с целью осуществления ими трудовой деятельности.

9. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН ПО ДОГОВОРУ СТРАХОВАНИЯ

9.1. Застрахованное лицо имеет право:

9.1.1. на получение медицинской помощи (медицинских услуг) и иных услуг в соответствии с условиями, указанными в Договоре страхования, в медицинских организациях, перечень которых определен в Договоре страхования;

9.1.2. требовать от Страховщика в законном порядке соблюдения условий Договора страхования;

9.1.3. на получение дубликата Договора страхования, Страхового полиса в случае его утраты;

9.1.4. отозвать свое согласие на обработку персональных данных, в случае, если такое согласие предусмотрено действующим законодательством Российской Федерации.

9.2. Застрахованное лицо обязано:

9.2.1. соблюдать предписания лечащего врача, полученные в ходе предоставления медицинской помощи (медицинских услуг) и иных услуг, соблюдать распорядок, установленный медицинской организацией;

9.2.2. не передавать Страховой полис другим лицам, с целью получения ими медицинской помощи (медицинских услуг) и иных услуг, при его утрате немедленно сообщить Страховщику.

9.3. Страхователь обязан:

9.3.1. предоставить Страховщику полную и достоверную информацию, необходимую для заключения Договора страхования;

9.3.2. уплачивать страховую премию (страховые взносы) в размере и в сроки, установленные в Договоре страхования;

- 9.3.3. ознакомить Застрахованных лиц с их правами и обязанностями по Договору страхования, с условиями получения медицинской помощи (медицинских услуг) и иных услуг;
- 9.3.4. получить согласие Застрахованного лица на обработку персональных данных, а в случае если Страхователем является физическое лицо, предоставить письменное согласие на обработку персональных данных Страховщиком, в том числе на обработку специальных категорий персональных данных, а также на трансграничную передачу персональных данных сообщенных Страховщику или полученных Страховщиком от третьих лиц, в соответствии с требованиями Федерального закона Российской Федерации от 27.07.2006 №152-ФЗ «О персональных данных».
- 9.3.5. предоставить Страховщику по письменному запросу оригиналы письменных согласий Застрахованных лиц, указанные в пункте 9.3.4. Правил страхования;
- 9.3.6. сообщать Страховщику о ставших ему известными значительных изменениях в обстоятельствах, сообщенных Страховщику при заключении Договора страхования, если эти изменения могут существенно повлиять на увеличение страхового риска.
- 9.4. Страхователь имеет право:
- 9.4.1. требовать от Страховщика в законном порядке соблюдения условий Договора страхования;
- 9.4.2. расширить список Застрахованных лиц по соглашению со Страховщиком в соответствии с условиями, изложенными в пункте 9.7. Правил страхования;
- 9.4.3. с согласия Застрахованного лица исключить его или члена его семьи из числа Застрахованных лиц и заменить другим или уменьшить общее число Застрахованных лиц;
- 9.4.4. в течение срока действия Договора страхования расширить или сократить перечень медицинской помощи (медицинских услуг) и иных услуг, гарантируемых Договором страхования, заключив дополнительное соглашение к Договору страхования. В случае увеличения перечня медицинской помощи (медицинских услуг) и иных услуг и (или) увеличения уровня страхового покрытия Страхователь уплачивает дополнительный страховой взнос, установленный Страховщиком. Дополнительное соглашение к Договору страхования, если его условиями не предусмотрено иное, начинает действовать со дня уплаты дополнительного страхового взноса;
- 9.4.5. отказаться от Договора страхования в течение первых 14 (четырнадцати) календарных дней со дня его заключения независимо от момента уплаты страховой премии, при отсутствии в данном периоде событий, имеющих признаки страхового случая, если иное не предусмотрено Договором страхования;
- 9.4.6. отозвать свое согласие на обработку персональных данных, в случае, если такое согласие предусмотрено действующим законодательством Российской Федерации;
- 9.4.7. запросить у медицинской организации медицинские документы и (или) историю болезни Застрахованного лица;
- 9.4.8. запросить информацию о размере вознаграждения, выплачиваемого страховому агенту или страховому брокеру.
- 9.5. Страховщик обязан:
- 9.5.1. обеспечить конфиденциальность в отношении информации, полученной при заключении и исполнении условий Договора страхования;
- 9.5.2. обеспечить своевременное вручение Страховых полисов Застрахованным лицам, если это предусмотрено Договором страхования;
- 9.5.3. организовать оказание Застрахованному лицу медицинской помощи (медицинских услуг) и иных услуг, гарантированных условиями Договора страхования;
- 9.5.4. обеспечить контроль объема, сроков и качества медицинской помощи (медицинских услуг) и иных услуг в соответствии с условиями Договора страхования;
- 9.5.5. при выявлении нарушений проведения медицинских вмешательств, требований к объему, срокам и качеству медицинской помощи (медицинских услуг) и иных услуг, санитарных норм и правил защищать интересы Застрахованных лиц;
- 9.5.6. принять решение о страховой выплате или об отказе в выплате в сроки, установленные Договором страхования;
- 9.5.7. в случае принятия решения об отказе в страховой выплате, письменно уведомить об этом Страхователя (Застрахованное лицо) с мотивированным обоснованием причин отказа;
- 9.5.8. выдать Страхователю Правила страхования, на основании которых заключен Договор страхования и разъяснить основные положения Правил страхования и Договора страхования.
- 9.6. Страховщик имеет право:
- 9.6.1. изменить по согласованию со Страхователем страховую сумму и взнос по Договору страхования при изменении цен на предоставляемую медицинскую помощь (медицинские услуги) и иные услуги, а также статистики размера медицинских расходов при лечении различных видов заболеваний;
- 9.6.2. проверять сообщенную Страхователем информацию;
- 9.6.3. в случае выявления обстоятельств, влекущих существенное увеличение страхового риска, требовать от Страхователя уплаты дополнительного страхового взноса соразмерно увеличению

страхового риска или изменения условий Договора страхования (в т.ч. сокращения срока его действия, уменьшения объема услуг, изменения страховой суммы (лимитов ответственности) и др.).

9.7. Если Договором страхования не предусмотрено иное, в случае расширения списка Застрахованных лиц при коллективной форме страхования Страхователь представляет Страховщику дополнительно сведения о лицах, подлежащих страхованию и уплачивает за них страховые взносы за период с момента включения в список Застрахованных лиц до момента окончания срока действия страхования с учетом пропорционального изменения страховой премии.

9.8. В случае замены Застрахованных лиц другими лицами при коллективной форме страхования без увеличения числа Застрахованных лиц Страхователь представляет Страховщику сведения об исключаемых из Списка Застрахованных лиц и включаемых в него лицах.

Если за исключаемых из списка Застрахованных лиц в период действия Договора страхования не было произведено страховых выплат, сумма страховой премии, за вычетом расходов на ведение дела, учитывается при расчете дополнительного страхового взноса за лиц, включаемых в Список Застрахованных лиц взамен выбывших, если Договором страхования не предусмотрено иное.

Страховые полисы лиц, исключаемых из Списка Застрахованных лиц, возвращаются Страхователем Страховщику в течение 5 (пяти) рабочих дней с момента увольнения Застрахованного лица, работающего у Страхователя по трудовому договору (если иное не предусмотрено Договором страхования).

9.9. Договором страхования могут быть предусмотрены также другие права и обязанности сторон.

9.10. Страхователь (Застрахованное лицо), заключивший Договор страхования со Страховщиком на условиях Правил страхования, если он является физическим лицом или индивидуальным предпринимателем, подтверждает свое согласие на обработку Страховщиком перечисленных ниже персональных данных Страхователя (Застрахованного лица) для осуществления страхования по Договору страхования, в том числе в целях проверки качества оказания страховых услуг и урегулирования убытков по Договору страхования.

Персональные данные Страхователя (Застрахованного лица) включают в себя: фамилию, имя, отчество, год, месяц, дату и место рождения, паспортные данные, адрес проживания, другие данные указанные в заключенном со Страховщиком Договоре страхования (включая неотъемлемые его части – заявление на страхование, приложения и др.), которые могут быть отнесены в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации к персональным данным.

Страхователь (Застрахованное лицо) предоставляет Страховщику право осуществлять все действия (операции) или совокупность действий (операций), совершаемых с использованием средств автоматизации или без использования таких средств, с персональными данными, включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (распространение, предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение.

Страхователь (Застрахованное лицо) разрешает сотрудникам Страховщика, принимающим решение по вопросу заключения Договора страхования и (или) рассмотрения заявленного страхового события, в соответствии со статьей 13 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» быть его представителем, а также запрашивать и получать в медицинских организациях и иных организациях, в которые он обращался, состоял(а) на учете и (или) проходил(а) обследование и (или) лечение, документы и сведения, в том числе выписки из медицинских документов и копии медицинских документов, оформленные в установленном порядке (истории болезни, амбулаторные карты и т.п.), а также всю необходимую информацию касательно состояния его здоровья, результатов всех проведенных анализов и иных исследований, течения заболевания, оперативных вмешательств и иных сведений, составляющих врачебную тайну, а также предоставлять вышеуказанным сотрудникам Страховщика доступ к медицинской документации, необходимой для рассмотрения вопроса о страховой выплате.

Страховщик имеет право во исполнение своих обязательств по Договору страхования передавать персональные данные Страхователя (Застрахованного лица) третьим лицам, при условии, что у Страховщика есть соглашение с указанными третьими лицами, обеспечивающее безопасность персональных данных при их обработке и предотвращение разглашения персональных данных.

Страховщик также имеет право предоставлять информацию по официальному запросу третьих лиц в установленных действующим законодательством Российской Федерации случаях.

Согласие Страхователя (Застрахованного лица) на обработку персональных данных действует в течение срока действия Договора страхования и после окончания действия Договора страхования до даты его отзыва Страхователем (Застрахованным лицом) (если иное не установлено действующим законодательством Российской Федерации, Договором страхования и (или) в документах, содержащих согласие на обработку персональных данных).

Страхователь (Застрахованное лицо) вправе отозвать свое согласие посредством составления соответствующего письменного документа, который должен быть направлен в адрес Страховщика заказным письмом с уведомлением о вручении либо вручен лично под расписку уполномоченному

представителю Страховщика. В случае поступления Страховщику от Страхователя (Застрахованного лица) письменного заявления об отзыве согласия на обработку персональных данных, согласие считается отозванным с даты поступления указанного заявления Страховщику, а Договор страхования считается прекращенным досрочно. После окончания срока, на который дано согласие на обработку персональных данных, Страховщик обязуется прекратить обработку персональных данных и уничтожить персональные данные Страхователя (Застрахованного лица).

Указанные выше положения настоящего пункта Правил страхования относятся также и к Выгодоприобретателю в случае подписания им согласия на обработку Страховщиком персональных данных.

Страховщик не вправе разглашать полученные им в результате своей профессиональной деятельности сведения о Страхователе, Застрахованном лице, состоянии их здоровья, имущественном положении. За нарушение тайны страхования Страховщик, в зависимости от рода нарушенных прав и характера нарушения, несет ответственность в порядке, предусмотренном нормами действующего законодательства Российской Федерации.

10. ПОРЯДОК И УСЛОВИЯ ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЫ

10.1. Размер страховой выплаты определяется исходя из стоимости организации и оказания медицинской помощи (медицинских услуг) и иных услуг, оказанных Застрахованному лицу.

10.1.1. Страховая выплата осуществляется в соответствии с условиями Договора страхования на предоставление медицинской помощи (медицинских услуг) и иных услуг, на основании счета и (или) акта выполненных работ медицинской организации за организацию и оказание медицинской помощи (медицинских услуг) и иных услуг, путем безналичного перечисления денежных средств на расчетный счет медицинской организации, либо посредством компенсации Застрахованному лицу (Выгодоприобретателю) его документально подтвержденных затрат по оплате медицинской помощи (медицинских услуг) и иных услуг, включенных в Программу. Основанием для выплаты в последнем случае является Заявление о страховой выплате (далее – заявление о выплате) Застрахованного лица (Страхователя) (Приложение 26 к Правилам страхования) с приложением документов об оплате медицинской помощи (медицинских услуг) и иных услуг, оказанных медицинской организацией (квитанция, кассовый чек, справка ЛПО о предоставлении медицинской помощи (медицинских услуг) и иных услуг, и иные документы).

В случае выявления факта недостаточности документов для принятия решения об осуществлении страховой выплаты, и (или) предоставления ненадлежащим образом оформленных документов Страховщик уведомляет физическое лицо – получателя страховой услуги об этом в течение 15 (пятнадцати) рабочих дней.

10.1.2. При наступлении страхового случая, предусмотренного Договором страхования, в случае самостоятельной оплаты Застрахованным лицом медицинской помощи (медицинских услуг) и иных услуг, Страховщик обязан в срок не более 10 (десяти) рабочих дней после получения всех необходимых документов и сведений (если иное не предусмотрено Договором страхования), предусмотренных Правилами страхования, составить страховой акт (Приложение 27 к Правилам страхования), либо принять решение об отказе в страховой выплате.

10.1.3. В случае принятия решения о выплате Страховщик в течение 7 (семи) рабочих дней со дня подписания страхового акта производит страховую выплату, если иное не предусмотрено Договором страхования.

10.1.4. В случае отсутствия правовых оснований для осуществления страховой выплаты (далее – решение об отказе) Страховщик в течение 3 (трех) рабочих дней после принятия решения об отказе информирует получателя страховых услуг 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 Российской Федерации.

Страховщик по письменному запросу получателя страховых услуг в срок, не превышающий тридцати дней, предоставляет документы (в том числе копии документов и (или) выписки из них), обосновывающие решение об отказе, бесплатно один раз по одному страховому событию, за исключением документов, которые свидетельствуют о возможных противоправных действиях получателя страховых услуг, направленных на получение страховой выплаты.

10.1.5. При несогласии Страхователя (Застрахованного лица) с решением об отказе, действия Страховщика могут быть оспорены в порядке, предусмотренном действующим законодательством Российской Федерации.

10.2. Для получения медицинской помощи (медицинских услуг) и иных услуг Застрахованное лицо обращается в медицинские организации, предусмотренные Договором страхования, или к Страховщику.

10.3. При обращении в медицинскую организацию Застрахованное лицо предъявляет документ, удостоверяющий его личность, Страховой полис и (или) направление и (или) другие документы, оговоренные Договором с ЛПО. Информация о перечне документов, необходимых при обращении в

медицинскую организацию доводится до Застрахованных лиц при получении Страхового полиса либо при заключении Договора страхования.

10.4. Предусмотренные Договором страхования выплаты производятся Страховщиком независимо от сумм, причитающихся Застрахованному лицу по государственному социальному страхованию, социальному обеспечению, сумм, выплачиваемых в порядке возмещения вреда по другим Договорам страхования.

10.5. Размер страховых выплат за период действия Договора страхования не может превышать страховой суммы (лимитов ответственности), установленной Договором страхования.

При необходимости оплаты организации и оказания Застрахованному лицу медицинской помощи (медицинских услуг) и иных услуг сверх страховой суммы (лимита ответственности) медицинская помощь (медицинские услуги) и иные услуги могут быть оплачены Застрахованному лицу только после увеличения страховой суммы по Договору страхования с соответствующим увеличением страховой премии. Размер дополнительной страховой премии определяется Страховщиком.

В случае неоплаты или отказа Страхователя в оплате дополнительной страховой премии оплата организации и оказания медицинской помощи (медицинских услуг) и иных услуг сверх страховой суммы (лимитов ответственности), предусмотренных Договором страхования, происходит за счет личных средств Застрахованного лица.

10.6. В случае, если по Договору страхования установлена франшиза, размер страховых выплат по Договору страхования или каждому страховому случаю производится с учетом франшизы.

11. ПОРЯДОК, СПОСОБ УВЕДОМЛЕНИЯ И РЕКВИЗИТЫ СТОРОН

11.1. Согласно статьи 165.1 Гражданского кодекса Российской Федерации Страхователь (Застрахованное лицо) и Страховщик договорились, что заявления, уведомления, извещения, требования или иные юридически значимые сообщения, с которыми закон или Договор страхования связывают гражданско-правовые последствия для данных лиц, должны быть совершены в письменной форме и переданы адресату (его представителю) на руки, почтовой, телеграфной связью, в т.ч. с помощью официального сайта Страховщика в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет» путем электронного документооборота, а также с помощью электронной почты на электронный адрес Страхователя (Застрахованного лица, Выгодоприобретателя), указанный в Договоре страхования, влекут для них такие последствия с момента доставки соответствующего сообщения адресату (его представителю), при этом юридически значимое сообщение считается доставленным в следующих случаях:

- 1) при передаче юридически значимого сообщения на руки адресату – со дня его вручения;
- 2) при передаче юридически значимого сообщения почтовой, телеграфной связью в случае наступления одного из следующих событий в зависимости от того, какое из них наступило ранее:
 - со дня вручения его адресату;
 - отказа адресата от его получения;
 - по истечению месяца со дня его поступления на объект почтовой связи, обслуживающий адресата, на который отправлено юридически значимое сообщение (в последних двух случаях юридически значимое сообщение считается доставленным, так как оно не было фактически получено адресатом по обстоятельствам, зависящим от него);
- 3) при передаче юридически значимого сообщения с помощью официального сайта Страховщика в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет», в т.ч. на адрес электронной почты - со дня его доставки по назначению.

11.2. Страхователь (Застрахованное лицо, Выгодоприобретатель) и Страховщик согласно абзаца 2 пункта 1 статьи 432 Гражданского кодекса Российской Федерации договорились, что адреса (в т.ч. адрес электронной почты) данных лиц, указанные в Договоре страхования и в его письменном запросе, а также указанные в них для исполнения Договора страхования сведения о реквизитах банковских счетов этих лиц являются существенными условиями Договора страхования и подлежат изменению только в письменной форме путем односторонних сделок – направления юридически значимых сообщений согласно пункта 11.1. Правил страхования. При этом Договор страхования считается измененным в этой части со дня доставки юридически значимого сообщения адресату согласно пункта 11.1. Правил страхования.

В случае изменения адреса (в т.ч. адреса электронной почты), реквизитов банковского счета одной из сторон Договора страхования и не изменения этой стороной Договора страхования в данной части предусмотренных пунктами 11.1.-11.2. Правил страхования способом, риск связанных с этим неблагоприятных последствий (в том числе риск убытков) несет сторона, чьи адрес и (или) реквизиты банковского счета изменились.

12. ПОРЯДОК РАССМОТРЕНИЯ СПОРОВ

12.1. По спорам, вытекающим из Договора страхования, обязателен следующий досудебный порядок урегулирования, состоящий из двух обязательных этапов:

- проведение переговоров - при этом лицо, считающее, что его права нарушены, обязано

направить письменное уведомление о проведении переговоров, обеспечив вручение адресату уведомления о дате, времени и месте переговоров за 7 (семь) рабочих дней до дня переговоров;

- при недостижении соглашения по предмету спора в процессе переговоров, обязательным является направление письменной претензии (заявления), с указанием причин несогласия с действиями (бездействием) оппонента, мотивированных доводов по предъявляемым требованиям.

12.2. Срок рассмотрения претензий (заявлений) и подсудность:

12.2.1. Для физических лиц, являющихся потребителями в соответствии с Законом Российской Федерации от 07.02.1992 №2300-1 «О защите прав потребителей», а также для иных лиц, которым перешли права требования потребителя финансовых услуг к финансовой организации (ч.3 ст.2 Федерального закона Российской Федерации от 04.06.2018 №123-ФЗ «Об уполномоченном по правам потребителей финансовых услуг») претензия (заявление в соответствии с положениями Федерального закона Российской Федерации от 04.06.2018 №123-ФЗ «Об уполномоченном по правам потребителей финансовых услуг») рассматривается:

- в случаях, подлежащих рассмотрению в порядке ч.1 ст.15 и п.1 ч.2 ст.16 Федерального закона Российской Федерации от 04.06.2018 №123-ФЗ «Об уполномоченном по правам потребителей финансовых услуг», - в течение 15 (пятнадцати) рабочих дней со дня получения претензии (заявления в соответствии с положениями Федерального закона Российской Федерации от 04.06.2018 №123-ФЗ «Об уполномоченном по правам потребителей финансовых услуг»), при этом со дня нарушения прав Страхователя должно пройти не более 180 календарных дней;

- в иных случаях - в течение 30 (тридцати) дней со дня получения претензии (заявления в соответствии с положениями Федерального закона Российской Федерации от 04.06.2018 №123-ФЗ «Об уполномоченном по правам потребителей финансовых услуг»).

В случаях, установленных Федеральным законом Российской Федерации от 04.06.2018 №123-ФЗ «Об уполномоченном по правам потребителей финансовых услуг» лица, указанные в настоящем пункте, вправе заявлять в судебном порядке требования к Страховщику в соответствии с гражданским процессуальным законодательством Российской Федерации.

12.2.2. Для юридических лиц, индивидуальных предпринимателей, иных лиц, не являющихся потребителями в соответствии с Законом Российской Федерации от 07.02.1992 №2300-1 «О защите прав потребителей» (в отношении лиц, упомянутых в ч.3 ст.2 Федерального закона Российской Федерации от 04.06.2018 №123-ФЗ «Об уполномоченном по правам потребителей финансовых услуг», данные вопросы определены в п.12.2.1 Правил страхования), срок рассмотрения претензии составляет 30 (тридцать) дней со дня получения претензии, если иное не предусмотрено Договором страхования. В случае неудовлетворения претензии споры с лицами, указанными в настоящем пункте Правил страхования, разрешаются в судебном порядке в Арбитражном суде по подсудности, предусмотренной действующим законодательством Российской Федерации.

12.3. При решении спорных вопросов положения Договора страхования имеют преимущественную силу по отношению к Правилам страхования.

12.4. Иск по требованиям, вытекающим из Договора страхования, заключенного на условиях Правил страхования, может быть предъявлен в течение сроков исковой давности, установленных действующим законодательством Российской Федерации.

ПРОГРАММА - «Скорая и неотложная медицинская помощь»

1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

Программа «Скорая и неотложная медицинская помощь» (далее - Программа №1) разработана на основании «Правил добровольного медицинского страхования» Страховщика.

Программа №1 является неотъемлемой частью Договора страхования и регламентирует:

- перечень медицинской помощи (медицинских услуг) и иных услуг, подлежащих возмещению Страховщиком;
- порядок обращения Застрахованных лиц за медицинской помощью (медицинскими услугами) и иными услугами.

В соответствии с Программой №1 Страховщик гарантирует оплату организации и оказания специализированной скорой и неотложной медицинской помощи (далее - СМП), оказываемой на дому или по месту нахождения Застрахованного лица, медицинской организацией, выбранной Страхователем (Застрахованным лицом) из числа имеющих Договоры ЛПО со Страховщиком.

2. СТРАХОВОЙ СЛУЧАЙ

Страховым случаем является документально подтвержденное обращение Застрахованного лица в течение периода действия Договора страхования в медицинскую организацию, из числа предусмотренных Договором страхования, при остром заболевании, обострении хронического заболевания, травме, отравлении, инфекции и других расстройствах здоровья и состояниях, требующих скорой и неотложной медицинской помощи (медицинских услуг) и иных услуг, предусмотренных Договором страхования.

Если иное не предусмотрено условиями Договора страхования, Программа №1 включает в себя:

- возможность круглосуточного обращения за СМП;
- незамедлительный выезд специализированных бригад СМП;
- строгое ограничение времени приезда транспорта СМП с учетом места нахождения Застрахованного лица;
- оказание высококвалифицированной медицинской помощи (медицинских услуг) бригадой СМП укомплектованной необходимыми специалистами, оборудованием, инструментарием и медикаментами (лекарственными препаратами), медицинскими изделиями, в зависимости от характера и объемов медицинской помощи (медицинских услуг);
- проведение всех инвазивных процедур и манипуляций с применением только одноразового медицинского инструментария;
- лечение острых синдромов и симптомов заболеваний, urgentных состояний, консультация в объемах скорой неотложной медицинской помощи квалифицированными специалистами;
- транспортировка медицинским транспортом или иным транспортным средством, в том числе и с медицинским сопровождением;
- сопровождение Застрахованного лица при проведении обследований и консультаций в медицинской организации персоналом медицинской организации;
- сопровождение несовершеннолетнего Застрахованного лица, Застрахованного лица, неспособного к самостоятельному передвижению и (или) нуждающегося в посторонней помощи, родителем, опекуном, попечителем, законным представителем или иным лицом при оказании Застрахованному лицу медицинской помощи (медицинских услуг);
- оформление и выдача медицинской документации.

По Программе №1 не является страховым риском (страховым случаем) обращение Застрахованного лица за медицинской помощью (медицинскими услугами) и иными услугами в случаях, предусмотренных пп.3.6.-3.9. Правил страхования.

Страховщик не компенсирует личные затраты Застрахованного лица или Страхователя на получение СМП.

3. ПОРЯДОК ОБРАЩЕНИЯ ЗАСТРАХОВАННЫХ ЛИЦ ЗА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩЬЮ (МЕДИЦИНСКИМИ УСЛУГАМИ)

Застрахованное лицо обращается в медицинскую организацию, предусмотренную Договором страхования, самостоятельно, либо при участии Страховщика.

При обращении в медицинскую организацию для вызова бригады СМП Застрахованное лицо должно предъявить Страховой полис, паспорт или иное удостоверение личности. Передача Страхового полиса другому лицу запрещается, а оказанная этому лицу медицинская помощь (медицинские услуги) и иные услуги оплачиваться не будут.

Все вопросы, связанные с получением Застрахованным лицом медицинской помощи (медицинских услуг) и иных услуг адресуются Страховщику.

4. СТРАХОВАЯ СУММА

Стоимость медицинской помощи (медицинских услуг) и иных услуг, возмещаемых Страховщиком по Программе №1, не может превышать страховую сумму (лимит ответственности), установленную Договором страхования.

ПРОГРАММА - «Амбулаторная помощь»

1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

Программа «Амбулаторная помощь» (далее – Программа №2) разработана на основании «Правил добровольного медицинского страхования» Страховщика.

Программа №2 является неотъемлемой частью Договора страхования и регламентирует:

- перечень медицинской помощи (медицинских услуг) и иных услуг, подлежащих возмещению Страховщиком;
- порядок обращения Застрахованных лиц за медицинской помощью (медицинскими услугами) и иными услугами.

В соответствии с Программой №2 Страховщик гарантирует оплату организации и оказания специализированной медицинской помощи (медицинских услуг) и иных услуг, оказываемых в амбулаторных условиях в медицинской организации, выбранной Страхователем (Застрахованным лицом) из числа имеющих Договоры с ЛПО со Страховщиком и на дому.

2. СТРАХОВОЙ СЛУЧАЙ

Страховым случаем является документально подтвержденное обращение Застрахованного лица в течение периода действия Договора страхования в медицинскую организацию, из числа предусмотренных Договором страхования, при заболевании, обострении хронического заболевания, травме, отравлении, инфекции и других расстройствах здоровья и состояниях, требующих медицинской помощи (медицинских услуг): консультативной, диагностической, лечебной, профилактической, реабилитационной, иной помощи и иных услуг, предусмотренных Договором страхования.

Если иное не предусмотрено условиями Договора страхования, Программа №2 включает в себя:

- амбулаторный прием специалистами, консультации;
- лабораторные и инструментальные исследования – в заранее назначенное, удобное для Застрахованного лица время, по возможности – вне общей очереди (с учетом режима работы медицинской организации);
- проведение всех инвазивных процедур и манипуляций, вакцинации с применением только одноразовых игл, скарификаторов, шприцев и систем;
- расширенный объем диагностического обследования с применением (по показаниям) высокотехнологичных специализированных методик;
- расширенный объем лечебной помощи, включая физиолечение (все виды электро- и светолечения, включая лазеро- и магнитотерапию (СВЧ, УВЧ, импульсные токи, магнитофорез, электрофорез, индуктотермия, дарсонвализация, диадинамические токи и пр.) теплотечение, ингаляции), баротерапию, галотерапию, массаж, акупунктуру, мануальную терапию, методы традиционной медицины (в т.ч. гирудотерапия), лазеротерапию и бальнеологические процедуры, занятия лечебной физической культурой (далее - ЛФК);
- дневной стационар;
- консультации врачей-специалистов на дому по медицинским показаниям;
- взятие анализов лаборантом и выполнение врачебных назначений патронажной медсестрой на дому по медицинским показаниям;
- обеспечение предметами медицинского ухода, медикаментами (лекарственными препаратами), медицинскими изделиями;
- консультации Застрахованных лиц специалистами кафедр медицинских вузов и научно-исследовательских учреждений, клиник;
- противорецидивное лечение;
- транспортировка медицинским транспортом или иным транспортным средством, в том числе и с медицинским сопровождением;
- сопровождение Застрахованного лица при проведении обследований и консультаций в медицинской организации персоналом медицинской организации;
- сопровождение несовершеннолетнего Застрахованного лица, Застрахованного лица, неспособного к самостоятельному передвижению и (или) нуждающегося в посторонней помощи, родителем, опекуном, попечителем, законным представителем или иным лицом при оказании Застрахованному лицу медицинской помощи (медицинских услуг);
- оформление и выдача медицинской документации.

По Программе №2 не является страховым риском (страховым случаем) обращение Застрахованного лица за медицинской помощью (медицинскими услугами) и иными услугами в случаях, предусмотренных пп.3.6.-3.9. Правил страхования.

3. ПОРЯДОК ОБРАЩЕНИЯ ЗАСТРАХОВАННЫХ ЛИЦ ЗА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩЬЮ (МЕДИЦИНСКИМИ УСЛУГАМИ)

При наступлении страхового случая Застрахованное лицо обращается в одну из медицинских организаций, предусмотренных Договором страхования, самостоятельно, либо к Страховщику.

При обращении в медицинскую организацию Застрахованное лицо должно предъявить Страховой полис, паспорт или иной документ, удостоверяющий личность. Передача Страхового полиса другому лицу запрещается, а оказанная этому лицу медицинская помощь (медицинские услуги) и иные услуги оплачиваться не будут.

При первом обращении Застрахованного лица в медицинскую организацию, оно может быть прикреплено к ней на весь период действия Договора страхования.

Медицинская организация может быть заменена по желанию Страхователя (Застрахованного лица), о чём он должен заранее письменно согласовать с представителем Страховщика.

При отсутствии у медицинской организации необходимых специалистов или диагностической аппаратуры Застрахованному лицу могут осуществляться консультации и исследования в другой медицинской организации из числа сотрудничающих со Страховщиком, но только по согласию Страховщика, а также Страхователя (Застрахованного лица).

Все вопросы, связанные с получением Застрахованным лицом медицинской помощи (медицинских услуг) и иных услуг, адресуются Страховщику.

4. СТРАХОВАЯ СУММА

Стоимость медицинской помощи (медицинских услуг) и иных услуг, возмещаемых Страховщиком по Программе №2, не может превышать страховую сумму (лимит ответственности).

ПРОГРАММА - «Терапевтический стационар»

1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

Программа «Терапевтический стационар» (далее - Программа №3) разработана на основании «Правил добровольного медицинского страхования» Страховщика.

Программа №3 является неотъемлемой частью Договора страхования и регламентирует:

- перечень оплачиваемых медицинской помощи (медицинских услуг) и иных услуг, подлежащих возмещению Страховщиком;
- порядок обращения Застрахованных лиц за медицинской помощью (медицинскими услугами) и иными услугами.

В соответствии с Программой №3 Страховщик гарантирует оплату организации и оказания медицинской помощи (медицинских услуг) и иных услуг при необходимости лечения Застрахованного лица в условиях стационара терапевтического профиля.

2. СТРАХОВОЙ СЛУЧАЙ

Страховым случаем является документально подтвержденное обращение Застрахованного лица в течение периода действия Договора страхования в медицинскую организацию, из числа предусмотренных Договором страхования, при заболевании, обострении хронического заболевания, травме, отравлении, инфекции и других расстройствах здоровья и состояниях, требующих медицинской помощи (медицинских услуг): профилактической, консультативной, диагностической, лечебной, реабилитационной, иной помощи и иных услуг, предусмотренных Договором страхования.

Если иное не предусмотрено условиями Договора страхования, Программа №3 включает в себя медицинскую помощь (медицинские услуги) и иные услуги при лечении в условиях стационара терапевтического профиля, с целью:

- диагностического обследования лабораторного и инструментального исследования с применением (по показаниям) традиционных методов обследования, а также обследования с использованием высоких медицинских технологий;
- лечения в соответствии с рекомендациями и медицинскими стандартами, применяемыми в медицинских организациях, с использованием высоких технологий лечения;
- восстановительное лечение, физиолечение, занятия лечебной физической культурой (далее – ЛФК).

Если иное не предусмотрено условиями Договора страхования, Застрахованному лицу по Программе №3 гарантируется оплата организации и оказания медицинской помощи (медицинских услуг) и иных услуг, при необходимости его лечения в условиях стационара, включая:

- стоимость пребывания в медицинской организации;
- стоимость пребывания в отделении интенсивной терапии и реанимационных мероприятий;
- стоимость консультаций и других профессиональных услуг врачей;
- диагностические обследования с применением (по показаниям) традиционных методов обследования;
- стоимость физиолечения, массажа, иглорефлексотерапии, мануальной терапии, занятий ЛФК, баротерапии, бальнеологического лечения, предписанных врачом для лечения заболевания, послужившего причиной госпитализации;
- стоимость медицинского обслуживания;
- стоимость вспомогательной медицинской помощи (медицинских услуг);
- предоставление места в стационаре по возможности в одно- или двухместной палате;
- индивидуальный пост;
- стоимость медицинских изделий;
- стоимость койко-дня (в том числе расходы на лечебное (диетическое) питание, оказание медицинской помощи (медицинских услуг), медикаменты (лекарственные препараты)) (под койко-днем понимается день, проведенный Застрахованным лицом в условиях медицинского стационара в медицинской организации);
- стоимость транспортировки медицинским транспортом или иным транспортным средством, в том числе и с медицинским сопровождением;
- сопровождение Застрахованного лица при проведении обследований и консультаций в медицинской организации персоналом медицинской организации;
- сопровождение несовершеннолетнего Застрахованного лица, Застрахованного лица, неспособного к самостоятельному передвижению и (или) нуждающегося в посторонней помощи, родителем, опекуном, попечителем, законным представителем или иным лицом при оказании Застрахованному лицу медицинской помощи (медицинских услуг);

- оформление и выдача медицинской документации.

По Программе №3 не является страховым риском (страховым случаем) обращение Застрахованного лица за медицинской помощью (медицинскими услугами) и иными услугами в случаях, предусмотренных пп.3.6.-3.9. Правил страхования, а также, если Застрахованное лицо обратилось в медицинскую организацию по поводу протезирования.

3. ПОРЯДОК ОБРАЩЕНИЯ ЗАСТРАХОВАННЫХ ЛИЦ ЗА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩЬЮ (МЕДИЦИНСКИМИ УСЛУГАМИ)

Неотложная госпитализация производится при наличии следующей документации:

- направления лечащего врача амбулаторной медицинской организации или направления врача-эксперта Страховщика или направления Страховщика;
- Страхового полиса;
- удостоверения личности;
- медицинской документации (анализы, рентгеновские снимки и т.д.), на основании которой сделано заключение о необходимости лечения в стационаре.

При выявлении у Застрахованного лица заболевания, требующего лечения в стационарных условиях, ему обеспечивается:

- госпитализация в профильное отделение в течение ____ дней, а по показаниям – в день обращения;
- размещение по возможности в одно- или двухместной палате;
- консультации высококвалифицированных специалистов.

Все вопросы, связанные с получением Застрахованным лицом медицинской помощи (медицинских услуг) и иных услуг, адресуются Страховщику.

4. СТРАХОВАЯ СУММА

Стоимость медицинской помощи (медицинских услуг) и иных услуг, возмещаемых Страховщиком по Программе №3, не может превышать страховую сумму (лимит ответственности).

ПРОГРАММА - «Хирургический стационар»

1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

Программа «Хирургический стационар» (далее - Программа №4) разработана на основании «Правил добровольного медицинского страхования» Страховщика.

Программа №4 является неотъемлемой частью Договора страхования и регламентирует:

- перечень медицинской помощи (медицинских услуг) и иных услуг, подлежащих возмещению;
- порядок обращения Застрахованного лица за медицинской помощью (медицинскими услугами) и иными услугами.

В соответствии с Программой №4 Страховщик гарантирует оплату организации и оказания медицинской помощи (медицинских услуг) и иных услуг, при необходимости лечения Застрахованного лица в условиях стационара хирургического профиля.

2. СТРАХОВОЙ СЛУЧАЙ

Страховым случаем является документально подтвержденное обращение Застрахованного лица в течение периода действия Договора страхования в медицинскую организацию, из числа предусмотренных Договором страхования, при травме, заболеваниях и других расстройствах здоровья и состояниях, нуждающихся в хирургическом вмешательстве, за получением медицинской помощи (медицинских услуг) и иных услуг, предусмотренных Договором страхования.

Если иное не предусмотрено условиями Договора страхования Программа №4 включает в себя медицинскую помощь (медицинские услуги) и иные услуги, при стационарном лечении по поводу травм и хирургических заболеваний в отделениях хирургического профиля и специализированных организациях с целью:

- проведения инвазивных диагностических процедур;
- диагностического обследования с применением (по показаниям) традиционных методов обследования, а также обследования с использованием высоких медицинских технологий;
- лечения в соответствии с рекомендациями и медицинскими стандартами, применяемыми в медицинских организациях, включая традиционные хирургические методики, а также высокие технологии лечения: рентгено-эндоваскулярную хирургию, лазерную хирургию, эндоскопическую хирургию, оперативное пособие с использованием атравматических методов (атравматический шовный материал, литотрипсию, лапароскопические операции);
- проведения лечебной физической культуры (далее – ЛФК).

Если иное не предусмотрено условиями Договора страхования, Застрахованному лицу по Программе №4 гарантируется организация и оказание медицинской помощи (медицинских услуг) и иных услуг, при необходимости его лечения в условиях стационара, включая:

- стоимость пребывания в медицинской организации;
- стоимость пребывания в отделении интенсивной терапии и реанимационных мероприятий;
- стоимость консультации и других профессиональных услуг врачей;
- диагностические обследования с применением (по показаниям) традиционных методов обследования;
- стоимость физиолечения, массажа, иглорефлексотерапии, мануальной терапии, занятий ЛФК, баротерапии, бальнеологического лечения, предписанных врачом для лечения заболевания, послужившего причиной госпитализации;
- стоимость медицинского обслуживания;
- стоимость вспомогательной медицинской помощи (медицинских услуг);
- стоимость хирургической помощи;
- стоимость анестезии;
- стоимость оперативного вмешательства;
- стоимость пользования операционной, кабинетом по наложению гипса;
- предоставление места в стационаре по возможности в одно- или двухместной палате, реанимации;
- индивидуальный пост;
- стоимость медицинских изделий;
- стоимость койко-дня (в том числе расходы на лечебное (диетическое) питание, оказание медицинской помощи (медицинских услуг), медикаменты (лекарственные препараты)) (под койко-днем понимается день, проведенный Застрахованным лицом в условиях медицинского стационара в медицинской организации);
- стоимость транспортировки медицинским транспортом или иным транспортным средством, в том числе и с медицинским сопровождением;

- сопровождение Застрахованного лица при проведении обследований и консультаций в медицинской организации персоналом медицинской организации;
- сопровождение несовершеннолетнего Застрахованного лица, Застрахованного лица, неспособного к самостоятельному передвижению и (или) нуждающегося в посторонней помощи, родителем, опекуном, попечителем, законным представителем или иным лицом при оказании Застрахованному лицу медицинской помощи (медицинских услуг);
- оформление и выдача медицинской документации.

По Программе №4 не является страховым риском (страховым случаем) обращение Застрахованного лица за медицинской помощью (медицинскими услугами) и иными услугами в случаях, предусмотренных пп.3.6.-3.9. Правил страхования.

Страховщик по отдельным заключаемым Договорам страхования может оплачивать гемодиализ в связи с острой почечной недостаточностью, сложные и сосудистые операции на сердце и сосудах, суставах, на головном и спинном мозге, периферической нервной системе, а также иные специализированные высокотехнологичные операции, включая трансплантацию органов и тканей.

3. ПОРЯДОК ОБРАЩЕНИЯ ЗАСТРАХОВАННЫХ ЛИЦ ЗА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩЬЮ (МЕДИЦИНСКИМИ УСЛУГАМИ)

Неотложная госпитализация производится при наличии следующей документации:

- направления врача амбулаторной медицинской организации, врача-эксперта Страховщика или направления Страховщика;
- Страхового полиса;
- удостоверения личности;
- медицинской документации (анализы, рентгеновские снимки и т.д.), на основании которой сделано заключение о необходимости лечения в стационаре.

При выявлении у Застрахованного лица заболевания, требующего лечения в стационарных условиях, ему обеспечивается:

- госпитализация в профильное отделение в течение ____ дней, а по показаниям – в день обращения;
- размещение по возможности в одно- или двухместной палате;
- консультации высококвалифицированных специалистов.

Все вопросы, связанные с получением Застрахованным лицом медицинской помощи (медицинских услуг) и иных услуг, адресуются Страховщику.

4. СТРАХОВАЯ СУММА

Стоимость медицинской помощи (медицинских услуг) и иных услуг, возмещаемых Страховщиком по Программе №4, не может превышать страховую сумму (лимит ответственности).

ПРОГРАММА – «Лекарственное обеспечение»

Если иное не предусмотрено условиями Договора страхования, Программа «Лекарственное обеспечение» включает в себя:

1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

Программа «Лекарственное обеспечение» (далее - Программа №5) разработана на основании «Правил добровольного медицинского страхования» Страховщика.

Программа №5 является неотъемлемой частью Договора страхования.

В соответствии с Программой №5 Страховщик гарантирует оплату организации и оказания лекарственной помощи, частичную или полную компенсацию расходов на приобретение в фармацевтических организациях медикаментов (лекарственных препаратов) и (или) медицинских изделий, предписанных врачом медицинской организации, предусмотренной Договором страхования. Договором страхования может быть предусмотрена организация и оплата доставки лекарственных препаратов и (или) медицинских изделий.

2. СТРАХОВОЙ СЛУЧАЙ

Страховым случаем является документально подтвержденное обращение Застрахованного лица в течение периода действия Договора страхования за лекарственной помощью, в том числе медикаментами (лекарственными препаратами) и (или) медицинскими изделиями в связи с лечением, назначенным лечащим врачом при заболевании, обострении хронического заболевания, травме, отравлении и других расстройствах здоровья и состояниях, требующих лекарственной помощи, предусмотренной Договором страхования. Предоставление лекарственного обеспечения при лечении амбулаторного характера.

Страховщик вправе оплачивать оформление и выдачу медицинской документации, если об этом прямо сказано в Договоре страхования.

Страховщик не оплачивает медикаменты (лекарственные препараты), приобретенные Застрахованным лицом без назначения врача в медицинских организациях, не определенных Договором страхования, и (или) не согласованные со Страховщиком.

3. ПОРЯДОК ОБРАЩЕНИЯ ЗАСТРАХОВАННЫХ ЛИЦ ЗА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩЬЮ (МЕДИЦИНСКИМИ УСЛУГАМИ)

При возникновении необходимости в медикаментах (лекарственных препаратах), медицинских изделиях Застрахованное лицо обращается в медицинскую организацию и (или) службу скорой (неотложной) помощи за назначением лечения врачом.

4. СТРАХОВАЯ СУММА

Стоимость медицинской помощи (медицинских услуг) и иных услуг, возмещаемых Страховщиком по Программе №5, не может превышать страховую сумму (лимит ответственности).

ПРОГРАММА - «Санаторно-курортное и реабилитационно-восстановительное лечение»

1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

Программа «Санаторно-курортное и реабилитационно-восстановительное лечение» (далее - Программа №6) разработана на основании «Правил добровольного медицинского страхования» Страховщика.

Программа №6 является неотъемлемой частью Договора страхования.

Страховщик гарантирует Застрахованному лицу при наступлении страхового случая оплату организации и оказания санаторно-курортного лечения (санаторно-курортной помощи) и (или) реабилитационно-восстановительного лечения в объеме, предусмотренном Программой добровольного медицинского страхования, прилагаемой к Договору страхования, в которую могут быть включены медицинская помощь (медицинские услуги) и иные услуги из числа предусмотренных пунктами 2.1.–2.7. Программы №6, при соблюдении всех положений, определений, исключений и ограничений, предусмотренных Правилами страхования и Договором страхования.

2. СТРАХОВОЙ СЛУЧАЙ

Страховым случаем является документально подтвержденное обращение Застрахованного лица в течение периода действия Договора страхования в медицинскую организацию или иную организацию, из числа предусмотренных Договором страхования и согласованных Страховщиком для организации и оказания ему, предусмотренных Программой №6 медицинской помощи (медицинских услуг) и иных услуг, а также для проведения профилактических мероприятий, снижающих степень опасных для жизни или здоровья угроз и (или) устраняющих их в период остаточных явлений течения заболевания, а также при хроническом течении заболевания вне обострения.

Если иное не предусмотрено условиями Договора страхования, Программа №6 включает в себя объем медицинской помощи (медицинских услуг) и (или) иных услуг, предусмотренных пунктами 2.1.–2.7. Программы №6.

2.1. Консультативные приемы врачей-специалистов по: акушерству и гинекологии, аллергологии и иммунологии, восстановительной медицине, гастроэнтерологии, дерматовенерологии, диабетологии, диетологии, кардиологии, лечебной физкультуре и спортивной медицине, мануальной терапии, неврологии, нефрологии, оториноларингологии, офтальмологии, пульмонологии, ревматологии, рентгенологии, рефлексотерапии, терапии, травматологии и ортопедии, ультразвуковой диагностике, урологии, физиотерапии, функциональной диагностике, эндокринологии, эндоскопии и др. профилям.

2.2. Оформление медицинской документации.

2.3. Лабораторные исследования: общеклинические, биохимические исследования, иммунологические исследования, микробиологические исследования, цитологические исследования, гистологические исследования.

2.4. Инструментальные исследования: функциональная диагностика, ультразвуковая диагностика, рентгенологические исследования, эндоскопические исследования.

2.5. Процедуры, манипуляции и методы лечения:

2.5.1. консервативное лечение по поводу заболевания, травмы и других расстройств здоровья и состояний, послуживших основанием для оказания санаторно-курортного лечения (санаторно-курортной помощи) и (или) реабилитационно-восстановительного лечения, лечебные и диагностические манипуляции;

2.5.2. физиотерапевтическое лечение, восстановительное лечение, методы традиционной диагностики, методы традиционной терапии, лечение средствами природного происхождения, традиционные системы оздоровления, восстановительное аппаратное лечение, медицинская реабилитация, включая третий этап;

2.6. Обеспечение лекарственными препаратами и медицинскими изделиями, необходимыми при выполнении процедур и манипуляций.

2.7. Дополнительные услуги в рамках санаторно-курортного лечения (санаторно-курортной помощи) и (или) реабилитационно-восстановительного лечения:

2.7.1. пребывание в медицинской организации, оказывающей санаторно-курортное лечение (санаторно-курортную помощь) и (или) реабилитационно-восстановительное лечение;

2.7.2. лечебное (диетическое) питание;

2.7.3. профилактика осложнений заболевания, травмы и других расстройств здоровья и состояний, послуживших причиной обращения Застрахованного лица за санаторно-курортным лечением (санаторно-курортной помощью) и (или) реабилитационно-восстановительным лечением;

2.7.4. сопровождение Застрахованного лица при проведении обследований и консультаций в медицинской организации персоналом медицинской организации;

2.7.5. сопровождение несовершеннолетнего Застрахованного лица, Застрахованного лица, неспособного к самостоятельному передвижению и (или) нуждающегося в посторонней помощи, родителем, опекуном, попечителем, законным представителем или иным лицом при оказании Застрахованному лицу медицинской помощи (медицинских услуг).

Данная услуга включает в себя организацию проезда одного сопровождающего лица до места оказания медицинской помощи (медицинских услуг) и обратно, его проживания и питания в месте оказания медицинской помощи (медицинских услуг).

2.7.6. совместное нахождение родителя, опекуна, попечителя, законного представителя или иного лица с несовершеннолетним Застрахованным лицом (ребенком) в стационарных условиях;

Данная услуга включает в себя организацию предоставления одному сопровождающему лицу койко-места в стационаре без лечения, питание в стационаре стандартное. Количество койко-дней сопровождающего лица не может быть более количества койко-дней сопровождаемого лица.

2.7.7. услуги по организации и предоставлению проживания и питания Застрахованного лица в период получения медицинской помощи (медицинских услуг) в соответствии с Программой №6, не входящие в состав медицинской помощи (медицинских услуг), однако требующиеся при оказании Застрахованному лицу медицинской помощи (медицинских услуг);

2.7.8. услуги переводчика в период получения медицинской помощи (медицинских услуг) и иных услуг, предусмотренных Программой №6;

2.7.9. информационные и консультационные услуги, связанные с оказанием или организацией медицинской помощи (медицинских услуг) в соответствии с Программой №6;

2.7.10. транспортировка (медицинская эвакуация), в том числе, организация проезда, Застрахованного лица в медицинскую организацию и обратно либо из одной организации в другую, включая медицинское сопровождение.

2.8. По Программе №6 не является страховым риском (страховым случаем) обращение Застрахованного лица за медицинской помощью (медицинскими услугами) и иными услугами в случаях, предусмотренных пп.3.6.-3.9. Правил страхования.

3. ПОРЯДОК ОБРАЩЕНИЯ ЗАСТРАХОВАННЫХ ЛИЦ ЗА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩЬЮ (МЕДИЦИНСКИМИ УСЛУГАМИ)

При наступлении необходимости санаторно-курортного лечения (санаторно-курортной помощи) и (или) реабилитационно-восстановительного лечения Застрахованное лицо обращается в медицинскую организацию по направлению врача или к Страховщику.

Врач-эксперт Страховщика вправе дать Застрахованному лицу рекомендацию по выбору определенной медицинской организации, которая будет наиболее полно отвечать интересам Застрахованного лица.

При обращении в медицинскую организацию Застрахованное лицо должно предъявить Страховой полис (свидетельство, сертификат или страховую карту) и (или) направление и документ, удостоверяющий личность, а также любой документ, подтверждающий показания и направление врача для санаторно-курортного лечения (санаторно-курортной помощи) и (или) реабилитационно-восстановительного лечения. Передача Страхового полиса другому лицу запрещается, а оказание этому лицу медицинской помощи (медицинских услуг) и иных услуг оплачиваться не будет.

Все вопросы, связанные с получением Застрахованным лицом медицинской помощи (медицинских услуг) и иных услуг, адресуются Страховщику.

4. СТРАХОВАЯ СУММА

Стоимость медицинской помощи (медицинских услуг) и иных услуг, возмещаемых Страховщиком по Программе №6, не может превышать страховую сумму (лимит ответственности).

ПРОГРАММА – «Профилактика здоровья»

1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

Программа «Профилактика здоровья» (далее – Программа №7) разработана на основании «Правил добровольного медицинского страхования» Страховщика.

Программа №7 является неотъемлемой частью Договора страхования.

В соответствии с Программой №7 Страховщик гарантирует оплату организации и оказания медицинской помощи (медицинских услуг) и иных услуг, по проведению предварительных и периодических медицинских осмотров в целях предупреждения заболеваний (профессиональных) и несчастных случаев, экспертизы состояния здоровья Застрахованных лиц.

2. СТРАХОВОЙ СЛУЧАЙ

Страховым случаем является документально подтвержденное обращение Застрахованного лица в течение периода действия Договора страхования в медицинскую организацию, из числа предусмотренных Договором страхования, в целях проведения профилактических мероприятий (предварительных и периодических медицинских осмотров), направленных на предупреждение возникновения заболеваний (в т.ч. профессиональных) и несчастных случаев, и экспертизы состояния здоровья Застрахованного лица, предусмотренных Договором страхования.

3. ОБЪЕМ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ (МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ)

Если иное не предусмотрено условиями Договора страхования, Программа №7 включает в себя оказание следующих видов медицинской помощи (медицинских услуг) и иных услуг:

- амбулаторный прием специалистами, консультации;
- лабораторные и инструментальные исследования – в заранее назначенное, удобное для Застрахованного лица время, по возможности – вне общей очереди (с учетом режима работы медицинской организации);
- расширенный объем диагностических обследований с применением (по показаниям) высокотехнологичных специализированных методик;
- взятие анализов лаборантом и выполнение врачебных назначений патронажной медсестрой на дому по медицинским показаниям;
- консультации Застрахованных лиц специалистами кафедр медицинских вузов и научно-исследовательских учреждений, клиник;
- проведение предварительных и периодических медицинских осмотров в целях предупреждения заболеваний (в т.ч. профессиональных) и несчастных случаев, экспертизы состояния здоровья Застрахованных лиц;
- иммунопрофилактика;
- вакцинация;
- оформление и выдача медицинской документации.

По Программе №7 не является страховым риском (страховым случаем) обращение Застрахованного лица за медицинской помощью (медицинскими услугами) и иными услугами в случаях, предусмотренных пп.3.6.-3.9. Правил страхования.

4. ПОРЯДОК ОБРАЩЕНИЯ ЗАСТРАХОВАННЫХ ЛИЦ ЗА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩЬЮ (МЕДИЦИНСКИМИ УСЛУГАМИ)

При наступлении страхового случая Застрахованное лицо обращается в одну из медицинских организаций самостоятельно, либо к Страховщику.

При обращении в медицинскую организацию Застрахованное лицо должно предъявить Страховой полис, документ, удостоверяющий личность. Передача Страхового полиса другому лицу запрещается, а оказание этому лицу медицинской помощи (медицинских услуг) и иных услуг, оплачиваться не будет.

При первом обращении Застрахованного лица в медицинскую организацию он прикрепляется к ней на весь период действия Договора страхования.

Медицинская организация может быть заменена по желанию Страхователя (Застрахованного лица), о чём он должен заранее уведомить представителя Страховщика.

При отсутствии у медицинской организации необходимых специалистов или диагностической аппаратуры Застрахованному лицу могут осуществляться консультации и исследования в другой медицинской организации из числа сотрудничающих со Страховщиком, но только по согласию Страховщика, а также Страхователя (Застрахованного лица).

Все вопросы, связанные с получением Застрахованным лицом медицинской помощи (медицинских услуг) и иных услуг, адресуются Страховщику.

5. СТРАХОВАЯ СУММА

Стоимость медицинской помощи (медицинских услуг) и иных услуг, возмещаемых Страховщиком по Программе №7, не может превышать страховую сумму (лимит ответственности).

ПРОГРАММА – «Сестринский уход»

Если иное не предусмотрено условиями Договора страхования, Программа «Сестринский уход» включает в себя:

1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

Программа «Сестринский уход» (далее – Программа №8) разработана на основании «Правил добровольного медицинского страхования» Страховщика.

Программа №8 является неотъемлемой частью Договора страхования.

В соответствии с Программой №8 Страховщик гарантирует оплату организации и оказания (по медицинским показаниям) медицинской помощи (медицинских услуг) и иных услуг, а также медико-социальной помощи хронически и (или) тяжело больным и престарелым на дому и (или) в стационаре.

2. СТРАХОВОЙ СЛУЧАЙ

Страховым случаем является документально подтвержденное обращение Застрахованного лица в течение периода действия Договора страхования за медицинской помощью (медицинскими услугами) и иными услугами, а также медико-социальной помощью хронически и (или) тяжело больным и престарелым на дому и (или) в стационаре.

Страховщик вправе оплачивать оформление и выдачу медицинской документации, если об этом прямо сказано в Договоре страхования.

По Программе №8 не является страховым риском (страховым случаем) обращение Застрахованного лица за медицинской помощью (медицинскими услугами) и иными услугами в случаях, предусмотренных пп.3.6.-3.9. Правил страхования.

3. СТРАХОВАЯ СУММА

Стоимость медицинской помощи (медицинских услуг) и иных услуг, возмещаемых Страховщиком по Программе №8, не может превышать страховую сумму (лимит ответственности).

ПРОГРАММА - «Стоматологическая помощь»

Если иное не предусмотрено условиями Договора страхования, Программа «Стоматологическая помощь» включает в себя:

1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

Программа «Стоматологическая помощь» (далее - Программа №9) разработана на основании «Правил добровольного медицинского страхования» Страховщика.

Программа №9 является неотъемлемой частью Договора страхования и регламентирует:

- перечень медицинской помощи (медицинских услуг) и иных услуг, подлежащих возмещению Страховщиком;
- порядок обращения Застрахованных лиц за медицинской помощью (медицинскими услугами) и иными услугами.

В соответствии с Программой №9 Страховщик гарантирует оплату организации и оказания медицинской помощи (медицинских услуг) и иных услуг, при необходимости обращения Застрахованного лица к стоматологу.

2. СТРАХОВОЙ СЛУЧАЙ

Страховым случаем является документально подтвержденное обращение Застрахованного лица в течение периода действия Договора страхования в медицинскую организацию, из числа предусмотренных Договором страхования, при расстройствах здоровья и состояниях, требующих медицинской помощи (медицинских услуг) и иных услуг, предусмотренных Договором страхования.

Если иное не предусмотрено условиями Договора страхования, в перечень медицинской помощи (медицинских услуг) и иных услуг, в выбранной медицинской организации по Программе №9 включаются:

- первичный осмотр с выдачей рекомендаций по необходимому лечению и уходу за полостью рта;
- лечение воспалительных заболеваний полости рта;
- терапевтическое лечение кариеса и его осложнений (пульпит, периодонтит), наложение пломб с применением импортных композитных материалов, гуттаперчевых штифтов и др.;
- снятие зубных отложений ультразвуком и пломбировка зубов;
- покрытие зубов лаком;
- восстановление коронковой части зубов при ее разрушении менее чем на 50%;
- рентгенодиагностика, радиовизиография;
- хирургическое лечение (удаление зубов с обезболиванием);
- зубопротезирование по согласованию со Страховщиком;
- имплантология по согласованию со Страховщиком;
- оформление и выдача медицинской документации.

Страховщик вправе оплачивать оформление и выдачу медицинской документации, если об этом прямо сказано в Договоре страхования.

По Программе №9 не является страховым риском (страховым случаем) обращение Застрахованного лица за медицинской помощью (медицинскими услугами) и иными услугами в случаях предусмотренных пп.3.6.-3.9. Правил страхования.

В каждом конкретном случае Программа №9 может предусматривать исключение из объема покрытия данной категории услуг, если это продиктовано андеррайтерской политикой Страховщика: в частности, если состояние зубов при принятии риска на страхование таково, что Страховщик ни при каких условиях не принял бы на страхование риск, связанный с возможным покрытием расходов по зубопротезированию и (или) имплантологии.

3. ПОРЯДОК ОБРАЩЕНИЯ ЗАСТРАХОВАННЫХ ЛИЦ ЗА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩЬЮ (МЕДИЦИНСКИМИ УСЛУГАМИ)

При наступлении заболевания Застрахованное лицо обращается в одну из медицинских организаций, предусмотренных Договором страхования, самостоятельно, либо к Страховщику.

Уполномоченный представитель Страховщика может дать Застрахованному лицу рекомендацию по выбору определенной медицинской организации, которая будет наиболее полно отвечать интересам Застрахованного лица.

При обращении в медицинскую организацию Застрахованное лицо должно предъявить Страховой полис, документ, удостоверяющий личность. Передача Страхового полиса другому лицу

запрещается, а оказание этому лицу медицинской помощи (медицинских услуг) и иных услуг, оплачиваться не будет.

При первом обращении Застрахованного лица в медицинскую организацию, он может быть прикреплен к ней на весь период действия Договора страхования.

Медицинская организация может быть заменена по желанию Страхователя (Застрахованного лица), о чём он должен заранее уведомить Страховщика.

Все вопросы, связанные с получением Застрахованным лицом медицинской помощи (медицинских услуг) и иных услуг, адресуются Страховщику.

4. СТРАХОВАЯ СУММА

Стоимость медицинской помощи (медицинских услуг) и иных услуг, возмещаемых Страховщиком по Программе №9, не может превышать страховую сумму (лимит ответственности).

ПРОГРАММА - «Комплексная базовая программа»

1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

Программа «Комплексная базовая программа» (далее - Программа №10) разработана на основании «Правил добровольного медицинского страхования» Страховщика.

Программа №10 является неотъемлемой частью Договора страхования и регламентирует:

- перечень медицинской помощи (медицинских услуг) и иных услуг, подлежащих возмещению Страховщиком;
- порядок обращения Застрахованных лиц за медицинской помощью (медицинскими услугами) и иными услугами.

В соответствии с Программой №10 Страховщик гарантирует оплату организации и оказания специализированной медицинской помощи (медицинских услуг) и иных услуг, оказываемых в амбулаторных и стационарных условиях, скорую и неотложную медицинскую помощь, стоматологическую помощь, санаторно-курортное лечение (санаторно-курортная помощь) и (или) реабилитационно-восстановительное лечение.

2. СТРАХОВОЙ СЛУЧАЙ

Страховым случаем является документально подтвержденное обращение Застрахованного лица в течение периода действия Договора страхования в медицинскую организацию, из числа предусмотренных Договором страхования, при заболевании, обострении хронического заболевания, родах, травме, отравлении, инфекции и других расстройствах здоровья и состояниях, требующих медицинской помощи (медицинских услуг): профилактической, консультативной, диагностической, лечебной, реабилитационной, в том числе санаторно-курортного лечения, иной помощи и иных услуг, предусмотренных Договором страхования.

3. ЕСЛИ ИНОЕ НЕ ПРЕДУСМОТРЕНО УСЛОВИЯМИ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ, ПРОГРАММА №10 ВКЛЮЧАЕТ В СЕБЯ СЛЕДУЮЩИЕ ПРОГРАММЫ:

3.1. «Скорая и неотложная медицинская помощь» (далее - Программа №1).

По Программе №1 страховым случаем является документально подтвержденное обращение Застрахованного лица в течение периода действия Договора страхования в медицинскую организацию, из числа предусмотренных Договором страхования, при остром заболевании, обострении хронического заболевания, травме, отравлении, инфекции и других расстройствах здоровья и состояниях, требующих скорой и неотложной медицинской помощи (медицинских услуг) и иных услуг, предусмотренных Договором страхования.

Если иное не предусмотрено условиями Договора страхования, Программа №1 включает в себя:

- возможность круглосуточного обращения за скорой и неотложной медицинской помощью (далее – СМП);
- незамедлительный выезд специализированных бригад СМП;
- строгое ограничение времени приезда транспорта СМП с учетом места нахождения Застрахованного лица;
- оказание высококвалифицированной медицинской помощи (медицинских услуг), бригадой СМП, укомплектованной необходимыми специалистами, оборудованием, инструментарием и медикаментами (лекарственными препаратами), в зависимости от характера и объемов медицинской помощи (медицинских услуг);
- проведение всех инвазивных процедур и манипуляций с применением только одноразового медицинского инструментария;
- лечение острых синдромов и симптомов заболеваний, urgentных состояний, консультация в объемах скорой неотложной медицинской помощи квалифицированными специалистами;
- транспортировка медицинским транспортом или иным транспортным средством, в том числе и с медицинским сопровождением;
- сопровождение Застрахованного лица при проведении обследований и консультаций в медицинской организации персоналом медицинской организации;
- сопровождение несовершеннолетнего Застрахованного лица, Застрахованного лица, неспособного к самостоятельному передвижению и (или) нуждающегося в посторонней помощи, родителем, опекуном, попечителем, законным представителем или иным лицом при оказании Застрахованному лицу медицинской помощи (медицинских услуг).

По Программе №1 не является страховым риском (страховым случаем) обращение Застрахованного лица за медицинской помощью (медицинскими услугами) и иными услугами в случаях, предусмотренных пп.3.6.-3.9. Правил страхования.

Страховщик не компенсирует личные затраты Застрахованного лица или Страхователя на получение СМП.

3.2. «Амбулаторная помощь» (далее - Программа №2)

По Программе №2 страховым случаем является документально подтвержденное обращение Застрахованного лица в течение периода действия Договора страхования в медицинскую организацию из числа предусмотренных Договором страхования, при заболевании, обострении хронического заболевания, травме, отравлении, инфекции и других расстройствах здоровья и состояниях, требующих медицинской помощи (медицинских услуг): консультативной, диагностической, лечебной, профилактической, реабилитационной, иной помощи и иных услуг, предусмотренных Договором страхования.

Если иное не предусмотрено условиями Договора страхования, Программа №2 включает в себя:

- амбулаторный прием специалистами, консультации;
- лабораторные и инструментальные исследования – в заранее назначенное, удобное для Застрахованного лица время, по возможности – вне общей очереди (с учетом режима работы медицинской организации);
- проведение всех инвазивных процедур и манипуляций, вакцинации с применением только одноразовых игл, скарификаторов, шприцев и систем;
- диагностические обследования с применением (по показаниям) высокотехнологичных специализированных методик;
- лечебную помощь, включая физиолечение (все виды электро- и светолечения, лазеро- и магнитотерапию (СВЧ, УВЧ, импульсные токи, магнитофорез, электрофорез, индуктотермия дарсонвализация, диадинамические токи и пр.) теплотечение, ингаляции), баротерапию, галотерапию, массаж, акупунктуру, мануальную терапию, методы традиционной медицины (в т.ч. гирудотерапия), лазеротерапию и бальнеологические процедуры, занятия ЛФК;
- дневной стационар;
- консультации врачей-специалистов на дому, по медицинским показаниям;
- взятие анализов лаборантом и выполнение врачебных назначений патронажной медсестрой на дому по медицинским показаниям;
- обеспечение предметами медицинского ухода, медикаментами (лекарственными препаратами), медицинскими изделиями;
- противорецидивное лечение;
- транспортировку медицинским транспортом или иным транспортным средством, в том числе и с медицинским сопровождением;
- сопровождение Застрахованного лица при проведении обследований и консультаций в медицинской организации персоналом медицинской организации;
- сопровождение несовершеннолетнего Застрахованного лица, Застрахованного лица, неспособного к самостоятельному передвижению и (или) нуждающегося в посторонней помощи, родителем, опекуном, попечителем, законным представителем или иным лицом при оказании Застрахованному лицу медицинской помощи (медицинских услуг);
- оформление и выдача медицинской документации.

По Программе №2 не является страховым риском (страховым случаем) обращение Застрахованного лица за медицинской помощью (медицинскими услугами) и иными услугами в случаях, предусмотренных пп.3.6.-3.9. Правил страхования.

3.3. «Терапевтический стационар» (далее - Программа №3)

По Программе №3 страховым случаем является документально подтвержденное обращение Застрахованного лица в течение периода действия Договора страхования в медицинскую организацию из числа предусмотренных Договором страхования, при заболевании, обострении хронического заболевания, травме, отравлении, инфекции и других расстройствах здоровья и состояниях, требующих медицинской помощи (медицинских услуг): профилактической, консультативной, диагностической, лечебной, реабилитационной, иной помощи и иных услуг, предусмотренных Договором страхования.

Если иное не предусмотрено условиями Договора страхования, Программа №3 включает в себя медицинскую помощь (медицинские услуги) и иные услуги при стационарном лечении по поводу заболеваний, не нуждающихся в хирургической коррекции, с целью:

- диагностического обследования (лабораторного и инструментального исследования) с применением (по показаниям) традиционных методов обследования, а также обследования с использованием высоких медицинских технологий;
- лечения в соответствии с рекомендациями и медицинскими стандартами, применяемыми в медицинских организациях, с использованием высоких технологий лечения;
- восстановительное лечение, физиолечение, занятия ЛФК.

Застрахованному лицу по Программе №3 гарантируется оплата медицинской помощи (медицинских услуг) и иных услуг, при необходимости его лечения в условиях стационара, включая:

- стоимость пребывания в медицинской организации;
- стоимость пребывания в отделении интенсивной терапии, реанимационных мероприятий;

- стоимость консультаций и других профессиональных услуг врачей;
- диагностические обследования с применением (по показаниям) традиционных методов обследования;
- стоимость физиолечения, массажа, иглорефлексотерапии, мануальной терапии, занятий ЛФК, баротерапии, бальнеологического лечения, предписанных врачом для лечения заболевания, послужившего причиной госпитализации;
- стоимость медицинского обслуживания;
- стоимость вспомогательной медицинской помощи (медицинских услуг);
- предоставление места по возможности в стационаре в одно- или двухместной палате;
- индивидуальный пост;
- стоимость медицинских изделий;
- стоимость койко-дня (в том числе расходы на лечебное (диетическое) питание, оказание медицинской помощи (медицинских услуг), медикаменты (лекарственные препараты)) (под койко-днем понимается день, проведенный Застрахованным лицом в условиях медицинского стационара в медицинской организации);
- стоимость транспортировки медицинским транспортом или иным транспортным средством, в том числе и с медицинским сопровождением;
- сопровождение Застрахованного лица при проведении обследований и консультаций в медицинской организации персоналом медицинской организации;
- сопровождение несовершеннолетнего Застрахованного лица, Застрахованного лица, неспособного к самостоятельному передвижению и (или) нуждающегося в посторонней помощи, родителем, опекуном, попечителем, законным представителем или иным лицом при оказании Застрахованному лицу медицинской помощи (медицинских услуг);
- оформление и выдача медицинской документации.

По Программе №3 не является страховым риском (страховым случаем) обращение Застрахованного лица за медицинской помощью (медицинскими услугами) и иными услугами в случаях, предусмотренных пп.3.6.-3.9. Правил страхования, а также, если Застрахованное лицо обратилось в медицинскую организацию по поводу протезирования.

3.4. «Хирургический стационар» (далее - Программа №4)

По Программе №4 страховым случаем является документально подтвержденное обращение Застрахованного лица в течение периода действия Договора страхования в медицинскую организацию, из числа предусмотренных Договором страхования, при травме, заболеваниях и других расстройствах здоровья и состояниях, нуждающихся в хирургическом вмешательстве, за получением медицинской помощи (медицинских услуг) и иных услуг, предусмотренных Договором страхования.

Если иное не предусмотрено условиями Договора страхования, Программа №4 включает в себя:

- проведение инвазивных диагностических процедур;
- диагностические обследования с применением (по показаниям) традиционных методов обследования, а также обследования с использованием высоких медицинских технологий;
- лечение в соответствии с рекомендациями и медицинскими стандартами, применяемыми в медицинских организациях, включая традиционные хирургические методики, а также высокие технологии лечения: рентгено-эндоваскулярную хирургию, лазерную хирургию, эндоскопическую хирургию, оперативное пособие с использованием атравматических методов (атравматический шовный материал, литотрипсию, лапароскопические операции);
- проведение лечебной физической культуры (далее – ЛФК).

Застрахованному лицу по Программе №4 гарантируется оплата организации и оказания медицинской помощи (медицинских услуг) и иных услуг при необходимости его лечения в условиях стационара, включая:

- стоимость пребывания в медицинской организации;
- стоимость пребывания в отделении интенсивной терапии, реанимационных мероприятий;
- стоимость консультаций и другие профессиональные услуги врачей;
- стоимость физиолечения, массажа, иглорефлексотерапии, мануальной терапии, занятий ЛФК, баротерапии, бальнеологического лечения, предписанных врачом для лечения заболеваний, послуживших причиной госпитализации;
- стоимость медицинского обслуживания;
- стоимость вспомогательной медицинской помощи (медицинских услуг);
- стоимость хирургической помощи;
- стоимость анестезии;
- стоимость оперативного вмешательства;
- стоимость пользования операционной, кабинетом по наложению гипса;
- предоставление места в стационаре по возможности в одно- или двухместной палате, реанимации;
- индивидуальный пост;
- стоимость медицинских изделий;

- стоимость койко-дня (в том числе расходы на лечебное (диетическое) питание, оказание медицинской помощи (медицинских услуг), медикаменты (лекарственные препараты)) (под койко-днем понимается день, проведенный Застрахованным лицом в условиях медицинского стационара в медицинской организации);

- стоимость транспортировки медицинским транспортом или иным транспортным средством, в том числе и с медицинским сопровождением;

- сопровождение Застрахованного лица при проведении обследований и консультаций в медицинской организации персоналом медицинской организации;

- сопровождение несовершеннолетнего Застрахованного лица, Застрахованного лица, неспособного к самостоятельному передвижению и (или) нуждающегося в посторонней помощи, родителем, опекуном, попечителем, законным представителем или иным лицом при оказании Застрахованному лицу медицинской помощи (медицинских услуг);

- оформление и выдача медицинской документации.

По Программе №4 не является страховым риском (страховым случаем) обращение Застрахованного лица за медицинской помощью (медицинскими услугами) и иными услугами в случаях, предусмотренных пп.3.6.-3.9. Правил страхования.

Страховщик по отдельно заключаемым Договорам страхования может оплачивать гемодиализ в связи с острой почечной недостаточностью, сложные и сосудистые операции на сердце и сосудах, суставах, на головном и спинном мозге, периферической нервной системе, а также иные специализированные высокотехнологичные операции, включая трансплантацию органов и тканей.

3.5. «Лекарственное обеспечение» (далее - Программа №5)

По Программе №5 страховым случаем является документально подтвержденное обращение Застрахованного лица в течение периода действия Договора страхования за лекарственной помощью, в том числе медикаментами (лекарственными препаратами) и (или) медицинскими изделиями в связи с лечением, назначенным лечащим врачом при заболевании, обострении хронического заболевания, травме, отравлении и других расстройствах здоровья и состояниях, требующих лекарственной помощи, предусмотренной Договором страхования.

Предоставление лекарственного обеспечения при лечении амбулаторного характера.

Страховщик вправе оплачивать оформление и выдачу медицинской документации, если об этом прямо сказано в Договоре страхования.

Страховщик не оплачивает медикаменты (лекарственные препараты), приобретенные Застрахованным лицом без назначения врача в медицинских организациях, не определенных Договором страхования, и (или) не согласованные со Страховщиком.

3.6. «Санаторно-курортное и реабилитационно-восстановительное лечение» (далее - Программа №6)

По Программе №6 страховым случаем является документально подтвержденное обращение Застрахованного лица в течение периода действия Договора страхования в медицинскую организацию или иную организацию, из числа предусмотренных Договором страхования и согласованных Страховщиком для организации и оказания ему, предусмотренных Программой №6 медицинской помощи (медицинских услуг) и иных услуг, а также для проведения профилактических мероприятий, снижающих степень опасных для жизни или здоровья угроз и (или) устраняющих их в период остаточных явлений течения заболевания, а также при хроническом течении заболевания вне обострения.

Страховщик гарантирует Застрахованному лицу при наступлении страхового случая оплату организации и оказания санаторно-курортного лечения (санаторно-курортной помощи) и (или) реабилитационно-восстановительного лечения в объеме, предусмотренном Программой добровольного медицинского страхования, прилагаемой к Договору страхования, в которую могут быть включены медицинская помощь (медицинские услуги) и иные услуги из числа предусмотренных пунктами 3.6.1.–3.6.7. Программы №6, при соблюдении всех положений, определений, исключений и ограничений, предусмотренных Правилами страхования и Договором страхования.

Если иное не предусмотрено условиями Договора страхования, Программа №6 включает в себя объем медицинской помощи (медицинских услуг) и (или) иных услуг, предусмотренных пунктами 3.6.1.–3.6.7. Программы №6.

3.6.1. Консультативные приемы врачей-специалистов по: акушерству и гинекологии, аллергологии и иммунологии, восстановительной медицине, гастроэнтерологии, дерматовенерологии, диабетологии, диетологии, кардиологии, лечебной физкультуре и спортивной медицине, мануальной терапии, неврологии, нефрологии, оториноларингологии, офтальмологии, пульмонологии, ревматологии, рентгенологии, рефлексотерапии, терапии, травматологии и ортопедии, ультразвуковой диагностике, урологии, физиотерапии, функциональной диагностике, эндокринологии, эндоскопии и другим профилям.

3.6.2. Оформление медицинской документации.

3.6.3. Лабораторные исследования: общеклинические, биохимические исследования, иммунологические исследования, микробиологические исследования, цитологические исследования, гистологические исследования.

- 3.6.4. Инструментальные исследования: функциональная диагностика, ультразвуковая диагностика, рентгенологические исследования, эндоскопические исследования.
- 3.6.5. Процедуры, манипуляции и методы лечения:
- 3.6.5.1. консервативное лечение по поводу заболевания, травмы и других расстройств здоровья и состояний, послуживших основанием для оказания санаторно-курортного лечения (санаторно-курортной помощи) и (или) реабилитационно-восстановительного лечения, лечебные и диагностические манипуляции;
- 3.6.5.2. физиотерапевтическое лечение, восстановительное лечение, методы традиционной диагностики, методы традиционной терапии, лечение средствами природного происхождения, традиционные системы оздоровления, восстановительное аппаратное лечение, медицинская реабилитация, включая третий этап.
- 3.6.6. Обеспечение лекарственными препаратами и медицинскими изделиями, необходимыми при выполнении процедур и манипуляций.
- 3.6.7. Дополнительные услуги в рамках санаторно-курортного лечения (санаторно-курортной помощи) и (или) реабилитационно-восстановительного лечения:
- 3.6.7.1. пребывание в медицинской организации, оказывающей санаторно-курортное лечение (санаторно-курортную помощь) и (или) реабилитационно-восстановительное лечение;
- 3.6.7.2. лечебное (диетическое) питание;
- 3.6.7.3. профилактика осложнений заболевания, травмы и других расстройств здоровья и состояний, послуживших причиной обращения Застрахованного лица за санаторно-курортным лечением (санаторно-курортной помощью) и (или) реабилитационно-восстановительным лечением;
- 3.6.7.4. сопровождение Застрахованного лица при проведении обследований и консультаций в медицинской организации персоналом медицинской организации;
- 3.6.7.5. сопровождение несовершеннолетнего Застрахованного лица, Застрахованного лица, неспособного к самостоятельному передвижению и (или) нуждающегося в посторонней помощи, родителем, опекуном, попечителем, законным представителем или иным лицом при оказании Застрахованному лицу медицинской помощи (медицинских услуг);
- Данная услуга включает в себя организацию проезда одного сопровождающего лица до места оказания медицинской помощи (медицинских услуг) и обратно, его проживания и питания в месте оказания медицинской помощи (медицинских услуг).
- 3.6.7.6. совместное нахождение родителя, опекуна, попечителя, законного представителя или иного лица с несовершеннолетним Застрахованным лицом (ребенком) в стационарных условиях;
- Данная услуга включает в себя организацию предоставления одному сопровождающему лицу койко-места в стационаре без лечения, питание в стационаре стандартное. Количество койко-дней сопровождающего лица не может быть более количества койко-дней сопровождаемого лица.
- 3.6.7.7. услуги по организации и предоставлению проживания и питания Застрахованного лица в период получения медицинской помощи (медицинских услуг) в соответствии с Программой №6, не входящие в состав медицинской помощи (медицинских услуг), однако требующиеся при оказании Застрахованному лицу медицинской помощи (медицинских услуг);
- 3.6.7.8. информационные и консультационные услуги, связанные с оказанием или организацией медицинской помощи (медицинских услуг) в соответствии с Программой №6;
- 3.6.7.9. транспортировка (медицинская эвакуация), в том числе, организация проезда, Застрахованного лица в медицинскую организацию и обратно либо из одной организации в другую, включая медицинское сопровождение.
- 3.6.8. По Программе №6 не является страховым риском (страховым случаем) обращение Застрахованного лица за медицинской помощью (медицинскими услугами) и иными услугами в случаях, предусмотренных пп.3.6.-3.9. Правил страхования.
- 3.7. «Профилактика здоровья» (далее - Программа №7)
- По Программе №7 страховым случаем является документально подтвержденное обращение Застрахованного лица в течение периода действия Договора страхования в медицинскую организацию, из числа предусмотренных Договором страхования, в целях проведения профилактических мероприятий (предварительных и периодических медицинских осмотров), направленных на предупреждение возникновения заболеваний (в т.ч. профессиональных) и несчастных случаев, и экспертизы состояния здоровья Застрахованного лица, предусмотренных Договором страхования.
- Если иное не предусмотрено условиями Договора страхования, Программа №7 включает в себя:
- амбулаторный прием специалистами, консультации;
 - лабораторные и инструментальные исследования – в заранее назначенное, удобное для Застрахованного лица время, по возможности – вне общей очереди (с учетом режима работы медицинской организации);
 - диагностические обследования с применением (по показаниям) высокотехнологичных специализированных методик;
 - взятие анализов лаборантом и выполнение врачебных назначений патронажной медсестрой на дому по медицинским показаниям;

- проведение предварительных и периодических осмотров в целях предупреждения заболеваний (в т.ч. профессиональных) и несчастных случаев, экспертизы состояния здоровья Застрахованных лиц;

- иммунопрофилактика;
- вакцинация;
- оформление и выдача медицинской документации.

По Программе №7 не является страховым риском (страховым случаем) обращение Застрахованного лица за медицинской помощью (медицинскими услугами) и иными услугами в случаях, предусмотренных пп.3.6.-3.9. Правил страхования.

3.8. «Сестринский уход» (далее - Программа №8)

По Программе №8 страховым случаем является документально подтвержденное обращение Застрахованного лица в течение периода действия Договора страхования за медицинской помощью (медицинскими услугами) и иными услугами, а также медико-социальной помощью хронически и (или) тяжело больным и престарелым на дому и (или) в стационаре.

В соответствии с Программой №8 Страховщик гарантирует оплату организации и оказания (по медицинским показаниям) медицинской помощи (медицинских услуг) и иных услуг, а также медико-социальной помощи хронически и (или) тяжело больным и престарелым на дому и (или) в стационаре.

Страховщик вправе оплачивать оформление и выдачу медицинской документации, если об этом прямо сказано в Договоре страхования.

По Программе №8 не является страховым риском (страховым случаем) обращение Застрахованного лица за медицинской помощью (медицинскими услугами) и иными услугами в случаях, предусмотренных пп.3.6.-3.9. Правил страхования.

3.9. «Стоматологическая помощь» (далее - Программа №9)

По Программе №9 страховым случаем является документально подтвержденное обращение Застрахованного лица в течение периода действия Договора страхования в медицинскую организацию, из числа предусмотренных Договором страхования, при расстройствах здоровья и состояниях, требующих медицинской помощи (медицинских услуг) и иных услуг, предусмотренных Договором страхования.

В соответствии с Программой №9 Страховщик гарантирует оплату организации и оказания медицинской помощи (медицинских услуг) и иных услуг, при необходимости обращения Застрахованного лица к стоматологу.

Если иное не предусмотрено условиями Договора страхования, Программа №9 включает в себя:

- первичный осмотр с выдачей рекомендаций по необходимому лечению и уходу за полостью рта;
- лечение воспалительных заболеваний полости рта;
- терапевтическое лечение кариеса и его осложнений (пульпит, периодонтит), наложение пломб с применением импортных композитных материалов гуттаперчевых штифтов и др.;
- снятие зубных отложений ультразвуком и пломбировка зубов;
- покрытие зубов лаком;
- восстановление коронковой части зубов при ее разрушении менее чем на 50%;
- рентгенодиагностику, радиовизиографию;
- хирургическое лечение (удаление зубов с обезболиванием);
- зубопротезирование по согласованию со Страховщиком;
- оформление и выдачу медицинской документации.

По Программе №9 не является страховым риском (страховым случаем) обращение Застрахованного лица за медицинской помощью (медицинскими услугами) и иными услугами в случаях, предусмотренных пп.3.6.-3.9. Правил страхования.

В каждом конкретном случае Программа №9 может предусматривать исключение из объема покрытия данной категории медицинской помощи (медицинских услуг) и иных услуг, если это продиктовано андеррайтерской политикой Страховщика: в частности, если состояние зубов при принятии риска на страховании таково, что Страховщик ни при каких условиях не принял бы на страхование риск, связанный с возможным покрытием расходов по зубопротезированию.

4. ПОРЯДОК ОБРАЩЕНИЯ ЗАСТРАХОВАННЫХ ЛИЦ ЗА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩЬЮ (МЕДИЦИНСКИМИ УСЛУГАМИ) регламентируется положениями Программ №1-№9 Правил страхования и условиями конкретного Договора страхования.

При отсутствии в соответствующей медицинской организации необходимых специалистов или диагностической аппаратуры Застрахованному лицу осуществляются консультации и исследования в другой медицинской организации из числа сотрудничающих со Страховщиком при согласии Страховщика, а также Застрахованного лица.

Все вопросы, связанные с получением Застрахованным лицом медицинской помощи (медицинских услуг) и иных услуг, адресуются Страховщику.

5. СТРАХОВАЯ СУММА

Стоимость медицинской помощи (медицинских услуг) и иных услуг, возмещаемых Страховщиком по Программе №10, не может превышать страховую сумму (лимит ответственности).

ПРОГРАММА - «Комплексная расширенная программа»

1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

Программа «Комплексная расширенная программа» (далее - Программа №11) разработана на основании «Правил добровольного медицинского страхования» Страховщика.

Программа №11 является неотъемлемой частью Договора страхования и регламентирует:

- перечень медицинской помощи (медицинских услуг) и иных услуг, подлежащих возмещению Страховщиком;
- порядок обращения Застрахованных лиц за медицинской помощью (медицинскими услугами) и иными услугами.

В соответствии с Программой №11 Страховщик гарантирует оплату организации и оказания специализированной медицинской помощи (медицинских услуг) и иных услуг, оказываемых в амбулаторных и стационарных условиях, скорую и неотложную медицинскую помощь, стоматологическую помощь, санаторно-курортное лечение (санаторно-курортную помощь) и (или) реабилитационно-восстановительное лечение, в том числе за пределами Российской Федерации.

2. СТРАХОВОЙ СЛУЧАЙ

Страховым случаем является документально подтвержденное обращение Застрахованного лица в течение периода действия Договора страхования в медицинскую организацию, из числа предусмотренных Договором страхования, при заболевании, обострении хронического заболевания, родах, травме, отравлении, инфекции и других расстройствах здоровья и состояниях, требующих медицинской помощи (медицинских услуг): профилактической, консультативной, диагностической, лечебной, реабилитационной, в том числе санаторно-курортного лечения, иной помощи и иных услуг, предусмотренных Договором страхования.

3. ЕСЛИ ИНОЕ НЕ ПРЕДУСМОТРЕНО УСЛОВИЯМИ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ, ПРОГРАММА №11 ВКЛЮЧАЕТ В СЕБЯ СЛЕДУЮЩИЕ ПРОГРАММЫ:

3.1. «Скорая и неотложная медицинская помощь» (далее - Программа №1).

По Программе №1 страховым случаем является документально подтвержденное обращение Застрахованного лица в течение периода действия Договора страхования в медицинскую организацию, из числа предусмотренных Договором страхования, при остром заболевании, обострении хронического заболевания, травме, отравлении, инфекции и других расстройствах здоровья и состояниях, требующих скорой и неотложной медицинской помощи (медицинских услуг) и иных услуг, предусмотренных Договором страхования.

Если иное не предусмотрено условиями Договора страхования, Программа №1 включает в себя медицинскую помощь (медицинские услуги) и иные услуги, организованные и оказанные, в том числе за пределами Российской Федерации:

- возможность круглосуточного обращения за скорой и неотложной медицинской помощью (далее – СМП);
- незамедлительный выезд специализированных бригад СМП;
- строгое ограничение времени приезда транспорта СМП с учетом места нахождения Застрахованного лица;
- оказание высококвалифицированной медицинской помощи (медицинских услуг) бригадой СМП, укомплектованной необходимыми специалистами, оборудованием, инструментарием и медикаментами (лекарственными препаратами), в зависимости от характера и объемов медицинской помощи (медицинских услуг);
- проведение всех инвазивных процедур и манипуляций с применением только одноразового медицинского инструментария;
- лечение острых синдромов и симптомов заболеваний, urgentных состояний, консультация в объемах скорой неотложной медицинской помощи квалифицированными специалистами;
- транспортировка медицинским транспортом или иным транспортным средством, в том числе и с медицинским сопровождением;
- сопровождение Застрахованного лица при проведении обследований и консультаций в медицинской организации персоналом медицинской организации;
- сопровождение несовершеннолетнего Застрахованного лица, Застрахованного лица, неспособного к самостоятельному передвижению и (или) нуждающегося в посторонней помощи, родителем, опекуном, попечителем, законным представителем или иным лицом при оказании Застрахованному лицу медицинской помощи (медицинских услуг).

По Программе №1 не является страховым риском (страховым случаем) обращение Застрахованного лица за медицинской помощью (медицинскими услугами) и иными услугами в случаях, предусмотренных пп.3.6.-3.9. Правил страхования.

Страховщик не компенсирует личные затраты Застрахованного лица или Страхователя на получение СМП.

3.2. «Амбулаторная помощь» (далее - Программа №2)

По Программе №2 страховым случаем является документально подтвержденное обращение Застрахованного лица в течение периода действия Договора страхования в медицинскую организацию, из числа предусмотренных Договором страхования, при заболевании, обострении хронического заболевания, травме, отравлении, инфекции и других расстройствах здоровья и состояниях, требующих медицинской помощи (медицинских услуг): консультативной, диагностической, лечебной, профилактической, реабилитационной, иной помощи и иных услуг, предусмотренных Договором страхования.

Если иное не предусмотрено условиями Договора страхования, Программа №2 включает в себя медицинскую помощь (медицинские услуги) и иные услуги, организованные и оказанные, в том числе за пределами Российской Федерации:

- амбулаторный прием специалистами, консультации;
- лабораторные и инструментальные исследования – в заранее назначенное, удобное для Застрахованного лица время, по возможности – вне общей очереди (с учетом режима работы медицинской организации);
- проведение всех инвазивных процедур и манипуляций, вакцинации с применением только одноразовых игл, скарификаторов, шприцев и систем;
- расширенный объем диагностического обследования с применением (по показаниям) высокотехнологичных специализированных методик;
- расширенный объем лечебной помощи, включая физиолечение (все виды электро- и светолечения, лазеро- и магнитотерапию (СВЧ, УВЧ, импульсные токи, магнитофорез, электрофорез, индуктотермия дарсонвализация, диадинамические токи и пр.) теплотечение, ингаляции), баротерапию, галотерапию, массаж, акупунктуру, мануальную терапию, методы традиционной медицины (в т.ч. гирудотерапия), лазеротерапию и бальнеологические процедуры, занятия ЛФК;
- дневной стационар;
- консультации врачей-специалистов на дому, по медицинским показаниям;
- взятие анализов лаборантом и выполнение врачебных назначений патронажной медсестрой на дому по медицинским показаниям;
- обеспечение предметами медицинского ухода, медикаментами (лекарственными препаратами), медицинскими изделиями;
- консультации Застрахованных лиц специалистами кафедр медицинских вузов и научно-исследовательских учреждений, клиник;
- противорецидивное лечение;
- транспортировка медицинским транспортом или иным транспортным средством, в том числе и с медицинским сопровождением;
- сопровождение Застрахованного лица при проведении обследований и консультаций в медицинской организации персоналом медицинской организации;
- сопровождение несовершеннолетнего Застрахованного лица, Застрахованного лица, неспособного к самостоятельному передвижению и (или) нуждающегося в посторонней помощи, родителем, опекуном, попечителем, законным представителем или иным лицом при оказании Застрахованному лицу медицинской помощи (медицинских услуг);
- оформление и выдача медицинской документации.

По Программе №2 не является страховым риском (страховым случаем) обращение Застрахованного лица за медицинской помощью (медицинскими услугами) и иными услугами в случаях, предусмотренных пп.3.6.-3.9. Правил страхования.

3.3. «Терапевтический стационар» (далее - Программа №3)

По Программе №3 страховым случаем является документально подтвержденное обращение Застрахованного лица в течение периода действия Договора страхования в медицинскую организацию, из числа предусмотренных Договором страхования, при заболевании, обострении хронического заболевания, травме, отравлении, инфекции и других расстройствах здоровья и состояниях, требующих медицинской помощи (медицинских услуг): профилактической, консультативной, диагностической, лечебной, реабилитационной, иной помощи и иных услуг, предусмотренных Договором страхования.

Если иное не предусмотрено условиями Договора страхования, Программа №3 включает в себя медицинскую помощь (медицинские услуги) и иные услуги при лечении в условиях стационара терапевтического профиля, в том числе за пределами Российской Федерации, с целью:

- диагностического обследования (лабораторного и инструментального исследования) с применением (по показаниям) традиционных методов обследования, а также обследования с использованием высоких медицинских технологий;

- лечения в соответствии с рекомендациями и медицинскими стандартами, применяемыми в медицинских организациях, с использованием высоких технологий лечения;

- восстановительное лечение, физиолечение, занятия ЛФК.

Застрахованному лицу по Программе №3 гарантируется оплата медицинской помощи (медицинских услуг) и иных услуг, при необходимости его лечения в условиях стационара, включая:

- стоимость пребывания в медицинской организации;
- стоимость пребывания в отделении интенсивной терапии, реанимационных мероприятий;
- стоимость консультаций и других профессиональных услуг врачей;
- диагностические обследования с применением (по показаниям) традиционных методов обследования;

- стоимость физиолечения, массажа, иглорефлексотерапии, мануальной терапии, занятий ЛФК, баротерапии, бальнеологического лечения, предписанных врачом для лечения заболевания, послужившего причиной госпитализации;

- стоимость медицинского обслуживания;

- стоимость вспомогательной медицинской помощи (медицинских услуг);

- предоставление места по возможности в стационаре в одноместной палате, палате повышенной комфортности;

- индивидуальный пост;

- стоимость медицинских изделий;

- стоимость койко-дня (в том числе расходы на лечебное (диетическое) питание, оказание медицинской помощи (медицинских услуг), медикаменты (лекарственные препараты)) (под койко-днем понимается день, проведенный Застрахованным лицом в условиях медицинского стационара в медицинской организации);

- стоимость транспортировки медицинским транспортом или иным транспортным средством, в том числе и с медицинским сопровождением;

- сопровождение Застрахованного лица при проведении обследований и консультаций в медицинской организации персоналом медицинской организации;

- сопровождение несовершеннолетнего Застрахованного лица, Застрахованного лица, неспособного к самостоятельному передвижению и (или) нуждающегося в посторонней помощи, родителем, опекуном, попечителем, законным представителем или иным лицом при оказании Застрахованному лицу медицинской помощи (медицинских услуг);

- оформление и выдачу медицинской документации.

По Программе №3 не является страховым риском (страховым случаем) обращение Застрахованного лица за медицинской помощью (медицинскими услугами) и иными услугами в случаях, предусмотренных пп.3.6.-3.9. Правил страхования.

3.4. «Хирургический стационар» (далее - Программа №4)

По Программе №4 страховым случаем является документально подтвержденное обращение Застрахованного лица в течение периода действия Договора страхования в медицинскую организацию при травме, заболеваниях и других расстройствах здоровья и состояниях, нуждающихся в хирургическом вмешательстве, за получением медицинской помощи (медицинских услуг) и иных услуг, предусмотренных Договором страхования.

Если иное не предусмотрено условиями Договора страхования, Программа №4 включает в себя медицинскую помощь (медицинские услуги) и иные услуги при лечении в условиях стационара хирургического профиля, в том числе за пределами Российской Федерации, с целью:

- проведения инвазивных диагностических процедур;

- диагностического обследования с применением (по показаниям) традиционных методов обследования, а также обследования с использованием высоких медицинских технологий;

- лечения в соответствии с рекомендациями и медицинскими стандартами, применяемыми в медицинских организациях, включая традиционные хирургические методики, а также высокие технологии лечения: рентгено-эндоваскулярную хирургию, лазерную хирургию, эндоскопическую хирургию, оперативное пособие с использованием атравматических методов (атравматический шовный материал, литотрипсию, лапароскопические операции);

- проведения лечебной физической культуры (далее – ЛФК).

Застрахованному лицу по Программе №4 гарантируется оплата организации и оказания медицинской помощи (медицинских услуг) и иных услуг, при необходимости его лечения в условиях стационара, включая:

- стоимость пребывания в медицинской организации;

- стоимость пребывания в отделении интенсивной терапии, реанимационных мероприятий;

- стоимость консультаций и других профессиональных услуг врачей;

- стоимость физиолечения, массажа, иглорефлексотерапии, мануальной терапии, занятий ЛФК, баротерапии, бальнеологического лечения, предписанных врачом для лечения заболеваний, послуживших причиной госпитализации;

- стоимость медицинского обслуживания;
- стоимость вспомогательной медицинской помощи (медицинских услуг);
- стоимость хирургической помощи;
- стоимость анестезии;
- стоимость оперативного вмешательства;
- стоимость пользования операционной, кабинетом по наложению гипса;
- предоставление места в стационаре по возможности в одноместной палате, палате повышенной комфортности, реанимации;
- индивидуальный пост;
- стоимость медицинских изделий;
- стоимость койко-дня (в том числе расходы на лечебное (диетическое) питание, оказание медицинской помощи (медицинских услуг), медикаменты (лекарственные препараты)) (под койко-днем понимается день, проведенный Застрахованным лицом в условиях медицинского стационара в медицинской организации);
- стоимость транспортировки медицинским транспортом или иным транспортным средством, в том числе и с медицинским сопровождением;
- сопровождение Застрахованного лица при проведении обследований и консультаций в медицинской организации персоналом медицинской организации;
- сопровождение несовершеннолетнего Застрахованного лица, Застрахованного лица, неспособного к самостоятельному передвижению и (или) нуждающегося в посторонней помощи, родителем, опекуном, попечителем, законным представителем или иным лицом при оказании Застрахованному лицу медицинской помощи (медицинских услуг);
- оформление и выдачу медицинской документации.

По Программе №4 не является страховым риском (страховым случаем) обращение Застрахованного лица за медицинской помощью (медицинскими услугами) и иными услугами в случаях, предусмотренных пп.3.6.-3.9. Правил страхования.

Страховщик по отдельно заключаемым Договорам страхования может оплачивать гемодиализ в связи с острой почечной недостаточностью, сложные и сосудистые операции на сердце и сосудах, суставах, на головном и спинном мозге, периферической нервной системе, а также иные специализированные высокотехнологичные операции, включая трансплантацию органов и тканей.

3.5. «Лекарственное обеспечение» (далее - Программа №5)

По Программе №5 страховым случаем является документально подтвержденное обращение Застрахованного лица в течение периода действия Договора страхования за лекарственной помощью, в том числе медикаментами (лекарственными препаратами) и (или) медицинскими изделиями в связи с лечением, назначенным лечащим врачом при заболевании, обострении хронического заболевания, травме, отравлении и других расстройствах здоровья и состояниях, требующих лекарственной помощи, предусмотренной Договором страхования.

Если иное не предусмотрено условиями Договора страхования, Программа №5 включает в себя лекарственное обеспечение при лечении амбулаторного характера, в том числе за пределами Российской Федерации.

Страховщик вправе оплачивать оформление и выдачу медицинской документации, если об этом прямо сказано в Договоре страхования.

Страховщик не оплачивает медикаменты (лекарственные препараты), приобретенные Застрахованным лицом без назначения врача в медицинских организациях, не определенных Договором страхования, и (или) не согласованные со Страховщиком.

3.6. «Санаторно-курортное и реабилитационно-восстановительное лечение» (далее - Программа №6)

По Программе №6 страховым случаем является документально подтвержденное обращение Застрахованного лица в течение периода действия Договора страхования в медицинскую организацию или иную организацию, из числа предусмотренных Договором страхования и согласованных Страховщиком для организации и оказания ему, предусмотренных Программой №6 медицинской помощи (медицинских услуг) и иных услуг, а также для проведения профилактических мероприятий, снижающих степень опасных для жизни или здоровья угроз и (или) устраняющих их в период остаточных явлений течения заболевания, а также при хроническом течении заболевания вне обострения.

Страховщик гарантирует Застрахованному лицу при наступлении страхового случая оплату организации и оказания санаторно-курортного лечения (санаторно-курортной помощи) и (или) реабилитационно-восстановительного лечения в объеме, предусмотренном Программой добровольного медицинского страхования, прилагаемой к Договору страхования, в которую могут быть включены медицинская помощь (медицинские услуги) и иные услуги из числа предусмотренных пунктами 3.6.1.–3.6.7. Программы №6, при соблюдении всех положений, определений, исключений и ограничений, предусмотренных Правилами страхования и Договором страхования.

Если иное не предусмотрено условиями Договора страхования, Программа №6 включает в себя объем медицинской помощи (медицинских услуг) и (или) иных услуг, предусмотренных пунктами 3.6.1.–3.6.7. Программы №6, организованных и оказанных, в том числе за пределами Российской Федерации.

3.6.1. Консультативные приемы врачей-специалистов по: акушерству и гинекологии, аллергологии и иммунологии, восстановительной медицине, гастроэнтерологии, дерматовенерологии, диабетологии, диетологии, кардиологии, лечебной физкультуре и спортивной медицине, мануальной терапии, неврологии, нефрологии, оториноларингологии, офтальмологии, пульмонологии, ревматологии, рентгенологии, рефлексотерапии, терапии, травматологии и ортопедии, ультразвуковой диагностике, урологии, физиотерапии, функциональной диагностике, эндокринологии, эндоскопии и др. профилям.

3.6.2. Оформление медицинской документации.

3.6.3. Лабораторные исследования: общеклинические, биохимические исследования, иммунологические исследования, микробиологические исследования, цитологические исследования, гистологические исследования.

3.6.4. Инструментальные исследования: функциональная диагностика, ультразвуковая диагностика, рентгенологические исследования, эндоскопические исследования.

3.6.5. Процедуры, манипуляции и методы лечения:

3.6.5.1. консервативное лечение по поводу заболевания, травмы и других расстройств здоровья и состояний, послуживших основанием для оказания санаторно-курортного лечения (санаторно-курортной помощи) и (или) реабилитационно-восстановительного лечения, лечебные и диагностические манипуляции;

3.6.5.2. физиотерапевтическое лечение, восстановительное лечение, методы традиционной диагностики, методы традиционной терапии, лечение средствами природного происхождения, традиционные системы оздоровления, восстановительное аппаратное лечение, медицинская реабилитация, включая третий этап.

3.6.6. Обеспечение лекарственными препаратами и медицинскими изделиями, необходимыми при выполнении процедур и манипуляций.

3.6.7. Дополнительные услуги в рамках санаторно-курортного лечения (санаторно-курортной помощи) и (или) реабилитационно-восстановительного лечения:

3.6.7.1. пребывание в медицинской организации, оказывающей санаторно-курортное лечение (санаторно-курортную помощь) и (или) реабилитационно-восстановительное лечение;

3.6.7.2. расширенное лечебное (диетическое) питание;

3.6.7.3. профилактика осложнений заболевания, травмы и других расстройств здоровья и состояний, послуживших причиной обращения Застрахованного лица за санаторно-курортным лечением (санаторно-курортной помощью) и (или) реабилитационно-восстановительным лечением;

3.6.7.4. сопровождение Застрахованного лица при проведении обследований и консультаций в медицинской организации персоналом медицинской организации;

3.6.7.5. сопровождение несовершеннолетнего Застрахованного лица, Застрахованного лица, неспособного к самостоятельному передвижению и (или) нуждающегося в посторонней помощи, родителем, опекуном, попечителем, законным представителем или иным лицом при оказании Застрахованному лицу медицинской помощи (медицинских услуг);

Данная услуга включает в себя организацию проезда одного сопровождающего лица до места оказания медицинской помощи (медицинских услуг) и обратно, его проживания и питания в месте оказания медицинской помощи (медицинских услуг).

3.6.7.6. совместное нахождение родителя, опекуна, попечителя, законного представителя или иного лица с несовершеннолетним Застрахованным лицом (ребенком) в стационарных условиях;

Данная услуга включает в себя организацию предоставления одному сопровождающему лицу койко-места в стационаре без лечения, питание в стационаре стандартное. Количество койко-дней сопровождающего лица не может быть более количества койко-дней сопровождаемого лица.

3.6.7.7. услуги по организации и предоставлению проживания и питания Застрахованного лица в период получения медицинской помощи (медицинских услуг) в соответствии с Программой №6, не входящие в состав медицинской помощи (медицинских услуг), однако требующиеся при оказании Застрахованному лицу медицинской помощи (медицинских услуг);

3.6.7.8. услуги переводчика в период получения медицинской помощи (медицинских услуг) и иных услуг, предусмотренных Программой №6;

3.6.7.9. информационные и консультационные услуги, связанные с оказанием или организацией медицинской помощи (медицинских услуг) в соответствии с Программой №6;

3.6.7.10. транспортировка (медицинская эвакуация), в том числе, организация проезда Застрахованного лица в медицинскую организацию и обратно либо из одной организации в другую, включая медицинское сопровождение.

3.6.8. По Программе №6 не является страховым риском (страховым случаем) обращение Застрахованного лица за медицинской помощью (медицинскими услугами) и иными услугами в случаях, предусмотренных пп.3.6.-3.9. Правил страхования.

3.7. «Профилактика здоровья» (далее - Программа №7)

По Программе №7 страховым случаем является документально подтвержденное обращение Застрахованного лица в течение периода действия Договора страхования в медицинскую организацию, из числа предусмотренных Договором страхования, в целях проведения профилактических мероприятий (предварительных и периодических медицинских осмотров), направленных на предупреждение возникновения заболеваний (в т.ч. профессиональных) и несчастных случаев, и экспертизы состояния здоровья Застрахованного лица, предусмотренных Договором страхования.

Если иное не предусмотрено условиями Договора страхования, Программа №7 включает в себя медицинскую помощь (медицинские услуги) и иные услуги, организованные и оказанные, в том числе за пределами Российской Федерации:

- амбулаторный прием специалистами, консультации;
- лабораторные и инструментальные исследования – в заранее назначенное, удобное для Застрахованного лица время, по возможности – вне общей очереди (с учетом режима работы медицинской организации);
- расширенный объем диагностических обследований с применением (по показаниям) высокотехнологичных специализированных методик;
- взятие анализов лаборантом и выполнение врачебных назначений патронажной медсестрой на дому по медицинским показаниям;
- консультации Застрахованных лиц специалистами кафедр медицинских вузов и научно-исследовательских учреждений, клиник;
- проведение предварительных и периодических осмотров в целях предупреждения заболеваний (в т.ч. профессиональных) и несчастных случаев, экспертизы состояния здоровья Застрахованных лиц;
- иммунопрофилактика;
- вакцинация;
- оформление и выдача медицинской документации.

По Программе №7 не является страховым риском (страховым случаем) обращение Застрахованного лица за медицинской помощью (медицинскими услугами) и иными услугами в случаях, предусмотренных пп.3.6.-3.9. Правил страхования.

3.8. «Сестринский уход» (далее - Программа №8)

По Программе №8 страховым случаем является документально подтвержденное обращение Застрахованного лица в течение периода действия Договора страхования за медицинской помощью (медицинскими услугами) и иными услугами, а также медико-социальной помощью хронически и (или) тяжело больным и престарелым на дому и (или) в стационаре.

В соответствии с Программой №8 Страховщик гарантирует оплату организации и оказания (по медицинским показаниям) медицинской помощи (медицинских услуг) и иных услуг, а также медико-социальной помощи хронически и (или) тяжело больным и престарелым на дому и (или) в стационаре, в том числе за пределами Российской Федерации.

Страховщик вправе оплачивать оформление и выдачу медицинской документации, если об этом прямо сказано в Договоре страхования.

По Программе №8 не является страховым риском (страховым случаем) обращение Застрахованного лица за медицинской помощью (медицинскими услугами) и иными услугами в случаях, предусмотренных пп.3.6.-3.9. Правил страхования.

3.9. «Стоматологическая помощь» (далее - Программа №9)

По Программе №9 страховым случаем является документально подтвержденное обращение Застрахованного лица в течение периода действия Договора страхования в медицинскую организацию, из числа предусмотренных Договором страхования, при расстройствах здоровья и состояниях, требующих медицинской помощи (медицинских услуг) и иных услуг, предусмотренных Договором страхования.

В соответствии с Программой №9 Страховщик гарантирует оплату организации и оказания медицинской помощи (медицинских услуг) и иных услуг, при необходимости обращения Застрахованного лица к стоматологу.

Если иное не предусмотрено условиями Договора страхования, Программа №9 включает в себя медицинскую помощь (медицинские услуги) и иные услуги, организованные и оказанные, в том числе за пределами Российской Федерации:

- первичный осмотр с выдачей рекомендаций по необходимому лечению и уходу за полостью рта;
- лечение воспалительных заболеваний полости рта;
- терапевтическое лечение кариеса и его осложнений (пульпит, периодонтит), наложение пломб с применением импортных композитных материалов гуттаперчевых штифтов и др.;
- снятие зубных отложений ультразвуком и пломбировка зубов;
- покрытие зубов лаком;
- восстановление коронковой части зубов при ее разрушении менее чем на 50%;

- рентгендиагностику, радиовизиографию;
- хирургическое лечение (удаление зубов с обезболиванием);
- зубопротезирование по согласованию со Страховщиком;
- имплантологию по согласованию со Страховщиком;
- оформление и выдачу медицинской документации.

По Программе №9 не является страховым риском (страховым случаем) обращение Застрахованного лица за медицинской помощью (медицинскими услугами) и иными услугами в случаях, предусмотренных пп.3.6.-3.9. Правил страхования.

В каждом конкретном случае Программа №9 может предусматривать исключение из объема покрытия данной категории медицинской помощи (медицинских услуг) и иных услуг, если это продиктовано андеррайтерской политикой Страховщика: в частности, если состояние зубов при принятии риска на страховании таково, что Страховщик ни при каких условиях не принял бы на страхование риск, связанный с возможным покрытием расходов по зубопротезированию и (или) имплантологии.

4. ПОРЯДОК ОБРАЩЕНИЯ ЗАСТРАХОВАННЫХ ЛИЦ ЗА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩЬЮ (МЕДИЦИНСКИМИ УСЛУГАМИ) регламентируется положениями Программ №1-№9 Правил страхования и условиями конкретного Договора страхования.

При отсутствии в соответствующей медицинской организации необходимых специалистов или диагностической аппаратуры Застрахованному лицу осуществляются консультации и исследования в другой медицинской организации из числа сотрудничающих со Страховщиком при согласии Страховщика, а также Застрахованного лица.

Все вопросы, связанные с получением Застрахованным лицом медицинской помощи (медицинских услуг) и иных услуг, адресуются Страховщику.

5. СТРАХОВАЯ СУММА

Стоимость медицинской помощи (медицинских услуг) и иных услуг, возмещаемых Страховщиком по Программе №11, не может превышать страховую сумму (лимит ответственности).

ПРОГРАММА - «Дородовое наблюдение женщин»

Если иное не предусмотрено условиями Договора страхования, Программа «Дородовое наблюдение женщин» включает в себя:

1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

Программа «Дородовое наблюдение женщин» (далее - Программа №12) разработана на основании «Правил добровольного медицинского страхования» Страховщика.

Программа №12 является неотъемлемой частью Договора страхования и регламентирует:

- перечень медицинской помощи (медицинских услуг) и иных услуг, подлежащих возмещению Страховщиком;
- порядок обращения Застрахованных лиц за медицинской помощью (медицинскими услугами) и иными услугами.

2. Программа №12 определяет объем, сроки и качество медицинской помощи (медицинских услуг) и иных услуг, предоставляемых в соответствии с Договором страхования, а также обязанности сторон по выполнению условий указанного Договора страхования.

3. Страховщик гарантирует оплату организации и оказания медицинской помощи (медицинских услуг) и иных услуг в соответствии с установленными Министерством здравоохранения Российской Федерации требованиями, с применением разрешенных методик и средств лечения.

4. Страхователь (Застрахованное лицо) обязан предоставить необходимую достоверную информацию и строго соблюдать указания лечащего врача, а в случае нахождения в стационаре - врачебного персонала указанной медицинской организации.

5. В случае несогласия с указаниями (назначениями) лечащего врача (врачебного персонала) Страхователь (Застрахованное лицо) обязан незамедлительно письменно уведомить об этом Страховщика и (или) медицинскую организацию.

6. Программа №12 предусматривает организацию проведения комплексного обследования и наблюдения женщин при заключении Договора страхования на любом сроке беременности и до 36-й недели включительно персональным врачом акушером-гинекологом.

6.1. На протяжении действия Договора страхования Застрахованному лицу гарантированы организация и оказание следующей медицинской помощи (медицинских услуг):

- проведение консультаций индивидуального врача акушера-гинеколога;
- осмотры врачами-специалистами (терапевтом, окулистом, невропатологом, психологом и другими специалистами по показаниям);
- проведение комплекса инструментальных и лабораторно-диагностических мероприятий, таких как: УЗ-исследования, доплерометрия, внутриутробная ЭХО-КГ плода, определение группы крови и Rh-фактора, исследование по показаниям Rh-антител и титр Rh-антител, исследование крови на RW, ВИЧ-инфекцию, гемосиндром, определение глюкозы крови, клинические анализы крови, исследования мочи, исследования влагалищного отделяемого на флору, а, кроме того - определение ХГЧ и АПФ в крови, исследование крови на ЦМВ, герпес, токсоплазмоз, краснуху, влагалищного отделяемого на хламидиоз, уреаплазмоз, микоплазмоз, цитологическое исследование влагалищного мазка, бактериологическое исследование.

Выполнение осмотров и лабораторных исследований осуществляется на основании инструкций и рекомендаций Министерства здравоохранения Российской Федерации и зависит от индивидуальных особенностей течения беременности, сроков обращения для заключения Договора страхования.

7. Комплекс обследований и специализированной медицинской помощи (медицинских услуг) в случае возникновения экстрагенитальной патологии осуществляется на базе поликлиник (женских консультаций) рекомендованных Страховщиком в полном объеме, в соответствии с назначениями врача. Комплексное амбулаторно-поликлиническое обслуживание включает проведение консультации, обследование и лечение в амбулаторных условиях с привлечением врачей-специалистов различных профилей по согласованию с акушером-гинекологом, обеспечение медикаментами (лекарственными препаратами) и медицинскими изделиями.

Программой №12 не предусмотрена оплата медицинской помощи (медицинских услуг) и иных услуг в случаях, предусмотренных пп.3.6.-3.9. Правил страхования, а также, в случаях:

- выявления заболеваний, связанных с последствиями радиоактивного или иного облучения;
- профессиональных заболеваний;
- неотложных состояний, являющихся компетенцией служб «скорой помощи»;
- травм всех видов, отравлений.

Программой №12 может быть предусмотрена организация оказания медицинской помощи (медицинских услуг) на дому при условии включения ее в Договор страхования.

Страховщик вправе оплачивать оформление и выдачу медицинской документации, если об этом прямо сказано в Договоре страхования.

8. Страховщик оплачивает предоставление медицинской помощи (медицинских услуг), скорой и неотложной медицинской помощи (далее - СМП) с транспортировкой Застрахованного лица в медицинскую организацию по медицинским показаниям.

Вызов бригады СМП осуществляется по согласованию со Страховщиком.

При необходимости проведения стационарного лечения беременной, связанного с акушерской патологией, Страховщик организует и оплачивает госпитализацию Застрахованного лица в профильную медицинскую организацию.

Ответственность Страховщика составляет:

- организация и оплата пребывания в стационаре;
- организация и оплата медицинского обеспечения, хирургических вмешательств и манипуляций, связанных с беременностью, в течение всего времени пребывания в стационаре.

9. Страхователь (Застрахованное лицо) уведомлен о том, что граждане, зарегистрированные в установленном порядке, вправе получить медицинскую помощь (медицинские услуги), предусмотренную действующими стандартами, бесплатно, на общих основаниях, за исключением медицинской помощи (медицинских услуг) и иных услуг, дополнительно предусмотренных Договором страхования.

Все вопросы, связанные с получением Застрахованным лицом медицинской помощи (медицинских услуг) и иных услуг, адресуются Страховщику.

10. СТРАХОВАЯ СУММА

Стоимость медицинской помощи (медицинских услуг) и иных услуг, возмещаемых Страховщиком по Программе №12, не может превышать страховую сумму (лимит ответственности).

ПРОГРАММА - «Акушерская помощь»

Если иное не предусмотрено условиями Договора страхования, Программа «Акушерская помощь» включает в себя:

1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

Программа «Акушерская помощь» (далее - Программа №13) разработана на основании «Правил добровольного медицинского страхования» Страховщика.

Программа №13 является неотъемлемой частью Договора страхования и регламентирует:

- перечень медицинской помощи (медицинских услуг) и иных услуг, подлежащих возмещению Страховщиком;
- порядок обращения Застрахованных лиц за медицинской помощью (медицинскими услугами) и иными услугами.

2. Программа №13 определяет объем, сроки и качество медицинской помощи (медицинских услуг) и иных услуг, предоставляемых в соответствии с Договором страхования, а также обязанности сторон по выполнению условий указанного Договора страхования.

3. Страховщик гарантирует оплату организации и оказания медицинской помощи (медицинских услуг) и иных услуг, в соответствии с установленными Министерством здравоохранения Российской Федерации требованиями с применением разрешенных методик и средств лечения.

4. Страхователь (Застрахованное лицо) обязан предоставить необходимую достоверную информацию и строго соблюдать указания лечащего врача, а в случае нахождения в стационаре - врачебного персонала указанной медицинской организации.

5. В случае несогласия с указаниями (назначениями) лечащего врача (врачебного персонала) Страхователь (Застрахованное лицо) обязан незамедлительно письменно уведомить об этом Страховщика и (или) медицинскую организацию.

6. Медицинская помощь (медицинские услуги), организованная в родильном доме, родильном отделении клиники (стационара):

6.1. Госпитализация Застрахованного лица при начале родовых схваток, а также при экстренной госпитализации, связанной с преждевременным излитием околоплодных вод или появлением кровяных выделений.

6.2. Неотложная госпитализация осуществляется по медицинским показаниям, при наличии направления лечащего врача акушера-гинеколога. Ответственность Страховщика составляет:

- организация и оплата первых ___ дней пребывания в стационаре в родовом периоде;
- организация и оплата медикаментов (лекарственных препаратов), медицинского обеспечения, хирургических вмешательств и манипуляций, связанных с беременностью, в течение всего времени пребывания в стационаре.

7. Иные услуги:

- стоимость транспортировки медицинским транспортом или иным транспортным средством, в том числе и с медицинским сопровождением;
- сопровождение Застрахованного лица при проведении обследований и консультаций в медицинской организации персоналом медицинской организации;
- оформление и выдача медицинской документации.

8. Программа №13 не предусматривает оплату организации и оказания медицинской помощи (медицинских услуг) по применению средств, методики, лекарств и т.п., не утвержденных Министерством здравоохранения Российской Федерации, в т.ч. применяемых за рубежом.

9. После родов Страховщик обязуется произвести оплату за размещение Застрахованного лица, при наличии, в 1-2 местной палате со всеми удобствами, соответствующими санитарно-гигиеническим нормам. Пребывание роженицы и новорожденного в отделениях стационара после физиологически протекавших родов 3-5 календарных дней с момента поступления в стационар и 7-10 календарных дней после проведения операции «Кесарево сечение», без дополнительной оплаты возможно только при наличии соответствующего медицинского заключения лечащего врача.

9.1. Содержание палат для матерей и новорожденных предусматривает:

- ежедневное кварцевание палат;
- трехкратную влажную уборку;
- ежедневную смену белья (полотенца, пеленки);
- четырехразовое питание.

10. Застрахованное лицо обязано:

- в целях профилактики послеродовых осложнений строго соблюдать санитарно-гигиенический режим, рекомендованный лечащим врачом и врачебным персоналом;
- выполнять указания о необходимом курсе лечения;
- не поднимать тяжести, не употреблять алкоголь, наркотики, психотропные вещества без назначения врача либо новые потенциально опасные психоактивные вещества;
- прибыть на госпитализацию в вышеуказанную медицинскую организацию согласно рекомендациям лечащего врача, имея при себе: паспорт, обменную карту женской консультации по месту жительства, Страховой полис.

10.1. О нарушениях Застрахованного лица санитарного режима производится соответствующая запись в истории родов.

11. Стороны признают, что к обстоятельствам непреодолимой силы, кроме общепринятых (наводнения, землетрясения, военные действия, эпидемии и т.п.), относятся такие обстоятельства, которые на современном уровне развития медицинской науки и практики не могут быть однозначно спрогнозированы, диагностированы и предотвращены.

12. Медицинская помощь (медицинские услуги) и иные услуги, предусмотренные Программой №13, не предоставляются в случаях, предусмотренных пп.3.6.-3.9. Правил страхования, а также пациентам со следующими заболеваниями:

- гнойно-септические очаги инфекции;
- пороки сердца с недостаточностью кровообращения;
- гипертоническая болезнь II и III стадий;
- заболевания почек (гломерулонефрит),
- психические расстройства (эпилепсия, шизофрения);
- сахарный диабет;
- системные заболевания соединительной ткани (коллагенозы).

13. При возникновении у беременной острой хирургической или травматологической патологии, после консультации со специалистами соответствующего профиля, госпитализация производится в клинические больницы, в составе которых имеются родильные отделения. При этом диагностика и лечение травматологической и хирургической патологии выполняется на общих основаниях и не оплачивается за счет средств добровольного медицинского страхования.

14. Страхователь (Застрахованное лицо) уведомляется о том, что граждане, зарегистрированные в установленном порядке, вправе получить гинекологическую и акушерскую помощь, предусмотренную действующими стандартами, бесплатно, на общих основаниях, за исключением медицинской помощи (медицинских услуг) и иных услуг, дополнительно предусмотренных Программой №13.

Все вопросы, связанные с получением Застрахованным лицом медицинской помощи (медицинских услуг) и иных услуг, адресуются Страховщику.

15. СТРАХОВАЯ СУММА

Стоимость медицинской помощи (медицинских услуг) и иных услуг, возмещаемых Страховщиком по Программе №13, не может превышать страховую сумму (лимит ответственности).

ПРОГРАММА - «Индивидуальное ведение родов»

Если иное не предусмотрено условиями Договора страхования, Программа «Индивидуальное ведение родов» включает в себя:

1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

Программа «Индивидуальное ведение родов» (далее – Программа №14) разработана на основании «Правил добровольного медицинского страхования» Страховщика.

Программа №14 является неотъемлемой частью Договора страхования и регламентирует:

- перечень медицинской помощи (медицинских услуг) и иных услуг, подлежащих возмещению Страховщиком;
- порядок обращения Застрахованных лиц за медицинской помощью (медицинскими услугами) и иными услугами.

2. Программа №14 определяет объем, сроки и качество медицинской помощи (медицинских услуг) и иных услуг, предоставляемых в соответствии с Договором страхования, а также обязанности сторон по выполнению условий указанного Договора страхования.

3. Страховщик гарантирует оплату организации и оказания медицинской помощи (медицинских услуг) и иных услуг, в соответствии с установленными Министерством здравоохранения Российской Федерации требованиями с применением разрешенных методик и средств лечения.

4. Страхователь (Застрахованное лицо) обязан предоставить необходимую достоверную информацию и строго соблюдать указания лечащего врача, а в случае нахождения в стационаре - врачебного персонала указанной медицинской организации.

5. В случае несогласия с указаниями (назначениями) лечащего врача (врачебного персонала) Страхователь (Застрахованное лицо) обязан незамедлительно письменно уведомить об этом Страховщика и (или) медицинскую организацию.

6. Медицинская помощь (медицинские услуги), предоставляемая Застрахованному лицу по назначению лечащего врача акушера-гинеколога с 36 недель беременности:

6.1. Консультация лечащего врача, окулиста, терапевта, невропатолога, психолога и других специалистов по показаниям с выработкой окончательной тактики ведения родов.

6.2. Осмотр беременной при поступлении в медицинскую организацию.

6.3. Диагностические обследования: ультразвуковые исследования, доплерометрия кровотока, кардиотахография плода, исследование биофизического профиля плода.

6.4. Лабораторно-диагностические обследования, включающие в себя исследования на носительство HBS и HCV антигенов, резус-антитела, RW, ВИЧ, вагинальную флору, внутриутробные инфекции.

6.5. Лечение урогенитальной инфекции при наличии показаний.

6.6. Эффективные методы лечения и профилактики осложнений в родах, послеродовом периоде.

6.7. При выявлении у Застрахованного лица специфических, хронических очагов инфекции вопрос о возможности проведения родов решается в индивидуальном порядке.

6.8. Подготовка родовых путей к родам.

6.9. Роды через естественные родовые пути, оперативное родоразрешение – «Кесарево сечение» при наличии абсолютных показаний, «индуцированные роды».

Вопрос о необходимости проведения операции «Кесарево сечение» при наличии относительных показаний решается в процессе родов, применительно к конкретной ситуации.

7. Медицинская помощь (медицинские услуги), предоставляемая в стационаре:

7.1. Использование современной наркозно-дыхательной аппаратуры для искусственной вентиляции легких и фракционного обезболивания в индивидуальных родовых залах, операционных, палатах интенсивной терапии.

7.2. Обезболивание при родоразрешении с учетом медицинских показаний и желания роженицы, осуществляющееся в следующих видах:

- эпидуральная (спинномозговая) анестезия;
- внутривенный наркоз;
- масочная ингаляция закисно-кислородной смесью.

7.3. Использование одноразового инструментария: шприцев, игл, перчаток, режущего инструмента, белья при приеме родов, внутривенных катетеров.

7.4. Индивидуальный сервисный родильный зал.

8. Ведение родов предусмотрено с обязательным присутствием медицинской бригады, в которую входят:

- акушер-гинеколог (персональный);
- анестезиолог (при необходимости проведения анестезии);
- неонатолог (педиатр);
- акушерка.

8.1. По совместному желанию родителей и при отсутствии медицинских противопоказаний - присутствие супруга (другого члена семьи) на родах.

9. Для профилактики заболеваний матери и новорожденного в стационаре предусмотрена возможность их совместного пребывания, что способствует максимальной разобщенности с другими родильницами и новорожденными.

9.1. Противопоказаниями к совместному пребыванию являются:

Со стороны матери:

- отсутствие согласия матери;
- поздний токсикоз беременных;
- экстрагенитальные заболевания в стадии декомпенсации;
- стремительные роды;
- оперативное родоразрешение и т.п. согласно заключению лечащего врача.

Со стороны новорожденного:

- недоношенность, незрелость;
- хроническая гипоксия плода;
- гипотрофия плода;
- гемолитическая болезнь новорожденного согласно заключению лечащего врача.

10. В случае отказа матери от совместного пребывания с новорожденным, ребенок помещается в детскую палату, где ему обеспечивается необходимый уход среднего медицинского персонала и квалифицированное наблюдение со стороны врача-неонатолога, в которое входит санитарно-гигиеническая обработка новорожденного, взвешивание, кормление смесями, имеющими сертификат качества, круглосуточное наблюдение за новорожденным.

11. Программа №14 не предусматривает оплату организации и оказания медицинской помощи (медицинских услуг):

- применение средств, методики, лекарств, не утвержденных Министерством здравоохранения Российской Федерации, в т.ч. применяемых за рубежом;
- привлечение медицинского персонала из медицинских организаций, с которыми Страховщик не имеет Договорных отношений и которые не указаны в Договоре страхования.

12. Страховщик обязуется оплатить размещение Застрахованного лица, при наличии, в 1-2 местной палате со всеми удобствами, соответствующими санитарно-гигиеническим нормам. Пребывание роженицы и новорожденного в отделениях стационара после физиологически протекавших родов 3-5 календарных дней с момента поступления в стационар и 7-10 календарных дней после проведения операции «Кесарево сечение», без дополнительной оплаты возможно только при наличии соответствующего медицинского заключения лечащего врача.

12.1. Содержание палат для матерей и новорожденных предусматривает:

- ежедневное кварцевание палат;
- трехкратную влажную уборку;
- ежедневную смену белья (полотенца, пеленки);
- четырехразовое питание.

12.2. при наличии показаний:

- комплексная физиотерапевтическая реабилитация;
- обеспечение медикаментами (лекарственными препаратами);
- УЗИ матки и придатков после родов;
- клинико-биохимические исследования;
- консультации врачей специалистов.

12.3. Посещение послеродового отделения разрешается ежедневно, в установленные часы. В отделение допускаются лица старше __ лет, не более __ посетителей в день. В целях профилактики послеродовых осложнений посетители обязаны строго соблюдать правила санитарно-гигиенического режима родильного дома.

12.4. Пользование личными вещами: плеер, фото-, видеоаппаратура, мобильный телефон и др.

13. Застрахованное лицо обязано:

- систематически, по указанию лечащего врача проходить осмотры;
- по показаниям проходить лабораторно-диагностические обследования (анализ крови на HBS, HCV антигены, RW и т.п.);
- в целях профилактики послеродовых осложнений строго соблюдать санитарно-гигиенический режим, рекомендованный лечащим врачом и врачебным персоналом;
- выполнять указания о необходимом курсе лечения;
- не выезжать за пределы города, постоянного места проживания;
- не поднимать тяжести, не употреблять алкоголь, наркотики, психотропные вещества без предписания врача либо новые потенциально опасные психоактивные вещества;
- прибыть на госпитализацию в вышеуказанную медицинскую организацию согласно рекомендациям лечащего врача, имея при себе: паспорт, обменную карту женской консультации по месту жительства, Страховой полис.

14. В течение 28 календарных дней после родов, в случае возникновения у Застрахованного лица послеродовых осложнений, Страховщик обязуется без дополнительной оплаты:

- организовать консультацию специалиста в медицинской организации, где проходили роды;
- в случае необходимости, организовать транспортировку Застрахованного лица в медицинскую организацию по месту родов, при условии нахождения Застрахованного лица в городе постоянного места проживания;
- в случае рекомендации лечащего врача организовать госпитализацию Застрахованного лица в гинекологическое отделение.

15. Страховщик вправе оплачивать оформление и выдачу медицинской документации, если об этом прямо сказано в Договоре страхования.

16. Оказание медицинской помощи (медицинских услуг) и иных услуг новорожденному ребенку после выписки из стационара в Программу №14 не входит.

17. Страховщик обязуется организовать предоставление медицинской помощи (медицинских услуг), врачом, выбранным Страхователем (Застрахованным лицом):

17.1. Лечащий врач может быть заменен другим врачом в случае:

- а) согласия Страхователя (Застрахованного лица);
- б) уважительной причины (невозможность выполнять врачебные функции в связи с болезнью или иными уважительными причинами).

18. Стороны признают, что к обстоятельствам непреодолимой силы, кроме общепринятых (наводнения, землетрясения, военные действия, эпидемии), относятся такие обстоятельства, которые на современном уровне развития медицинской науки и практики не могут быть однозначно спрогнозированы, диагностированы и предотвращены.

19. Медицинская помощь (медицинские услуги), предусмотренная Программой №14, не предоставляется пациентам в случаях, предусмотренных пп.3.6.-3.9. Правил страхования, а также со следующими заболеваниями:

- гнойно-септические очаги инфекции;
- пороки сердца с нарушением кровообращения;
- гипертоническая болезнь II и III стадий;
- заболевания почек (гломерулонефрит);
- психические расстройства (эпилепсия, шизофрения);
- сахарный диабет;
- системные заболевания соединительной ткани.

19.1. При возникновении у Застрахованного лица острой хирургической или травматологической патологии, после консультации со специалистами соответствующего профиля, госпитализация производится в клинические больницы, в составе которых имеются родильные отделения. При этом диагностика и лечение травматологической и хирургической патологии выполняется на общих основаниях и не оплачивается за счет средств добровольного медицинского страхования.

20. Страхователь (Застрахованное лицо) уведомляется о том, что граждане, зарегистрированные в установленном порядке, вправе получить гинекологическую и акушерскую помощь, предусмотренную действующими стандартами, бесплатно, на общих основаниях, за исключением медицинской помощи (медицинских услуг) и иных услуг, дополнительно предусмотренных

Договором страхования.

Все вопросы, связанные с получением Застрахованным лицом медицинской помощи (медицинских услуг) и иных услуг, адресуются Страховщику.

21. СТРАХОВАЯ СУММА

Стоимость медицинской помощи (медицинских услуг) и иных услуг, возмещаемых Страховщиком по Программе №14, не может превышать страховую сумму (лимит ответственности).

ПРОГРАММА - «Домашний доктор»

Если иное не предусмотрено условиями Договора страхования, Программа «Домашний доктор» включает в себя:

1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

Программа «Домашний доктор» (далее - Программа №15) разработана на основании «Правил добровольного медицинского страхования» Страховщика.

Программа №15 является неотъемлемой частью Договора страхования.

В соответствии с Программой №15 Страховщик гарантирует частичную или полную компенсацию медицинской помощи (медицинских услуг) и иных услуг, включая медикаментозное и инструментальное обеспечение, оказываемых специально закрепленным врачом.

2. СТРАХОВОЙ СЛУЧАЙ

Страховым случаем является документально подтвержденное обращение Застрахованного лица в течение периода действия Договора страхования за медицинской помощью (медицинскими услугами) и иными услугами домашнего доктора в связи с лечением, назначенным лечащим врачом при заболевании, обострении хронического заболевания, остром заболевании, травме, отравлении, инфекции и других расстройствах здоровья и состояниях, требующих медицинской помощи (медицинских услуг) и иных услуг домашнего доктора, предусмотренных Договором страхования.

Предоставление лекарственной помощи при лечении амбулаторного характера:

Страховщик вправе оплачивать оформление и выдачу медицинской документации, если об этом прямо сказано в Договоре страхования.

Страховщик не оплачивает медикаменты (лекарственные препараты) в случаях, предусмотренных пп.3.6.-3.9. Правил страхования, а также приобретенные Застрахованным лицом без назначения врача в медицинских организациях, не определённых Договором страхования, и (или) не согласованные со Страховщиком.

3. ПОРЯДОК ОБРАЩЕНИЯ ЗАСТРАХОВАННЫХ ЛИЦ ЗА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩЬЮ (МЕДИЦИНСКИМИ УСЛУГАМИ)

При наступлении необходимости в медицинской помощи (медицинских услугах) и иных услугах домашнего доктора Застрахованное лицо обращается в медицинскую организацию и (или) службу скорой (неотложной) медицинской помощи, и (или) к Страховщику.

4. СТРАХОВАЯ СУММА

Стоимость медицинской помощи (медицинских услуг) и иных услуг, возмещаемых Страховщиком по Программе №15, не может превышать страховую сумму (лимит ответственности).

ПРОГРАММА – «Дорогостоящая медицинская помощь»

1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

Программа «Дорогостоящая медицинская помощь» (далее - Программа №16) разработана на основе «Правил добровольного медицинского страхования» Страховщика.

Программа №16 является неотъемлемой частью Договора страхования и регламентирует:

- перечень медицинской помощи (медицинских услуг) и иных услуг, подлежащих возмещению Страховщиком;
- порядок обращения Застрахованных лиц за медицинской помощью (медицинскими услугами) и иными услугами.

В соответствии с Программой №16 Страховщик гарантирует оплату организации и оказания специализированной медицинской помощи (медицинских услуг) и иных услуг, оказываемых в стационарных условиях лечебно-профилактических медицинских организаций (далее - ЛПО), указанных в Договоре страхования.

Программа №16 предусматривает три варианта: «Стандарт», «VIP» и «Стандарт Плюс».

По вариантам «Стандарт» и «Стандарт Плюс» в рамках одного Договора страхования на страхование может быть принят как один, так и несколько Застрахованных лиц в пределах страховой суммы, установленной Договором страхования.

По варианту «VIP» в рамках одного Договора страхования на страхование может быть принято только одно Застрахованное лицо.

Застрахованными лицами могут являться лица не старше 60 лет.

На страхование не принимаются лица, ранее перенесшие или страдающие злокачественными новообразованиями на момент заключения Договора страхования, инвалиды 1, 2 группы.

Страхование осуществляется на основании заявления на страхование (Приложение 1 к Программе №16) и Страхового полиса (Приложение 2 к Программе №16).

Страховщик оставляет за собой право, перед заключением Договора страхования, провести экспертизу медицинской документации и рекомендовать проведение дополнительных исследований лиц, принимаемых на страхование, для оценки фактического состояния здоровья за их счёт, при наличии ранее перенесенных заболеваний, развитие которых могло привести к состояниям, препятствующим заключению Договора страхования и в иных случаях, вызывающих сомнения у представителей Страховщика. Страховщик может отказаться от заключения Договора страхования, если возможность проведения экспертизы медицинской документации, в том числе по рекомендованным дополнительным исследованиям, ему не предоставлена.

2. СТРАХОВОЙ СЛУЧАЙ

Страховым случаем является документально подтвержденное обращение Застрахованного лица в течение периода действия Договора страхования в медицинские организации за предоставлением медицинской помощи (медицинских услуг) и иных услуг по следующим, впервые выявленным показаниям:

2.1. По варианту «Стандарт»:

- обследование и оперативное лечение при ишемической болезни сердца (стентирование, аортокоронарное шунтирование, баллонопластика);
- эндопротезирование коленного и (или) тазобедренного сустава;
- хирургическое вмешательство при обострении желчекаменной болезни;
- предоперационное обследование, оперативное лечение с химиотерапией и (или) лучевой терапией при злокачественных новообразованиях, исключая злокачественные новообразования лимфоидной, кроветворной и родственных им тканей.

2.2. По варианту «VIP»:

- обследование и оперативное лечение при ишемической болезни сердца (стентирование, аортокоронарное шунтирование, баллонопластика);
- эндопротезирование коленного и (или) тазобедренного сустава;
- трансплантация донорской почки;
- предоперационное обследование и оперативное лечение с химиотерапией и (или) лучевой терапией при злокачественных новообразованиях, исключая злокачественные новообразования лимфоидной, кроветворной и родственных им тканей;
- хирургическое вмешательство при обострении мочекаменной болезни;
- хирургическое вмешательство при обострении желчекаменной болезни;

- хирургическое вмешательство при обострении остеохондроза позвоночника, осложненного грыжами межпозвоночных дисков;
 - стационарное лечение при гипертоническом кризе.
- 2.3. По варианту «Стандарт Плюс»:
- обследование и оперативное лечение при ишемической болезни сердца (стентирование, аортокоронарное шунтирование, баллонопластика);
 - эндопротезирование коленного и (или) тазобедренного сустава;
 - трансплантация донорской почки;
 - оперативное лечение заболеваний органов уха, горла, носа;
 - оперативное лечение заболеваний органов дыхания;
 - предоперационное обследование, оперативное лечение с химиотерапией и (или) лучевой терапией при злокачественных новообразованиях, исключая злокачественные новообразования лимфоидной, кроветворной и родственных им тканей;
 - оперативное лечение варикозного расширения вен нижних конечностей;
 - оперативное лечение урологических заболеваний;
 - оперативное лечение молочной железы;
 - оперативное лечение гинекологических заболеваний;
 - оперативное лечение впервые выявленных заболеваний органа(ов) брюшной полости и забрюшинного пространства;
 - оперативное лечение глаукомы;
 - оперативное лечение катаракты;
 - оперативное лечение травмы глаз.
3. Если Застрахованное лицо ранее перенесло или страдает одним или несколькими из ниже перечисленных заболеваний, Программа №16 в части соответствующих показаний не действует:
- 3.1. При варианте «Стандарт»:
- деформирующий артроз любой этиологии II и выше стадий;
 - ишемическая болезнь сердца;
 - желчекаменная болезнь.
- 3.2. При варианте «VIP»:
- деформирующий артроз любой этиологии II и выше стадий;
 - ишемическая болезнь сердца;
 - хроническая почечная недостаточность;
 - мочекаменная болезнь;
 - желчекаменная болезнь;
 - остеохондроз позвоночника, осложненный грыжами межпозвоночных дисков;
 - артериальная гипертензия с кризовым течением и гипертонической болезнью.
- 3.3. При варианте «Стандарт Плюс»:
- деформирующий артроз любой этиологии II и выше стадий;
 - ишемическая болезнь сердца;
 - хроническая почечная недостаточность;
 - желчекаменная болезнь;
 - любые заболевания органа(ов) брюшной полости и забрюшинного пространства, требующие оперативного лечения на момент заключения Договора страхования;
 - варикозное расширение вен нижних конечностей;
 - любые урологические заболевания, требующие оперативного лечения на момент заключения Договора страхования;
 - любые заболевания молочной железы, требующие оперативного лечения на момент заключения Договора страхования;
 - любые гинекологические заболевания, требующие оперативного лечения на момент заключения Договора страхования;
 - любые заболевания органов дыхания, требующие оперативного лечения на момент заключения Договора страхования;
 - любые заболевания органа(ов) уха, горла, носа, требующие оперативного лечения на момент заключения Договора страхования;
 - любые заболевания органов зрения, требующие оперативного лечения на момент заключения Договора страхования.
4. Застрахованному лицу по Программе №16 гарантируется оплата организации и оказания медицинской помощи (медицинских услуг) и иных услуг, при необходимости его лечения в условиях стационара, включая:
- стоимость пребывания в медицинской организации;
 - стоимость медицинского обслуживания;
 - стоимость вспомогательной медицинской помощи (медицинских услуг);

- стоимость транспортировки медицинским транспортом или иным транспортным средством, в том числе и с медицинским сопровождением;
- стоимость хирургической помощи;
- стоимость анестезии;
- стоимость оперативного вмешательства;
- стоимость пользования операционной, кабинетом по наложению гипса;
- предоставление места в стационаре по возможности в одно- или двухместной палате, реанимации;
- индивидуальный пост (при условии наличия услуги в медицинской организации);
- стоимость оформления и выдачи медицинской документации.

Медицинская помощь (медицинские услуги) и иные услуги, предусмотренные Программой №16, оказываются в медицинских организациях на территории Российской Федерации, при страховании по варианту «VIP» медицинская помощь (медицинские услуги) и иные услуги, могут быть предоставлены в зарубежных медицинских организациях.

Программа №16 не предусматривает оплату организации и оказания повторной операции по трансплантации и гемодиализ за исключением 2 гемодиализов перед первой операцией. Тактику и план лечения определяет лечащий врач медицинской организации, в которую обратилось Застрахованное лицо за получением медицинской помощи (медицинских услуг) и иных услуг по Программе №16.

Страховщик не несет страховой ответственности в случаях предусмотренных пп.3.6.-3.9. Правил страхования, а также, если Застрахованное лицо обратилось в медицинскую организацию:

- по поводу оказания медицинской помощи (медицинских услуг), указанных в пунктах 2.1.-2.3. Программы №16, необходимость в которой имела место до вступления Договора страхования в силу;
- по поводу оказания медицинской помощи (медицинских услуг), указанной в пунктах 2.1.-2.3. Программы №16, связанной с протезированием и (или) пересадкой органов и (или) тканей, за исключением оказания медицинской помощи (медицинских услуг) по показаниям к трансплантации донорской почки и (или) эндопротезирования коленного и (или) тазобедренного сустава(ов).

5. СТОИМОСТЬ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ (МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ)

Стоимость медицинской помощи (медицинских услуг) и иных услуг, возмещаемых Страховщиком по Программе №16, не может превышать страховую сумму.

5.1. По варианту «Стандарт» при страховании одного Застрахованного лица устанавливается страховая сумма в размере 1 000 000 руб. При страховании нескольких Застрахованных лиц (до 5 человек) устанавливается единая страховая сумма на всех Застрахованных лиц, по всем страховым случаям, произошедшим в течение срока действия Договора страхования, в размере 1 500 000 руб., в том числе:

- при обращении в медицинскую организацию за предоставлением медицинской помощи (медицинских услуг) и иных услуг, по показанию к обследованию и оперативному лечению при ишемической болезни сердца (стентирование, аортокоронарное шунтирование, баллонопластика) лимит ответственности Страховщика составляет 550 000 руб. на каждого из Застрахованных лиц;

- при обращении в медицинскую организацию за предоставлением медицинской помощи (медицинских услуг) и иных услуг, по показанию к эндопротезированию коленного и (или) тазобедренного сустава лимит ответственности Страховщика составляет 450 000 руб. на каждого из Застрахованных лиц;

- при обращении в медицинскую организацию за предоставлением медицинской помощи (медицинских услуг) и иных услуг, по показанию к хирургическому вмешательству при обострении желчекаменной болезни лимит ответственности Страховщика составляет 200 000 руб. на каждого из Застрахованных лиц;

- при обращении в медицинскую организацию за предоставлением медицинской помощи (медицинских услуг) и иных услуг, по показанию к лечению при злокачественных новообразованиях лимит ответственности Страховщика составляет 500 000 руб. на каждого из Застрахованных лиц.

5.2. По варианту «VIP» страховая сумма устанавливается в размере 5 000 000 руб.

5.3. По варианту «Стандарт Плюс» страховая сумма устанавливается в размере 1 500 000 руб., в том числе:

- при обращении в медицинскую организацию за предоставлением медицинской помощи (медицинских услуг) и иных услуг, по показанию к обследованию и оперативному лечению при ишемической болезни сердца (стентирование, аортокоронарное шунтирование, баллонопластика) лимит ответственности Страховщика составляет 550 000 руб.;

- при обращении в медицинскую организацию за предоставлением медицинской помощи (медицинских услуг) и иных услуг, по показанию к эндопротезированию коленного и (или) тазобедренного сустава лимит ответственности Страховщика составляет 450 000 руб.;

- при обращении в медицинскую организацию за предоставлением медицинской помощи (медицинских услуг) и иных услуг, по показанию к трансплантации донорской почки лимит ответственности Страховщика составляет 1 100 000 руб.;

- при обращении в медицинскую организацию за предоставлением медицинской помощи (медицинских услуг) и иных услуг, по показанию к лечению при злокачественных новообразованиях лимит ответственности Страховщика составляет 500 000 руб.;

- при обращении в медицинскую организацию за предоставлением медицинской помощи (медицинских услуг) и иных услуг, по показаниям к хирургическому лечению органов уха, горла, носа, органов дыхания, варикозного расширения вен нижних конечностей, урологических заболеваний, молочной железы, гинекологических заболеваний и (или) впервые возникшего заболевания органа(ов) брюшной полости и забрюшинного пространства, оперативное лечение глаукомы, оперативное лечение катаракты, оперативное лечение травмы глаз лимит ответственности Страховщика составляет 200 000 руб.

6. ФОРМА И ПОРЯДОК УПЛАТЫ СТРАХОВОЙ ПРЕМИИ

Страховая премия может быть уплачена единовременным или рассроченным платежом (страховыми взносами), наличными деньгами в кассу Страховщика или его уполномоченному представителю либо безналичным перечислением на расчетный счет Страховщика.

Днем уплаты страховой премии (страхового взноса) считается:

- при безналичной уплате – день поступления денежных средств на расчетный счет Страховщика (уполномоченного представителя Страховщика);

- при наличной уплате – день внесения страховой премии (страхового взноса) наличными деньгами в кассу Страховщика или уполномоченному представителю Страховщика с получением квитанции об оплате установленного образца.

В случае неуплаты Страхователем страховой премии (при единовременной оплате страховой премии) или первого страхового взноса (при оплате страховой премии в рассрочку) в размере и (или) в срок, установленные Договором страхования, Договор страхования является не вступившим в силу, страховые выплаты по Договору страхования не производятся. При этом полученные Страховщиком денежные средства подлежат возврату Страхователю в течение 5 (пять) рабочих дней с момента получения страховой премии / первого страхового взноса не в полном объеме.

На основании пункта 3 статьи 954 Гражданского кодекса Российской Федерации Правилами определяется следующее последствие неуплаты в установленные сроки очередных страховых взносов по Договору страхования, предусматривающему внесение страховой премии в рассрочку:

- при неуплате Страхователем (лицом, осуществляющим предпринимательскую деятельность) в установленные Договором страхования сроки очередного страхового взноса, а равно при неуплате очередного страхового взноса в полном размере, на основании статьи 328, статьи 450.1 Гражданского кодекса Российской Федерации, Договор страхования прекращается с 00 часов 00 минут дня, следующего за днем, когда очередной страховой взнос должен был быть уплачен полностью, при условии уведомления Страхователя в т.ч. на адрес электронной почты, указанный в Договоре страхования. При этом ранее уплаченные страховые взносы Страхователю не возвращаются;

- неуплата Страхователем – физическим лицом в установленные Договором страхования сроки очередного страхового взноса, а равно неуплата очередного страхового взноса в полном размере, на основании статьи 958 Гражданского кодекса Российской Федерации является отказом Страхователя от Договора страхования. Договор страхования прекращается с 00 часов 00 минут дня, следующего за днем, когда очередной страховой взнос должен был быть уплачен полностью. При этом ранее уплаченные страховые взносы Страхователю не возвращаются.

7. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТРАХОВЩИКА

Ответственность Страховщика наступает по истечении 14 (четырнадцати) календарных дней с даты, следующей за датой поступления на счет Страховщика страховой премии или ее первой части.

8. СТРАХОВОЙ ТАРИФ

Страховой тариф устанавливается согласно Приложению 20 к Правилам страхования.

9. ПОРЯДОК ОБРАЩЕНИЯ ЗАСТРАХОВАННЫХ ЛИЦ ЗА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩЬЮ (МЕДИЦИНСКИМИ УСЛУГАМИ)

В случаях выявления заболеваний, требующих оказания медицинской помощи (медицинских услуг) и иных услуг, перечисленных в разделе 2 Программы №16 и предусмотренных Договором страхования, Застрахованное лицо (его представитель) обязано:

- обратиться к Страховщику;

- подать заявление о необходимости предоставления медицинской помощи (медицинских услуг);
- предоставить направление лечащего врача на лечение;
- предоставить выписку из истории болезни с указанием даты первого обращения по возникшему заболеванию, установленного диагноза;
- дать разрешение Страховщику на ознакомление с медицинской документацией.

Врач Страховщика проверяет направление лечащего врача на лечение, медицинскую документацию и после соответствия диагноза рекомендуемому лечению выписывает направление на лечение в ЛПО, предусмотренное Договором страхования.

По усмотрению Страховщика Застрахованному лицу может быть назначено медицинское освидетельствование.

Застрахованное лицо обращается в ЛПО за медицинской помощью (медицинскими услугами) и иными услугами и предоставляет следующие документы: Страховой полис, направление врача Страховщика с подтверждением диагноза возникшего заболевания, медицинскую документацию, документ удостоверяющий личность.

10. СТРАХОВАЯ ВЫПЛАТА

Страховая выплата осуществляется в соответствии с условиями Договора ЛПО и на основании счета ЛПО за оказание медицинской помощи (медицинских услуг) и иных услуг, путем безналичного перечисления денежных средств на расчетный счет данного ЛПО. Размер страховой выплаты определяется стоимостью медицинской помощи (медицинских услуг) и иных услуг, оказанных Застрахованному лицу при наступлении страхового случая. Основанием для выплат является обращение Застрахованного лица (Страхователя) по медицинским показаниям в ЛПО в соответствии с порядком, указанным в разделе 9 Программы №16.

11. При досрочном отказе Страхователя от Договора страхования по Программе №16 уплаченная Страховщику страховая премия возврату не подлежит.

Приложение 1
к Программе «Дорогостоящая
медицинская помощь»

Образец

Примечание: Данный документ является образцом. Страховщик оставляет за собой право вносить в форму и текст образца заявления на страхование изменения и (или) дополнения, создавать на его основе иные формы данного документа, в той мере, в какой это не противоречит Правилам страхования и действующему законодательству Российской Федерации.

ЗАЯВЛЕНИЕ НА СТРАХОВАНИЕ

От Страхователя:

Ф.И.О. Страхователя (полностью): _____			
Страхователь застрахован <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет			
Место работы:		Дата рождения:	
Адрес, телефон _____			
1 Застрахованное лицо		Дата рождения:	
2 Застрахованное лицо		Дата рождения:	
3 Застрахованное лицо		Дата рождения:	
4 Застрахованное лицо		Дата рождения:	

Срок страхования: с ____/____/20__ по ____/____/20__

Вариант: «VIP» «Стандарт» «Стандарт Плюс»

Я Страхователь (Застрахованное лицо), Я Застрахованное лицо 1, Я Застрахованное лицо 2, Я Застрахованное лицо 3, Я Застрахованное лицо 4 подтверждаю, что ранее не перенес и (или) не страдаю одним (несколькими) из ниже перечисленных заболеваний: ишемическая болезнь сердца; деформирующий артроз любой этиологии II и выше стадий; хроническая почечная недостаточность; *мочекаменная болезнь; желчекаменная болезнь; *остеохондроз позвоночника, осложненный грыжами межпозвоночных дисков; *артериальная гипертензия с кризовым течением и гипертонической болезнью; урологические заболевания, требующие оперативного лечения на момент заключения договора страхования**; заболевания молочных желез, требующие оперативного лечения на момент заключения договора страхования**; гинекологические заболевания, требующие оперативного лечения на момент заключения договора страхования**; заболевания брюшной полости и забрюшинного пространства, требующие оперативного лечения на момент заключения договора страхования**; варикозное расширение вен нижних конечностей, требующие оперативного лечения на момент заключения договора страхования**, заболевания органов дыхания, требующие оперативного лечения на момент заключения договора страхования**, заболевания органа(ов) уха, горла, носа, требующие оперативного лечения на момент заключения договора страхования**, заболевания органов зрения, требующие оперативного лечения на момент заключения договора страхования**.

*Перечень заболеваний касается только варианта «VIP»; **Перечень заболеваний касается варианта «Стандарт Плюс». Если Страхователь (Застрахованное лицо), Застрахованное лицо 1, Застрахованное лицо 2, Застрахованное лицо 3, Застрахованное лицо 4 ранее перенес или страдает одним (несколькими) из вышеперечисленных заболеваний, договор страхования в части соответствующих показаний не действует.

Я не переносил ранее и не страдаю в настоящий момент злокачественными новообразованиями, не являюсь инвалидом 1, 2 группы.

Настоящим подтверждаю, что осведомлен, что в случае сокрытия или предоставления заведомо ложных сведений, сообщенных Страховщику при заключении договора страхования, договор страхования может быть признан недействительным. В случае если Страхователь не сообщил Страховщику о ставших ему известными значительных изменениях в обстоятельствах, сообщенных Страховщику при заключении договора страхования, Страховщик вправе требовать расторжения договора страхования и возмещения убытков, причиненных его расторжением.

Обязуюсь незамедлительно сообщать Страховщику о ставших мне известными значительных изменениях в обстоятельствах, сообщенных Страховщику при заключении договора страхования.

Согласие с информацией о состоянии здоровья	Страхователь (Застрахованное лицо)	Застрахованное лицо 1	Застрахованное лицо 2	Застрахованное лицо 3	Застрахованное лицо 4
Место подписи Страхователя (Застрахованного лица) и Застрахованных лиц					

Страховая премия уплачивается: единовременно в рассрочку до _____ 20__ г.

Форма уплаты страховой премии (ее первой части): наличный расчет безналичный расчет

№ п/п _____ от _____ 20__ г

РАСЧЕТ СТРАХОВОЙ ПРЕМИИ (заполняется Страховщиком):

Страховая сумма: _____ (_____) руб. коп.

Страховой тариф: _____ %.

Страховая премия в размере: _____ (_____) руб. коп.

Прошу ООО «Вита-страхование» на условиях, изложенных в заявлении на страхование, заключить договор страхования по Программе «Дорогостоящая медицинская помощь» на основании Правил добровольного медицинского страхования ООО «Вита-страхование».

Страхователь: _____ 20__ г.
(подпись) .

Приложение 2
к Программе «Дорогостоящая
медицинская помощь»

Образец

Примечание: Данный документ является образцом. Страховщик оставляет за собой право вносить в форму и текст образца Страхового полиса изменения и (или) дополнения, создавать на его основе иные формы данного документа, в той мере, в какой это не противоречит Правилам страхования и действующему законодательству Российской Федерации

СТРАХОВОЙ ПОЛИС № _____ от _____ 20__ г.
добровольного медицинского страхования «Дорогостоящая медицинская помощь»

Настоящий Страховой полис удостоверяет факт заключения договора добровольного медицинского страхования по Программе «Дорогостоящая медицинская помощь» (далее – Договор страхования) на основании письменного заявления на страхование от _____ 20__ г. Страхователя, на условиях, содержащихся в тексте Договора страхования, Условиях добровольного медицинского страхования по Программе «Дорогостоящая медицинская помощь» (далее – Условия страхования), а также условиях, предусмотренных Правилами добровольного медицинского страхования в редакции от _____ (далее – Правила страхования):

1. Страхователь _____ застрахован <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	
Место работы: _____	
Адрес, телефон _____	
1 Застрахованное лицо _____	Дата рождения: _____
2 Застрахованное лицо _____	Дата рождения: _____
3 Застрахованное лицо _____	Дата рождения: _____
4 Застрахованное лицо _____	Дата рождения: _____
Признак Договора страхования: <input type="checkbox"/> Первоначальный <input type="checkbox"/> Возобновленный	
Предыдущие полисы: № _____ № _____ № _____	
2. Вариант: <input type="checkbox"/> «VIP» <input type="checkbox"/> «Стандарт» <input type="checkbox"/> «Стандарт Плюс»	
3. Страховая сумма: _____ (_____) руб. коп.	
4. Страховая премия: _____ (_____) руб. коп.	
Форма уплаты страховой премии (ее первой части): <input type="checkbox"/> наличный расчет <input type="checkbox"/> безналичный расчет № п/п _____ от «__» _____ 20__ г.	
Уплачивается: <input type="checkbox"/> единовременно <input type="checkbox"/> в рассрочку двумя платежами в следующем порядке: первый платеж в размере _____ уплачивается до _____ 20__ г.; второй платеж в размере _____ уплачивается до _____ 20__ г. При уплате страховой премии в рассрочку: первоначальный взнос при заключении Договора страхования должен быть уплачен в размере не менее 55%, остаток страховой премии должен быть уплачен в течение 6-ти месяцев с даты начала срока действия Договора страхования. В случае неуплаты в установленные Договором страхования сроки Страхователем очередного страхового взноса, а равно неуплаты очередного страхового взноса в полном размере, на основании п.3 ст.954 Гражданского кодекса Российской Федерации, Договор страхования прекращается с 00 часов 00 минут дня, следующего за днем, когда очередной страховой взнос должен был быть уплачен полностью (просрочка Страхователя). При этом данное условие о прекращении Договора страхования не предполагает совершения Страховщиком каких-либо дополнительных действий, в том числе сообщения Страхователю (Застрахованному лицу, Выгодоприобретателю) о факте прекращения Договора страхования, так как настоящим пунктом Договора страхования предусмотрено автоматическое прекращение Договора страхования в связи с просрочкой Страхователя.	
5. Срок действия Договора страхования: с 00 час. 00 мин. _____ 20__ г. по 24 час. 00 мин. _____ 20__ г.	
6. По Договору страхования Страхователь (Застрахованное лицо) имеет право получать медицинскую помощь (медицинские услуги) и иные услуги в следующих ЛПО:	
6.1. При страховании по варианту «Стандарт»: ГАУЗ ТО «МКМЦ «Медицинский город» (г.Тюмень); ГБУЗ СО «СОКБ №1» (г.Екатеринбург); ГБУЗ ТО «ОКБ №1» (г.Тюмень); ГБУЗ ТО «ОКБ №2» (г.Тюмень)	
6.2. При страховании по варианту «VIP»: клиники Германии; ГБУЗ СО «СОКБ №1» (г.Екатеринбург)	
6.3. При страховании по варианту «Стандарт Плюс»: ГАУЗ ТО «МКМЦ «Медицинский город» (г.Тюмень); ГБУЗ СО «СОКБ №1» (г.Екатеринбург); ГБУЗ ТО «ОКБ №1» (г.Тюмень); ГБУЗ ТО «ОКБ №2» (г.Тюмень); БУ «Сургутская городская клиническая больница» (г.Сургут); БУ «Сургутская окружная клиническая больница» (г.Сургут).	
7. Дополнительные условия:	
7.1. По усмотрению Страховщика перечень ЛПО может быть изменен.	
7.2. _____	
7.3. _____	
8. Положения Договора страхования имеют преимущественную силу над положением Правил страхования. Во всем ином, не предусмотренном Договором страхования, Стороны руководствуются Правилами страхования и действующим законодательством Российской Федерации.	
9. Неотъемлемой частью Договора страхования является:	
9.1. <input type="checkbox"/> Анкета физического лица (индивидуального предпринимателя) Страхователя;	
9.2. <input type="checkbox"/> Анкета физического лица (индивидуального предпринимателя) Застрахованного лица;	
9.3. <input type="checkbox"/> Заявление на страхование;	
9.4. Правила страхования.	

<p>В случае сокрытия или предоставления недостоверной информации о фактическом состоянии здоровья Страхователя (Застрахованного лица) Страховщик освобождается от страховой выплаты Страхователю (Застрахованному лицу).</p> <p>В случае если Страхователь не сообщил Страховщику о ставших ему известными значительных изменениях в обстоятельствах, сообщенных Страховщику при заключении Договора страхования, Страховщик вправе потребовать расторжения Договора страхования и возмещения убытков, причиненных расторжением Договора страхования.</p>	
СТРАХОВЩИК:	<p>СТРАХОВАТЕЛЬ:</p> <p>С Правилами страхования, Условиями страхования ознакомлен, согласен и обязуюсь выполнять. Экземпляр Страхового полиса, Правил страхования и Условий страхования на руки получил. Согласие на обработку Страховщиком персональных данных – подтверждаю.</p> <p>_____/_____ (подпись) (ф.и.о. полностью)</p>

Дата выдачи Страхового полиса: _____

ПРОГРАММА – «Антиклещ»

Если иное не предусмотрено условиями Договора страхования, Программа «Антиклещ» включает в себя:

1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

Программа «Антиклещ» (далее - Программа №17) разработана на основании «Правил добровольного медицинского страхования» Страховщика.

Программа №17 является неотъемлемой частью Договора страхования и регламентирует:

- перечень медицинской помощи (медицинских услуг) и иных услуг, подлежащих возмещению;
- порядок обращения Застрахованных лиц за медицинской помощью (медицинскими услугами) и иными услугами.

В соответствии с Программой №17 Страховщик гарантирует оплату организации и оказания специализированной медицинской помощи (медицинских услуг) и иных услуг, оказываемых в амбулаторно-поликлинических, стационарных (терапевтический стационар) условиях ЛПО, указанных в Договоре страхования.

Программа №17 содержит четыре возможных варианта страхования: «Эконом», «Стандарт», «Особый», «Детский».

Вариант «Детский» предназначен только для страхования детей в возрасте до 14 лет включительно.

2. СТРАХОВОЙ СЛУЧАЙ

Страховым случаем является документально подтвержденное обращение Застрахованного лица в течение периода действия Договора страхования в медицинскую организацию, из числа предусмотренных Договором страхования, за медицинской помощью (медицинскими услугами) и иными услугами, по следующим показаниям: укус клеща, заболевание клещевым энцефалитом и (или) клещевым системным боррелиозом.

3. Застрахованному лицу по Программе №17 гарантируется оплата медицинской помощи (медицинских услуг) и иных услуг, при необходимости его лечения в амбулаторно-поликлинических, стационарных условиях, включая:

3.1. По варианту «Эконом»:

- первичный медицинский осмотр Застрахованного лица и удаление присосавшегося клеща в ЛПО;

- консультация инфекциониста по медицинским показаниям;

- исследование клеща;

- профилактическое введение противоклещевого иммуноглобулина или лечение таблетками «Йодантипирин»;

- медицинский осмотр Застрахованного лица и удаление присосавшегося клеща в ЛПО, профилактическое введение противоклещевого иммуноглобулина или лечение таблетками «Йодантипирин» при повторном укусе. Предоставляется не более двух инъекций иммуноглобулина за эпидемический сезон с интервалом 30 дней или не более 2-х курсов лечения таблетками «Йодантипирин» за эпидемический сезон;

- оформление и выдача медицинской документации.

В случае заболевания клещевым энцефалитом и (или) клещевым системным боррелиозом – возмещение расходов, связанных с получением следующей медицинской помощи (медицинских услуг), в условиях стационара:

- стоимость пребывания в медицинской организации;

- стоимость медицинского обслуживания, а также затраты на приобретение в аптечных организациях иммуноглобулина или таблеток «Йодантипирин».

3.2. По варианту «Стандарт»:

- медицинский осмотр Застрахованного лица и удаление присосавшегося клеща в ЛПО;

- консультация инфекциониста по медицинским показаниям;

- исследование клеща;

- профилактическое введение противоклещевого иммуноглобулина или лечение таблетками «Йодантипирин». Лечение таблетками «Йодантипирин» или инъекции предоставляются без ограничения кратности. Введение иммуноглобулина с интервалом 30 дней по показаниям;

- оформление и выдача медицинской документации.

В случае заболевания клещевым энцефалитом и (или) клещевым системным боррелиозом – возмещение расходов, связанных с получением следующей медицинской помощи (медицинских услуг), в условиях стационара:

- стоимость пребывания в медицинской организации;
- стоимость медицинского обслуживания, а также затраты на приобретение в аптечных организациях иммуноглобулина или таблеток «Йодантипирин».

3.3. По варианту «Особый»:

- медицинский осмотр Застрахованного лица и удаление присосавшегося клеща в ЛПО, исследование клеща, профилактическое введение противоклещевого иммуноглобулина или лечение таблетками «Йодантипирин». Лечение таблетками «Йодантипирин» или инъекции предоставляются без ограничения кратности. Введение иммуноглобулина с интервалом 30 (тридцать) календарных дней по показаниям;

- консультирование врачом-специалистом (при наличии такого в ЛПО) в течение 30 (тридцать) календарных дней после укуса клеща при возникновении соответствующих показаний;
- консультация инфекциониста по медицинским показаниям;
- оформление и выдача медицинской документации.

В случае заболевания клещевым энцефалитом и (или) клещевым системным боррелиозом – возмещение расходов, связанных с получением следующих медицинской помощи (медицинских услуг) и иных услуг, в условиях стационара;

- стоимость пребывания в ЛПО;
- стоимость медицинского обслуживания;
- стоимость транспортировки медицинским транспортом или иным транспортным средством, в том числе и с медицинским сопровождением;
- предоставление места в стационаре по возможности в одно- или двухместной палате, реанимации, индивидуальный пост (при условии наличия услуги в ЛПО), а также затраты на приобретение в аптечных организациях иммуноглобулина.

3.4. По варианту «Детский»:

- медицинский осмотр Застрахованного лица и удаление присосавшегося клеща в ЛПО, исследование клеща, профилактическое введение противоклещевого иммуноглобулина или лечение таблетками «Йодантипирин». Лечение таблетками «Йодантипирин» и инъекции предоставляются без ограничения кратности. Введение иммуноглобулина с интервалом 30 (тридцать) календарных дней по показаниям;

- консультация инфекциониста по медицинским показаниям;
- оформление и выдача медицинской документации.

В случае заболевания клещевым энцефалитом и (или) клещевым системным боррелиозом – возмещение расходов, связанных с получением следующей медицинской помощи (медицинских услуг), в условиях стационара:

- стоимость пребывания в ЛПО;
- стоимость медицинского обслуживания, а также затраты на приобретение в аптечных организациях иммуноглобулина или таблеток «Йодантипирин».

Введение иммуноглобулина спустя 96 часов с момента укуса клещом не производится, ввиду отсутствия лечебного эффекта от введения иммуноглобулина.

Повторная иммунизация проводится не ранее, чем через 30 (тридцать) календарных дней с момента предшествующей иммунизации и только при наличии документального подтверждения даты предшествующей иммунизации.

Медицинская помощь (медицинские услуги) и иные услуги, предусмотренные Программой №17, оказываются в ЛПО, предусмотренных Договором страхования.

4. Договором страхования может быть предусмотрен один из следующих вариантов обращения Застрахованных лиц за медицинской помощью (медицинскими услугами) и иными услугами:

Вариант 1.

- обратиться к Страховщику по телефону _____;
- подать заявление о необходимости предоставления медицинской помощи (медицинских услуг);

Вариант 2.

- обратиться в ЛПО, перечисленные в Договоре страхования или иные, имеющие возможность оказать необходимую медицинскую помощь (медицинские услуги), предъявив документ, удостоверяющий личность, Договор страхования.

5. Страховая выплата осуществляется в соответствии с условиями Договора ЛПО и на основании счета ЛПО за оказание медицинской помощи (медицинских услуг) и иных услуг, путем безналичного перечисления денежных средств на расчетный счет ЛПО. Оплата первичного медицинского осмотра Застрахованного лица и удаления присосавшегося клеща, исследования клеща, профилактического введения противоклещевого иммуноглобулина или лечения таблетками «Йодантипирин» также возможна посредством компенсации Застрахованному лицу его документально подтвержденных затрат по оплате медицинской помощи (медицинских услуг), включенных в Программу

№17, а также затраты на приобретение в аптечных организациях иммуноглобулина или таблеток «Йодантипирин». Основанием для выплат является заявление о выплате Застрахованного лица (Страхователя) с приложением всех документов, подтверждающих наступление страхового случая, в том числе документа об оплате медицинской помощи (медицинских услуг) и иных услуг, оказанных ЛПО (квитанция, кассовый чек, справка ЛПО о предоставлении медицинской помощи (медицинских услуг) и иных услуг, рецепт выписанный ЛПО на приобретение в аптечной организации иммуноглобулина или таблеток «Йодантипирин») по медицинскому осмотру Застрахованного лица и удалению присосавшегося клеща, исследованию клеща, профилактическому введению противоклещевого иммуноглобулина или лечению таблетками «Йодантипирин».

6. Стоимость медицинской помощи (медицинских услуг) и иных услуг, возмещаемых Страховщиком по Программе №17, не может превышать страховую сумму (лимит ответственности).

Образец

Примечание: Данный документ является образцом. Страховщик оставляет за собой право вносить в форму и текст образца Страхового полиса изменения и (или) дополнения, создавать на его основе иные формы данного документа, в той мере, в какой это не противоречит Правилам страхования и действующему законодательству Российской Федерации.

СТРАХОВОЙ ПОЛИС № _____ от ____|____|20____|
«АНТИКЛЕЩ ДМС»

Настоящий Страховой полис удостоверяет факт заключения договора добровольного медицинского страхования по Программе «Антиклещ» (далее – Договор страхования) на основании устного заявления Страхователя, на условиях, содержащихся в тексте Договора страхования и Программе «Антиклещ», а также условиях, предусмотренных Правилами добровольного медицинского страхования в редакции от _____ (далее – Правила страхования) и на условиях, содержащихся в тексте настоящего Договора страхования:

1. Страхователь (ФИО полностью) _____ Дата рождения: ____ ____ ____ ____ Застрахован <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет		
2. Застрахованное лицо (ФИО полностью) _____ Дата рождения: ____ ____ ____ ____		
3. Признак Договора страхования: <input type="checkbox"/> Первоначальный <input type="checkbox"/> Возобновленный Предыдущий полис: № _____		
4. Объект страхования: имущественные интересы, связанные с оплатой организации и оказания медицинской и лекарственной помощи (медицинских услуг) и иных услуг вследствие расстройства здоровья или состояния Застрахованного лица, требующих организации и оказания таких услуг, а также проведения профилактических мероприятий, снижающих степень опасных для жизни или здоровья Застрахованного лица угроз и (или) устраняющих их, включенных в программу страхования.		
5. Страховые риски (страховые случаи): документально подтвержденное обращение Застрахованного лица в течение периода действия Договора страхования в медицинскую организацию, из числа предусмотренных Договором страхования, за медицинской помощью (медицинскими услугами) и иными услугами, по следующим показаниям: укусы клеща, заболевание клещевым энцефалитом и (или) клещевым системным боррелиозом.		
6. Вариант: <input type="checkbox"/> «Эконом» <input type="checkbox"/> «Стандарт» <input type="checkbox"/> «Особый» <input type="checkbox"/> «Детский»		
7. Страховая сумма. Страховая премия. Страховой тариф.		
Страховая сумма, руб.	Страховой тариф, %	Страховая премия, руб.
Страховая премия (прописью): _____ руб. коп. уплачена единовременно. Квитанция (п/п) № _____ от ____ ____ 20____		
8. Срок действия Договора страхования: ____ мес. с 00 час. 00 мин. ____ ____ 20____ по 24 час. 00 мин. ____ ____ 20____ , но не ранее, чем через 72 часа, с даты выдачи Договора страхования.		
9. По Договору страхования Страхователь имеет право получать медицинскую помощь в следующих лечебно-профилактических организациях (далее - ЛПО): _____		
10. Дополнительные условия: 10.1. По усмотрению Страховщика перечень ЛПО может быть изменен. 10.2. _____		
11. Неотъемлемой частью Договора страхования является: 11.1. Анкета физического лица (индивидуального предпринимателя) Страхователя; 11.2. <input type="checkbox"/> Анкета физического лица (индивидуального предпринимателя) Застрахованного лица; 11.3. Правила страхования.		
12. Положения Договора страхования имеют преимущественную силу над положениями Правил страхования. Во всем ином, не предусмотренном Договором страхования, Стороны руководствуются Правилами страхования и действующим законодательством Российской Федерации.		
СТРАХОВЩИК:	СТРАХОВАТЕЛЬ: С Правилами страхования, Условиями страхования ознакомлен, согласен и обязуюсь выполнять. Экземпляр Страхового полиса, Правил страхования и Условий страхования на руки получил. Согласие на обработку Страховщиком персональных данных – подтверждаю. _____ / _____ (подпись) (ф.и.о. полностью)	

Страховой полис оформил (а): _____ / _____

ПРОГРАММА – «Здоровая семья»

1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

Программа страхования «Здоровая семья» (далее – Программа) предусматривает обеспечение страховой защитой семьи от 2 (двух) до 6 (шести) человек, находящихся в прямых родственных связях в отношении и пользу которых заключен Договор страхования (далее – Застрахованные лица).

Программа «Здоровая семья» разработана на основе «Правил добровольного медицинского страхования» (далее – Правила страхования) Страховщика.

Программа является неотъемлемой частью Договора страхования и регламентирует:

- перечень медицинской помощи (медицинских услуг) и иных услуг, подлежащих возмещению Страховщиком;

- порядок обращения Застрахованных лиц за медицинской помощью (медицинскими услугами) и иными услугами.

В соответствии с Программой Страховщик гарантирует оплату организации и оказания специализированной медицинской помощи (медицинских услуг) и иных услуг, оказываемых в амбулаторных и стационарных условиях, скорую и неотложную медицинскую помощь, лекарственное обеспечение, санаторно-курортное лечение (санаторно-курортную помощь) и (или) реабилитационно-восстановительное лечение, профилактику здоровья, сестринский уход и стоматологическую помощь.

В рамках одного Договора страхования на страхование может быть принято от 2 (двух) до 6 (шести) Застрахованных лиц, находящихся в прямых родственных связях (семья) в пределах страховой суммы, установленной Договором страхования.

Застрахованными лицами могут являться лица в возрасте от 3 до 95 лет.

Страхование осуществляется на основании устного заявления на страхование и Страхового полиса (Приложение 1 к Программе).

Страховщик оставляет за собой право в каждом конкретном случае перед заключением Договора страхования потребовать проведения предварительного медицинского освидетельствования за счет Страхователя и (или) медицинского анкетирования.

В зависимости от результатов проведения предварительного медицинского освидетельствования или медицинского анкетирования Застрахованному лицу устанавливается группа здоровья на условиях, предусмотренных в п.3.5. Правил страхования.

В случае отказа лица, принимаемого на страхование, от прохождения медицинского освидетельствования, Договор страхования может быть заключен только на условиях, предусмотренных для группы здоровья V.

2. СТРАХОВОЙ СЛУЧАЙ

Страховым случаем является документально подтвержденное обращение Застрахованного лица в течение периода действия Договора страхования в медицинскую организацию, из числа предусмотренных Договором страхования, при заболевании, обострении хронического заболевания, травме, отравлении, инфекции и других расстройствах здоровья и состояниях, требующих медицинской помощи (медицинских услуг) и иных услуг, лекарственной и иной помощи, а также проведения профилактических мероприятий, снижающих степень опасных для жизни или здоровья Застрахованного лица угроз и (или) устраняющих их, предусмотренных Договором страхования.

3. ЕСЛИ ИНОЕ НЕ ПРЕДУСМОТРЕНО УСЛОВИЯМИ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ, ПРОГРАММА ВКЛЮЧАЕТ В СЕБЯ СЛЕДУЮЩИЕ ПРОГРАММЫ:

3.1. «Скорая и неотложная медицинская помощь» (далее – Программа №1).

По Программе №1 страховым случаем является документально подтвержденное обращение Застрахованного лица в течение периода действия Договора страхования в медицинскую организацию, из числа предусмотренных Договором страхования, при остром заболевании, обострении хронического заболевания, травме, отравлении, инфекции и других расстройствах здоровья и состояниях, требующих скорой и неотложной медицинской помощи (медицинских услуг) и иных услуг, предусмотренных Договором страхования.

Если иное не предусмотрено условиями Договора страхования, Программа №1 включает в себя:

- возможность круглосуточного обращения за скорой и неотложной медицинской помощью (далее – СМП);

- незамедлительный выезд специализированных бригад СМП;

- строгое ограничение времени приезда транспорта СМП с учетом места нахождения Застрахованного лица;

- оказание высококвалифицированной медицинской помощи (медицинских услуг) бригадой СМП укомплектованной необходимыми специалистами, оборудованием, инструментарием и медикаментами (лекарственными препаратами), в зависимости от характера и объемов медицинской помощи (медицинских услуг);

- проведение всех инвазивных процедур и манипуляций с применением только одноразового медицинского инструментария;

- лечение острых синдромов и симптомов заболеваний, urgentных состояний, консультация в объемах скорой неотложной медицинской помощи квалифицированными специалистами;

- транспортировка медицинским транспортом или иным транспортным средством, в том числе и с медицинским сопровождением;

- оформление и выдача медицинской документации.

По Программе №1 не является страховым риском (страховым случаем) обращение Застрахованного лица за медицинской помощью (медицинскими услугами) и иными услугами в случаях, предусмотренных пп.3.6.-3.9. Правил страхования.

Страховщик не компенсирует личные затраты Застрахованного лица или Страхователя на получение СМП.

3.2. «Амбулаторная помощь» (далее – Программа №2)

По Программе №2 страховым случаем является документально подтвержденное обращение Застрахованного лица в течение периода действия Договора страхования в медицинскую организацию, из числа предусмотренных Договором страхования, при заболевании, обострении хронического заболевания, травме, отравлении, инфекции и других расстройствах здоровья и состояниях, требующих медицинской помощи (медицинских услуг): консультативной, диагностической, лечебной, профилактической, реабилитационной, иной помощи и иных услуг, предусмотренных Договором страхования.

Если иное не предусмотрено условиями Договора страхования, Программа №2 включает в себя:

- амбулаторный прием специалистами (в том числе педиатром), консультации;

- лабораторные и инструментальные исследования – в заранее назначенное, удобное для Застрахованного лица время, по возможности – вне общей очереди (с учетом режима работы медицинской организации);

- проведение всех инвазивных процедур и манипуляций, вакцинации с применением только одноразовых игл, скарификаторов, шприцев и систем;

- расширенный объем диагностического обследования с применением (по показаниям) высокотехнологичных специализированных методик;

- расширенный объем лечебной помощи, включая физиолечение (все виды электро- и светолечения, лазеро- и магнитотерапию (СВЧ, УВЧ, импульсные токи, магнитофорез, электрофорез, индуктотермия дарсонвализация, диадинамические токи и пр.) теплотечение, ингаляции), баротерапию, галотерапию, массаж, акупунктуру, мануальную терапию, методы традиционной медицины (в т.ч. гирудотерапия), лазеротерапию и бальнеологические процедуры, занятия ЛФК;

- дневной стационар;

- консультации врачей-специалистов (в том числе педиатра) на дому, по медицинским показаниям;

- взятие анализов лаборантом и выполнение врачебных назначений патронажной медсестрой на дому по медицинским показаниям;

- обеспечение предметами медицинского ухода, медикаментами (лекарственными препаратами), медицинскими изделиями;

- консультации Застрахованных лиц специалистами кафедр медицинских вузов и научно-исследовательских учреждений, клиник;

- противорецидивное лечение;

- транспортировка медицинским транспортом или иным транспортным средством, в том числе и с медицинским сопровождением;

- оформление и выдача медицинской документации.

По Программе №2 не является страховым риском (страховым случаем) обращение Застрахованного лица за медицинской помощью (медицинскими услугами) и иными услугами в случаях, предусмотренных пп.3.6.-3.9. Правил страхования.

3.3. «Терапевтический стационар» (далее – Программа №3)

По Программе №3 страховым случаем является документально подтвержденное обращение Застрахованного лица в течение периода действия Договора страхования в медицинскую организацию, из числа предусмотренных Договором страхования, при заболевании, обострении хронического заболевания, травме, отравлении, инфекции и других расстройствах здоровья и состояниях, требующих медицинской помощи (медицинских услуг): профилактической, консультативной, диагностической, лечебной, реабилитационной, иной помощи и иных услуг, предусмотренных Договором страхования.

Если иное не предусмотрено условиями Договора страхования, Программа №3 включает в себя медицинскую помощь (медицинские услуги) и иные услуги при стационарном лечении по поводу заболеваний, не нуждающихся в хирургической коррекции, с целью:

- диагностического обследования (лабораторного и инструментального исследования) с применением (по показаниям) традиционных методов обследования, а также обследования с использованием высоких медицинских технологий;

- лечения в соответствии с рекомендациями и медицинскими стандартами, применяемыми в медицинских организациях, с использованием высоких технологий лечения;

- восстановительное лечение, физиолечение, занятия ЛФК.

Застрахованному лицу по Программе №3 гарантируется оплата медицинской помощи (медицинских услуг) и иных услуг, при необходимости его лечения в условиях стационара, включая:

- стоимость пребывания в медицинской организации;

- стоимость пребывания в отделении интенсивной терапии, реанимационных мероприятий;

- стоимость консультаций и другие профессиональные услуги врачей;

- диагностические обследования с применением (по показаниям) традиционных методов обследования;

- стоимость физиолечения, массажа, иглорефлексотерапии, мануальной терапии, занятий ЛФК, баротерапии, бальнеологического лечения, предписанных врачом для лечения заболевания, послужившего причиной госпитализации;

- стоимость медицинского обслуживания;

- стоимость вспомогательной медицинской помощи (медицинских услуг);

- предоставление места по возможности в стационаре в одно- или двухместной палате;

- индивидуальный пост;

- стоимость медицинских изделий;

- стоимость койко-дня (в том числе расходы на лечебное (диетическое) питание, оказание медицинской помощи (медицинских услуг), медикаменты (лекарственные препараты)).

Под койко-днем понимается день, проведенный Застрахованным лицом в условиях медицинского стационара в медицинской организации.

- стоимость транспортировки медицинским транспортом или иным транспортным средством, в том числе и с медицинским сопровождением;

- оформление и выдачу медицинской документации.

По Программе №3 не является страховым риском (страховым случаем) обращение Застрахованного лица за медицинской помощью (медицинскими услугами) и иными услугами в случаях, предусмотренных пп.3.6.-3.9. Правил страхования.

3.4. «Хирургический стационар» (далее – Программа №4)

По Программе №4 страховым случаем является документально подтвержденное обращение Застрахованного лица в течение периода действия Договора страхования в медицинскую организацию при травмах, заболеваниях и других расстройствах здоровья и состояниях, нуждающихся в хирургическом вмешательстве, за получением медицинской помощи (медицинских услуг) и иных услуг, предусмотренных Договором страхования.

Если иное не предусмотрено условиями Договора страхования, Программа №4 включает в себя:

- проведение инвазивных диагностических процедур;

- диагностические обследования с применением (по показаниям) традиционных методов обследования, а также обследования с использованием высоких медицинских технологий;

- лечение в соответствии с рекомендациями и медицинскими стандартами, применяемыми в медицинских организациях, включая традиционные хирургические методики, а также высокие технологии лечения: рентгено-эндоваскулярную хирургию, лазерную хирургию, эндоскопическую хирургию, оперативное пособие с использованием атравматических методов (атравматический шовный материал, литотрипсию, лапароскопические операции);

- проведение лечебной физической культуры (далее – ЛФК).

Застрахованному лицу по Программе №4 гарантируется оплата организации и оказания медицинской помощи (медицинских услуг) и иных услуг, при необходимости его лечения в условиях стационара, включая:

- стоимость пребывания в медицинской организации;

- стоимость пребывания в отделении интенсивной терапии, реанимационных мероприятий;

- стоимость консультаций и других профессиональных услуг врачей;

- стоимость физиолечения, массажа, иглорефлексотерапии, мануальной терапии, занятий ЛФК, баротерапии, бальнеологического лечения, предписанных врачом для лечения заболеваний, послуживших причиной госпитализации;

- стоимость медицинского обслуживания;

- стоимость вспомогательной медицинской помощи (медицинских услуг);

- стоимость хирургической помощи;

- стоимость анестезии;

- стоимость оперативного вмешательства;
- стоимость пользования операционной, кабинетом по наложению гипса;
- предоставление места в стационаре по возможности в одно- или двухместной палате, реанимации;

- индивидуальный пост;
- стоимость медицинских изделий;
- стоимость койко-дня (в том числе расходы на лечебное (диетическое) питание, оказание медицинской помощи (медицинских услуг), медикаменты (лекарственные препараты)).

Под койко-днем понимается день, проведенный Застрахованным лицом в условиях медицинского стационара в медицинской организации.

- стоимость транспортировки медицинским транспортом или иным транспортным средством, в том числе и с медицинским сопровождением;
- оформление и выдача медицинской документации.

По Программе №4 не является страховым риском (страховым случаем) обращение Застрахованного лица за медицинской помощью (медицинскими услугами) и иными услугами в случаях, предусмотренных пп.3.6.-3.9. Правил страхования.

Страховщик по отдельно заключаемым Договорам страхования может оплачивать гемодиализ в связи с острой почечной недостаточностью, сложные и сосудистые операции на сердце и сосудах, суставах, на головном и спинном мозге, периферической нервной системе, а также иные специализированные высокотехнологичные операции, включая трансплантацию органов и тканей.

3.5. «Лекарственное обеспечение» (далее – Программа №5)

По Программе №5 страховым случаем является документально подтвержденное обращение Застрахованного лица в течение периода действия Договора страхования за лекарственной помощью, в том числе медикаментами (лекарственными препаратами) и (или) медицинскими изделиями в связи с лечением, назначенным лечащим врачом при заболевании, обострении хронического заболевания, травме, отравлении и других расстройствах здоровья и состояниях, требующих лекарственной помощи, предусмотренной Договором страхования.

Предоставление лекарственного обеспечения при лечении амбулаторного характера.

Страховщик не оплачивает медикаменты (лекарственные препараты), приобретенные Застрахованным лицом без назначения врача в медицинских организациях, не определенных Договором страхования, и (или) не согласованные со Страховщиком.

3.6. «Санаторно-курортное и реабилитационно-восстановительное лечение» (далее – Программа №6)

По Программе №6 страховым случаем является документально подтвержденное обращение Застрахованного лица в течение периода действия Договора страхования в медицинскую организацию или иную организацию, из числа предусмотренных Договором страхования и согласованных Страховщиком для организации и оказания ему, предусмотренных Программой №6 медицинской помощи (медицинских услуг) и иных услуг, а также для проведения профилактических мероприятий, снижающих степень опасных для жизни или здоровья угроз и (или) устраняющих их в период остаточных явлений течения заболевания, а также при хроническом течении заболевания вне обострения.

Страховщик гарантирует Застрахованному лицу при наступлении страхового случая оплату организации и оказания санаторно-курортного лечения (санаторно-курортной помощи) и (или) реабилитационно-восстановительного лечения в объеме, предусмотренном Программой добровольного медицинского страхования, прилагаемой к Договору страхования, в которую могут быть включены медицинская помощь (медицинские услуги) и иные услуги из числа предусмотренных Программой №6, при соблюдении всех положений, определений, исключений и ограничений, предусмотренных Правилами страхования и Договором страхования.

Если иное не предусмотрено условиями Договора страхования, Программа №6 включает в себя следующий объем медицинской помощи (медицинских услуг) и (или) иных услуг, предусмотренных пунктами 3.6.1.–3.6.7. Программы №6.

3.6.1. Консультативные приемы врачей-специалистов по: акушерству и гинекологии, аллергологии и иммунологии, восстановительной медицине, гастроэнтерологии, дерматовенерологии, диабетологии, диетологии, кардиологии, лечебной физкультуре и спортивной медицине, мануальной терапии, неврологии, нефрологии, оториноларингологии, офтальмологии, пульмонологии, ревматологии, рентгенологии, рефлексотерапии, терапии, педиатрии, травматологии и ортопедии, ультразвуковой диагностике, урологии, физиотерапии, функциональной диагностике, эндокринологии, эндоскопии и др. профилям.

3.6.2. Оформление медицинской документации.

3.6.3. Лабораторные исследования: общеклинические, биохимические исследования, иммунологические исследования, микробиологические исследования, цитологические исследования, гистологические исследования.

3.6.4. Инструментальные исследования: функциональная диагностика, ультразвуковая диагностика, рентгенологические исследования, эндоскопические исследования.

3.6.5. Процедуры, манипуляции и методы лечения:

3.6.5.1. консервативное лечение по поводу заболевания, травмы и других расстройств здоровья и состояний, послуживших основанием для оказания санаторно-курортного лечения (санаторно-курортной помощи) и (или) реабилитационно-восстановительного лечения, лечебные и диагностические манипуляции;

3.6.5.2. физиотерапевтическое лечение, восстановительное лечение, методы традиционной диагностики, методы традиционной терапии, лечение средствами природного происхождения, традиционные системы оздоровления, восстановительное аппаратное лечение;

3.6.5.3. медицинская реабилитация, осуществляемая в ранний и поздний реабилитационный периоды, период остаточных явлений течения заболевания, при хроническом течении заболевания вне обострения в отделениях (кабинетах) реабилитации, физиотерапии, лечебной физкультуры, рефлексотерапии, мануальной терапии, психотерапии, медицинской психологии, кабинетах логопеда (учителя-дефектолога), специалистов по профилю оказываемой помощи медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, а также выездными бригадами на дому (медицинская реабилитация осуществляется пациентам, независимым в повседневной жизни при осуществлении самообслуживания, общения и самостоятельного перемещения (или с дополнительными средствами опоры), при наличии подтвержденной результатами обследования перспективы восстановления функций (реабилитационного потенциала).

3.6.6. Обеспечение лекарственными препаратами и медицинскими изделиями, необходимыми при выполнении процедур и манипуляций.

3.6.7. Дополнительные услуги в рамках санаторно-курортного лечения (санаторно-курортной помощи) и (или) реабилитационно-восстановительного лечения:

3.6.7.1. пребывание в медицинской организации, оказывающей санаторно-курортное лечение (санаторно-курортную помощь) и (или) реабилитационно-восстановительное лечение;

3.6.7.2. лечебное (диетическое) питание;

3.6.7.3. профилактика осложнений заболевания, травмы и других расстройств здоровья и состояний, послуживших причиной обращения Застрахованного лица за санаторно-курортным лечением (санаторно-курортной помощью) и (или) реабилитационно-восстановительным лечением;

3.6.7.4. сопровождение Застрахованного лица при проведении обследований и консультаций в медицинской организации персоналом медицинской организации;

3.6.7.5. сопровождение несовершеннолетнего Застрахованного лица, Застрахованного лица, неспособного к самостоятельному передвижению и (или) нуждающегося в посторонней помощи, родителем, опекуном, попечителем, законным представителем или иным лицом при оказании Застрахованному лицу медицинской помощи (медицинских услуг);

Данная услуга включает в себя организацию проезда одного сопровождающего лица до места оказания медицинской помощи (медицинских услуг) и обратно, его проживания и питания в месте оказания медицинской помощи (медицинских услуг).

3.6.7.6. совместное нахождение родителя, опекуна, попечителя, законного представителя или иного лица с несовершеннолетним Застрахованным лицом (ребенком) в стационарных условиях;

Данная услуга включает в себя организацию предоставления одному сопровождающему лицу койко-места в стационаре без лечения, питание в стационаре стандартное. Количество койко-дней сопровождающего лица не может быть более количества койко-дней сопровождаемого лица.

3.6.7.7. услуги по организации и предоставлению проживания и питания Застрахованного лица в период получения медицинской помощи (медицинских услуг) в соответствии с Программой №6, не входящие в состав медицинской помощи (медицинских услуг), однако требующиеся при оказании Застрахованному лицу медицинской помощи (медицинских услуг);

3.6.7.8. услуги переводчика в период получения медицинской помощи (медицинских услуг) и иных услуг, предусмотренных Программой №6;

3.6.7.9. информационные и консультационные услуги, связанные с оказанием или организацией медицинской помощи (медицинских услуг) в соответствии с Программой №6;

3.6.7.10. транспортировка (медицинская эвакуация), в том числе, организация проезда, Застрахованного лица в медицинскую организацию и обратно либо из одной организации в другую, включая медицинское сопровождение.

3.6.8. По Программе №6 не является страховым риском (страховым случаем) обращение Застрахованного лица за медицинской помощью (медицинскими услугами) и иными услугами в случаях, предусмотренных пп.3.6.-3.9. Правил страхования.

3.7. «Профилактика здоровья» (далее – Программа №7)

По Программе №7 страховым случаем является документально подтвержденное обращение Застрахованного лица в течение периода действия Договора страхования в медицинскую организацию, из числа предусмотренных Договором страхования, в целях проведения профилактических мероприятий (предварительных и периодических медицинских осмотров), направленных на предупреждение возникновения заболеваний (в т.ч. профессиональных) и несчастных случаев, и экспертизы состояния здоровья Застрахованного лица, предусмотренных Договором страхования.

Если иное не предусмотрено условиями Договора страхования, Программа №7 включает в себя:

- амбулаторный прием специалистами, консультации;
- лабораторные и инструментальные исследования – в заранее назначенное, удобное для Застрахованного лица время, по возможности – вне общей очереди (с учетом режима работы медицинской организации);
- расширенный объем диагностических обследований с применением (по показаниям) высокотехнологичных специализированных методик;
- взятие анализов лаборантом и выполнение врачебных назначений патронажной медсестрой на дому по медицинским показаниям;
- консультации Застрахованных лиц специалистами кафедр медицинских вузов и научно-исследовательских учреждений, клиник;
- проведение предварительных и периодических осмотров в целях предупреждения заболеваний (в т.ч. профессиональных) и несчастных случаев, экспертизы состояния здоровья Застрахованных лиц;
- иммунопрофилактика;
- вакцинация;
- оформление и выдача медицинской документации.

По Программе №7 не является страховым риском (страховым случаем) обращение Застрахованного лица за медицинской помощью (медицинскими услугами) и иными услугами в случаях, предусмотренных пп.3.6.-3.9. Правил страхования.

3.8. «Сестринский уход» (далее – Программа №8)

По Программе №8 страховым случаем является документально подтвержденное обращение Застрахованного лица в течение периода действия Договора страхования за медицинской помощью (медицинскими услугами) и иными услугами, а также медико-социальной помощью хронически и (или) тяжело больным и престарелым на дому и (или) в стационаре.

В соответствии с Программой №8 Страховщик гарантирует оплату организации и оказания (по медицинским показаниям) медицинской помощи (медицинских услуг) и иных услуг, а также медико-социальной помощи хронически и (или) тяжело больным и престарелым на дому и (или) в стационаре.

По Программе №8 не является страховым риском (страховым случаем) обращение Застрахованного лица за медицинской помощью (медицинскими услугами) и иными услугами в случаях, предусмотренных пп.3.6.-3.9. Правил страхования.

3.9. «Стоматологическая помощь» (далее – Программа №9)

По Программе №9 страховым случаем является документально подтвержденное обращение Застрахованного лица в течение периода действия Договора страхования в медицинскую организацию, из числа предусмотренных Договором страхования, при расстройствах здоровья и состояниях, требующих медицинской помощи (медицинских услуг) и иных услуг, предусмотренных Договором страхования.

В соответствии с Программой №9 Страховщик гарантирует оплату организации и оказания медицинской помощи (медицинских услуг) и иных услуг, при необходимости обращения Застрахованного лица к стоматологу.

Если иное не предусмотрено условиями Договора страхования, Программа №9 включает в себя:

- первичный осмотр с выдачей рекомендаций по необходимому лечению и уходу за полостью рта;
- лечение воспалительных заболеваний полости рта;
- терапевтическое лечение кариеса и его осложнений (пульпит, периодонтит), наложение пломб с применением импортных композитных материалов гуттаперчевых штифтов и др.;
- снятие зубных отложений ультразвуком и пломбировка зубов;
- покрытие зубов лаком;
- восстановление коронковой части зубов при ее разрушении менее чем на 50%;
- рентгендиагностику, радиовизиографию;
- хирургическое лечение (удаление зубов с обезболиванием);
- зубопротезирование по согласованию со Страховщиком;
- имплантологию по согласованию со Страховщиком;
- оформление и выдачу медицинской документации.

По Программе №9 не является страховым риском (страховым случаем) обращение Застрахованного лица за медицинской помощью (медицинскими услугами) и иными услугами в случаях, предусмотренных пп.3.6.-3.9. Правил страхования.

В каждом конкретном случае Программа №9 может предусматривать исключение из объема покрытия данной категории медицинской помощи (медицинских услуг), если это продиктовано андеррайтерской политикой Страховщика: в частности, если состояние зубов при принятии риска на страхование таково, что Страховщик ни при каких условиях не принял бы на страхование риск, связанный с возможным покрытием расходов по зубопротезированию и (или) имплантологии.

4. СТОИМОСТЬ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ (МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ)

Стоимость медицинской помощи (медицинских услуг) и иных услуг, возмещаемых Страховщиком по Программе, не может превышать страховую сумму (лимит ответственности). При страховании по Программе страховая сумма устанавливается отдельно на каждое Застрахованное лицо в размере, установленном в Договоре страхования.

5. ФОРМА И ПОРЯДОК УПЛАТЫ СТРАХОВОЙ ПРЕМИИ

Страховая премия может быть уплачена единовременными или рассроченным платежом (страховыми взносами), наличными деньгами в кассу Страховщика или его уполномоченному представителю либо безналичным перечислением на расчетный счет Страховщика.

Днем уплаты страховой премии (страхового взноса) считается:

- при безналичной уплате – день поступления денежных средств на расчетный счет Страховщика (уполномоченного представителя Страховщика);

- при наличной уплате – день внесения страховой премии (страхового взноса) наличными деньгами в кассу Страховщика либо уполномоченному представителю Страховщика с получением квитанции об оплате установленного образца.

Если Договором страхования не предусмотрено иное, в случае неуплаты Страхователем страховой премии (при единовременной оплате страховой премии) или первого страхового взноса (при оплате страховой премии в рассрочку) в размере и (или) в срок, установленные Договором страхования, Договор страхования является не вступившим в силу, страховые выплаты по Договору страхования не производятся. При этом полученные Страховщиком денежные средства подлежат возврату Страхователю в течение 5 (пяти) рабочих дней с момента получения страховой премии (первого страхового взноса) не в полном объеме.

На основании пункта 3 статьи 954 Гражданского кодекса Российской Федерации Правилами определяется следующее последствие неуплаты в установленные сроки очередных страховых взносов по Договору страхования, предусматривающему внесение страховой премии в рассрочку:

- при неуплате Страхователем (лицом, осуществляющим предпринимательскую деятельность) в установленные Договором страхования сроки очередного страхового взноса, а равно при неуплате очередного страхового взноса в полном размере, на основании статьи 328, статьи 450.1 Гражданского кодекса Российской Федерации, Договор страхования прекращается с 00 часов 00 минут дня, следующего за днем, когда очередной страховой взнос должен был быть уплачен полностью, при условии уведомления Страхователя в т.ч. на адрес электронной почты, указанный в Договоре страхования. При этом ранее уплаченные страховые взносы Страхователю не возвращаются;

- неуплата Страхователем – физическим лицом в установленные Договором страхования сроки очередного страхового взноса, а равно неуплата очередного страхового взноса в полном размере, на основании статьи 958 Гражданского кодекса Российской Федерации является отказом Страхователя от Договора страхования. Договор страхования прекращается с 00 часов 00 минут дня, следующего за днем, когда очередной страховой взнос должен был быть уплачен полностью. При этом ранее уплаченные страховые взносы Страхователю не возвращаются.

6. СТРАХОВОЙ ТАРИФ

Страховой тариф устанавливается согласно Приложению 20 к Правилам добровольного медицинского страхования.

7. ПОРЯДОК ОБРАЩЕНИЯ ЗАСТРАХОВАННЫХ ЛИЦ ЗА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩЬЮ (МЕДИЦИНСКИМИ УСЛУГАМИ)

При обращении в медицинскую организацию Застрахованное лицо предъявляет документ, удостоверяющий его личность, Страховой полис и (или) направление и (или) другие документы, оговоренные Договором с ЛПО. Информация о перечне документов, необходимых при обращении в медицинскую организацию доводится до Застрахованных лиц при получении Страхового полиса либо при заключении Договора страхования.

По усмотрению Страховщика Застрахованному лицу может быть назначено медицинское освидетельствование.

8. СТРАХОВАЯ ВЫПЛАТА

Страховая выплата осуществляется в соответствии с условиями Договора страхования на предоставление медицинской помощи (медицинских услуг) и иных услуг, на основании счета и (или) акта выполненных работ медицинской организации за оказание медицинской помощи (медицинских услуг) и иных услуг, путем безналичного перечисления денежных средств на расчетный счет медицинской организации, либо посредством компенсации Застрахованному лицу (Выгодоприобретателю) его документально подтвержденных затрат по оплате медицинской помощи (медицинских услуг) и иных услуг, включенных в Программу. Основанием для выплаты в последнем случае является Заявление о

страховой выплате (далее – заявление о выплате) Застрахованного лица (Страхователя) с приложением документов об оплате медицинской помощи (медицинских услуг) и иных услуг, оказанных медицинской организацией (квитанция, кассовый чек, справка ЛПО о предоставлении медицинской помощи (медицинских услуг) и иных услуг и иные документы).

9. При досрочном отказе Страхователя от Договора страхования по Программе уплаченная Страховщику страховая премия возвращается в порядке, предусмотренном Страховщиком.

Приложение 1
к Программе «Здоровая семья»

Образец

Примечание: Данный документ является образцом. Страховщик оставляет за собой право вносить в форму и текст образца Страхового полиса изменения и (или) дополнения, создавать на его основе иные формы данного документа, в той мере, в какой это не противоречит Правилам страхования и действующему законодательству Российской Федерации

СТРАХОВОЙ ПОЛИС № _____ от _____ 20__ г.
добровольного медицинского страхования «Здоровая семья»

Настоящий страховой полис удостоверяет факт заключения договора добровольного медицинского страхования по Программе «Здоровая семья» (далее – Договор страхования) на основании устного заявления на страхование, на условиях, содержащихся в тексте настоящего Договора страхования, Условиях добровольного медицинского страхования «Здоровая семья» (далее – Условия страхования), а также условиях, предусмотренных Правилами добровольного медицинского страхования в редакции от _____ (далее – Правила страхования).

1. Страхователь _____	
Адрес, телефон: _____	
Застрахованное лицо: _____	
Дата рождения: _____	Пол: <input type="checkbox"/> муж. <input type="checkbox"/> жен.
Адрес, телефон: _____	
Место работы: _____	
Примечание: _____	
Страховая сумма: _____ руб.	
Страховой тариф: _____	
Страховая премия в размере: _____ руб.	
Уплачивается: <input type="checkbox"/> одновременно <input type="checkbox"/> оплата до "____" _____ 20__ г. <input type="checkbox"/> в рассрочку (в 2 срока)	
до "____" _____ 20__ г.	
<input type="checkbox"/> наличный расчет <input type="checkbox"/> безналичный расчет № квитанции (п/п) _____ от _____ 20__ г.	
Первая часть премии к уплате: _____ (_____) руб.	
Срок действия Договора страхования: с "____" _____ по "____" _____.	
По настоящему Полису Застрахованное лицо имеет право получать медицинскую помощь (медицинские услуги) и иные услуги в следующих ЛПО:	
Программа	Здоровая семья
Дополнительные условия:	
Положения Договора страхования имеют преимущественную силу над положениями Правил страхования. Во всем ином, не предусмотренном Договором страхования, стороны руководствуются Правилами страхования и действующим законодательством Российской Федерации.	
Подписывая настоящий Полис, в соответствии с требованиями Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных» (далее - Федеральный закон), выражаю свое согласие на обработку персональных данных (в т.ч. на обработку специальных категорий персональных данных) моих и Застрахованных лиц по настоящему Договору страхования, совершаемых с использованием средств автоматизации или без использования таких средств с персональными данными, включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (распространение, предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение персональных данных, предоставленных Страховщику по настоящему Договору страхования в целях исполнения требований Федерального закона от 07.08.2001 №115-ФЗ при заключении / исполнении Договора страхования.	
Подтверждаю, что ознакомлен(а) с положениями Федерального закона, права и обязанности в области защиты персональных данных мне разъяснены. Под персональными данными я понимаю любую информацию, относящуюся ко мне и Застрахованным лицам по настоящему Договору страхования как к субъекту (субъектам персональных данных), в том числе указанную в настоящем документе.	
Настоящее согласие действительно в течение срока действия Договора страхования и после окончания действия Договора страхования до даты его отзыва Страхователем (Застрахованным лицом) (если иное не установлено действующим законодательством Российской Федерации).	
Настоящее согласие может быть отозвано мною в любой момент при предоставлении Страховщику заявления в простой письменной форме в соответствии с требованиями законодательства РФ. При этом я уведомлен о том, что уничтожение Страховщиком моих персональных данных и данных лиц, застрахованных по настоящему Договору страхования, осуществляется в срок не позднее 10 рабочих дней с момента урегулирования всех обязательств между сторонами по Договору страхования.	
Полный отзыв моего согласия и (или) согласия Застрахованных лиц по настоящему Договору страхования на обработку персональных данных, считается моим отказом (отказом Застрахованных лиц) от Договора страхования с даты получения Страховщиком указанного выше заявления. При этом ранее уплаченная страховая премия возврату не подлежит, если иное не будет установлено Договором страхования. Кроме того, я уведомлен, что Страховщик, являющийся в силу Федерального закона Оператором, имеет право предоставлять информацию по официальному запросу третьих лиц только в установленных законодательством РФ случаях.	

ПРОГРАММА - «Телемедицина»

1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

Программа «Телемедицина» (далее – Программа) разработана на основе «Правил добровольного медицинского страхования» (далее – Правила страхования) Страховщика.

Программа является неотъемлемой частью Договора страхования и регламентирует:

- объем медицинской помощи, оказываемой в рамках Программы;
- порядок обращения Застрахованных лиц за медицинской помощью.

В соответствии с Программой Страховщик гарантирует оплату организации и оказания медицинской помощи с использованием телемедицинских технологий в объеме, предусмотренном Программой к Договору страхования и в медицинских организациях, выбранных Страхователем (Застрахованным лицом) из числа имеющих Договоры с ЛПО со Страховщиком.

2. СТРАХОВОЙ СЛУЧАЙ

Страховым случаем является документально подтвержденное обращение Застрахованного лица в течение периода действия Договора страхования в медицинскую организацию, из числа предусмотренных Договором страхования, при заболевании, обострении хронического заболевания, травме, отравлении, инфекции и других расстройствах здоровья и состояниях, требующих медицинской помощи (медицинских услуг): консультативной, диагностической, лечебной, профилактической, реабилитационной, иной помощи и иных услуг, предусмотренных Договором страхования.

Если иное не предусмотрено условиями Договора страхования, Программа включает в себя:

- срочные дистанционные (телемедицинские) онлайн-консультации врача-педиатра (врача-терапевта);
- предоставление письменного заключения с рекомендациями по результатам онлайн-консультации;
- плановые дистанционные (телемедицинские) онлайн-консультации врача-педиатра (врача-терапевта);
- плановые дистанционные (телемедицинские) онлайн-консультации с профильным врачом-консультантом по рекомендации врача-педиатра (врача-терапевта) и предварительной записи;
- плановые дистанционные (телемедицинские) онлайн-консультации с врачами-консультантами в целях вынесения заключения по результатам проведенных диагностических исследований;
- плановые дистанционные (телемедицинские) онлайн-консультации с врачами-консультантами профильных специальностей, в том числе специалистами кафедр медицинских вузов и научно-исследовательских организаций по ранее поставленному диагнозу (услуга «Второе мнение»);
- диагностические обследования, очные консультации с врачом-педиатром (врачом-терапевтом), врачами-консультантами профильных специальностей по рекомендации врача-педиатра (врача-терапевта) и предварительной записи с применением телекоммуникационных технологий.

По Программе не является страховым риском (страховым случаем) обращение Застрахованного лица за медицинской помощью (медицинскими услугами) и иными услугами в случаях, предусмотренных пп.3.6.-3.9. Правил страхования.

3. ПОРЯДОК ОБРАЩЕНИЯ ЗАСТРАХОВАННЫХ ЛИЦ ЗА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩЬЮ

Дистанционные (телемедицинские) онлайн-консультации могут оказываться одним из следующих способов:

- с использованием видеозаписи путем обмена сообщениями и файлами;
- с использованием аудиозаписи путем обмена сообщениями и файлами;
- путем обмена сообщениями и файлами;
- по телефону.

Дистанционные (телемедицинские) онлайн-консультации могут проводиться на основе предоставляемых Застрахованным лицом (его представителем) медицинской информации и документации.

Дистанционные (телемедицинские) онлайн-консультации могут осуществляться с использованием следующего оборудования: персональный компьютер, мобильный телефон, которое должно соответствовать техническим требованиям оборудования и программного обеспечения, указанным в Программе к Договору страхования.

Порядок предоставления услуг в рамках Программы к Договору страхования осуществляется в соответствии с процедурой, описанной в Программе к Договору страхования.

4. СТРАХОВАЯ СУММА

Стоимость медицинской помощи (медицинских услуг) и иных услуг, возмещаемых Страховщиком по Программе, не может превышать страховую сумму (лимит ответственности).

РАЗМЕР БАЗОВЫХ СТРАХОВЫХ ТАРИФОВ
(в % к страховой сумме)

Расчет базовых страховых тарифов произведен для срока страхования 1 год.

Таблица 1

№ п/п	Программа	Тариф (в %)
1	2	3
1	«Скорая и неотложная медицинская помощь»	8,08
2	«Амбулаторная помощь»	10,26
3	«Терапевтический стационар»	8,18
4	«Хирургический стационар»	6,04
5	«Лекарственное обеспечение»	5,15
6	«Санаторно-курортное и реабилитационно-восстановительное лечение»	9,1
7	«Профилактика здоровья»	5,04
8	«Сестринский уход»	3,05
9	«Стоматологическая помощь»	12,02
10	«Комплексная базовая программа»	66,92
11	«Комплексная расширенная программа»	80,3
12	«Дородовое наблюдение женщин»	38,99
13	«Акушерская помощь»	36,55
14	«Индивидуальное ведение родов»	38,89
15	«Домашний доктор»	16,74
16	«Дорогостоящая медицинская помощь»: - вариант «Стандарт»; - вариант «Стандарт Плюс»; - вариант «VIP»;	0,25 0,65 0,72
17	«Антиклещ»: - вариант «Эконом»; - вариант «Стандарт»; - вариант «Особый»; - вариант «Детский».	0,45 0,48 0,52 0,45
18	«Здоровая семья»	66,92
19	«Телемедицина»	0,50

В Таблице 1 по Программам: «Комплексная базовая программа», «Комплексная расширенная программа» и «Здоровая семья», представлен тариф при условии включения всех Программ из указанных в пунктах 3.2.1.-3.2.9. Правил страхования. При включении в Программы: «Комплексная базовая программа», «Комплексная расширенная программа» и «Здоровая семья» только части из Программ, указанных в пунктах 3.2.1.-3.2.9. Правил страхования, расчет тарифа будет производиться путем сложения брутто-ставок (тарифов) тех Программ, которые будут входить в программы «Комплексная базовая программа», «Комплексная расширенная программа» и «Здоровая семья».

В зависимости от количества Программ, входящих в Программы «Комплексная базовая программа», «Комплексная расширенная программа» и «Здоровая семья», Страховщик вправе применять следующие поправочные коэффициенты:

Таблица 2

Количество Программ страхования, входящих в Программу	Размер поправочного коэффициента
1	2
9 программ	0,65
8 программ	0,67
7 программ	0,70
6 программ	0,75
5 программ	0,85
4 программы	0,90
3 программы	0,95
2 программы	0,97

Для Программ страхования «Стоматологическая помощь», «Комплексная базовая программа», «Комплексная расширенная программа» (при включении в нее Программы «Стоматологическая помощь»), в случае исключения из объема страхового покрытия услуг по зубопротезированию к указанной тарифной ставке может применяться понижающий коэффициент (K1) - 0,80.

Для Программ страхования «Стоматологическая помощь», «Комплексная расширенная программа» (при включении в нее Программы «Стоматологическая помощь»), в случае включения в объем страхового покрытия услуг по имплантологии к указанной тарифной ставке может применяться повышающий коэффициент (K2) – 1,2.

Для Программы страхования «Дорогостоящая медицинская помощь» Страховщик вправе применить следующие поправочные коэффициенты:

При принятии на страхование лиц в возрасте старше 50 лет по варианту «Стандарт», «Стандарт Плюс» или «VIP» применяется поправочный коэффициент 1,50 (к базовому страховому тарифу), на одного человека.

При страховании по варианту «Стандарт» Страховщик может применять следующие поправочные коэффициенты:

Таблица 3

№ п/п	Количество Застрахованных лиц	Размер поправочного коэффициента
1	2	3
1	при одном Застрахованном лице	1,00
2	при 2 Застрахованных лицах	0,50
3	при 3 Застрахованных лицах	0,40
4	при 4 Застрахованных лицах	0,35
5	при 5 Застрахованных лицах (включая Страхователя)	0,31

При страховании по варианту «Стандарт Плюс» Страховщик может применять следующие поправочные коэффициенты:

Таблица 4

№ п/п	Количество Застрахованных лиц	Размер поправочного коэффициента
1	2	3
1	при одном Застрахованном лице	1,00
2	при 2 Застрахованных лицах	0,85
3	при 3 Застрахованных лицах	0,75
4	при 4 Застрахованных лицах	0,67
5	при 5 Застрахованных лицах (включая Страхователя)	0,60

Иные поправочные коэффициенты по Программе «Дорогостоящая медицинская помощь» не применяются за исключением коэффициента (K6) при условии страхования более 5 человек.

Для Программы «Антиклещ» Страховщик вправе применить к базовым страховым тарифам поправочные коэффициенты в зависимости от региона: понижающий коэффициент от 0,10 до 0,95 или повышающий коэффициент от 1,05 до 3,00.

Иные поправочные коэффициенты по Программе «Антиклещ» не применяются, за исключением поправочных коэффициентов за количество Застрахованных лиц (K6) и за объем медицинской помощи (медицинских услуг) и иных услуг, предусмотренных Программой (K7).

При заключении конкретного Договора страхования Страховщик имеет право применять к базовым страховым тарифам повышающие (от 1,05 до 30,00) и понижающие (от 0,10 до 0,97) коэффициенты с учетом следующих факторов:

- возраст Застрахованного лица (Страховщик вправе применять повышающий коэффициент (от 1,19 до 2,50 и понижающий коэффициент (0,97) – (К3):

Таблица 5

Возраст Застрахованного лица (полных лет)	Понижающий поправочный коэффициент	Повышающий поправочный коэффициент
1	2	3
возрастная категория до 1 года	1,00	2,50
возрастная категория от 1 до 5 лет	1,00	2,10
возрастная категория от 6 до 16 лет	1,00	1,50
возрастная категория от 17 до 40 лет	0,97	1,00
возрастная категория от 41 до 50 лет	1,00	1,19
возрастная категория от 51 до 55 лет	1,00	1,40
возрастная категория от 56 до 60 лет	1,00	1,50
возрастная категория от 61 до 65 лет	1,00	1,75
возрастная категория от 66 до 70 лет	1,00	1,90
возрастная категория от 71 до 75 лет	1,00	2,00
возрастная категория старше 75 лет	1,00	2,10

При коллективном страховании Страховщик вправе не применять поправочные коэффициенты за возраст Застрахованного лица.

При наличии в Договоре страхования Застрахованных лиц старше 55 лет Страховщик вправе применять повышающий коэффициент за возраст только для данной категории лиц.

В случае применения поправочных коэффициентов за возраст и установлении общей страховой суммы при страховании коллектива расчет страхового тарифа для Застрахованных лиц разных возрастных категорий производится следующим образом: рассчитывается страховой тариф с применением всех предусмотренных поправочных коэффициентов на каждое Застрахованное лицо, а в Договоре страхования применяется среднеарифметический страховой тариф, рассчитанный методом сложения всех страховых тарифов рассчитанных на каждое Застрахованное лицо и делением на общее количество Застрахованных лиц по Договору страхования.

- Состояние здоровья Застрахованного лица (согласно пункту 3.5. Правил страхования выделены 5 групп здоровья Застрахованных лиц, базовые страховые тарифы рассчитаны для людей, относящихся к 3 группе здоровья) (К4).

Таблица 6

№ п/п	Группа здоровья Застрахованного лица	Размер поправочного коэффициента
1	2	3
1	1 группа здоровья	0,90
2	2 группа здоровья	0,95
3	3 группа здоровья	1,00
4	4 группа здоровья	2,10
5	5 группа здоровья	2,50

В случае заключения Договора страхования без предварительного медицинского освидетельствования граждан поправочные коэффициенты за группу здоровья не применяются.

В случае отказа лица, подлежащего страхованию, от прохождения медицинского освидетельствования Договор страхования может быть заключен только на условиях, предусмотренных для пятой группы здоровья.

- Профессия (род занятий) Застрахованного лица (в отношении лиц, профессиональные обязанности и условия труда которых связаны с повышенным риском причинения вреда здоровью, возникновения и развития хронических заболеваний применяется повышающий коэффициент от 1,20 до 3,00) - (К5).

Для применения поправочных коэффициентов в зависимости от профессии (рода занятий) Застрахованного лица Страховщик применяет следующую Таблицу классификации категорий Застрахованных по профессиям (роду занятий):

Таблица 7

Категория	Описание профессии (род занятий)	Поправочный коэффициент
I категория	<u>Профессии, минимально подверженные риску несчастного случая.</u> Лица, деятельность которых не связана с управлением (за исключением управления на среднем и низшем уровне) или регулярными командировками. Профессии, связанные с использованием приборов и аппаратных средств, не представляющих повышенной опасности (фотографы в студиях, программисты, телефонные операторы). Преподаватели, воспитатели, врачи. Лица, временно или постоянно не работающие: домохозяйки, пенсионеры, учащиеся.	1,00
II категория	<u>Профессии с малым риском несчастного случая.</u> Лица, деятельность которых не связана с управлением (за исключением управления на среднем и низшем уровне), регулярно совершающие командировки (в зависимости от частоты и географии поездок ставка страховой премии может требовать индивидуального согласования). Профессии, связанные с использованием лёгкого ручного труда или преимущественным пребыванием вне помещения. Водители автотранспорта, машинисты поездов.	1,20
III категория	<u>Профессии со средним риском несчастного случая.</u> Профессии, непосредственно связанные с процессом производства, использованием машин и механизмов, поднятием тяжестей, Строители, электрики, крановщики. Монтажники, работающие на высоте от 5 метров.	1,50
IV категория	<u>Профессии с повышенным риском несчастного случая.</u> Профессии, связанные с работой в неблагоприятных условиях, использованием опасных механизмов. Управляющие высокого уровня (ставка страховой премии может требовать индивидуального согласования с учётом особенностей). Сотрудники служб безопасности, не носящие оружия.	2,00
V категория	<u>Профессии с высоким риском несчастного случая.</u> Лица, работающие в особо неблагоприятных или опасных условиях (под землёй, на высоте от 15 метров, в плавильных цехах). Сотрудники правоохранительных органов. Сотрудники служб безопасности, носящие оружие.	3,00

При страховании коллектива поправочные коэффициенты за категорию профессии (род занятий) Страховщик вправе не применять.

Количество Застрахованных лиц по Договору страхования (Страховщик может применять понижающий коэффициент от 0,20 до 0,95) – (К6):

Таблица 8

Кол-во Застрахованных лиц, чел.	Поправочный коэффициент
1	2
2-5	0,95
6-9	0,92
10-25	0,90
26-100	0,85
101-250	0,80
251-1 200	0,75
1 201-3 000	0,70
3 001-5 500	0,65
5 501-7 000	0,60

7 001-18 000	0,50
18 001-25 000	0,45
25 001-45 000	0,40
45 001-75 000	0,35
Свыше 75 000	0,20

- объем медицинской помощи (медицинских услуг) и иных услуг, предусмотренных Программой (может применяться как понижающий коэффициент от 0,20 до 0,95, так и повышающий коэффициент от 1,05 до 3,00) – (K7);

- перечень заболеваний, предусмотренных Программой (может применяться как понижающий коэффициент от 0,40 до 0,90, так и повышающий коэффициент от 1,10 до 2,50) – (K8);

- категория медицинских организаций, количество медицинских организаций, стоимость оказания медицинской помощи (медицинских услуг) и иных услуг в выбранных медицинских организациях, предусмотренных Договором страхования (может применяться как понижающий коэффициент от 0,20 до 0,95, так и повышающий коэффициент от 1,05 до 3,00) – (K9);

- регион оказания медицинской помощи (медицинских услуг) и иных услуг (может применяться понижающий коэффициент от 0,20 до 0,90 так и повышающий коэффициент от 1,10 до 2,00) (K10);

- размер страховой суммы по Договору страхования (может применяться как понижающий коэффициент от 0,50 до 0,90, так и повышающий коэффициент от 1,10 до 2,00) (K11) в зависимости от стоимости оказания медицинской помощи (медицинских услуг) и иных услуг в выбранных медицинских организациях;

При установлении общей страховой суммы по Договору страхования на всех Застрахованных лиц необходимо применять повышающий коэффициент (K12) - 1,20.

- установление отдельных лимитов ответственности – по отдельным Программам, видам медицинской помощи (медицинских услуг) и иных услуг, группам Застрахованных лиц и т.п. (может применяться понижающий коэффициент от 0,50 до 0,90) – (K13) (в зависимости от влияния установленных лимитов ответственности на размер страховой выплаты и частоты обращений в медицинские организации за получением медицинской помощи (медицинских услуг) и иных услуг);

- установление франшизы (может применяться понижающий коэффициент от 0,30 до 0,90 в зависимости от вида и размера франшизы) (K14);

- отношение выплат к взносам по ранее заключенным Договорам страхования при страховании коллектива (в отношении всего Договора страхования), либо страховании физических лиц (в отношении одного и того же Застрахованного лица) (может применяться как понижающий коэффициент от 0,50 до 0,95, так и повышающий коэффициент от 1,10 до 2,5) - (K15):

Таблица 9

Отношение выплат к взносам	0%	до 5%	свыше 5% до 15%	свыше 15% до 25%	свыше 25% до 35%	свыше 35% до 50%	свыше 50% до 70%	свыше 70% до 80%	свыше 80% до 85%	свыше 85% до 100%	свыше 100% до 125%	свыше 125% до 140%	свыше 140% до 160%	свыше 160% до 200%	свыше 200%
Поправочный коэффициент	0,50	0,70	0,75	0,80	0,85	0,90	0,95	1,0	1,10	1,20	1,40	1,65	1,85	2,00	2,50

При внесении страховой премии в рассрочку может применяться повышающий коэффициент от 1,05 до 1,35 - (K16):

Таблица 10

Количество страховых взносов	2	3	4	5	6	7	8
поправочный коэффициент	1,05	1,10	1,15	1,20	1,30	1,33	1,35

В случае расширения страхового покрытия на события, указанные в пункте 3.9.2. Правил страхования Страховщик применяет повышающий коэффициент 1,40 (K17).

В случае расширения страхового покрытия на события, указанные в пункте 3.9.3. Правил страхования Страховщик применяет повышающий коэффициент 1,50 - (K18).

При установлении в Договоре страхования страховой суммы менее расчетной и определенной для конкретных лечебно-профилактических организаций, Страховщик вправе применять к страховому тарифу повышающие коэффициенты от 1,00 до 3,00 (K19).

В зависимости от соотношения сотрудников и родственников в группе Застрахованных лиц по Договору страхования Страховщик вправе применить понижающий коэффициент от 0,20 до 0,95 – (K20).

Расчет базовых страховых тарифов произведен для срока страхования 1 год. При сроке страхования менее года страховая премия исчисляется в следующих процентах от годовой страховой премии (страхового тарифа), если иное не предусмотрено Договором страхования:

Таблица 11

Срок страхования, месяцев	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Процент от годовой премии	10	30	50	60	65	70	75	80	85	90	95

При заключении Договора страхования на срок менее 1 месяца страховая премия рассчитывается пропорционально сроку действия Договора страхования, и равняется доле месячной премии за количество дней неполного месяца, из расчета 1/30 месячной премии за каждый день, если иное не предусмотрено Договором страхования.

При заключении Договора страхования на срок более 1 года страховая премия рассчитывается пропорционально сроку действия Договора страхования, и равняется сумме годовых страховых премий и доле годовой премии за количество месяцев неполного года, из расчета 1/12 годовой премии за каждый месяц, при этом неполный месяц принимается за полный, если иное не предусмотрено Договором страхования.

При страховании лиц, которые на момент заключения Договора страхования состоят на учете в наркологических, психоневрологических, туберкулезных, кожно-венерологических диспансерах, инвалидов 1 группы, ВИЧ-инфицированных, больных СПИДом, лиц, употребляющих психотропные вещества без назначения врача либо новые потенциально опасные психоактивные вещества, имеют злокачественные новообразования, в том числе заболевания крови, госпитализированных, а также лиц в возрасте старше 95 лет Страховщик с учетом повышенной степени риска на основе принятых индивидуальных андеррайтерских решений имеет право применить повышающие коэффициенты от 1,1 до 30,0 – (K21).

При изменении условий страхования в течении срока действия Договора страхования страховая премия на оставшийся срок рассчитывается пропорционально сроку действия Договора страхования с момента внесения изменений в Договор страхования (посредством составления дополнительного соглашения и согласования данного дополнительного соглашения Сторонами) до момента окончания срока действия Договора страхования.

При расторжении Договора страхования, в который были внесены изменения страховая премия, подлежащая возврату, рассчитывается пропорционально сроку действия Договора страхования (с момента начала его действия), если иное не предусмотрено Договором страхования.

При заключении Договора страхования Страховщик имеет право уменьшать страховые тарифы в пределах нагрузки в соответствии со структурой тарифных ставок Страховщика.

В связи с отсутствием какой-либо утвержденной методики расчета и экономического обоснования повышающих и понижающих коэффициентов, применяемых при определении страхового тарифа по конкретному Договору страхования, в частности определения факторов риска влияющих на тариф, диапазона применения поправочных коэффициентов для каждого такого фактора риска, а также конкретных значений поправочных коэффициентов для определенных значений факторов риска, использовался метод экспертных оценок, который рекомендован при недостаточности фактических данных. Для более точного расчета поправочных коэффициентов, применяемым к базовым страховым тарифам, наиболее репрезентативной является собственная практика Страховщика. По мере накопления статистического материала Страховщик будет наблюдать за влиянием факторов риска на результат страхования, будет оценивать такое влияние и в зависимости от полученных результатов, уточнять, корректировать приведенные выше поправочные коэффициенты, о чем уведомит орган страхового надзора в установленном действующим законодательством Российской Федерации порядке.

Конкретный страховой тариф по Договору страхования определяется как произведение базового страхового тарифа на поправочные коэффициенты, соответствующие факторам риска по данному Договору страхования.

Образец

Примечание: Данный документ является образцом. Страховщик оставляет за собой право вносить в форму и текст образца Медицинской анкеты изменения и (или) дополнения, создавать на его основе иные формы данного документа, в той мере, в какой это не противоречит Правилам страхования и действующему законодательству Российской Федерации.

Медицинская анкета

(является неотъемлемой частью заявления на страхование)

ФИО _____
Адрес проживания, номер телефона _____

Паспорт серия, номер, дата и кем выдан _____

Дата рождения «__» _____ г. Рост _____ см. Вес _____ кг.

1. Обращались ли вы за медицинской помощью или консультацией в течение последних 24 месяцев?

 Да Нет Если да, укажите, пожалуйста, подробности

Причина обращения	Характер оказанной помощи	Календарные сроки лечения	Текущее состояние здоровья

2. Лежали ли Вы в больнице или страдали ли Вы от какого-либо хронического заболевания в течение последних 5 лет? (Если да, укажите подробности)

 Да Нет

Причина обращения	Характер оказанной помощи	Календарные сроки лечения	Текущее состояние здоровья

3. Рекомендовали ли Вам пройти медицинское обследование или намереваетесь ли Вы обратиться за медицинской помощью или консультацией в ближайшем будущем?

 Да (Если да, укажите подробности) Нет

Причина обращения _____

4. Страдали ли Вы от следующих заболеваний или у Вас наблюдались следующие заболевания независимо от того, обращались ли Вы к врачу или нет?

Заболевания нервной системы или умственные расстройства	<input type="checkbox"/> ДА	<input type="checkbox"/> НЕТ
Повышенное кровяное давление, сердечно-сосудистые заболевания	<input type="checkbox"/> ДА	<input type="checkbox"/> НЕТ
Заболевания суставов, костной или мышечной ткани, ревматизм	<input type="checkbox"/> ДА	<input type="checkbox"/> НЕТ
Заболевания позвоночника	<input type="checkbox"/> ДА	<input type="checkbox"/> НЕТ
Заболевания дыхательной системы, аллергия	<input type="checkbox"/> ДА	<input type="checkbox"/> НЕТ
Заболевания мочеполовой системы или желудочно-кишечного тракта, печени	<input type="checkbox"/> ДА	<input type="checkbox"/> НЕТ
Заболевания кожи	<input type="checkbox"/> ДА	<input type="checkbox"/> НЕТ
Киста, доброкачественные или злокачественные опухоли	<input type="checkbox"/> ДА	<input type="checkbox"/> НЕТ
Гинекологические заболевания, менструальные расстройства	<input type="checkbox"/> ДА	<input type="checkbox"/> НЕТ
Врожденные заболевания, пороки развития	<input type="checkbox"/> ДА	<input type="checkbox"/> НЕТ
Осложненная беременность	<input type="checkbox"/> ДА	<input type="checkbox"/> НЕТ
Варикозное расширение вен	<input type="checkbox"/> ДА	<input type="checkbox"/> НЕТ

5. Укажите, имеются ли у Вас жалобы на состояние здоровья:

№ п/п	Жалобы на состояние здоровья	ДА	НЕТ
1	Нарастающая общая слабость, недомогание, вялость, апатия	<input type="checkbox"/> ДА	<input type="checkbox"/> НЕТ
2	Появившаяся повышенная нервозность, дрожание рук	<input type="checkbox"/> ДА	<input type="checkbox"/> НЕТ

3	Ощущение необычной работы сердца (сердцебиение, перебои и др.)	<input type="checkbox"/> ДА	<input type="checkbox"/> НЕТ
4	Головные боли (длительные, приступообразные)	<input type="checkbox"/> ДА	<input type="checkbox"/> НЕТ
5	Отеки лица, ног	<input type="checkbox"/> ДА	<input type="checkbox"/> НЕТ
6	Зуд кожных покровов	<input type="checkbox"/> ДА	<input type="checkbox"/> НЕТ
7	Боли в суставах	<input type="checkbox"/> ДА	<input type="checkbox"/> НЕТ
8	Одышка при обычной ходьбе или в покое	<input type="checkbox"/> ДА	<input type="checkbox"/> НЕТ
9	Кашель длительный	<input type="checkbox"/> ДА	<input type="checkbox"/> НЕТ
10	Боли за грудиной или в грудной клетке	<input type="checkbox"/> ДА	<input type="checkbox"/> НЕТ
11	Боли в области живота	<input type="checkbox"/> ДА	<input type="checkbox"/> НЕТ
12	Неприятные ощущения, боли в заднем проходе	<input type="checkbox"/> ДА	<input type="checkbox"/> НЕТ
13	Уплотнение или опухоль в какой-либо части тела	<input type="checkbox"/> ДА	<input type="checkbox"/> НЕТ
14	Уплотнение (узел) в молочной железе, выделения из сосков, изменение формы сосков или железы	<input type="checkbox"/> ДА	<input type="checkbox"/> НЕТ
15	Затруднение и боли при мочеиспускании	<input type="checkbox"/> ДА	<input type="checkbox"/> НЕТ

Впишите жалобы, не указанные в анкете: _____

Я сообщаю, что моя история болезни ведется в медицинской организации (название, адрес ЛПО, телефон) _____

Разрешаю ООО «Вита-страхование» ознакомиться с моей историей болезни.

Я подтверждаю, что ответы на поставленные вопросы являются правдивыми и обязуюсь известить Страховщика о всех изменениях, произошедших до вступления Договора страхования в силу.

Я полностью осознаю, что предоставляемое мне страховое покрытие не вступило бы в силу или вступило на иных условиях, если бы информация, указанная мной в настоящей анкете была иная.

« _____ » _____ 20__ г.

(Ф.И.О.)

(подпись)

Образец

Примечание: Данный документ является образцом. Страховщик оставляет за собой право вносить в форму и текст образца заявления на страхование изменения и (или) дополнения, создавать на его основе иные формы данного документа, в той мере, в какой это не противоречит Правилам страхования и действующему законодательству Российской Федерации.

ЗАЯВЛЕНИЕ НА СТРАХОВАНИЕ

Заявитель: _____

Адрес: _____

Банковские реквизиты: _____

Телефон/факс: _____

1. В соответствии с действующим законодательством Российской Федерации, Правилами добровольного медицинского страхования (далее – Правила страхования) прошу застраховать ___ человек

2. По программе(мам): _____.

3. Страховая сумма составляет: _____.

4. Срок страхования: с «___» _____ г. по «___» _____ г.

К заявлению прилагается: список Застрахованных лиц на _____ листах.

С Правилами страхования, Программами и перечнем ЛПО, оказывающих помощь Застрахованным лицам, ознакомлен, с их положением согласен и обязуюсь выполнять.

Настоящим подтверждаю:

- что проинформирован, о том, что лица, которые на момент заключения договора страхования состоят на учете в наркологических, психоневрологических, туберкулезных, кожно-венерологических диспансерах, являются инвалидами 1 группы, ВИЧ-инфицированными, больными СПИДом, лицами, употребляющими психотропные вещества без назначения врача либо новые потенциально опасные психоактивные вещества, имеют злокачественные новообразования, в том числе заболевания крови, госпитализированные или лица возраст которых старше 95 лет, принимаются на страхование на индивидуальных условиях с учетом повышенной степени риска и с принятием Страховщиком индивидуальных андеррайтерских решений, предусматривающих применение к страховому тарифу повышающих коэффициентов;

- что сведения, представленные в Заявлении, являются достоверными и точными;

- что осведомлен, что в случае сокрытия или предоставления заведомо ложных сведений, сообщенных Страховщику при заключении договора страхования, договор страхования может быть признан недействительным. В случае, если Страхователь (Застрахованное лицо, Выгодоприобретатель) не сообщил Страховщику о ставших ему известными значительных изменениях в обстоятельствах, сообщенных Страховщику при заключении договора страхования, Страховщик вправе требовать расторжения договора страхования и возмещения убытков, причиненных его расторжением.

Руководитель предприятия, организации: _____
(подпись)

_____ 20__ г.

М.П.

Образец

Примечание: Данный документ является образцом. Страховщик оставляет за собой право вносить в форму и текст образца Договора страхования изменения и (или) дополнения, создавать на его основе иные формы данного документа, в той мере, в какой это не противоречит Правилам страхования и действующему законодательству Российской Федерации.

ДОГОВОР № _____
ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

г. _____ 20__ г.

Общество с ограниченной ответственностью «Вита-страхование» (лицензия _____) (далее – Страховщик), в лице _____ (должность, полностью Ф.И.О. уполномоченного представителя Страховщика), действующего на основании _____ (Устав / номер, дата доверенности), с одной стороны, и _____ (полное наименование юридического лица в соответствии с Уставом / полностью ФИО индивидуального предпринимателя) (далее - Страхователь), в лице _____ (должность, полностью Ф.И.О. уполномоченного представителя Страхователя), действующего на основании _____ (наименование документа, на основании которого действует уполномоченный представитель Страхователя – Устав / свидетельство ЕГРИП / номер и дата доверенности), с другой стороны, далее совместно именуемые Стороны, на основании заявления на добровольное медицинское страхование от _____ 20__ г. (Приложение 1 к Договору страхования) в соответствии с Правилами добровольного медицинского страхования, утвержденными Страховщиком _____ (далее – Правила страхования), заключили Договор добровольного медицинского страхования (далее – Договор страхования) на нижеследующих условиях:

1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ

По Договору страхования Страховщик принимает на себя обязательство при наступлении страхового случая организовать предоставление медицинской помощи (медицинских услуг) и иных услуг и произвести оплату в медицинскую организацию, или возместить расходы Застрахованного лица, понесенные им по оплате медицинской помощи (медицинских услуг) и иных услуг необходимого объема и надлежащего качества в медицинских организациях, предусмотренных Договором страхования, в строгом соответствии с условиями Договора страхования и выбранной Программой. Страховщик гарантирует оплату медицинской помощи (медицинских услуг) и иных услуг, предусмотренных Правилами страхования и соответствующими Программами добровольного медицинского страхования (далее – Программа(-ы)), являющимися неотъемлемой частью Договора страхования (Приложение 2 к Договору страхования), предоставляемых медицинскими организациями в Российской Федерации и (или) за рубежом (далее - ЛПО).

2. ОБЪЕКТ СТРАХОВАНИЯ

2.1. Объектом страхования являются имущественные интересы, связанные с оплатой организации и оказания медицинской и лекарственной помощи (медицинских услуг) и иных услуг вследствие расстройства здоровья физического лица или состояния физического лица (Застрахованного лица), требующих организации и оказания таких услуг, а также проведения профилактических мероприятий, снижающих степень опасных для жизни или здоровья физического лица угроз и (или) устраняющих их (медицинское страхование).

2.2. По Договору страхования Страховщик принимает на себя обязательства при наступлении страхового случая произвести оплату организации и оказания медицинской помощи (медицинских услуг) и иных услуг, оказываемых Застрахованным лицам, включенным в Список Застрахованных лиц (Приложение 4 к Договору страхования), ЛПО, указанными в Перечне ЛПО (Приложение 3 к Договору страхования), а Страхователь обязуется уплатить Страховщику страховую премию в порядке, размере и сроки, предусмотренные Договором страхования.

2.3. Объем и содержание медицинской помощи (медицинских услуг) и иных услуг, оказываемых ЛПО Застрахованным лицам в соответствии с Договором страхования, определяются Программой(ами).

3. ЗАСТРАХОВАННЫЕ ЛИЦА

3.1. Договор страхования заключается в пользу Застрахованных лиц в возрасте до 95 лет (на момент начала действия Договора страхования).

3.2. Общая численность Застрахованных лиц на момент заключения Договора страхования составляет _____ человек, в том числе:

- численность Застрахованных лиц по Программе «_____» (наименование Программы в соответствии с Правилами страхования) составляет _____ человек.

В случае использования нескольких Программ численность Застрахованных лиц указывать по аналогии.

3.3. Список Застрахованных лиц (Приложение 4 к Договору страхования) является неотъемлемой частью Договора страхования.

3.4. Все изменения в Списке Застрахованных лиц Страхователь согласовывает со Страховщиком с соблюдением следующей процедуры:

3.4.1. Обо всех изменениях в Списке Застрахованных лиц Страхователь уведомляет Страховщика ежемесячно, не позднее последнего рабочего дня текущего месяца, при этом уведомление направляется в виде Сопроводительного письма, в котором указывается количество выбывших из Списка Застрахованных лиц и (или) количество включенных в Список Застрахованных лиц, к которому прилагаются:

- список лиц, подлежащих включению в Список Застрахованных лиц;
- список лиц, подлежащих исключению из Списка Застрахованных лиц.

3.4.2. Направленные таким образом списки заменяют ранее действующие в части включенных в него новых Застрахованных лиц и исключенных из него лиц, и становятся неотъемлемой частью Договора страхования после подписания сторонами дополнительного соглашения к Договору страхования об изменении Списка Застрахованных лиц. До момента вступления в силу нового Списка Застрахованных лиц действует Список Застрахованных лиц, подписанный сторонами ранее.

3.4.3. Если общая численность Застрахованных лиц в течение любого месячного отрезка времени в период действия Договора страхования будет больше количества Застрахованных лиц, указанного в пункте 3.2. Договора страхования, Страхователь уплачивает за них дополнительный страховой взнос за период с момента включения в список Застрахованных лиц до момента окончания страхового периода с учетом пропорционального изменения страховой премии, в соответствии с Правилами страхования и локальными нормативными актами Страховщика.

3.4.4. В случае уменьшения общей численности в пункте 3.2. Договора страхования и изменения страховой суммы, очередной взнос пересматривается и оформляется сторонами дополнительным соглашением к Договору страхования.

3.4.5. Размер страховой премии, подлежащей доплате Страхователем за увеличение количества Застрахованных лиц и порядок доплаты Страхователем такой страховой премии согласовываются сторонами в дополнительном соглашении к Договору страхования.

3.4.6. Исключение Застрахованного лица из Списка Застрахованных лиц или замена Застрахованного лица на другое лицо осуществляется Страхователем с согласия Застрахованного лица. Страхователь обязан предоставить такое согласие Страховщику в любое время по его требованию.

Исключение (замена) Застрахованного лица производится в следующих случаях:

- в связи со смертью Застрахованного лица,
- в связи с добровольным отказом Застрахованного лица от Договора страхования.

В случае принятия на страхование работников Страхователя:

- в связи с прекращением трудовых отношений Застрахованного лица со Страхователем.

3.4.7. Замена Застрахованного лица в Списке Застрахованных лиц на другое лицо без уплаты дополнительного страхового взноса допускается в объеме не более ___% от общего количества Застрахованных лиц, указанного в пункте 3.2. Договора страхования.

4. ТЕРРИТОРИЯ СТРАХОВАНИЯ

4.1. По Договору страхования территорией страхования является _____.

5. СТРАХОВОЙ РИСК. СТРАХОВОЙ СЛУЧАЙ

5.1. Страховой риск – предполагаемое событие, на случай наступления которого проводится страхование.

5.2. Страховым случаем является документально подтвержденное обращение Застрахованного лица в течение периода действия Договора страхования в медицинскую организацию, из числа предусмотренных Договором страхования, при заболевании, обострении хронического заболевания, при родах, патологии беременности, травме, отравлении, инфекции и других расстройствах здоровья и состояниях, требующих медицинской помощи (медицинских услуг) и иных услуг, лекарственной и иной помощи, а также проведения профилактических мероприятий, снижающих степень опасных для жизни

или здоровья Застрахованного лица угроз и (или) устраняющих их, предусмотренных Договором страхования.

5.3. Страховщик не оплачивает и не несет ответственность за качество медицинской помощи (медицинских услуг) и иных услуг, полученных Застрахованным лицом по собственной инициативе в ЛПО, не предусмотренных Договором страхования, кроме случаев, когда такое обращение было согласовано и (или) организовано Страховщиком.

5.4. Не является страховым риском (страховым случаем), а также не возникает обязанность Страховщика по оплате организации и оказания Застрахованному лицу медицинской помощи (медицинских услуг) и иных услуг в случаях, предусмотренных Правилами страхования и действующим законодательством Российской Федерации.

Страховщик освобождается от страховой выплаты в случаях, предусмотренных Правилами страхования и действующим законодательством Российской Федерации.

5.5. Страховщик имеет право возмещать расходы, понесенные Застрахованным лицом в связи с наступлением страхового случая, непосредственно Застрахованному лицу.

6. СТРАХОВАЯ СУММА. ФРАНШИЗА

Первый вариант п.6.1. В случае установления общей страховой суммы по всем Программам:

6.1. Общая страховая сумма по Договору страхования составляет _____ (_____) руб. ___ коп. на всех Застрахованных лиц, по всем страховым случаям, произошедшим в течение срока действия Договора страхования, в том числе страховая сумма на одно Застрахованное лицо _____ (_____) руб. ___ коп.

Второй вариант п.6.1. В случае установления страховых сумм в отношении каждой Программы:

6.1. Общая страховая сумма по Договору страхования составляет: _____ (_____) руб. ___ коп., в том числе:

- по Программе «_____» (Приложение ___ к Договору страхования) – _____ руб. ___ коп.

- по Программе «_____» (Приложение ___ к Договору страхования) – _____ руб. ___ коп.

6.2. По Договору страхования устанавливается _____ (указать вид) франшиза в размере _____ руб. ___ коп. / ___% от общей страховой суммы по каждому страховому случаю.

Примечание. Пункт 6.2. включается в Договор страхования по соглашению Сторон.

6.3. Максимальная сумма страховой выплаты по одному страховому случаю на одно Застрахованное лицо составляет _____ (_____) руб. ___ коп.

7. СТРАХОВАЯ ПРЕМИЯ

7.1. Страховой тариф по Договору страхования устанавливается в размере _____ % от страховой суммы.

7.2. Общая сумма страховой премии по Договору страхования составляет _____ (_____) руб. ___ коп.

Пункт 7.3. указывается в зависимости от порядка и формы оплаты страховой премии.

Первый вариант п.7.3. В случае уплаты страховой премии единовременным безналичным платежом:

7.3. Страховая премия по Договору страхования подлежит уплате единовременно безналичным платежом на расчетный счет Страховщика в срок до _____ 20_ г.

Второй вариант п.7.3. В случае уплаты страховой премии единовременным платежом в кассу Страховщика:

7.3. Страховая премия по Договору страхования подлежит уплате единовременно в кассу Страховщика в срок до _____ 20_ г.

Третий вариант п.7.3. В случае уплаты страховой премии в рассрочку безналичными платежами:

7.3. Страховая премия по Договору страхования подлежит уплате в рассрочку _____ платежами на расчетный счет Страховщика.

7.3.1. Первый страховой взнос по Договору страхования составляет _____ (_____) руб. ___ коп. и подлежит уплате в срок до _____ 20_ г.

7.3.2. Второй страховой взнос по Договору страхования составляет _____ (_____) руб. ___ коп. и подлежит уплате в срок до _____ 20_ г.

Четвертый вариант п.7.3. В случае уплаты страховой премии в рассрочку в кассу Страховщика:

7.3. Страховая премия по Договору страхования подлежит уплате в рассрочку _____ платежами в кассу Страховщика.

7.3.1. Первый страховой взнос по Договору страхования составляет _____ (_____) руб. ___ коп. и подлежит уплате в срок до _____ 20_ г.

7.3.2. Второй страховой взнос по Договору страхования составляет _____ (_____) руб. ___ коп. и подлежит уплате в срок до _____ 20__ г.

Последующие взносы указывать по аналогии.

7.4. В случае неуплаты Страхователем страховой премии (при единовременной оплате страховой премии) / первого страхового взноса (при оплате страховой премии в рассрочку) в размере и (или) в срок, установленные Договором страхования, Договор страхования является не вступившим в силу (либо прекращенным без предварительного уведомления Страхователя с 00 часов 00 минут даты, следующей за днем, когда страховая премия / первый страховой взнос должна была быть уплачена, при фиксированном сроке страхования), страховые выплаты по Договору страхования не производятся. Получение согласия Страхователя в данном случае не требуется и Страховщик не возмещает убытки (ущерб), возникшие в результате наступления события, произошедшего после даты, следующей за днем, когда страховая премия должна была быть уплачена полностью.

При этом полученные Страховщиком денежные средства (в случае уплаты первого страхового взноса / страховой премии в меньшем размере, чем предусмотрено п.7.3. Договора страхования) подлежат возврату за минусом расходов на ведение дела.

7.5. В случае неуплаты Страхователем очередного страхового взноса (второго, третьего и т.д.) (при оплате страховой премии в рассрочку) в размере и (или) в срок, установленные Договором страхования для уплаты очередного страхового взноса, Договор страхования считается расторгнутым без предварительного уведомления Страхователя с 00 часов 00 минут даты, следующей за днем, когда очередной страховой взнос должен был быть уплачен.

При этом уплаченные страховые взносы Страхователю не возвращаются. Страхователь по письменному требованию Страховщика обязан в течение 5 (пяти) рабочих дней уплатить Страховщику страховую премию в размере пропорционально сроку действия Договора страхования до момента его расторжения.

На основании п.3 ст.954 Гражданского кодекса Российской Федерации определяется следующее единственное последствие неуплаты в установленные сроки очередных страховых взносов по Договору страхования, предусматривающего внесение страховой премии в рассрочку, - в случае неуплаты в установленные Договором страхования сроки Страхователем очередного страхового взноса, а равно неуплаты очередного страхового взноса в полном размере Договор страхования прекращается с 00 часов 00 минут дня, следующего за днем, когда очередной страховой взнос должен был быть уплачен полностью (просрочка Страхователя).

При этом данное условие о прекращении Договора страхования не предполагает совершения Страховщиком каких-либо дополнительных действий, в том числе сообщения Страхователю (Выгодоприобретателю) о факте прекращения Договора страхования, так как настоящим пунктом Договора страхования предусмотрено автоматическое прекращение Договора страхования в связи с просрочкой Страхователя.

При этом ранее уплаченные страховые взносы Страхователю не возвращаются.

7.6. Страхователь уплачивает дополнительный страховой взнос в размере, определенном Дополнительным соглашением к Договору страхования в следующих случаях:

7.6.1. изменения стоимости Программы(м) в случае увеличения ЛПО стоимости медицинской помощи (медицинских услуг) и иных услуг, предоставляемых по Договору страхования;

7.6.2. увеличения общей численности Застрахованных лиц, установленной в п.3.2. Договора страхования;

7.6.3. изменения Программы(м) (выбор Страхователем более дорогой Программы(м), необходимость расширения перечня медицинской помощи (медицинских услуг) и иных услуг и т.д.);

7.6.4. увеличения страховой суммы по Договору страхования.

7.7. По Договору страхования устанавливается размер расходов на ведение дела _____% от общей страховой премии.

7.8. Днем уплаты страховой премии (страховых взносов) считается день зачисления денежных средств на расчетный счет Страховщика / день внесения денежных средств в кассу Страховщика.

8. СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ

Первый вариант п.8.1. В случае определения срока действия Договора страхования после поступления страховой премии (первого страхового взноса):

8.1. Договор страхования вступает в силу с 00 часов 00 минут даты, следующей за днем поступления страховой премии (первого страхового взноса - при уплате страховой премии в рассрочку) в размере и в срок, установленные Договором страхования на расчетный счет Страховщика / уполномоченного представителя Страховщика или в кассу Страховщика (указывать в зависимости от формы оплаты страховой премии).

Второй вариант п.8.1. В случае установления фиксированного срока действия Договора страхования:

8.1. Договор страхования вступает в силу с 00 часов 00 минут _____ 20__ г.

8.2. Договор страхования действует по 24 часа 00 минут _____ 20__ г.

8.3. Договор страхования может быть расторгнут досрочно в случаях, предусмотренных Правилами страхования (раздел 8 Правил страхования) и действующим законодательством Российской Федерации.

9. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

9.1. Застрахованное лицо имеет право:

9.1.1. на получение медицинской помощи (медицинских услуг) и иных услуг в соответствии с условиями, указанными в Договоре страхования, в медицинских организациях, перечень которых определен в Приложении 3 к Договору страхования;

9.1.2. требовать от Страховщика в законном порядке соблюдения условий Договора страхования;

9.1.3. на получение дубликата Страхового полиса в случае его утраты;

9.1.4. отозвать свое согласие на обработку персональных данных, в случае, если такое согласие предусмотрено действующим законодательством Российской Федерации.

9.2. Застрахованное лицо обязано:

9.2.1. соблюдать предписания лечащего врача, полученные в ходе предоставления медицинской помощи (медицинских услуг) и иных услуг, соблюдать распорядок, установленный медицинской организацией;

9.2.2. не передавать Страховой полис другим лицам с целью получения ими медицинской помощи (медицинских услуг) и иных услуг, при утрате немедленно сообщить Страховщику.

9.3. Страхователь обязан:

9.3.1. предоставить Страховщику полную и достоверную информацию, необходимую для заключения Договора страхования;

9.3.2. уплачивать страховую премию (страховые взносы) в размере и в сроки, установленные в Договоре страхования;

9.3.3. ознакомить Застрахованных лиц с их правами и обязанностями по Договору страхования, с условиями получения медицинской помощи (медицинских услуг) и иных услуг;

9.3.4. получить согласие Застрахованного лица на обработку персональных данных;

9.3.5. предоставить Страховщику по письменному запросу оригиналы письменных согласий Застрахованных лиц, указанные в пункте 9.3.4. Договора страхования;

9.3.6. сообщать Страховщику о ставших ему известными значительных изменениях в обстоятельствах, сообщенных Страховщику при заключении Договора страхования, если эти изменения могут существенно повлиять на увеличение страхового риска.

9.4. Страхователь имеет право:

9.4.1. требовать от Страховщика в законном порядке соблюдения условий Договора страхования;

9.4.2. расширить список Застрахованных лиц по соглашению со Страховщиком в соответствии с условиями, изложенными в пункте 9.7. Правил страхования;

9.4.3. с согласия Застрахованного лица исключить его или члена его семьи из числа Застрахованных лиц и заменить другим или уменьшить общее число Застрахованных лиц;

9.4.4. в течение срока действия Договора страхования расширить или сократить перечень медицинской помощи (медицинских услуг) и иных услуг, гарантируемых Договором страхования, заключив дополнительное соглашение к Договору страхования. В случае увеличения перечня медицинской помощи (медицинских услуг) и иных услуг и (или) увеличения уровня страхового покрытия Страхователь уплачивает дополнительный страховой взнос, установленный Страховщиком в дополнительном соглашении к Договору страхования;

9.4.5. отказаться от Договора страхования в порядке, предусмотренном Правилами страхования и действующим законодательством Российской Федерации;

9.4.6. запросить у медицинской организации медицинские документы и (или) историю болезни Застрахованного лица;

9.4.7. запросить информацию о размере вознаграждения, выплачиваемого страховому агенту или страховому брокеру.

9.5. Страховщик обязан:

9.5.1. обеспечить конфиденциальность в отношении информации, полученной при заключении и исполнении условий Договора страхования;

9.5.2. обеспечить своевременное вручение Страховых полисов Страхователю (Застрахованным лицам);

9.5.3. организовать оказание Застрахованному лицу медицинской помощи (медицинских услуг) и иных услуг, гарантированных условиями Договора страхования;

9.5.4. обеспечить контроль объема, сроков и качества медицинской помощи в соответствии с условиями Договора страхования;

9.5.5. при выявлении нарушений проведения медицинских вмешательств, требований к объему, срокам и качеству медицинской помощи (медицинских услуг) и иных услуг, санитарных норм и правил защищать интересы Застрахованных лиц;

9.5.6. принять решение о страховой выплате или об отказе в выплате в сроки, установленные Договором страхования;

9.5.7. в случае принятия решения об отказе в страховой выплате, письменно уведомить об этом Страхователя (Застрахованное лицо) с мотивированным обоснованием причин отказа;

9.5.8. выдать Страхователю Правила страхования, на основании которых заключен Договор страхования и разъяснить основные положения Правил страхования и Договора страхования.

9.6. Страховщик имеет право:

9.6.1. требовать от Страхователя предоставления достоверной информации, необходимой для заключения Договора страхования;

9.6.2. досрочно расторгнуть Договор страхования при несоблюдении Застрахованными лицами или Страхователем своих обязанностей по Договору страхования;

9.6.3. изменить по согласованию со Страхователем страховую сумму и взнос по Договору страхования при изменении цен на предоставляемую медицинскую помощь (медицинские услуги) и иные услуги, а также статистики размера медицинских расходов при лечении различных видов заболеваний;

9.6.4. проверять сообщенную Страхователем информацию;

9.6.5. отказать в оплате медицинской помощи (медицинских услуг) и иных услуг, в случаях, предусмотренных Правилами страхования;

9.6.6. при неуплате или отказе от уплаты Страхователем дополнительного страхового взноса, предусмотренного в пункте 7.6. Договора страхования, Страховщик вправе сократить срок страхования либо изменить Программу(мы) в сторону уменьшения перечня оказываемой медицинской помощи (медицинских услуг) и иных услуг.

9.7. в случае расширения Списка Застрахованных лиц Страхователь представляет Страховщику дополнительно сведения о лицах, принимаемых на страхование и уплачивает за них взносы за период с момента включения в Список Застрахованных лиц до момента окончания срока страхования с учетом пропорционального изменения страховой премии.

9.8. В случае замены Застрахованных лиц другими лицами без увеличения числа Застрахованных лиц Страхователь представляет Страховщику сведения об исключаемых из списка Застрахованных лиц и включаемых в него лицах.

Если исключаемым из списка Застрахованных лиц в период действия Договора страхования не было произведено страховых выплат, сумма страховой премии, за вычетом расходов на ведение дела, учитывается при расчете дополнительного страхового взноса за лиц, включаемых в список Застрахованных лиц взамен выбывших.

Страховые полисы лиц, исключаемых из списка Застрахованных лиц, возвращаются Страхователем Страховщику в течение 5 (пяти) рабочих дней с момента увольнения Застрахованного лица.

9.9. Права и обязанности Страховщика, Страхователя и Застрахованного лица регулируются Договором страхования, Правилами страхования и действующим законодательством Российской Федерации.

10. ПРОЧИЕ УСЛОВИЯ

10.1. Во всем ином, не урегулированном Договором страхования, Стороны договорились руководствоваться Правилами страхования и действующим законодательством Российской Федерации. Правила страхования Страхователю вручены.

10.2. Изменения и дополнения к Договору страхования оформляются в виде дополнительного соглашения и подписываются полномочными представителями Сторон.

10.3. По спорам, вытекающим из договора страхования, обязателен следующий досудебный порядок урегулирования, состоящий из двух обязательных этапов:

- проведение переговоров - при этом Сторона считающая, что ее права нарушены обязана направить письменное уведомление о проведении переговоров, обеспечив вручение адресату уведомления о дате, времени и месте переговоров за 7 (семь) рабочих дней до дня переговоров;

- при недостижении соглашения по предмету спора в процессе переговоров, обязательным является направление письменной претензии (заявления), с указанием причин несогласия с действиями (бездействием) оппонента, мотивированных доводов по предъявляемым требованиям.

10.4. Срок рассмотрения претензии составляет ___ дней со дня получения претензии. В случае неудовлетворения претензии, споры разрешаются в судебном порядке по месту нахождения Страховщика, если иное не предусмотрено Договором страхования.

10.5. При решении спорных вопросов положения Договора страхования имеют преимущественную силу по отношению к Правилам страхования.

10.6. Иск по требованиям, вытекающим из Договора страхования, может быть предъявлен в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

10.7. Договор страхования составлен в двух экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, по одному для каждой из Сторон.

10.8. Неотъемлемой частью Договора страхования являются:

Приложение 1: Заявление на страхование от _____ 20__ г.;

Приложение 2: Программа добровольного медицинского страхования «_____»;

Приложение 3: Перечень медицинских организаций;

Приложение 4: Список Застрахованных лиц;

Приложение 5: Правила страхования.

11. МЕСТО НАХОЖДЕНИЯ И БАНКОВСКИЕ РЕКВИЗИТЫ СТОРОН

<p>СТРАХОВЩИК: ООО «Вита-страхование»</p> <p>_____ / _____ / М.П.</p>	<p>СТРАХОВАТЕЛЬ:</p> <p>С Правилами страхования ознакомлен, согласен и обязуюсь их выполнять. Экземпляр Правил страхования получил.</p> <p>_____ / _____ / М.П.</p>
--	---

Примечание: при оформлении Договора страхования все примечания по тексту, а также весь текст, выделенный курсивом, удаляется.

Образец

Примечание: Данный документ является образцом. Страховщик оставляет за собой право вносить в форму и текст образца заявления на страхование изменения и (или) дополнения, создавать на его основе иные формы данного документа, в той мере, в какой это не противоречит Правилам страхования и действующему законодательству Российской Федерации.

ЗАЯВЛЕНИЕ НА СТРАХОВАНИЕ

Заявитель: _____
Адрес: _____
Банковские реквизиты: ИНН _____, КПП _____,
ОГРН _____
р/с _____
в _____, к/с _____
БИК _____
Телефон/факс: _____

1. В соответствии с действующим законодательством Российской Федерации, Правилами добровольного медицинского страхования (далее – Правила страхования) прошу застраховать __ человек.
2. По Программам:
- « _____ » - __ человек;

Данный раздел заполняется в соответствии с выбранными Страхователем Программами.

3. Страховая сумма составляет – _____ (_____) руб. __ коп.
4. Срок страхования: с 00 часов 00 минут __ _____ 20__ г. по 24 часа 00 минут __ _____ 20__ г.
5. К заявлению на страхование прилагается: список Застрахованных лиц на __ листах.

С Правилами страхования, Программами и перечнем лечебно-профилактических организаций, оказывающих помощь Застрахованным лицам ознакомлен, с их положением согласен и обязуюсь выполнять.

Настоящим подтверждаю:

- что проинформирован, о том, что лица, которые на момент заключения договора страхования состоят на учете в наркологических, психоневрологических, туберкулезных, кожно-венерологических диспансерах, являются инвалидами 1 группы, ВИЧ-инфицированными, больными СПИДом, лицами, употребляющими психотропные вещества без назначения врача либо новые потенциально опасные психоактивные вещества, имеют злокачественные новообразования, в том числе заболевания крови, госпитализированные или лица возраст которых старше 95 лет, принимаются на страхование на индивидуальных условиях с учетом повышенной степени риска и с принятием Страховщиком индивидуальных андеррайтерских решений, предусматривающих применение к страховому тарифу повышающих коэффициентов;
- что сведения, представленные в Заявлении, являются достоверными и точными;
- что осведомлен, что в случае сокрытия или предоставления заведомо ложных сведений, сообщенных Страховщику при заключении Договора страхования, Договор страхования может быть признан недействительным. В случае, если Страхователь не сообщил Страховщику о ставших ему известными значительных изменениях в обстоятельствах, сообщенных Страховщику при заключении Договора страхования, Страховщик вправе требовать расторжения Договора страхования и возмещения убытков, причиненных его расторжением.

Руководитель предприятия, организации: _____
(подпись)

_____ 20__ г.

м.п.

Программа добровольного медицинского страхования « _____ »

Страховщик

_____/_____/_____
М.П.

Страхователь

_____/_____/_____
М.П.

Перечень медицинских организаций

*Заполняется в соответствии с действующим на дату заключения Договора страхования
перечнем медицинских организаций*

Страховщик

_____ / _____ /

М.П.

Страхователь

_____ / _____ /

М.П.

Образец

Примечание: Данный документ является образцом. Страховщик оставляет за собой право вносить в форму и текст образца Списка Застрахованных лиц изменения и (или) дополнения, создавать на его основе иные формы данного документа, в той мере, в какой это не противоречит Правилам страхования и действующему законодательству Российской Федерации.

Список Застрахованных лиц

№ п/п	Фамилия	Имя	Отчество	Гражданство	Пол	Дата рожд.	Место жительства (регистрация)	Отношение к Страхователю (работник, член семьи)	Серия паспорта	Номер паспорта	Дата выдачи паспорта	Кем выдан паспорт

Страховщик

Страхователь

Образец

Примечание: Данный документ является образцом. Страховщик оставляет за собой право вносить в форму и текст образца Заявления о страховой выплате изменения и (или) дополнения, создавать на его основе иные формы данного документа, в той мере, в какой это не противоречит Правилам страхования и действующему законодательству Российской Федерации.

В ООО «Вита-страхование»

от _____

(Ф.И.О. Страхователя/Застрахованного лица)

адрес: _____

телефон: _____

факс: _____

ЗАЯВЛЕНИЕ
о страховой выплате

В соответствии с условиями Договора __ от ____ 20__ г. добровольного медицинского страхования прошу произвести страховую выплату, в связи с событием, имеющим признаки страхового случая, произошедшим:

- со мной
- с Застрахованным лицом (Ф.И.О. дата рождения) _____
- дата страхового события _____
- описание страхового события _____

К заявлению прилагаю документы:

- 1.
- 2.
- 3.
- ...

Причитающуюся страховую выплату прошу произвести:

форма _____

банковские реквизиты _____

Заявление принято и в журнале зарегистрировано _____ 20_ г. под № _____

Специалист Страховщика: _____ / _____ /

(ФИО полностью) (подпись)

Приложение 27
к Правилам добровольного
медицинского страхования

Образец

Примечание: Данный документ является образцом. Страховщик оставляет за собой право вносить в форму и текст данного образца изменения и (или) дополнения, создавать на его основе иные формы данного документа, в той мере, в какой это не противоречит Правилам страхования и действующему законодательству Российской Федерации.

ООО «ВИТА-СТРАХОВАНИЕ»

СТРАХОВОЙ АКТ

№ _____

Составлен _____ 20__ г. представителем Страховщика _____

(должность, Ф.И.О. полностью)

на основании

Правил добровольного медицинского страхования, заявления о страховой выплате

(Ф.И.О. Страхователя или его представителя (полностью))

_____ от _____ 20__ г. и полученных документов, необходимых для подтверждения страхового случая и размера убытка.

1. Договор страхования № _____ от _____ 20__ г.
2. Срок действия Договора страхования: с _____ 20__ г. по _____ 20__ г.
3. Дата наступления страхового события: _____ 20__ г.
4. Страховая сумма: _____ (цифрами) (_____ (прописью)) руб. ____ коп.

5. Характеристика объекта страхования:

5.1. Программа(ы): _____

5.2. Ф.И.О. Страхователя (Застрахованного лица) (полностью), дата рождения, паспортные данные, адрес проживания: _____

5.3. Территория страхования: _____

6. Описание страхового события: _____

7. Решение, принятое по заявленному страховому событию: _____

8. Акт составлен: _____ (должность)

(Ф.И.О. полностью)

(подпись)

9. Сумма выплаты: _____ руб. ____ коп. (сумма прописью)

10. Расчет составил: _____ (должность, фамилия, и.о.) / _____ (подпись)

_____ 20__ г.

11. Страховая выплата производится: _____ (Ф.И.О. получателя, паспортные данные, реквизиты)

в размере

(сумма цифрами)

(сумма прописью)

_____ (_____ (сумма прописью)) руб. ____ коп.

12. В страховой выплате отказано (указать причины отказа): _____

13. Утверждаю _____ (сумма прописью)

Генеральный директор _____ (фамилия, и.о.) / _____ (подпись)

_____ 20__ г.

14. Страховая выплата произведена в сумме: _____ руб. ____ коп. (сумма прописью)

Главный бухгалтер _____ (фамилия, и.о.) / _____ (подпись)

_____ 20__ г.

Приложение 28
к Правилам добровольного
медицинского страхования

Образец

Примечание: Данный документ является образцом. Страховщик оставляет за собой право вносить в форму и текст данного образца изменения и (или) дополнения, создавать на его основе иные формы данного документа, в той мере, в какой это не противоречит Правилам страхования и действующему законодательству Российской Федерации.

ООО «ВИТА-СТРАХОВАНИЕ»

от Страхователя _____
Фамилия, имя, отчество (полностью)

Паспорт: серия: _____ N _____

выдан: _____
(наименование выдавшего органа)

 (дата выдачи и код подразделения)

Адрес: _____

Телефон: _____

ЗАЯВЛЕНИЕ О ВЫДАЧЕ ДУБЛИКАТА
ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ (СТРАХОВОГО ПОЛИСА)

Прошу выдать дубликат договора страхования (страхового полиса) _____ N _____ от
_____ 20__ г.

Страхователь: _____
(ФИО Страхователя) (подпись)

_____ 20__ г.

Представитель Страховщика: _____
(Фамилия, инициалы) (подпись)

Образец

Примечание: Данный документ является образцом. Страховщик оставляет за собой право вносить в форму и текст данного образца изменения и (или) дополнения, создавать на его основе иные формы данного документа, в той мере, в какой это не противоречит Правилам страхования и действующему законодательству Российской Федерации.

ООО «ВИТА-СТРАХОВАНИЕ»

от Страхователя _____
Фамилия, имя, отчество (полностью)

Паспорт: серия: _____ N _____

выдан: _____
(наименование выдавшего органа)

(дата выдачи и код подразделения)

Адрес: _____

Телефон: _____

ЗАЯВЛЕНИЕ
ОБ ОТКАЗЕ ОТ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ (СТРАХОВОГО ПОЛИСА)

(в соответствии с пунктом ___ Правил страхования)

Настоящим, я отказываюсь в полном объеме от договора страхования (страхового полиса) № _____, заключенного мной ___ _____ г. (далее – договор страхования).

Прошу вернуть оплаченную по договору страхования страховую премию. При этом, я подтверждаю и соглашаюсь с тем, что договор страхования считается не вступившим в силу и страховые выплаты по нему не производятся. (В случае отказа от договора страхования до даты начала действия страхования).

Прошу вернуть оплаченную по договору страхования страховую премию за вычетом ее части пропорционально сроку действия договора страхования. При этом, я подтверждаю и соглашаюсь с тем, что договор страхования считается прекратившим свое действие с даты, указанной в настоящем Заявлении. (В случае отказа от договора страхования после даты начала действия страхования).

Причина отказа от договора страхования:

Возврат денежных средств прошу осуществить:

- наличными деньгами через кассу Страховщика;
 безналичным перечислением по следующим реквизитам:

К настоящему Заявлению прилагаю следующие документы:

Страхователь: _____ (ФИО Страхователя) _____ (подпись)

_____ 20__ г.

Заявление принято и в журнале зарегистрировано _____ 20__ г. № _____

Представитель Страховщика: _____ (Фамилия, инициалы) _____ (подпись)