

**ОБЩЕСТВО С ОГРАНИЧЕННОЙ ОТВЕТСТВЕННОСТЬЮ
СТРАХОВАЯ КОМПАНИЯ «ГЕЛИОС»
(ООО Страховая Компания «Гелиос»)**

УТВЕРЖДЕНО

Приказом Генерального директора
ООО Страховая Компания «Гелиос»
№ *188* от «*30*» *апреля* 2019 г.



А.С. Глухов

(Предыдущие редакции утверждены:
Пр. № 289 от «19» декабря 2017 г.,
Пр. № 189 от «01» ноября 2016 г.,
Пр. № 09-1/У от «20» января 2014 г.)

ПРАВИЛА

ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

- 1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ. СУБЪЕКТЫ СТРАХОВАНИЯ**
- 2. ОБЪЕКТ СТРАХОВАНИЯ**
- 3. СТРАХОВОЙ РИСК. СТРАХОВОЙ СЛУЧАЙ**
- 4. ИСКЛЮЧЕНИЯ ИЗ СТРАХОВАНИЯ**
- 5. СТРАХОВАЯ СУММА**
- 6. СТРАХОВОЙ ТАРИФ. СТРАХОВАЯ ПРЕМИЯ**
- 7. ДОГОВОР СТРАХОВАНИЯ**
- 8. СРОК ДЕЙСТВИЯ И ПОРЯДОК ПРЕКРАЩЕНИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ**
- 9. ПОСЛЕДСТВИЯ ИЗМЕНЕНИЯ СТРАХОВОГО РИСКА**
- 10. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН**
- 11. СТРАХОВЫЕ ВЫПЛАТЫ. ПОРЯДОК И СРОКИ ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ
СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЫ. ПЕРЕЧЕНЬ ОСНОВАНИЙ ДЛЯ ОТКАЗА В СТРАХОВОЙ
ВЫПЛАТЕ**
- 12. ПОРЯДОК РАЗРЕШЕНИЯ СПОРОВ**

1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ. СУБЪЕКТЫ СТРАХОВАНИЯ

1.1. На основании настоящих Правил добровольного медицинского страхования (далее Правила) и действующего законодательства Российской Федерации Общество с ограниченной ответственностью Страховая Компания «Гелиос» (ООО Страховая Компания «Гелиос»), именуемое в дальнейшем Страховщик, осуществляет страхование, в том числе заключает, исполняет и прекращает Договоры страхования с юридическими и дееспособными физическими лицами, именуемыми в дальнейшем Страхователи.

1.2. Договором добровольного медицинского страхования является соглашение между Страхователем и Страховщиком, в соответствии с которым Страховщик обязуется за обусловленную Договором страхования плату (страховую премию) при наступлении предусмотренного Договором страхования события (страхового случая), совершившегося в течение срока действия Договора страхования осуществить страховую выплату в счет оплаты организации и оказания необходимой Застрахованному лицу 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, определенного объема и качества, предусмотренных указанными в Договоре страхования программами добровольного медицинского страхования.

1.3. **Субъекты страхования** – Страховщик и Страхователь – стороны Договора страхования, а также Застрахованное лицо.

1.4. **Страховщик** - ООО Страховая Компания «Гелиос», страховая организация, созданная в соответствии с законодательством Российской Федерации для осуществления деятельности по страхованию, перестрахованию и получившая лицензию на осуществление соответствующего вида страховой деятельности в установленном законодательством порядке. Договоры страхования от имени Страховщика могут заключать его филиалы, представительства, а также уполномоченные страховые агенты (юридические и физические лица), брокеры в пределах их полномочий и на основании соответствующих Договоров или доверенностей.

1.5. **Страхователь** - российское или иностранное юридическое или дееспособное физическое лицо, заключившее со Страховщиком Договор страхования.

1.6. **Застрахованное лицо** - названное в Договоре страхования физическое лицо, в пользу которого заключен Договор страхования, и имущественные интересы которого являются объектом страхования по Договору страхования, заключенному между Страхователем и Страховщиком.

Если по Договору страхования объектом страхования являются имущественные интересы самого Страхователя - физического лица, то он одновременно является Застрахованным лицом. Страхователи могут заключать Договоры о страховании имущественных интересов третьих лиц (своих работников или иных Застрахованных лиц, согласованных со Страховщиком), указанных в Договоре страхования.

Застрахованное лицо, названное в Договоре страхования, может быть заменено Страхователем другим лицом лишь с согласия самого Застрахованного лица и Страховщика.

1.7. Страхование лиц, попадающих на момент заключения Договора страхования в одну из нижеуказанных категорий возможно только по письменному заявлению о страховании, в котором должно быть отражено отнесение лица к нижеуказанной категории:

- лица в возрасте старше 65 лет;
- лица, состоящего на учете в центре по профилактике и борьбе со СПИД;
- лица, которому присвоена 1 или 2 группа инвалидности, ребенку - инвалиду;
- лица, больного онкологическим заболеванием, туберкулезом;
- лица, состоящего на учете в кожно-венерологическом диспансере;
- лица, находящегося на момент заключения Договора страхования на стационарном лечении;
- лица, состоящего на учете в наркологическом диспансере;
- лица, состоящего на учете в психоневрологическом диспансере.

Страховщик имеет право исключить из страхования существующие ранее хронические заболевания, явные симптомы которых проявлялись у Застрахованного лица в течение предшествующих 5 (пяти) лет или по поводу которых осуществлялось лечение в течение того же срока.

1.8. Участниками добровольного медицинского страхования могут выступать медицинские, фармацевтические, ассистанские, экспертные и иные организации, с которыми Страховщик вступает в договорные отношения с целью выполнения обязательств по Договору страхования.

Для целей настоящих Правил:

- к **медицинским организациям** относятся российские и зарубежные организации всех форм собственности, а также частные лица, имеющие право на осуществление медицинской деятельности;
- к **фармацевтическим организациям** относятся имеющие право на осуществление фармацевтической деятельности юридические лица и индивидуальные предприниматели;
- к **ассистанским организациям** относятся юридические лица, осуществляющие организацию предоставления Застрахованным лицам медицинских и иных услуг в соответствии с программами добровольного медицинского страхования или по поручению Страховщика в соответствии с настоящими Правилами;
- к **экспертным организациям** относятся юридические лица и индивидуальные предприниматели, предоставляющие Страховщику услуги экспертного или консультативного характера, обусловленные страхованием в соответствии с настоящими Правилами;
- к **иным организациям** относятся юридические лица и индивидуальные предприниматели, производящие и/или осуществляющие продажу изделий и средств медицинского назначения, лечебного питания, иных товаров, а также оказание услуг, необходимых для оказания Застрахованным лицам медицинских и иных услуг в соответствии с программами страхования.

1.9. Термины и определения, применяемые в Правилах, приведены ниже в п.п. 1.10 – 1.31. Если значение какого-либо термина или определения не оговорено Правилами и не может быть определено исходя из законодательства и нормативных актов, то такой термин или определение используется в его обычном лексическом значении.

1.10. **Страховой риск** - предполагаемое событие, на случай наступления которого проводится страхование.

Событие, рассматриваемое в качестве страхового риска, должно обладать признаками вероятности и случайности его наступления.

1.11. **Страховой случай** - совершившееся событие, предусмотренное Договором страхования, с наступлением которого возникает обязанность Страховщика произвести страховую выплату.

1.12. **Страховая сумма** - определенная Договором страхования денежная сумма, исходя из которой, устанавливаются размер страховой премии (страховых взносов) и размер страховой выплаты при наступлении страхового случая.

1.13. **Страховая выплата** – оплата Страховщиком медицинских и иных услуг, оказанных Застрахованному лицу медицинскими и/или иными организациями в соответствии с программами страхования, при наступлении страхового случая.

1.14. **Страховой тариф** - 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. Страховой тариф по конкретному Договору страхования определяется по соглашению сторон.

1.15. **Страховая премия** - плата за страхование, которую Страхователь обязан уплатить Страховщику в порядке и в сроки, установленные Договором страхования.

1.16. **Страховой взнос** - часть страховой премии или периодические платежи страховой премии, осуществляемые Страхователем при уплате ее в рассрочку.

1.17. **Франшиза** - часть убытков, которая определена Договором страхования, не подлежащая 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 соответствии с условиями страхования франшиза может быть условной (Страховщик освобождается от возмещения убытка, если его размер не превышает размер франшизы, однако возмещает его полностью в случае, если размер убытка превышает размер франшизы) и безусловной (размер страховой выплаты определяется как разница между размером убытка и размером франшизы).

В Договоре страхования также может быть установлена временная франшиза – период времени со дня вступления Договора страхования в силу или с иного определенного Договором страхования момента времени в пределах срока действия Договора страхования. Медицинские и иные услуги, оказанные Застрахованному лицу по его обращению в течение периода временной франшизы в медицинскую или иную организацию, Страховщиком не оплачиваются. К обращению Застрахованного лица в медицинскую или иную организацию также приравнивается обращением надлежаще уполномоченного представителя Застрахованного лица.

Договором страхования могут быть предусмотрены иные виды франшизы и даны их понятия (например – по виду услуг или их комбинации, по каждому страховому случаю).

1.18. **Территория страхования** - территория, в пределах которой может произойти событие, предусмотренное Договором страхования, и которое будет рассматриваться Страховщиком в качестве страхового случая. Договор страхования действует на территории Российской Федерации (территория страхования). Стороны могут предусмотреть расширение перечня стран, на территории которых действует Договор страхования в отношении Застрахованного лица.

1.19. **Дата начала действия Договора страхования, дата вступления Договора в силу** - дата возникновения обязательств Страховщика по заключенному Договору страхования.

1.20. **Срок действия Договора страхования** – срок, на который заключен Договор страхования, в течение которого могут наступить страховые случаи.

1.21. **Период страхования (срок страхования)** - период времени в пределах срока действия Договора страхования, в течение которого могут произойти страховые случаи, и за который уплачена страховая премия или первый страховой взнос.

1.22. **Лимит выплат** (лимит возмещения) - максимально возможная сумма страховой выплаты по отдельным рискам и/или по одному или нескольким страховым случаям, по любому иному признаку, установленная Договором страхования.

1.23. **Программа добровольного медицинского страхования** (далее - Программа страхования) – документ, определяющий условия Договора страхования о перечне и объеме медицинских и иных услуг, а также порядке их оказания. Программа страхования может также содержать конкретный перечень медицинских, сервисных и иных организаций, в которых Застрахованное лицо в соответствии с условиями Договора страхования может получить медицинские и/или иные услуги, а также порядок оказания медицинских и иных услуг.

Утвержденные Страховщиком в рамках настоящих Правил страхования Программы страхования являются приложением к соответствующим Договорам страхования. Перечень медицинских и иных услуг по Договору страхования в рамках конкретной Программы страхования, а также любое сочетание Программ страхования может иметь оригинальное название.

1.24. **Лекарственные средства** - включенные в Программу страхования и выписанные лечащим врачом амбулаторно-поликлинической медицинской организации (при необходимости включая их доставку) либо назначенные лечащим врачом стационарной медицинской организации лекарственные средства.

1.25. **Изделия медицинского назначения** - протезно-ортопедические изделия, очки, слуховые аппараты, контактные линзы, имплантаты и другие изделия медицинского назначения (включая, при необходимости, расходы на их доставку), включенные в Программу страхования и выписанные (назначенные) лечащим врачом амбулаторно-поликлинической медицинской организации либо выписанные (назначенные) лечащим врачом стационарной медицинской организации.

1.26. **Медицинские и иные услуги (медицинская помощь)** - услуги или комплекс услуг, направленных на профилактику заболеваний, их диагностику и лечение, имеющих самостоятельное законченное значение и определенную стоимость. Медицинская помощь может быть лечебной, диагностической, консультативной, реабилитационно-восстановительной, оздоровительной, профилактической, в том числе иммунопрофилактической, фармацевтической.

1.27. **Медико-транспортные услуги** - услуги, связанные с транспортировкой Застрахованного лица по медицинским показаниям в соответствии с условиями Договора страхования и Программой страхования.

1.28. **Услуги по репатриации** - услуги, связанные с транспортировкой Застрахованного лица или его останков адекватным состоянию здоровья транспортным средством в соответствии с условиями Договора страхования и Программой страхования.

1.29. **Иные услуги** - услуги, связанные с оказанием или организацией оказания медицинской помощи и включенные в Программу страхования, в том числе: нахождение сопровождающего лица в этом же лечебном учреждении (включая питание и иные сервисные услуги), проезд Застрахованного лица (и сопровождающего его лица, в случае, если Застрахованное лицо является несовершеннолетним или необходимость наличия сопровождающего лица обусловлена медицинскими показаниями) к месту лечения, проживание Застрахованного лица (сопровождающего его лица) во время его нахождения за пределами постоянного места жительства с целью проведения лечения, согласованного Страховщиком, сервисные услуги (включая палаты улучшенной комфортности, включающие дополнительное питание, связь, телевизор, компьютер, холодильник, кондиционер, душ, туалет); питание и проживание (нахождение) при стационарном, реабилитационно-восстановительном, санаторно-курортном лечении, если оно не входит в стоимость медицинской услуги (стоимости койко-дня); оформление медицинской организацией различной медицинской документации; услуги по организации медицинской помощи в

других медицинских организациях; информационные услуги, связанные с оказанием или организацией оказания медицинской помощи.

1.30. **Страховой полис (сертификат, страховое свидетельство)** - документ, выдаваемый Страховщиком Страхователю (Застрахованному лицу) и удостоверяющий факт заключения Договора страхования.

1.31. **Сайт Страховщика** – официальный сайт ООО Страховая Компания «Гелиос» в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет», содержащий информацию о деятельности страховой организации, указанный в Едином государственном реестре субъектов страхового дела. Официальный сайт Страховщика может использоваться в качестве информационной системы, обеспечивающей обмен информацией в электронной форме между Страхователем и Страховщиком, являющимся оператором этой информационной системы.

1.32. По соглашению между Страховщиком и Страхователем при заключении Договора страхования или в период действия Договора страхования отдельные положения настоящих Правил могут быть изменены (исключены или дополнены) в той мере, в какой это не противоречит действующему законодательству Российской Федерации.

1.33. Страховщик вправе на основе настоящих Правил страхования формировать Полисные условия страхования или выписки (выдержки) из Правил страхования к отдельному Договору или отдельной группе Договоров страхования, заключаемых на основе настоящих Правил страхования. Полисные условия или выписки (выдержки) из Правил страхования прилагаются к Договору, страхования и являются его неотъемлемой частью. Полисные условия или выписки (выдержки) из Правил страхования могут размещаться на официальном сайте Страховщика для ознакомления с ними Страхователя, в этом случае соответствующая запись о размещении Полисных условий или выписки (выдержки) из Правил страхования и адресе размещения делается в Договоре страхования.

1.34. Страховщик вправе присваивать маркетинговые названия отдельным группам единообразных Договоров страхования, заключаемым на основе настоящих Правил страхования, в той мере, в какой это не противоречит действующему законодательству Российской Федерации и в том порядке, как это предусмотрено действующим законодательством Российской Федерации.

1.35. Если в Договоре страхования (страховом полисе) имеется ссылка на документ, в котором изложены условия страхования (полностью или частично), то данные условия должны быть изложены в договоре страхования (страховом полисе) либо на его оборотной стороне, либо приложены к Договору страхования (страховому полису) как его неотъемлемая часть, либо Договор должен содержать ссылку на адрес размещения таких условий на сайте Страховщика в сети «Интернет», либо Страхователь должен быть проинформирован о таких условиях путем направления файла, содержащего текст данного документа, на указанный Страхователем адрес электронной почты или путем вручения Страхователю электронного носителя информации, на котором размещен файл, содержащий текст данного документа. При заключении Договора страхования в форме электронного документа факт ознакомления Страхователя с условиями страхования может подтверждаться, в том числе специальными отметками (подтверждениями), проставляемыми Страхователем в электронном виде на сайте Страховщика.

При этом размещение указанной информации на официальном сайте Страховщика не исключает предоставление Страхователю указанной информации по его запросу, в удобной для него форме при личном взаимодействии с представителем страховой организации или третьим лицом, действующим от имени Страховщика. В случае если документ, в котором изложены условия страхования, был представлен Страхователю без вручения текста документа на бумажном носителе, Страховщик обязан по требованию Страхователя выдать ему текст указанного документа на бумажном носителе.

2. ОБЪЕКТ СТРАХОВАНИЯ

2.1. Объектом страхования являются имущественные интересы Застрахованного лица, связанные с оплатой организации и оказания ему медицинской и лекарственной помощи (медицинских услуг) и иных услуг вследствие расстройства здоровья или состояния Застрахованного лица, требующего организации и оказания таких услуг, а также проведения профилактических мероприятий, снижающих степень опасных для жизни или здоровья Застрахованного лица угроз и/или устраняющих их.

3. СТРАХОВОЙ РИСК. СТРАХОВОЙ СЛУЧАЙ

3.1. Страховым риском является вероятное обращение Застрахованного лица в течение срока действия Договора страхования (периода страхования) в медицинскую организацию из числа предусмотренных

Договором страхования и/или письменно согласованную Страховщиком, и/или по письменному направлению Страховщика в связи с возникновением острого заболевания и/или обострением хронического заболевания, травмой, отравлением и другими состояниями за получением медицинской (в том числе диагностической, консультативной, лечебной, восстановительной, фармакологической, оздоровительной, профилактической, в том числе иммунопрофилактической) и иной (в том числе медико-социальной, медико-транспортной, транспортной, сервисной) помощи в соответствии с условиями Договора страхования и Программы страхования, повлекшее обязанность Страховщика оплатить оказание указанной медицинской помощи.

3.2. Страховым случаем является обращение Застрахованного лица в течение срока действия Договора страхования (периода страхования) в медицинскую организацию из числа предусмотренных Договором страхования и/или письменно согласованную Страховщиком, и/или по письменному направлению Страховщика в связи с возникновением острого заболевания и/или обострением хронического заболевания, травмой, отравлением и другими состояниями за получением медицинской (в том числе диагностической, консультативной, лечебной, восстановительной, фармакологической, оздоровительной, профилактической, в том числе иммунопрофилактической) и иной (в том числе медико-социальной, медико-транспортной, транспортной, сервисной) помощи в соответствии с условиями Договора страхования и Программы страхования, повлекшее обязанность Страховщика оплатить оказание указанной медицинской помощи.

Договором страхования может быть предусмотрено, что страховым случаем является обращение Застрахованного лица в медицинскую или иную организацию после окончания срока действия Договора страхования в связи с острым заболеванием и/или обострением хронического заболевания, травмой, отравлением или другим состоянием, наступившим/произошедшим в течение срока действия Договора страхования.

3.3. Объем оказанных медицинских и иных услуг, оплачиваемый Страховщиком, определяется Программой страхования, которая является неотъемлемой частью Договора страхования.

4. ИСКЛЮЧЕНИЯ ИЗ СТРАХОВАНИЯ

4.1. Страховыми рисками, страховыми случаями не являются, и Страховщик не производит выплаты по событиям:

- не предусмотренным Договором страхования;
- произошедшим вне срока действия Договора страхования.

4.2. Страховыми рисками, страховыми случаями не являются обращения Застрахованного лица за получением медицинских и иных услуг:

- в связи с умышленным причинением Застрахованным лицом себе телесных повреждений, суицидальными попытками за исключением тех случаев, когда Застрахованное лицо было доведено до такого состояния противоправными действиями третьих лиц, что подтверждено соответствующими судебными решениями, или к этому времени Договор страхования непрерывно действовал уже не менее двух лет;

– в связи с патологическими состояниями и травмами, возникшими или полученными в состоянии алкогольного/наркотического или иного токсического опьянения или остаточных явлений такого опьянения, а также в период нахождения под воздействием иных психоактивных веществ;

– в связи с получением травматического повреждения или иного расстройства здоровья, наступившего в результате совершения Застрахованным лицом противоправных действий;

– не назначенных врачом, выполняемых по желанию Застрахованного лица, или без медицинских показаний.

4.3. Страховыми рисками, страховыми случаями не являются и Страховщик не оплачивает:

– лечение и лекарственное обеспечение, которое не является обоснованным и необходимым с медицинской точки зрения, а также услуги, не имеющие лечебных целей;

– любые повторные медицинские услуги, аналогичные проведенным ранее в той же или в другой лечебной организации, в том числе повторное выполнение исследований для не состоявшейся по инициативе Застрахованного лица плановой госпитализации, в отношении одних и тех же жалоб, симптомов, синдромов или состояний, кроме письменно согласованных Страховщиком;

– услуги, препараты, лечение, включая любой период стационарного или амбулаторного лечения, которые не были рекомендованы, письменно засвидетельствованы уполномоченным представителем Страховщика или лечащим врачом Застрахованного лица как необходимые и разумные меры;

– операции сугубо в эстетических или косметических целях, кроме реконструктивной хирургии,

когда такая операция оказалась частью или следовала за начальной операцией, которая была произведена в связи со страховым случаем;

- любое лечение или процедуры, которые способствуют или предотвращают половое зачатие, включая но, не ограничиваясь: искусственное оплодотворение, лечение бесплодия или импотенции, стерилизация или дестерилизация, кроме случаев, когда лечение бесплодия стало следствием заболевания или травмы, входящих в Программу страхования, и наступивших в течение срока действия Договора страхования (периода страхования);

- аборты или преждевременное родоразрешение, за исключением случаев, когда здоровью матери или плода угрожает опасность;

- уход и лечение при выпадении волос, включая парики, пересадку волос или любые препараты, которые способствуют росту волос, вне зависимости от того, предписаны они врачом или нет;

- при изменении по воле Застрахованного лица вопреки рекомендациям врача медицинских технологий, используемых при лечении, как основного заболевания, так и его осложнений;

- любые услуги, если они оказаны в связи заболеванием (осложнением, состоянием), возникшим в результате того, что Застрахованное лицо не следовало предписанным лечебным назначениям или не явилось на назначенный прием к врачу, вследствие неисполнения Застрахованным лицом предписания лечащего врача или нарушения определенного лечащим врачом больничного режима.

4.4. Если иное не предусмотрено Договором страхования, страховыми рисками и страховыми случаями не являются, и Страховщик не оплачивает:

- любые медицинские услуги, процедуры, консультации, которые носят научно-исследовательский или экспериментальный характер;

- расходы при обращении в медицинскую организацию, не предусмотренную Программой страхования и/или Договором страхования, без согласования со Страховщиком;

- расходы по плановой госпитализации Застрахованного лица, начиная с 1-го дня после даты окончания действия Договора страхования;

- расходы на очки, контактные линзы, слуховые аппараты, слуховые имплантанты, визуальную терапию, или на любой осмотр или подбор подобных устройств, кроме случаев нарушения зрения и/или слуха в результате несчастного случая или других случаях, определенных прямыми медицинскими показаниями;

- лечение венерических заболеваний и заболеваний, передающихся половым путем;

- получение медицинских услуг в связи с алкоголизмом, токсикоманией или наркоманией;

- пересадку органов, а также сами органы, кроме случаев лечения травм или последствий травм, а также в иных случаях, предусмотренных Договором страхования;

- пересадку тканей, а также сами ткани, за исключением лечения ожогов и травм, а также в иных случаях, предусмотренных Договором страхования;

- лечение, связанное с инфицированием вирусом иммунодефицита человека;

- расходы, возникшие по окончании срока действия Договора страхования, за исключением расходов, связанных с экстренной госпитализацией Застрахованного лица, начавшейся в течение срока действия Договора страхования, но не более чем за 14 (четырнадцать) календарных дней после его окончания.

4.5. Страховым риском, страховым случаем не является и не подлежит возмещению стоимость медицинских услуг, оказанных Застрахованному лицу в связи со стихийными бедствиями и экологическими катастрофами.

Стихийное бедствие - экстремальное явление природы катастрофического характера, приводящее к внезапному нарушению нормальной деятельности людей и признанное таковым документами соответствующих органов исполнительной власти Российской Федерации. К стихийным бедствиям по данным Правилам относятся: извержения вулканов, землетрясения, цунами, оползни, обвалы, сели, лавины, наводнения, ураганы, тайфуны, смерчи, лесные пожары, циклоны, засуха, опустынивание.

Экологическая катастрофа - необратимое изменение природных комплексов, связанное с массовой гибелью живых организмов.

4.6. Во всех случаях не является страховым риском, страховым случаем и не возмещаются любого рода косвенные убытки, включая неустойки, штрафы, пени, упущенная выгода, лишение возможных доходов, причинение морального вреда и вреда деловой репутации.

4.7. Страховщик вправе согласовать со Страхователем дополнительный объем исключений из страхования в конкретном Договоре страхования.

5. СТРАХОВАЯ СУММА

5.1. Страховая сумма по Договору страхования определяется Страховщиком и Страхователем по соглашению сторон, исходя из предполагаемого объема медицинской помощи (перечня и стоимости медицинских и иных услуг, а также стоимости лекарственных средств и изделий медицинского назначения), предусмотренного Программой страхования, возраста Застрахованного лица, срока страхования и иных факторов, влияющих на оценку страхового риска.

5.2. Страховая сумма может определяться по всей Программе страхования в целом или совокупности Программ, либо по Договору страхования могут быть установлены лимиты выплат по отдельным заболеваниям, отдельным видам медицинской помощи, в том числе медицинским услугам, обеспечению лекарственными средствами или изделиями медицинского назначения или их различной совокупности, предусмотренных Программой страхования, по каждому страховому случаю или по всем страховым случаям суммарно (лимиты выплат).

5.3. В течение срока действия Договора страхования (периода страхования) Страхователь по соглашению со Страховщиком может изменить размер страховой суммы по Договору страхования в целом или отдельных лимитов выплат. При увеличении страховой суммы (лимитов выплат) оформляется дополнительное соглашение к Договору страхования и Страхователь уплачивает дополнительную страховую премию, рассчитанную Страховщиком.

5.4. В Договоре страхования может быть предусмотрена франшиза.

5.5. Страховая сумма по договору страхования может устанавливаться как в российских рублях, так и в любой иностранной валюте (валютном эквиваленте), в случаях, предусмотренных действующим законодательством Российской Федерации. По соглашению сторон в договоре страхования может быть указана страховая сумма в рублевом эквиваленте определенной суммы в иностранной валюте.

В случае если страховая сумма установлена в валютном эквиваленте и договором страхования прямо не предусмотрено иное, для определения размера страховой суммы в рублях применяется курс, установленный Центральным Банком Российской Федерации на дату уплаты страховой премии наличными денежными средствами или на дату перечисления страховой премии по безналичному расчету.

6. СТРАХОВОЙ ТАРИФ. СТРАХОВАЯ ПРЕМИЯ

6.1. При заключении Договоров страхования Страховщик применяет рассчитанные им базовые страховые тарифы с учетом объекта страхования и характера страхового риска.

6.2. Размер страховой премии исчисляется исходя из размера страховой суммы по Договору страхования, базовых страховых тарифов, срока страхования, франшизы и особенностей объекта страхования. Страховщик имеет право применять к базовым тарифам поправочные (понижающие и повышающие) коэффициенты, в зависимости от обстоятельств, имеющих существенное значение для оценки страхового риска – возраста Застрахованного лица, состояния здоровья Застрахованного лица (в том числе на основании медицинского освидетельствования), профессии, рода деятельности Застрахованного лица, общего количества Застрахованных лиц по Договору страхования, срока действия Договора страхования (периода страхования), установленного Договором страхования, франшизы и других обстоятельств, имеющих существенное значение для оценки страхового риска.

6.3. Страховая премия может быть уплачена единовременно или в рассрочку в порядке и сроки, определенные Договором страхования, наличными денежными средствами или по безналичному расчету.

6.4. Днем уплаты страховой премии считается:

- при уплате наличным расчетом – день поступления страховой премии в кассу Страховщика;
- при уплате по безналичному расчету – день поступления страховой премии на расчетный счет Страховщика, если иное не установлено Договором страхования.

6.5. Страховая премия (страховые взносы) может быть уплачена надлежаще уполномоченному представителю Страховщика. В этом случае днем уплаты страховой премии (страховых взносов) является день ее получения надлежаще уполномоченным представителем Страховщика.

6.6. Конкретные порядок, сроки и форма уплаты страховой премии устанавливаются в Договоре страхования.

Если Договор страхования выдается Страхователю после полной уплаты страховой премии, то указание порядка уплаты страховой премии в таком Договоре не является обязательным.

6.7. При наличии в Договоре страхования условий об оплате страховой премии в рассрочку:

6.7.1. Договором страхования могут быть предусмотрены следующие последствия неуплаты в установленные сроки очередных страховых взносов или их уплаты не в полном объеме:

- зачет суммы просроченного страхового взноса при определении размера страховой выплаты;
- досрочное прекращение Договора страхования;
- изменение условий страхования соразмерно фактически уплаченным в установленный срок страховым взносам, в том числе пропорциональное сокращение срока страхования, пропорциональное снижение страховой суммы, введение или изменение размера франшизы;
- расторжение Договора страхования и взыскание со Страхователя неуплаченной части страховой премии за период действия Договора страхования до даты его расторжения в судебном порядке;
- иные последствия, предусмотренные законодательством.

Если в качестве последствий Договором страхования предусмотрено изменение условий страхования, то порядок такого изменения указывается в Договоре страхования.

Страховщик обязан проинформировать Страхователя о факте просрочки уплаты очередного страхового взноса или факте его уплаты не в полном объеме, а также о последствиях таких нарушений способом, согласованным со Страхователем при заключении Договора страхования.

6.7.2. Если Договором страхования в качестве последствия просрочки уплаты очередного страхового взноса или его уплаты не в полном объеме предусмотрено досрочное прекращение Договора, Договор страхования прекращается со дня, следующего за днем, когда очередной страховой взнос должен был быть уплачен. При этом страховая премия, уплаченная до просрочки очередного взноса, считается полностью заработанной Страховщиком, и не подлежит возврату, Договор страхования, если им не предусмотрено иное, прекращается с 00 часов 00 минут дня, следующего за днем, когда очередной страховой взнос должен был быть уплачен полностью.

О досрочном прекращении Договора страхования в связи с неуплатой или неполной уплатой Страхователем очередного страхового взноса в установленный Договором срок Страховщик уведомляет Страхователя способом, согласованным со Страхователем при заключении Договора страхования.

6.8. В случае заключения Договора страхования на срок до одного года, страховая премия рассчитывается с учетом **коэффициента краткосрочности**:

Срок действия Договора страхования в месяцах										
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Коэффициент краткосрочности										
0,20	0,30	0,40	0,50	0,60	0,70	0,75	0,80	0,85	0,90	0,95

При этом неполный месяц принимается за полный.

6.9. Страховая премия (страховые взносы) по соглашению сторон и в соответствии с законодательством Российской Федерации может устанавливаться как в российских рублях, так и в иностранной валюте.

Страховая премия (страховые взносы), установленная в иностранной валюте, уплачивается в рублях по курсу Центрального Банка Российской Федерации на день платежа, если иной курс не установлен соглашением сторон.

6.10. В случае установления отдельных периодов страхования в Договоре страхования при его заключении, расчет страховой премии производится отдельно для каждого периода страхования.

6.11. Если Договором страхования не установлено иное, возврат страховой премии по Договору страхования или ее части осуществляется:

- в случае несвоевременной уплаты или уплаты в неполном объеме страховой премии (при единовременной оплате) или ее первого взноса (при оплате в рассрочку) – в течение 60 (шестидесяти) дней после получения;
- переплаты страховой премии – в течение 60 (шестидесяти) дней после получения;
- в случае признания Договора страхования недействительным – в течение 60 (шестидесяти) дней после вступления в силу решения суда о признании договора страхования недействительным, если решением суда не предусмотрено иное;
- в случае если Договор страхования является незаключенным – в течение 60 (шестидесяти) дней после выявления факта незаключения Договора страхования;
- в случаях досрочного прекращения Договора страхования, для которых настоящим Договором предусмотрен возврат части страховой премии, – в течение 60 (шестидесяти) дней после досрочного прекращения Договора страхования.

7. ДОГОВОР СТРАХОВАНИЯ

7.1. Договор страхования может быть заключен на основании устного или письменного заявления Страхователя с учетом положения п. 1.7 настоящих Правил.

7.2. Для заключения Договора страхования Страховщик вправе потребовать от Страхователя предоставить:

7.2.1. Заявление на страхование. Необходимость заполнения заявления на страхование определяется по усмотрению Страховщика исходя из его андеррайтерских процедур, факторов страхового риска, а также с учетом положения п. 1.7 настоящих Правил.

7.2.2. Документ, удостоверяющий личность Страхователя – физического лица (его представителя), учредительные документы Страхователя – юридического лица, документы подтверждающие полномочия представителя юридического лица.

7.2.3. Документы, подтверждающие состояние здоровья Застрахованного лица, медицинское заключение по результатам медицинского осмотра (обследования) с целью оценки фактического состояния его здоровья, предоставления сведений (в том числе в письменной форме в виде заполнения анкеты, заявления), о состоянии здоровья Застрахованного лица, в том числе о нахождении его на диспансерном учете в связи с каким-либо заболеванием (состоянием). Анкета о состоянии здоровья Застрахованного лица может быть предоставлена путем направления электронного документа, в том числе через сайт Страховщика.

7.3. При заключении Договора страхования Страховщик вправе провести обследование страхуемого лица для оценки фактического состояния его здоровья.

7.4. Страхователь также обязан сообщить Страховщику сведения, необходимые в соответствии с требованиями действующего законодательства Российской Федерации для идентификации лиц, указываемых в Договоре страхования, по требованию Страховщика заполнить анкету.

7.5. Заявление на страхование и приложения к нему, Анкета о состоянии здоровья Застрахованного лица, предоставленные в письменной форме (в том числе в виде электронных документов), являются неотъемлемой частью Договора страхования.

7.6. Договор страхования может быть заключен путем составления одного документа - Договора страхования, либо вручения Страховщиком Страхователю на основании его письменного либо устного заявления страхового полиса, подписанного Страховщиком. В последнем случае согласие Страхователя заключить Договор страхования на предложенных Страховщиком условиях подтверждается принятием от Страховщика страхового полиса (свидетельства, сертификата). Одновременно с Договором страхования Страхователю (Застрахованным лицам) может вручаться индивидуальная пластиковая карточка, являющаяся именованным документом, удостоверяющим право Застрахованного лица на получение медицинских услуг по Договору страхования.

7.7. Страховщик предоставляет Страхователю информацию о размере (примерном расчете) страховой премии на основании представленного Страхователем заявления о заключении Договора страхования с уведомлением Страхователя о возможном изменении размера страховой премии, страховой суммы или иных условий страхования по результатам оценки страхового риска.

При заключении Договора страхования Страховщик информирует Страхователя об условиях, на которых заключается Договор страхования, Правилах страхования, планах, графиках, дополнительных условиях страхования, если они являются неотъемлемой частью Договора страхования; об обстоятельствах, влияющих на размер страховой премии, размере страховой премии, о способах и сроках (периодичности) уплаты страховой премии, последствиях неуплаты, уплаты не в полном размере или несвоевременной уплаты страховой премии (страховых взносов); о сроках рассмотрения обращений Страхователя относительно страховой выплаты.

Осуществление вышеуказанных и иных действий, предусмотренных действующими правовыми актами, фиксируется любым из следующих способов:

- 1) подписью Страхователя;
- 2) проставлением Страхователем специальных отметок (подтверждений) в электронной форме на официальном сайте Страховщика или в личном кабинете;
- 3) аудио- и/или видеозаписью, осуществляемой Страховщиком с согласия Страхователя в офисе или ином месте совершения действий, связанных с осуществлением страховой деятельности;
- 4) иным способом, предусмотренным законом или согласованным со Страхователем.

7.8. В соответствии с действующим законодательством Страховщик вправе обмениваться со Страхователем информацией в электронной форме, принять созданную и отправленную Страхователем (Застрахованным лицом) Страховщику информацию в электронной форме (заявления о заключении Договора страхования, уведомления о наступлении страхового случая, заявления об осуществлении

страховой выплаты и/или иных документов) для заключения Договора страхования, для получения страховой выплаты.

7.9. Все уведомления, извещения и сообщения, направляемые Страховщиком в адрес Страхователя (Застрахованного лица) в соответствии с настоящими Правилами, считаются направленными надлежащим образом при их направлении одним из следующих способов:

- в виде СМС-сообщения по телефону, указанному в Договоре страхования или заявлении на страхование (заявлении/согласии на включение в список застрахованных лиц);
- почтовым отправлением по адресу, указанному в Договоре страхования или заявлении на страхование (заявлении/согласии на включение в список застрахованных лиц);
- по электронной почте по электронному адресу, указанному в Договоре страхования или заявлении на страхование (заявлении/согласии на включение в список застрахованных лиц).

При наличии нескольких отличающихся контактных данных Страхователя (Застрахованного лица) выбор конкретного номера телефона, почтового адреса или адреса электронной почты для отправки уведомления осуществляет Страховщик.

Гражданско-правовые последствия, связанные с направлением Страховщиком в адрес Страхователя уведомлений, извещений и сообщений, считаются наступившими для Страхователя с момента, указанного в тексте уведомления, извещения или сообщения, а если данный момент не указан – с момента доставки уведомления, извещения или сообщения Страхователю (Застрахованному лицу). Сообщение считается доставленным и в тех случаях, если оно поступило лицу, которому оно направлено (адресату), но по обстоятельствам, зависящим от него, не было ему вручено или адресат не ознакомился с ним.

7.10. Для предоставления информации Страхователю Страховщик обязан использовать согласованные со Страхователем при заключении Договора страхования способы взаимодействия.

В случае изменения адресов, реквизитов, телефонов и иных данных Страхователь (Застрахованное лицо) обязуется в течение 7 рабочих дней письменно известить Страховщика об этом. Если Страховщик не был извещен об изменении этих данных заблаговременно, то риск неполучения направленной Страховщиком корреспонденции (сообщений, извещений) несет Страхователь (Застрахованное лицо).

7.11. Договор страхования, заключенный со Страхователем - юридическим лицом, может оформляться в виде единого документа для всех Застрахованных лиц с приложением списка таких лиц. При этом по желанию Страхователя Страховщик выдает страховые полисы на каждое Застрахованное лицо.

7.12. При заключении Договора страхования Страхователь обязан сообщить Страховщику обо всех известных ему обстоятельствах, имеющих существенное значение для оценки страхового риска, если эти обстоятельства не известны и не должны быть известны Страховщику. При этом существенными признаются, во всяком случае, обстоятельства, определенно оговоренные Страховщиком в Договоре страхования, заявлении на страхование, анкете о состоянии здоровья Застрахованного лица, или в письменном запросе Страховщика.

7.13. Сообщение Страховщику заведомо ложных или недостоверных сведений, указанных в заявлении (анкете), о фактах, влияющих на установление степени риска наступления страхового случая, предусмотренного в Договоре страхования, а также предоставление фиктивных документов, дает Страховщику права требовать признания Договора страхования недействительным с применением правовых последствий, предусмотренных действующим законодательством Российской Федерации.

7.14. Информация, которая поступила к Страховщику при принятии решения о заключении Договора страхования, является строго конфиденциальной.

7.15. Программы страхования, включаются в Договор страхования по согласованию Страхователя и Страховщика. Договор страхования может содержать различные Программы страхования из числа Программ страхования, являющихся приложением к Правилам страхования, так и содержать Программу, составленную из комбинации Программ страхования, являющихся приложением к настоящим Правилам.

7.16. Перечень медицинских и иных услуг по Договору страхования в рамках конкретной Программы страхования, а также любое сочетание Программ страхования может иметь оригинальное название.

7.17. В случае необходимости увеличения числа Застрахованных лиц Страхователь представляет Страховщику сведения, необходимые для оценки страхового риска, в объеме, предусмотренном настоящими Правилами, о каждом Застрахованном лице, включаемом в список застрахованных лиц, и дополнительно уплачивает соответствующую страховую премию за период с момента включения указанных лиц в список застрахованных лиц до окончания срока действия Договора страхования.

7.18. Если иное не предусмотрено Договором страхования, при коллективном страховании включение/исключение Застрахованных лиц в/из список(ска) застрахованных лиц производится в

течении 10 (десяти) рабочих дней со дня получения Страховщиком письменного уведомления от Страхователя. При сохранении общей численности при одновременном включении/исключении Застрахованных лиц в/из список(ска) застрахованных лиц, исходя из условий Договора страхования, Страховщик вправе не изменять страховую премию и страховую сумму по Договору страхования. Однако если в отношении исключенных из списка Застрахованных лиц производились страховые выплаты, то Договор страхования в отношении них досрочно прекращается, а в отношении новых Застрахованных лиц Страхователем уплачивается дополнительная страховая премия.

8. СРОК ДЕЙСТВИЯ И ПОРЯДОК ПРЕКРАЩЕНИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ

8.1. Срок действия Договора страхования устанавливается по соглашению сторон и указывается в Договоре страхования.

8.2. При заключении долгосрочного Договора страхования в нем в пределах срока действия Договора страхования могут быть предусмотрены периоды страхования, в течение которых действует страхование, с указанием для каждого из периодов размеров страховой суммы и страховой премии.

Страхование действует только в течение тех периодов, за которые страховая премия была уплачена до начала такого периода, если Договором страхования не предусмотрено иное.

В случае отсутствия оплаты страхового взноса за соответствующий период до начала его действия, страхование в течение данного периода не действует и события, произошедшие в течение такого периода, не являются страховыми случаями.

8.3. Договор страхования, если в нем не предусмотрено иное, вступает в силу с 24 часов 00 минут дня уплаты страховой премии (первого страхового взноса) на расчетный счет или в кассу Страховщика.

8.4. Действие Договора страхования заканчивается в 24 часа 00 минут дня, указанного в нем как последний день срока действия Договором страхования.

8.5. Договор страхования прекращается в случае:

8.5.1. Истечения срока действия Договора страхования.

8.5.2. Если после его вступления в силу возможность наступления страхового случая отпала и существование страхового риска прекратилось по обстоятельствам иным, чем страховой случай – со дня прекращения существования страхового риска.

В этом случае Страховщик имеет право на часть страховой премии пропорционально времени, в течение которого действовало страхование.

8.5.3. В случае выполнения Страховщиком своих обязательств в полном объеме (выплаты полной страховой суммы, установленной Договором страхования в отношении Застрахованного лица).

8.5.4. В случае ликвидации Страхователя, являющегося юридическим лицом, или смерти Страхователя, являющегося физическим лицом, при условии невыполнения Страхователем обязанности по уплате страховых взносов, и если Застрахованное лицо не приняло на себя обязанности Страхователя по уплате страховых взносов.

8.5.5. По соглашению сторон – со дня подписания такого соглашения или со дня, указанного в данном соглашении.

8.5.6. В случае неуплаты Страхователем очередного страхового взноса в установленные Договором страхования сроки и/или размере, если Договором страхования не предусмотрены иные последствия просрочки уплаты очередного страхового взноса – в срок, указанный в п. 6.7.2.

8.5.7. В случае отказа Страхователя – физического лица от Договора страхования в течение 14 (четырнадцати) календарных дней со дня его заключения при отсутствии в данном периоде событий, имеющих признаки страхового случая – с даты получения Страховщиком письменного заявления Страхователя об отказе от Договора страхования, или иной даты, установленной по соглашению сторон.

Страховая премия возвращается Страхователю в течение 10 (десяти) рабочих дней со дня получения письменного заявления Страхователя об отказе от Договора страхования. Страховая премия перечисляется Страхователю или выплачивается в кассе Страховщика на основании заявления Страхователя.

Подтверждением направления письменного заявления в срок является дата регистрации Страховщиком заявления Страхователя об отказе от Договора страхования (при обращении Страхователя в офис Страховщика) либо дата почтового штемпеля отправителя (при направлении Страхователем документов на адрес Страховщика средствами почтовой связи).

Страховщик возвращает Страхователю – физическому лицу уплаченную страховую премию в случае отказа Страхователя – физического лица от Договора страхования в течение 14 (четырнадцати) календарных дней со дня его заключения при отсутствии в данном периоде событий, имеющих

признаки страхового случая. При этом если Страхователь – физическое лицо отказался от Договора страхования до даты возникновения обязательств Страховщика по Договору страхования (до даты начала действия страхования), уплаченная страховая премия подлежит возврату Страховщиком Страхователю – физическому лицу в полном объеме, а если после даты начала действия страхования - Страховщик при возврате уплаченной страховой премии Страхователю – физическому лицу вправе удержать ее часть пропорционально сроку действия Договора страхования, прошедшему с даты начала действия страхования до даты прекращения действия Договора страхования.

8.5.8. В иных случаях, предусмотренных законодательством Российской Федерации.

8.6. В случае ликвидации Страхователя - юридического лица или смерти Страхователя - физического лица до окончания срока страхования Страховщик не освобождается от исполнения своих обязанностей по Договору страхования, если обязанности Страхователя по уплате страховых взносов выполнены в полном объеме или если Застрахованное лицо или другое лицо, с согласия Страховщика, принимает на себя обязательства Страхователя по Договору страхования.

8.7. При досрочном прекращении Договора страхования по инициативе Страхователя в целом или в отношении какого-либо Застрахованного лица возврат части страховой премии не производится, если это не предусмотрено условиями Договора страхования.

8.8. Если в случае отказа Страхователя от Договора страхования, кроме случая, предусмотренного п. 8.5.7 настоящих Правил, Договором страхования предусмотрен возврат части страховой премии за неистекший срок действия Договора страхования, Страховщик возвращает Страхователю часть страховой премии за неистекший срок действия Договора страхования за вычетом понесенных Страховщиком расходов и произведенных страховых выплат, если Договором страхования не предусмотрено иное.

Размер части страховой премии, подлежащей возврату, определяется по формуле:

$$Пвоз = Попл * \%нетто - П * \%нетто * n / N$$

Где:

Пвоз – размер части страховой премии, подлежащей возврату;

П – общая страховая премия по Договору страхования;

Попл – уплаченная страховая премия по Договору страхования;

N – срок действия Договора страхования в днях;

n – количество дней с момента вступления Договора страхования в силу до даты его досрочного прекращения;

%нетто – % нетто-ставки по Договору страхования в соответствии со структурой тарифной ставки по настоящим Правилам.

В случае превышения суммы выплаченного страхового возмещения над суммой фактически оплаченных страховых взносов возврат страховой премии за неистекший срок действия Договора страхования не производится. Договором может быть предусмотрен иной порядок расчета суммы, подлежащей возврату.

8.9. При страховании в эквиваленте иностранной валюты, в случае досрочного расторжения (прекращения) договора страхования и возврата части страховой премии за неистекший срок действия договора страхования, расчет производится в рублях по официальному курсу Центрального Банка Российской Федерации, установленному для данной валюты на дату расторжения (прекращения) договора страхования, но не более курса валюты страхования, установленного Центральным Банком Российской Федерации на дату заключения договора страхования.

8.10. Срок страхования может быть продлен при условии заключения сторонами дополнительного соглашения к Договору страхования.

8.11. При заключении Договора Страхователь должен сообщить Страховщику информацию, является ли Страхователь (Застрахованное лицо) иностранным публичным должностным лицом, должностным лицом публичных международных организаций, а также лицом, замещающим (занимающим) государственные должности Российской Федерации, должности членов Совета директоров Центрального банка Российской Федерации, должности федеральной государственной службы, назначение на которые и освобождение от которых осуществляются Президентом Российской Федерации или Правительством Российской Федерации, должности в Центральном банке Российской Федерации, государственных корпорациях и иных организациях, созданных Российской Федерацией на основании федеральных законов, включенные в перечни должностей, определяемые Президентом Российской Федерации.

9. ПОСЛЕДСТВИЯ ИЗМЕНЕНИЯ СТРАХОВОГО РИСКА

9.1. В течение срока действия Договора страхования Страхователь (Застрахованное лицо) обязан незамедлительно сообщить 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 (изменение обстоятельств признается существенным, когда они изменились настолько, что, если бы стороны могли это разумно предвидеть, Договор вообще не был бы ими заключен или был бы заключен на значительно отличающихся условиях).

9.2. Значительными, во всяком случае, но не исключительно, признаются изменения, оговоренные в Договоре страхования и Правилах страхования, в частности:

9.2.1. Смена профессиональной деятельности Застрахованного лица, связанная с повышенным риском возникновения профессиональных заболеваний.

9.2.2. Смена пола Застрахованного лица.

9.2.3. Инфицирование Застрахованного лица ВИЧ (вирусом иммунодефицита человека) или заболевание Застрахованного лица СПИДом (синдромом приобретенного иммунодефицита) или другим аналогичным синдромом.

9.2.4. Установление Застрахованному лицу группы инвалидности по причинам иным, чем страховой случай.

9.2.5. Постановка Застрахованного лица на диспансерный учёт по причинам алкогольной или наркологической зависимости, психического заболевания.

9.2.6. Лишение свободы по приговору суда.

9.2.7. Другие события, существенно увеличивающие вероятность наступления страхового случая, оговоренные в Договоре страхования, в письменном запросе Страховщика (заявлении на страхование, анкете).

9.3. Страховщик, уведомленный об обстоятельствах, влекущих увеличение степени страхового риска, вправе потребовать изменения условий Договора страхования, уплаты дополнительной страховой премии соразмерно увеличению риска.

Если Страхователь возражает против изменения условий Договора страхования или доплаты страховой премии, Страховщик вправе потребовать расторжения Договора в соответствии с правилами, предусмотренными главой 29 ГК РФ.

9.4. В случае если Страхователь не сообщит Страховщику о значительных изменениях в обстоятельствах, сообщенных при заключении Договора страхования, последний вправе потребовать расторжения Договора страхования и возмещения убытков, причиненных расторжением Договора страхования согласно действующему законодательству Российской Федерации (п.5 ст. 453 ГК РФ).

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

10. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

10.1. Страхователь обязан:

10.1.1. Уплачивать страховую премию в размере и в сроки, определенные Договором страхования.

10.1.2. Сообщить при заключении Договора страхования Страховщику известные Страхователю обстоятельства, имеющие существенное значение для определения вероятности наступления страхового случая и размера возможных убытков от его наступления (страхового риска), если эти обстоятельства не известны и не должны быть известны Страховщику. При этом существенными могут быть признаны обстоятельства, определенно оговоренные Страховщиком в заявлении (анкете), в Договоре страхования или в письменном запросе.

10.1.3. Представлять Страховщику необходимые для заключения Договора страхования достоверные сведения, а также иную необходимую информацию, связанную с исполнением Договора страхования, подтвержденную в порядке, определяемом законодательством Российской Федерации.

10.1.4. Доводить до сведения Застрахованных лиц информацию об условиях Договора страхования, настоящих Правилах, Программах страхования и порядке предоставления услуг.

10.1.5. В письменном виде сообщать Страховщику об изменениях, дополнениях или уточнениях, которые влияют на оценку страхового риска, в том числе произошедших в течение срока действия

Договора страхования (изменениях в данных, указанных в заявлении на страхование и Договоре страхования, а также указанных в разделе 9 настоящих Правил).

10.1.6. При увеличении страхового риска по требованию Страховщика уплатить дополнительную страховую премию и/или подписать дополнительное соглашение об изменении условий Договора страхования, либо направить Страховщику письменный отказ от уплаты дополнительной премии и/или изменения условий Договора страхования.

10.1.7. Получить от Застрахованных лиц, а в случае если Страхователем заключается Договор страхования в отношении себя, предоставить самостоятельно письменное согласие на обработку Страховщиком его (их - Застрахованных лиц) персональных данных, в соответствии с требованиями действующего законодательства Российской Федерации.

10.1.8. Своевременно сообщать Страховщику о смене своих банковских реквизитов, места нахождения, фактического места жительства, телефонов, а также персональных данных в случае их изменения, адресов электронной почты, а также об изменении фамилии, имени, отчества Застрахованного лица и его фактического места жительства, если Договором страхования не предусмотрено иное.

10.1.9. Исполнять иные положения настоящих Правил, Договора страхования и иных документов, закрепляющих договорные правоотношения между Страхователем и Страховщиком, связанные с заключением, исполнением или прекращением этих правоотношений.

10.2. Страхователь имеет право:

10.2.1. Получить информацию о Страховщике в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

10.2.2. Получить Правила и/или Условия страхования, разработанные на основе настоящих Правил, на основании которых заключен Договор страхования.

10.2.3. Получать разъяснения по заключенному Договору страхования.

10.2.4. Выбрать страховые Программы в любом их сочетании, медицинские и иные организации, оказывающие медицинские и иные услуги в соответствии с Договором страхования, из числа предложенных Страховщиком и по согласованию с ним.

10.2.5. Назначить страховую сумму по Договору и увеличить ее по согласованию со Страховщиком в период действия Договора страхования.

10.2.6. Изменить численность Застрахованных лиц по коллективному Договору страхования путем подписания дополнительного соглашения к Договору страхования с предоставлением Страховщику необходимых сведений.

10.2.7. Досрочно отказаться от Договора страхования в целом или в отношении конкретного Застрахованного лица после письменного уведомления Страховщика.

10.2.8. Требовать организации предоставления Застрахованным лицам в медицинских и иных организациях, предусмотренных Договором страхования, медицинских и иных услуг, определенных Программой страхования, при наступлении страхового случая.

10.2.9. Запросить у Страховщика информацию о размере вознаграждения, выплачиваемого страховому агенту или страховому брокеру.

10.3. Страховщик обязан:

10.3.1. По требованиям Страхователя, а также лиц, имеющих намерение заключить Договор страхования, разъяснять положения, содержащиеся в настоящих Правилах и Договоре страхования.

10.3.2. Выдать Страхователю Правила страхования и/или Условия страхования, разработанные на основании настоящих Правил, при заключении Договора страхования.

10.3.3. Давать разъяснения по вопросам, касающимся Договора страхования.

10.3.4. Обеспечить конфиденциальность в отношениях со Страхователем, не разглашать полученные им в результате своей профессиональной деятельности сведения о Страхователе, Застрахованном лице и Выгодоприобретателе, а также об имущественном положении этих лиц за исключением случаев, предусмотренных действующим законодательством Российской Федерации.

10.3.5. При наступлении страхового случая произвести страховую выплату в соответствии с Договором страхования.

10.3.6. Контролировать объем, сроки и качество медицинской помощи, оказанной Застрахованному лицу в медицинских организациях, в которых медицинская помощь была организована Страховщиком.

10.3.7. В случае неуплаты Страхователем очередного страхового взноса в установленный Договором страхования срок или уплаты очередного страхового взноса в сумме меньшей, чем установлено Договором страхования, уведомить об этом, а также о последствиях таких нарушений способом, согласованным со Страхователем при заключении Договора страхования Страхователя (Застрахованное лицо).

10.3.8. Выдать дубликат Договора страхования в случае его утери Страхователем.

10.3.9. Обеспечить возможность взаимодействия со Страхователем способами, установленными Договором страхования, а также посредством телефонной и почтовой связи.

10.3.10. Обеспечить обработку персональных данных Застрахованных лиц в соответствии с требованиями Федерального закона от 27.07.2006 №152-ФЗ «О персональных данных», в том числе распространение и передачу персональных данных Страхователя, Застрахованного лица в целях заключения и исполнения Договора страхования.

10.4. Страховщик имеет право:

10.4.1. Требовать от Страхователя предоставления достоверной информации, необходимой для заключения Договора страхования, произвести обследование (медицинское освидетельствование) страхуемых лиц для оценки фактического состояния их здоровья, предоставления, включая, но не ограничиваясь:

– сведений о состоянии здоровья Застрахованного лица, в том числе о наличии у него заболеваний и травм, о ранее перенесенных заболеваниях /травмах, о нахождении его на диспансерном учете в связи с каким-либо заболеванием (состоянием), его профессиональной принадлежности, наличии у Застрахованного лица травмоопасных увлечений и хобби, а также о занятиях спортом и других обстоятельствах, влияющих на степень страхового риска;

– медицинских документов (подлинные медицинские документы или их копии, заверенные выдавшими их медицинскими учреждениями), содержащих сведения о состоянии здоровья принимаемого на страхование лица; результаты медицинского осмотра (обследования) принимаемого на страхование лица, если оно проводилось.

Если Страховщик считает необходимым проведение освидетельствование лица, подлежащего страхованию, он выдает лицу, обратившемуся с заявлением о страховании, направление на освидетельствование с указанием даты, времени и места освидетельствования. Лицу, лично обратившемуся к Страховщику с заявлением о страховании, направление на освидетельствование выдается на руки, в получении которого лицо, обратившееся с заявлением о страховании, расписывается на втором экземпляре (копии) направления на освидетельствование или в письменном заявлении о страховании. Лицу, обратившемуся с заявлением о страховании по почте или через официальный сайт Страховщика, Страховщик направляет уведомление о проведении освидетельствования соответственно по почте или через официальный сайт Страховщика.

В случае если проведение медицинского освидетельствования предусмотрено за счет Страхователя/Застрахованного лица, соответствующая информация должна быть в обязательном порядке доведена до сведения Страхователя/Застрахованного лица до проведения медицинского освидетельствования.

10.4.2. Проверять достоверность данных и информации, сообщаемой Страхователем, Застрахованным лицом (включая сведения, указанные в заявлении/анкете на страхование), любыми доступными способами, не противоречащими законодательству Российской Федерации.

10.4.3. Потребовать признания Договора страхования недействительным, 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, и применения последствий в соответствии с законодательством Российской Федерации, за исключением случая, когда обстоятельства, о которых умолчал Страхователь, уже отпали.

10.4.4. Проверять выполнение Страхователем, Застрахованным лицом положений настоящих Правил, Договора страхования и других документов, закрепляющих договорные отношения между Страхователем и Страховщиком, связанных с заключением, исполнением или прекращением этих отношений.

10.4.5. В случае выявления обстоятельств, влекущих увеличение страхового риска, требовать от Страхователя уплаты дополнительной страховой премии соразмерно увеличению страхового риска или изменения условий (в том числе, сокращения срока действия Договора страхования).

10.4.6. Отказаться от Договора страхования в отношении Застрахованного лица в одностороннем внесудебном порядке в случаях его систематической (более 2-х раз подряд) неявки на заранее согласованные с медицинской организацией процедуры, приемы и исследования, необоснованных вызовах скорой медицинской помощи (СМП), нарушениях лечебного режима, невыполнении медицинских предписаний и рекомендаций врачебного персонала.

10.4.7. Организовывать экстренную медицинскую помощь Застрахованным лицам по жизненным показаниям с привлечением муниципальной медицины (скорая медицинская помощь «03»;

госпитализация в ближайший стационар и пр.) с дальнейшей организацией перевода по желанию Страхователя (Застрахованного лица) и при отсутствии медицинских противопоказаний в одно из медицинских учреждений, предусмотренных Договором страхования.

10.4.8. Отказаться от Договора страхования в отношении Застрахованного лица в одностороннем внесудебном порядке в случае, если будет установлено, что Застрахованное лицо передало другому лицу страховой полис и/или страховую карточку с целью получения последним услуг по Договору страхования.

10.4.9. По согласованию со Страхователем изменять Программу страхования в случае прекращения взаимоотношений с медицинским учреждением, предусмотренным Договором страхования.

10.4.10. Ознакомиться с медицинской документацией из любых медицинских и иных организаций для решения вопросов, связанных с реализацией Договора страхования и оплатой расходов за оказанные Застрахованному лицу медицинские и иные услуги.

10.4.11. В случае отказа Страхователя - физического лица от Договора страхования в течение 14 (четырнадцати) календарных дней со дня его заключения, но после даты начала действия страхования, при возврате уплаченной страховой премии Страхователю, удержать ее часть пропорционально сроку действия Договора страхования, прошедшему с даты начала действия страхования до даты его прекращения.

10.4.12. При непредставлении лицом, обратившимся за страховой выплатой, банковских реквизитов, а также других сведений, необходимых для осуществления страховой выплаты в безналичном порядке, продлить (приостановить) срок осуществления страховой выплаты до получения Страховщиком указанных сведений. Страховщик обязан уведомить обратившееся лицо о факте приостановки и запросить у него недостающие сведения.

10.4.13. Пользоваться иными правами, предоставленными Страховщику законодательством, настоящими Правилами и Договором страхования.

10.5. Застрахованное лицо имеет право:

10.5.1. Получить медицинские и иные услуги в медицинских и иных организациях в соответствии с Договором страхования и/или Программой страхования или обращение в которые письменно согласовано и/или организовано Страховщиком.

10.5.2. Получить дубликат страхового полиса, страховой карточки, пропуска в медицинскую организацию и другой страховой документации в случае ее утраты.

10.5.3. Получить разъяснения о Правилах страхования и условиях Договора страхования, порядке предоставления услуг.

10.6. Застрахованное лицо обязано:

10.6.1. Представлять Страховщику необходимые для заключения Договора страхования достоверные сведения, а также иную необходимую информацию, связанную с исполнением Договора страхования.

10.6.2. Соблюдать предписания лечащего врача, соблюдать распорядок, установленный медицинской или иной организацией.

10.6.3. Заботиться о сохранности страхового полиса, страховой карточки, пропуска в медицинскую организацию и других страховых документов и не передавать их другим лицам с целью получения ими медицинских и иных услуг.

10.6.4. При обращении в медицинскую или иную организацию, предъявить документ удостоверяющий личность, страховой полис (индивидуальный страховой полис), страховую карточку и/или пропуск в медицинскую или иную организацию.

10.6.5. Соблюдать требования Правил страхования, условий Договора страхования.

10.6.6. При утрате страховой документации незамедлительно извещать об этом Страховщика.

10.6.7. Своевременно сообщать Страховщику о смене места нахождения, фактического места жительства, телефонов, а также персональных данных в случае их изменения, если Договором страхования не предусмотрено иное.

10.6.8. Компенсировать расходы Страховщика, оказанных лицу, необоснованно воспользовавшемуся страховым полисом и/или страховой карточкой Застрахованного лица, при условии выставления соответствующего счета Страховщиком.

10.6.9. Компенсировать расходы Страховщика, возникшие в связи с неявкой Застрахованного лица на заранее согласованные с медицинской организацией процедуры, приемы и исследования, а также компенсировать расходы в связи с необоснованным или ложным вызовом скорой медицинской помощи при условии предъявления соответствующей претензии Страховщиком в течение 5 (пяти) рабочих дней с даты получения соответствующей претензии от Страховщика.

Вызов на дом врача, скорой или неотложной медицинской помощи и использование санитарного транспорта считается необоснованным, если:

- вызов осуществлен Застрахованным лицом для медицинского обслуживания незастрахованного лица;
- при вызове, осуществленном Застрахованным лицом или лицом, действующим в его интересах, преднамеренно представлена искаженная информация, касающаяся необходимости медицинского обслуживания и/или места пребывания Застрахованного лица;
- вызов осуществлен не в медицинских целях;
- вызов осуществлен к Застрахованному лицу, находящемуся в состоянии алкогольного, наркотического или иного токсического опьянения или остаточных явлений такого опьянения;
- при вызове Застрахованное лицо отсутствует по указанному адресу или отказывается от осмотра;
- вызов осуществлен к Застрахованному лицу, не нуждающемуся в оказании экстренной или неотложной медицинской помощи (с целью получения плановых медицинских манипуляций и пр.).

10.6.10. Предоставлять Страховщику право на ознакомление с медицинской документацией из любых медицинских и иных организаций для решения вопросов, связанных с реализацией Договора страхования и оплатой оказанных Застрахованному лицу услуг.

10.7. Права и обязанности сторон по использованию персональных данных:

В отношении Договоров страхования (страховых полисов), заключенных на основании настоящих Правил страхования, обработка Страховщиком персональных данных Страхователей (Застрахованных лиц) осуществляется на основании Федерального закона от 27.07.2006 №152-ФЗ «О персональных данных».

Страхователь, заключивший Договор страхования со Страховщиком на условиях настоящих Правил страхования, подписывая Договор страхования и/или принимая от Страховщика страховой полис, тем самым выражает свое добровольное согласие с тем, что Страховщик в течение срока действия Договора страхования и после его прекращения в течение 25 лет может осуществлять обработку указанных в нем персональных данных физических лиц в целях исполнения Договора страхования, урегулирования убытков по Договору, администрирования Договора, защиты интересов Застрахованных лиц, в статистических и аналитических целях и в целях исполнения требований, установленных нормативными актами Российской Федерации, а также в целях информирования Страхователя и Застрахованных лиц о других страховых продуктах и страховых услугах Страховщика (в целях продвижения Страховщиком своих страховых услуг) в том числе посредством направления уведомлений с применением смс-сообщений, посредством электронной почты и иных средств связи.

Страхователь в случае регистрации в личном кабинете Страховщика дает свое согласие на открытие доступа к своим персональным данным (публикацию) путем ввода идентифицирующих Страхователя данных при регистрации в соответствующем разделе сайта Страховщика.

Персональные данные Страхователя и Застрахованных лиц включают в себя в том числе: фамилия, имя, отчество, дата рождения, место рождения, адрес места жительства (места пребывания), контактный телефон, паспортные данные, а также данные, содержащиеся в документах, предоставляемых Страхователем в связи с наступлением страховых случаев, 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 законодательством Российской Федерации к персональным данным.

Страхователь дает согласие на обработку Страховщиком и представителями Страховщика своих персональных данных, в том числе право осуществлять все действия (операции) с персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, передачу третьим лицам, с которыми у Страховщика имеются Договорные отношения, обезличивание, блокирование, уничтожение, внесение в информационную систему, обработку с использованием средств автоматизации или без использования таких средств. Страховщик вправе обрабатывать персональные данные посредством включения их в электронные базы данных Страховщика. Страховщик может осуществлять обработку персональных данных в течение действия Договора страхования и в течение 25 (двадцати пяти) лет с даты его заключения.

Страховщик и представители Страховщика имеют право во исполнение своих обязательств по Договору страхования передавать персональные данные Страхователя 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.

Согласие Страхователя на обработку персональных данных Страхователя действует в течение 25 лет, если иное не установлено Договором страхования.

В установленных законом случаях, 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, либо направлен Страховщику в ином порядке, предусмотренном действующим законодательством Российской Федерации, позволяющим достоверно установить дату получения данного заявления Страховщиком. Согласие на обработку персональных данных может быть отозвано субъектом персональных данных полностью или в части информирования о других страховых продуктах и услугах.

В соответствии с достигнутым соглашением между Страхователем и Страховщиком, порядок отзыва согласия на обработку персональных данных Страхователя (Застрахованного лица) предусматривает, что после получения заявления в порядке, предусмотренном действующим законодательством Российской Федерации об отзыве вышеуказанного согласия на обработку персональных данных, Страховщик обязан прекратить их обработку в течение 6 месяцев с момента получения вышеуказанного заявления об отзыве, но в любом случае не ранее истечения 25 лет с даты окончания срока действия Договора страхования. При этом, в случае рассмотрения в суде или арбитражном суде спора, связанного с исполнением обязательств по Договору страхования, после получения письменного заявления об отзыве вышеуказанного согласия на обработку персональных данных Страховщик обязан прекратить обработку вышеуказанных персональных данных не ранее чем по истечении 25 лет с даты вступления в законную силу соответствующего решения суда (арбитражного суда) по данному делу.

Хранение персональных данных должно осуществляться в форме, позволяющей определить субъекта персональных данных, не дольше, чем этого требуют цели обработки персональных данных. Обрабатываемые персональные данные подлежат уничтожению либо обезличиванию по достижении целей обработки или в случае утраты необходимости в достижении этих целей, если иное не предусмотрено федеральным законом.

При заключении Договора страхования в отношении третьего лица (лиц) может быть установлена обязанность Страхователя по получению и передаче Страховщику согласия на обработку персональных данных третьего лица (лиц) в соответствии с законодательством Российской Федерации, в том числе в целях проверки качества оказания услуг и урегулирования убытков по Договору страхования, администрирования Договора страхования, выявления фальсификации счетов или счетов ненадлежащей формы, получаемых из медицинских и иных учреждений и прочее.

Страхователь несет персональную ответственность за предоставление согласия физических лиц (Застрахованных лиц) на обработку их персональных данных.

Страховщик обязуется обеспечивать сохранность и неразглашение персональных данных Страхователя (Застрахованного лица) в иных целях, чем те, которые предусмотрены настоящим пунктом.

Договором страхования могут быть определены иные (уточненные) условия обработки персональных данных, не противоречащие законодательству Российской Федерации.

10.8. Договором страхования также могут быть предусмотрены другие права и обязанности сторон, не противоречащие законодательству Российской Федерации.

11. СТРАХОВЫЕ ВЫПЛАТЫ. ПОРЯДОК И СРОКИ ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЫ. ПЕРЕЧЕНЬ ОСНОВАНИЙ ДЛЯ ОТКАЗА В СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЕ

11.1. Страховой выплатой по настоящим Правилам является плата за медицинские и иные услуги, оказанные по наступившим страховым случаям Застрахованному лицу, в соответствии с Программой страхования. Страховая выплата определяется стоимостью медицинских и иных услуг, оказываемых Застрахованному лицу в соответствии с условиями Договора страхования, и не может превышать установленной для данного Застрахованного лица страховой суммы или лимита выплат, указанных в Договоре страхования.

Для получения медицинских и иных услуг Застрахованное лицо обращается в медицинскую или иную организацию, предусмотренную Договором страхования, или непосредственно к Страховщику по телефонам, указанным в страховом полисе и/или сертификате (индивидуальной карточке), для получения информации о порядке предоставления медицинской помощи.

11.2. Страховая выплата за оказанные Застрахованному лицу медицинские и иные услуги производится в следующем порядке:

11.2.1. Путем оплаты стоимости медицинских и иных услуг непосредственно (или через ассистанскую организацию) в медицинскую или иную организацию по их счетам в соответствии с условиями договоров, заключенных Страховщиком с указанными организациями, в течение 60 (шестидесяти)

календарных дней после получения счета при условии подписания акта выполненных работ, если иное не установлено Договором с медицинской организацией. К счету прилагаются документы с указанием перечня оказанных услуг, их стоимости, дат оказания услуг, Застрахованных лиц, общей суммы расходов по всем услугам, оказанным Застрахованным лицам.

Страховщик вправе проверить соответствие оказанных Застрахованному лицу услуг условиям Договора страхования.

11.2.2. Путем денежной компенсации Страхователю (Застрахованному лицу) произведенных им затрат на медицинские и иные услуги, если такая форма возмещения прямо предусмотрена Договором страхования, либо они предварительно письменно согласованы Страховщиком.

11.3. Для получения страховой выплаты в соответствии с п. 11.2.2 настоящих Правил Страхователь (Застрахованное лицо) должен в срок не позднее трех месяцев со дня оказания медицинских и иных услуг, если иной срок не предусмотрен Договором страхования, предоставить Страховщику заявление о страховой выплате и оригиналы или надлежаще заверенные копии следующих документов:

11.3.1. Документ, оформленный в соответствии с законодательством страны оказания медицинских и иных услуг, подтверждающий факт обращения Застрахованного лица за оказанием медицинских услуг, с указанием даты обращения за медицинской помощью, жалоб, данных объективного статуса, данных исследований, диагноза, срока лечения, назначений.

11.3.2. Для возмещения стоимости оплаченных медицинских услуг - реестр оказанных медицинских услуг с указанием их наименования, количества, дат оказания и стоимости, оформленный в соответствии с законодательством страны оказания медицинских услуг.

11.3.3. Для возмещения стоимости оплаченных лекарственных средств - рецепты на лекарственные средства медицинской организации, в которую Застрахованное лицо обращалось за получением медицинских услуг, и врачом которой были назначены оплаченные лекарственные средства.

11.3.4. Для возмещения стоимости изделий медицинского назначения при оперативном лечении - документы медицинской организации, куда Застрахованное лицо обращалось за получением медицинских услуг, с обоснованием лечащего врача наличия медицинских показаний для использования данных изделий, а также документов, подтверждающих их использование (указание использованных расходных материалов в выписном эпикризе), оформленных в соответствии с законодательством страны оказания медицинских услуг, оригиналы или надлежаще заверенные копии документов, подтверждающих оплату изделий медицинского назначения.

11.3.5. Для возмещения стоимости изделий медицинского назначения при амбулаторном лечении - документы медицинской организации, куда Застрахованное лицо обращалось за получением медицинских услуг, с обоснованием лечащего врача наличия медицинских показаний для использования данных изделий, оформленных в соответствии с законодательством страны оказания медицинских услуг.

11.3.6. Для возмещения стоимости оплаченных иных услуг - документы, подтверждающие факт обращения Застрахованного лица за оказанием ему иных услуг с указанием даты обращения, реестра оказанных услуг с указанием их наименования, количества, дат оказания и стоимости, оформленный в соответствии с законодательством страны оказания медицинских услуг.

11.3.7. Документы, подтверждающих оплату медицинских и иных услуг или приобретение лекарственных средств и/или изделий медицинского назначения (кассовые, товарные чеки, товарные накладные с указанием их наименования, количества и стоимости).

11.3.8. Паспорт Застрахованного лица, а если Застрахованным лицом является несовершеннолетнее лицо - паспорт его надлежаще уполномоченного представителя, подавшего заявление от его имени, свидетельство о рождении Застрахованного лица, документы, подтверждающие право действовать в интересах Застрахованного лица.

11.3.9. Если Застрахованное лицо обращалось за медицинской помощью в зарубежную медицинскую организацию - перевод на русский язык документов, составленных на иностранном языке, выполненный лицом, чья компетенция подтверждена соответствующими документами об образовании.

11.3.10. Для возмещения расходов на проезд к месту лечения Застрахованного лица - проездные и платежные документы, подтверждающие оплату проезда к месту лечения и проживания.

11.3.11. Банковские реквизиты счета Застрахованного лица, в случае если выплата производится непосредственно Застрахованному лицу по безналичному расчету.

11.4. С целью принятия решения о страховой выплате Страховщик вправе запрашивать у лиц, органов и организаций, имеющих необходимую компетенцию, следующие документы:

– медицинские карты (первичную медицинскую документацию) амбулаторного или стационарного больного и/или выписки из медицинских карт (оригиналы или копии, заверенные

главным врачом или заместителем главного врача и печатью медицинской организации) Застрахованного лица, действительные на момент обращения Застрахованного лица за оказанием медицинских и/или иных услуг, а также за 5 (пять) лет, предшествующих началу срока действия Договора страхования, из всех медицинских организаций, в которые обращалось Застрахованное лицо;

- документы, подтверждающие получение Застрахованным лицом медицинских и иных услуг;
- документы, подтверждающие диагноз заболевания Застрахованного лица;
- справку из специализированных лечебно-профилактических медицинских организаций и их подразделений (Центра профпатологии, клиник и отделов профзаболеваний, выполняющих их функции), имеющих соответствующую лицензию и сертификат о праве устанавливать диагноз профессионального заболевания; акт расследования профессионального заболевания по форме 362/У-86;
- справку учреждения медико-социальной экспертизы об установлении группы инвалидности, направление на медико-социальную экспертизу, протокол проведения медико-социальной экспертизы в федеральном государственном учреждении медико-социальной экспертизы, акт медико-социальной экспертизы;
- справки из наркологических, туберкулезных, психиатрических, кожно-венерологических диспансеров;
- акт судебно-медицинского или патологоанатомического исследования;
- акт судебно-химического, химико-токсикологического исследования;
- акт медицинского освидетельствования на состояние опьянения;
- постановление о возбуждении/отказе в возбуждении уголовного дела, решение, принятое (в том числе в судебном порядке) по уголовному делу;
- постановление об административном правонарушении;
- справку медицинской организации с указанием наличия или отсутствия у Застрахованного лица алкогольного, наркотического, токсического опьянения при наступлении патологического состояния и/или получения травмы (зафиксированные на момент поступления в медицинскую организацию признаки опьянения, или результаты исследования биологических материалов на содержание этилового спирта, наркотических или токсических веществ);
- акт о несчастном случае на производстве по форме Н-1;
- справку о дорожно-транспортном происшествии;
- выписку из журнала учета больных и отказов в госпитализации;
- извещение о больном с впервые в жизни установленным диагнозом;
- протокол военно-врачебной комиссии;
- оригиналы и/или копии инструментальных, лабораторных методов исследований (снимки, анализы, гистология);
- результаты профилактических, предварительных, периодических, предсменных, предрейсовых (послесменных, послерейсовых) и иных медицинских осмотров, результаты диспансеризации;
- справки о нахождении Застрахованного лица на диспансерном учете (с указанием времени, с которого взят на учет и диагноза);
- медицинское свидетельство о смерти (форма 1 06/у-08);
- в Территориальном Фонде обязательного медицинского страхования и/или страховых компаниях, работающих в системе обязательного медицинского страхования - информацию о медицинских услугах, оказанных Застрахованному лицу в системе обязательного медицинского страхования.

11.5. Страховщик вправе потребовать от Застрахованного лица освидетельствования (обследования).

Согласование места и времени проведения освидетельствования (обследования) Застрахованного лица должно быть зафиксировано Страховщиком посредством:

- заключения соглашения о месте и времени проведения освидетельствования (обследования) Застрахованного лица по разработанной Страховщиком форме;
- направления Страховщиком в адрес лица, подавшего заявление на страховую выплату, или Застрахованного лица заказным письмом с уведомлением сообщения с указанием места и времени проведения освидетельствования (обследования) Застрахованного лица - не менее двух вариантов времени на выбор;
- иного способа, позволяющего подтвердить, что такое лицо было должным образом уведомлено о необходимости проведения освидетельствования (обследования) Застрахованного лица.

Если Застрахованное лицо не прошло освидетельствование (обследование) в согласованную дату, Страховщик согласовывает с этим лицом другую дату освидетельствования (обследования) при его обращении к Страховщику. При этом если в соответствии с Договором страхования течение срока урегулирования требования о страховой выплате началось до проведения освидетельствования (обследования), то течение данного срока приостанавливается до даты проведения освидетельствования (обследования).

В случае повторного непрохождения Застрахованным лицом освидетельствования (обследования) в согласованную со Страховщиком дату, Страховщик возвращает без рассмотрения представленное таким лицом заявление на страховую выплату, а также приложенные к нему документы (как поданные непосредственно вместе с заявлением, так и представленные впоследствии), если иное не будет согласовано между Страховщиком и Страхователем (Застрахованным лицом, Выгодоприобретателем).

11.6. После получения всех необходимых надлежащим образом оформленных документов в соответствии с п. 11.3 настоящих Правил Страховщик в порядке п. 11.2.2 настоящих Правил в течение 30 (тридцати) рабочих дней со дня, следующего за днем получения Страховщиком заявления о страховой выплате и всех предусмотренных настоящими Правилами документов (последнего из необходимых и надлежащим образом оформленных документов) принимает решение о наличии или отсутствии оснований для страховой выплаты.

Если в течение вышеуказанного срока принято решение о наличии оснований для страховой выплаты Страховщик в течение 15 (пятнадцати) рабочих дней производит страховую выплату.

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 Страхователя, Застрахованное лицо 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.

11.7. Стороны могут договориться, что сумма выплаты может быть определена исходя из расчета средней стоимости аналогичных услуг в медицинских организациях, указанных в Программе страхования. Предъявленные к возмещению расходы, не превышающие средней стоимости аналогичных услуг в медицинских организациях, определенных Договором страхования, возмещаются полностью в пределах страховой суммы.

11.8. Днем выплаты считается день списания средств со счета Страховщика, (если выплата производится путем перечисления сумм на банковский счет) или выдачи денежных средств из кассы Страховщика (если выплата производится наличными денежными средствами).

Расходы по зачислению на счет и получению (списанию) со счета получателя подлежащих выплате сумм осуществляется за счет средств получателя.

Перевод подлежащих выплате сумм получателю иным способом, чем перевод на счет получателя в банке, осуществляется за счет средств получателя.

11.9. Страховщик освобождается от страховой выплаты, если страховой случай наступил вследствие умысла Страхователя, Застрахованного лица.

При этом к умышленным действиям приравниваются совершенные действия (бездействие), при которых возможное наступление убытка ожидается с достаточно большой вероятностью и сознательно допускается лицом, ответственным за такие действия.

11.10. Если Договором страхования не предусмотрено иное, Страховщик освобождается от страховой выплаты, если страховой случай наступил вследствие:

- военных действий, а также маневров или иных военных мероприятий;
- гражданской войны, народных волнений всякого рода или забастовок;
- воздействия ядерного взрыва, радиации или радиоактивного заражения, либо сочетания радиационного воздействия с токсическими, взрывными или иными опасными воздействиями.

11.11. Страховщик освобождается от возмещения убытков, возникших вследствие того, что Страхователь умышленно не принял разумных и доступных ему мер, чтобы уменьшить возможные убытки.

11.12. Страховщик вправе отсрочить страховую выплату в порядке п. 11.2.2 настоящих Правил:

а) если соответствующими органами внутренних дел возбуждено уголовное дело против Страхователя (Застрахованного лица) и ведется расследование обстоятельств, приведших к наступлению страхового случая - до вынесения приговора суда или вынесения следователем Определения о приостановлении производства по делу;

б) при наличии мотивированных сомнений в подлинности документов, подтверждающих страховой случай и размер произведенных расходов – до получения результатов экспертизы таких документов.

11.13. В случае выявления факта предоставления в порядке п. 11.2.2 настоящих Правил Страхователем, Застрахованным лицом документов, недостаточных для принятия Страховщиком решения об осуществлении страховой выплаты, и/или ненадлежащим образом оформленных документов в соответствии с требованиями настоящих Правил и/или Договора страхования, Страховщик обязан:

- принять их, при этом срок принятия решения о страховой выплате не начинает течь до предоставления последнего из необходимых и надлежащим образом оформленных документов;
- уведомить об этом подавшее заявление на страховую выплату лицо с указанием перечня недостающих и/или ненадлежащим образом оформленных документов.

Срок уведомления Страхователем, Застрахованных лиц - физических лиц о выявлении факта предоставления Страхователем, Застрахованным лицом страховых услуг документов, недостаточных для принятия Страховщиком решения об осуществлении страховой выплаты, и/или ненадлежащим образом оформленных документов не должен превышать 15 (пятнадцати) рабочих дней.

11.14. В случае неисполнения Страхователем (Застрахованным лицом) обязанности по предоставлению Страховщику документов в соответствии с настоящими Правилами сроки принятия Страховщиком решения об осуществлении страховой выплаты в порядке п. 11.2.2 настоящих Правил и осуществления страховой выплаты не начинают течь.

При непредставлении Страхователем, Застрахованным лицом в соответствии с п. 11.3.11 настоящих Правил банковских реквизитов, а также других сведений, необходимых для осуществления страховой выплаты в безналичном порядке (если лицо, обратившееся за страховой выплатой, выбрало вариант безналичного перечисления страховой выплаты), срок осуществления страховой выплаты продлевается (приостанавливается) до получения Страховщиком указанных сведений, о чем Страховщик уведомляет обратившееся лицо и запрашивает у него недостающие сведения.

11.15. Страховая выплата по договорам страхования производится в валюте Российской Федерации.

При страховании с применением валютного эквивалента страховая выплата осуществляется в российских рублях по курсу Центрального Банка Российской Федерации, установленному для валюты, в которой выражена страховая сумма (валюта страхования), на дату осуществления страховой выплаты, если иное не предусмотрено договором страхования, но не более максимального курса для выплат, под которым понимается курс валюты страхования, установленный Центральным Банком Российской Федерации, на дату заключения договора страхования, увеличенный на 1% (один процент) за каждый месяц (в том числе неполный), прошедший с даты заключения договора страхования. При этом сумма всех выплат по договору в российских рублях не может превышать страховую сумму, умноженную на курс валюты страхования, установленный Центральным Банком Российской Федерации на дату заключения договора страхования.

11.16. Общая сумма страховых выплат по всем страховым случаям, предусмотренным Договором страхования, произошедшим в период страхования, а если он не установлен, то в течение срока действия Договора страхования, не может превышать размер общей страховой суммы (лимита ответственности), установленной Договором страхования на данный период страхования.

12. ПОРЯДОК РАЗРЕШЕНИЯ СПОРОВ

12.1. Все споры, вытекающие из договора страхования, разрешаются в претензионном порядке. Претензия должна содержать сведения о заявителе (наименование, местонахождение, адрес); содержание спора и разногласий; сведения об объекте (объектах), в отношении которого возникли разногласия, расчет суммы претензии. Сторона, получившая претензию, в течение 30 (тридцати) дней со дня ее получения обязана рассмотреть претензию и дать ответ.

12.2. В досудебном порядке спор подлежит рассмотрению финансовым уполномоченным, который рассматривает обращения в отношении Страховщика, если размер денежных требований потребителя страховых услуг не превышает 500 000 рублей, и если со дня, когда потребитель финансовых услуг узнал или должен был узнать о нарушении своего права, прошло не более 3-х лет.

Финансовый уполномоченный не рассматривает обращения:

- 1) если обращение не соответствует вышеуказанным критериям;
- 2) если потребитель финансовых услуг предварительно не обращался к Страховщику;
- 3) если в суде, третейском суде имеется либо рассмотрено дело по спору между теми же сторонами, о том же предмете и по тем же основаниям;
- 4) находящиеся в процессе урегулирования с помощью процедуры медиации;

- 5) по которым имеется решение финансового уполномоченного или соглашение, принятое по спору между теми же сторонами (в том числе при уступке права требования), о том же предмете и по тем же основаниям;
- 6) в отношении финансовых организаций, у которых отозвана (аннулирована) лицензия, которые исключены из реестра финансовых организаций соответствующего вида или которые находятся в процессе ликвидации, ликвидированы, прекратили свое существование или были признаны фактически прекратившими свою деятельность;
- 7) по вопросам, связанным с банкротством юридических и физических лиц;
- 8) по вопросам, связанным с компенсацией морального вреда и возмещением убытков в виде упущенной выгоды;
- 9) по вопросам, связанным с трудовыми, семейными, административными, налоговыми правоотношениями, а также обращения о взыскании обязательных платежей и санкций, предусмотренных законодательством Российской Федерации;
- 10) направленные повторно по тому же предмету и по тем же основаниям, что и обращение, ранее принятое финансовым уполномоченным к рассмотрению;
- 11) содержащие нецензурные либо оскорбительные выражения, угрозы жизни, здоровью и имуществу финансового уполномоченного или иных лиц;
- 12) текст которых не поддается прочтению.

12.3. В случае недостижения сторонами согласия в претензионном порядке, а также если спор не подлежит рассмотрению финансовым уполномоченным или если финансовый уполномоченный не принял решение по обращению по истечении предусмотренного законом срока, прекратил рассмотрение обращения в соответствии законом, или если заявитель не согласился с вступившим в силу решением финансового уполномоченного, спор подлежит урегулированию в суде в порядке, установленном договором страхования и законодательством Российской Федерации.

**БАЗОВЫЕ ТАРИФЫ
ПО ДОБРОВОЛЬНОМУ МЕДИЦИНСКОМУ СТРАХОВАНИЮ**
(в % к страховой сумме, срок страхования – один год)

№	Программа страхования	Тариф
1.	Амбулаторно-поликлиническая помощь	0,29
2.	Скорая и неотложная медицинская помощь	0,11
3.	Стационарная помощь	0,37
4.	Стоматология	0,92
5.	Лекарственное обеспечение	2,22
6.	Ведение беременности и родовспоможение	3,82
7.	Предоставление медицинских услуг при клещевом энцефалите	0,20
8.	Предоставление медицинских услуг по поводу инфекционных заболеваний: - амбулаторная помощь - стационарное лечение	2,70 3,09
9.	Профилактика и/или лечение заболеваний - амбулаторно-поликлиническая помощь - стационарная помощь - лекарственное обеспечение	2,41 2,95 2,24
10.	Репатриация	0,10
11.	Реабилитационно-восстановительное лечение	25,0
12.	Первичная медико-санитарная и специализированная медицинская помощь в неотложной форме - амбулаторно-поликлиническая помощь - стоматологическая помощь - скорая помощь, стационарная помощь	0,1 0,03 0,05

Базовые тарифы указаны при условии установления отдельных страховых сумм по каждой Программе. В случае установления единой (общей) страховой суммы по всем Программам тарифы складываются. В случае установления страховой суммы по части Программы, тарифы по соответствующим Программам умножаются на поправочный коэффициент 0.25 – 1.0.

Страховщик имеет право применять к базовым тарифным ставкам повышающий или понижающий коэффициенты исходя из обстоятельств, влияющих на степень страхового риска, указанные ниже. При наличии нескольких факторов риска страховой тариф последовательно умножается на все повышающие коэффициенты.

Страховщик применяет следующие поправочные коэффициенты, связанные со степенью страхового риска:

В зависимости от пола и возраста Застрахованного лица Страховщик может применять к базовой тарифной ставке повышающие и понижающие коэффициенты от 0.5 до 5.0.

В зависимости от объема предоставляемых услуг Страховщик может применять к базовой тарифной ставке повышающие и понижающие коэффициенты от 0.01 до 28.0.

В зависимости от размера страховой суммы Страховщик может применять к базовой тарифной ставке повышающие и понижающие коэффициенты от 0.1 до 5.0.

В зависимости от общего количества лиц, принимаемых на страхование, Страховщик может применять к базовой тарифной ставке повышающие коэффициенты от 0.45 до 1.0.

В зависимости от ценовой категории медицинского учреждения Страховщик может применять к базовой тарифной ставке повышающие и понижающие коэффициенты от 0.2 до 4.0.

В зависимости от общего состояния здоровья Застрахованного лица Страховщик может применять к базовой тарифной ставке повышающие и понижающие коэффициенты от 0.1 до 99.

В зависимости от количества хронических заболеваний (при их наличии у Застрахованного лица) Страховщик может применять к базовой тарифной ставке повышающие коэффициенты от 1.0 до 5.0.

В зависимости от тяжести хронических заболеваний (при их наличии у Застрахованного лица) Страховщик может применять к базовой тарифной ставке повышающие коэффициенты от 1.0 до 3.0.

В зависимости от сложившейся убыточности по портфелю за предыдущий период страхования Страховщик может применять к базовой тарифной ставке повышающие и понижающие коэффициенты от 0.1 до 2.0.

В зависимости от набора рисков и выбранного типа и размера франшизы Страховщик может применять к базовой тарифной ставке понижающие коэффициенты от 0.05 до 1.0.

В зависимости от рода занятий и увлечений Застрахованного лица Страховщик может применять к базовой тарифной ставке повышающие и понижающие коэффициенты от 0.75 до 1.5.

В зависимости от общей численности коллектива, принимаемого на страхование Страховщик, может применять к базовой тарифной ставке повышающие и понижающие коэффициенты от 0.45 до 1.0.

В зависимости от субъективных факторов риска и, исходя из экспертно определенной величины страхового риска, определенной на основании совокупности данных, представленных в заявлении на страхование, а также результатов предварительного медицинского обследования, Страховщик может применять к базовой тарифной ставке повышающие и понижающие коэффициенты от 0.5 до 3.5.

В зависимости от списка исключений из Программы страхования Страховщик может применять к базовой тарифной ставке понижающие коэффициенты от 0.3 до 1.0.

При уплате страховой премии в рассрочку, в зависимости от количества и сроков уплаты ее частей (базовые тарифные ставки рассчитаны при условии единовременной уплаты страховой премии), Страховщик может применять к базовой тарифной ставке повышающие коэффициенты от 1.0 до 1.2.

При включении в число страховых рисков и страховых случаев по Договору страхования событий, перечисленных в п. 4.4. Правил страхования Страховщик может применять к базовой тарифной ставке повышающие коэффициенты от 1.0 до 5.0.

При заключении Договора страхования в отношении лица, имеющего заболевания, перечисленные в п. 1.7 Правил страхования Страховщик может применять к базовой тарифной ставке повышающие коэффициенты от 1.1 до 5.0.

При установлении кратности предоставления услуг по Договору страхования Страховщик может применять к базовой тарифной ставке повышающие и понижающие коэффициенты от 0.6 до 2.5.

При установлении лимитов выплат (лимитов возмещения) по Договору страхования Страховщик может применять к базовой тарифной ставке понижающие коэффициенты от 0.02 до 1.0.

При заключении договора страхования в валюте иной, чем рубли Российской Федерации, Страховщик для формирования источника покрытия убытков, связанных с возможным риском изменения курса валют, применяет к базовой тарифной ставке поправочный коэффициент от 1.01 до 1.15, определенный экспертным путем на основании статистических данных Страховщика и динамики курса иностранной валюты.

В случае если результирующая тарифная ставка превышает 100%, то считается, что страховой риск не обладает признаками случайности его наступления и Договор страхования в отношении данного риска не заключается.

Страховщик вправе использовать иные поправочные коэффициенты страхового риска в зависимости от индивидуального риска, иных обстоятельств, имеющих существенное значение для определения вероятности наступления страхового случая и размера возможных убытков от его наступления (страхового риска) в размере от 0.01 до 9.0.

Настоящее приложение № 2 к Правилам добровольного медицинского страхования определяет общие условия программ добровольного медицинского страхования и возможные виды медицинской помощи. Программы добровольного медицинского страхования формируются Страховщиком по согласованию со Страхователем при заключении договора страхования и являются его неотъемлемой частью

**ПРОГРАММА СТРАХОВАНИЯ № 1
ПО ДОБРОВОЛЬНОМУ МЕДИЦИНСКОМУ СТРАХОВАНИЮ
«Амбулаторно – поликлиническая помощь»**

Медицинская Программа включает:

- Консультации, назначение обследования и лечения врачей-специалистов в поликлинике: терапевт, хирург, невролог, кардиолог, пульмонолог, ревматолог, уролог, маммолог, геронтолог, гинеколог (только в отношении заболеваний, не связанных с беременностью и её осложнениями, при установлении беременности – до 8-ми недель), гастроэнтеролог, отоларинголог, офтальмолог, психиатр, инфекционист, врач мануальной терапии, травматолог-ортопед, дерматовенеролог, врач ЛФК и спортивной медицины, физиотерапевт, онколог, трансфузиолог, колопроктолог, эндокринолог, флеболог, врач функциональной диагностики, врач УЗИ – диагностики, стоматолог-хирург, стоматолог-терапевт, рефлексотерапевт, иммунолог-аллерголог, онколог (до постановки диагноза) и др. специалистов.
- Хирургические и инвазивные процедуры, выполняемые в амбулаторных условиях (по медицинским показаниям), в том числе ПХО ран, удаление вросшего ногтя, удаление кожных образований, вскрытие и дренирование абсцессов, внутрисуставные инъекции, биопсия под УЗ контролем.
- Общие манипуляции и процедуры.
- Эндоскопические исследования.
- Общие клинические лабораторные исследования.
- Биохимические лабораторные исследования.
- Микробиологические (бактериологические) лабораторные исследования.
- Иммунологические лабораторные исследования.
- Гистологические исследования.
- Цитологические исследования.
- Гормональные исследования.
- Вирусологические исследования.
- Рентгенологические исследования.
- Ультразвуковые диагностические исследования.
- УЗИ и дуплексное сканирование сосудов головы и шеи.
- Электронеуромиография.
- Функциональная диагностика.
- Компьютерная томография и магнитно-резонансная томография.
- Сложные хирургические вмешательства, лазерные операции.
- Восстановительное лечение и реабилитация в условиях поликлиники по медицинским показаниям.
- Физиотерапия, в том числе с применением медицинского лазера.
- ЛФК, массаж.
- Классическая рефлексотерапия.
- Мануальная терапия.
- Вызов врача на дом в случае, если Застрахованное лицо по состоянию здоровья не может лично обратиться в поликлинику.
- Организация и контроль медицинской помощи, предоставляемой в медицинской организации.
- Предгоспитализационное обследование.
- Консультации и/или лечение в период развития острых и обострения хронических заболеваний на дому, на работе, или в медицинской организации.

– Ведение медицинской документации, выдачу листков нетрудоспособности и медицинских справок, а также выписывание рецептов на приобретение лекарственных препаратов, за исключением льготных.

– Направление на консультации специалистов и диагностические исследования.

– Предоставление консультаций врачом по телефону.

– Дистанционные консультации с использованием онлайн-сервиса, проводимые врачами-консультантами медицинских организаций, осуществляющих медицинскую деятельность в соответствии с законодательством Российской Федерации (перечень которых опубликован на сайте Страховщика или указан в Договоре страхования), а именно:

а) срочные консультации дежурного врача терапевта/педиатра/врача общей практики, находящегося в данный момент в системе онлайн после поступления соответствующего запроса;

б) плановые онлайн консультации врача терапевта/педиатра/врача общей практики по предварительной записи;

с) плановые онлайн консультации врачей профильных специальностей по рекомендации врача терапевта/педиатра/врача общей практики и предварительной записи;

д) онлайн консультации с врачами консультантами профильных специальностей по ранее поставленному диагнозу (услуга «Второе мнение»);

е) предоставление письменного заключения с рекомендациями по результатам онлайн консультации.

Телемедицина – комплекс организационных и технологических мероприятий, обеспечивающих функционирование системы предоставления дистанционной консультативно-диагностической медицинской услуги, при которой пациент получает дистанционную консультацию врача-специалиста, используя современные информационно-коммуникационные технологии. Консультация может проходить в видео и аудио формате с дополнительным текстовым функционалом.

– Иные услуги по организации медицинской помощи:

а) услуги сервиса «Личный кабинет» Застрахованного лица, где сохраняется история обращений по Застрахованному лицу и письменные рекомендации врачей по результатам проведенных онлайн консультаций в рамках Программы;

б) по проезду к месту лечения.

Проезд Застрахованного лица и одного сопровождающего его лица к месту лечения с целью проведения лечения, согласованного Страховщиком. Страховщик определяет даты поездки на основе утвержденного графика лечения. Эти даты сообщаются Застрахованному лицу с целью предоставления достаточного времени для подготовки поездки.

В случае изменения Застрахованным лицом даты поездки после получения извещения от Страховщика (Сервисной компании), Застрахованное лицо обязано оплатить Страховщику все затраты, связанные с организацией и оказанием услуг по переезду, если изменения не будут согласованы со Страховщиком как обусловленные медицинскими показаниями.

Программой страхования покрывается:

– проезд по стоимости железнодорожного или авиабилета от ближайшего к постоянному месту жительства Застрахованного лица аэропорта/железнодорожного вокзала до города, в котором будет проводиться лечение;

– проезд по стоимости железнодорожного и/или авиабилета от города, в котором проводится лечение, до ближайшего к постоянному месту жительства Застрахованного лица аэропорта/железнодорожного вокзала;

с) расходы на проживание.

Проживание Застрахованного лица и одного сопровождающего его лица (в случае, если Застрахованное лицо является несовершеннолетним или необходимость наличия сопровождающего лица обусловлено медицинскими показаниями) во время нахождения за пределами постоянного места жительства с целью проведения лечения, согласованного Страховщиком. Страховщик (Сервисная компания) принимает решение в отношении дат бронирования размещения в отеле на основе утвержденного плана-графика лечения. Страховщик (Сервисная компания) определяет срок окончания поездки в соответствии со сроком завершения лечения и подтверждением лечащего врача, что Застрахованное лицо в состоянии осуществлять переезд. В случае изменения Застрахованным лицом даты поездки после получения извещения от Страховщика (Сервисной компании), Застрахованное лицо обязано выплатить компенсацию Страховщику в отношении всех затрат, связанных с организацией и оказанием новых услуг по переезду, изменения не будут согласованы со Страховщиком как обусловленные медицинскими показаниями.

Мероприятия по организации проживания включают в себя:

– бронирование и оплата номера в отеле. Выбор отеля будет зависеть от наличия мест и близости к медицинской организации.

Порядок предоставления дистанционных консультаций с использованием онлайн сервиса:

– Услуга состоит в предоставлении Застрахованному лицу врачом устных или письменных медицинских консультаций, носящих рекомендательный характер (без постановки диагноза), дистанционно с использованием сервиса в режиме реального времени (онлайн).

– Услуги оказываются в форме срочной консультации дежурного врача (терапевта/педиатра/врача общей практики) и консультации по предварительной записи врача-консультанта (терапевта/педиатра/врача общей практики или врачей профильных специальностей). Услуги оказываются врачами добросовестно с соблюдением норм действующего законодательства и с учетом специфики оказания услуг дистанционным способом.

– Услуги в форме срочной консультации оказываются Застрахованному лицу дежурным врачом. Услуги в форме консультации по записи – врачом-консультантом - в заранее указанное при записи время.

– Застрахованному лицу предоставляются медицинские консультации по всем вопросам, за исключением:

а) вопросов, по которым врач не может сформировать свое профессиональное мнение ввиду технической невозможности произвести осмотр и иные манипуляции дистанционным способом;

б) вопросов, для которых необходимо получение дополнительной информации (результатов осмотров, анализов и пр.) при ее отсутствии.

– Застрахованное лицо (либо его представитель) до оказания услуги или во время ее оказания, предоставляет врачу информацию об установленных диагнозах, перенесенных заболеваниях, известных ему аллергических реакциях, противопоказаниях, пересылает врачу скан-копии необходимых документов через «Личный кабинет».

– При оказании услуг, в том числе при установлении необходимости проведения очных консультаций, диагностических обследований, врач информирует Застрахованное лицо (либо его представителя) о специалистах, к которым следует обратиться для постановки /подтверждения /уточнения диагноза, о рекомендуемых методах диагностики, лечения, связанных с ними рисках, их последствиях и ожидаемых результатах и предоставляет иную подобную информацию.

– Связь Застрахованного лица (либо его представителя) с дежурным врачом при срочной консультации осуществляется следующим образом:

а) Застрахованное лицо (либо его представитель) отправляет запрос на оказание услуги с использованием сервиса через «Личный кабинет» либо путем набора многоканального номера;

б) свободный дежурный врач, находящийся в данный момент в системе (онлайн), связывается с Застрахованным лицом (либо его представителем) с использованием сервиса либо путем совершения звонка на номер мобильного телефона Застрахованного лица (либо его представителя), указанного при регистрации на сайте;

с) происходит соединение дежурного врача с Застрахованным лицом (либо его представителем), и начинается оказание услуг;

д) в случае если в момент, когда дежурный врач пытается связаться с Застрахованным лицом (либо его представителем), а Застрахованного лица (либо его представителя) уже нет в системе (онлайн), и дежурный врач-консультант не смог дозвониться по телефону, указанному при регистрации на сайте, дежурный врач-консультант пытается связаться с Застрахованным лицом (либо его представителем) посредством возможностей сервиса, в том числе путем отслеживания присутствия Застрахованного лица (либо его представителя) в системе сервиса. Система сервиса отслеживает момент входа Застрахованного лица (либо его представителя) в систему и оповещает дежурных врачей, которые хотят связаться с Застрахованным лицом (либо его представителем), о возможности проведения консультации. При получении оповещения свободный дежурный Врач незамедлительно связывается с Застрахованным лицом (либо его представителем).

– Связь Застрахованного лица (либо его представителя) с врачом-консультантом (специалистом) при консультации по записи осуществляется следующим образом:

а) Застрахованное лицо (либо его представитель) отправляет запрос на оказание услуг с использованием сервиса через «Личный кабинет» либо отправляет запрос путем набора многоканального номера и ожидает ответа дежурного консультанта. Застрахованное лицо (либо его представитель) может самостоятельно выбрать врача-консультанта (специалиста) из списка и

зарезервировать время в графике, если это предусмотрено Программой добровольного медицинского страхования;

б) дежурный консультант, находящийся в данный момент в системе (онлайн), связывается с Застрахованным лицом (либо его представителем) с использованием сервиса либо путем совершения звонка на номер мобильного телефона, указанного при регистрации на сайте, выбирает врача из списка, в том числе по указанию Застрахованного лица (либо его представителя), резервирует время врача-консультанта (специалиста);

с) врач-консультант связывается с Застрахованным лицом (либо его представителем) с использованием сервиса либо путем совершения звонка на номер мобильного телефона, указанного при регистрации на сайте, в зарезервированное время;

д) происходит соединение врача-консультанта с Застрахованным лицом (либо его представителем), и начинается оказание услуг;

е) В случае если в указанное Застрахованным лицом (либо его представителем) время консультации врач пытается связаться с Застрахованным лицом (либо его представителем) и Застрахованного лица (либо его представителя) нет в системе (онлайн), и врач-консультант не смог дозвониться по телефону, указанному при регистрации на сайте, врач-консультант и сервис пытаются связаться с Застрахованным лицом (либо его представителем) в течение зарезервированного времени консультации посредством возможностей сервиса, в том числе путем отслеживания присутствия Застрахованного лица (либо его представителя) в системе сервиса. Система сервиса отслеживает момент входа Застрахованного лица (либо его представителя) в систему и оповещает врачей-консультантов, которые имеют возможность связаться с Застрахованным лицом (либо его представителем) для проведения консультации. При получении оповещения врач-консультант (специалист) незамедлительно связывается с Застрахованным лицом (либо его представителем).

– По итогам оказания услуги врачом составляется письменная рекомендация (заключение) для Застрахованного лица, которая размещается и хранится в «Личном кабинете».

ПРОГРАММА СТРАХОВАНИЯ № 2 ПО ДОБРОВОЛЬНОМУ МЕДИЦИНСКОМУ СТРАХОВАНИЮ «Стоматологическая помощь»

Медицинская Программа включает:

- Приемы, консультации стоматологов всех специальностей.
- Анестезия.
- Рентгенологическая диагностика.
- Лечение кариеса с наложением изолирующей прокладки и пломбы из композитов светового отверждения.
- Лечение пульпита с наложением девитализирующих паст, механической, медикаментозной обработкой и пломбированием каналов.
- Лечение периодонтита с распломбировкой, механической и медикаментозной обработкой каналов, пломбировкой с применением антисептиков и остеотропных препаратов.
- Лечение некариозных поражений твердых тканей зуба (клиновидные дефекты, флюороз, гипоплазия эмали) с пломбированием композитами светового отверждения.
- Восстановление коронковой части зуба, с использованием анкерных гуттаперчевых и иных штифтов.
- Экстракция зубов, включая сложные удаления.
- Терапевтические методы лечения тканей пародонта.
- Вскрытие поднадкостничных абсцессов.
- Лечение воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области.
- Лечение доброкачественных новообразований челюстно-лицевой области, включая резекцию верхушки, цистэктомию с гистологическим исследованием и ретроградной пломбировкой.
- Снятие зубных отложений.
- Снятие зубных камней.
- Покрытие зубов фторсодержащими лаками.
- Лечебные манипуляции на зубах, покрытых ортопедическими и ортодонтическими конструкциями.
- Физиотерапия.

ПРОГРАММА СТРАХОВАНИЯ № 3
ПО ДОБРОВОЛЬНОМУ МЕДИЦИНСКОМУ СТРАХОВАНИЮ
«Стационарная помощь»

Медицинская Программа включает стационарную помощь по экстренным и/или плановым показаниям в том числе, включая медикаментозное лечение (без ограничения количества госпитализаций и срока пребывания в стационаре):

– Консультации и/или лечение в медицинской организации специалистами всех профилей (терапевт, хирург, невропатолог, отоларинголог, офтальмолог, дерматолог, окулист, эндокринолог, травматолог, гинеколог, стоматолог, уролог, кардиолог, инфекционист и др. согласно штатного расписания).

– Диагностические лабораторные исследования, (общеклинические методы исследования, биохимические исследования, вирусологические исследования, цитологические исследования и др.).

– Инструментальные исследования (лучевая диагностика, включая компьютерную томографию; ультразвуковая диагностика; функциональная диагностика; эндоскопическая диагностика и другие методы).

– Хирургическое и/или консервативное лечение, проводимое в соответствии с принятыми медицинскими стандартами, включая использование операционной и послеоперационных палат, перевязки, туалет ран, инъекции и лечебные манипуляции т.д.

– Восстановительное лечение, реабилитация в условиях медицинской организации по медицинским показаниям, в том числе: физиотерапевтические процедуры по назначению врача, ЛФК, массаж, мануальная терапия, иглорефлексотерапия, ГБО, лазеротерапия, бальнеотерапия, гирудотерапия, фитотерапия и др.

– Пребывание в 2-х, 3-х местных палатах, палатах повышенной комфортности (1 местные, полулюкс, люкс) питание, уход медицинского персонала.

– Оформление листков временной нетрудоспособности, рецептов (кроме льготных), справок.

– Оказание реабилитационно-восстановительного лечения в условиях стационара, санатория, загородного стационара и лечебно-профилактических учреждений санаторно-курортного типа, включающее приемы и консультации специалистов, диагностические и лечебные манипуляции и процедуры, лабораторные и инструментальные исследования, медикаментозную терапию, бальнеотерапию, водолечение, грязелечение, климатотерапию, озонотерапию, гирудотерапию, физиотерапию и т.д., лечебную физкультуру и т.д. и двигательные режимы.

Услуги по Программе оказываются в связи с направлением Застрахованного лица врачом на санаторно-курортное лечение по медицинским показаниям.

– Иные услуги по организации медицинской помощи:

а) по проезду к месту лечения.

Проезд Застрахованного лица и одного сопровождающего его лица к месту лечения с целью проведения лечения, согласованного Страховщиком. Страховщик определяет даты поездки на основе утвержденного графика лечения. Эти даты сообщаются Застрахованному лицу с целью предоставления достаточного времени для подготовки поездки.

В случае изменения Застрахованным лицом даты поездки после получения извещения от Страховщика (Сервисной компании), Застрахованное лицо обязано оплатить Страховщику все затраты, связанные с организацией и оказанием услуг по переезду, если изменения не будут согласованы со Страховщиком как обусловленные медицинскими показаниями.

Программой страхования покрывается:

– проезд по стоимости железнодорожного или авиабилета от ближайшего к постоянному месту жительства Застрахованного лица аэропорта/железнодорожного вокзала до города, в котором будет проводиться лечение;

– проезд по стоимости железнодорожного и/или авиабилета от города, в котором проводится лечение, до ближайшего к постоянному месту жительства Застрахованного лица аэропорта/железнодорожного вокзала;

б) расходы на проживание.

Проживание Застрахованного лица и одного сопровождающего его лица (в случае, если Застрахованное лицо является несовершеннолетним или необходимость наличия сопровождающего лица обусловлено медицинскими показаниями) во время нахождения за пределами постоянного места жительства с целью проведения лечения, согласованного Страховщиком. Страховщик (Сервисная компания) принимает решение в отношении дат бронирования размещения в отеле на основе утвержденного плана-графика

лечения. Страховщик (Сервисная компания) определяет срок окончания поездки в соответствии со сроком завершения лечения и подтверждением лечащего врача, что Застрахованное лицо в состоянии осуществлять переезд. В случае изменения Застрахованным лицом даты поездки после получения извещения от Страховщика (Сервисной компании), Застрахованное лицо обязано выплатить компенсацию Страховщику в отношении всех затрат, связанных с организацией и оказанием новых услуг по переезду, изменения не будут согласованы со Страховщиком как обусловленные медицинскими показаниями.

Мероприятия по организации проживания включают в себя:

- бронирование и оплата номера в отеле. Выбор отеля будет зависеть от наличия мест и близости к медицинской организации.

ПРОГРАММА СТРАХОВАНИЯ № 4 ПО ДОБРОВОЛЬНОМУ МЕДИЦИНСКОМУ СТРАХОВАНИЮ «Скорая и неотложная медицинская помощь»

Медицинская Программа включает:

- Выезд бригады «Скорой помощи» или «Неотложной помощи».
- Купирование неотложного состояния.
- Лечебные и диагностические процедуры, определяемые оснащением автомобиля «Скорой помощи» или автомобилем «Неотложной помощи».
- Транспортировку медицинским транспортом с места заболевания в медицинскую организацию и/или медицинское сопровождение при транспортировке в состояниях, угрожающих жизни и здоровью Застрахованного лица.

ПРОГРАММА СТРАХОВАНИЯ № 5 ПО ДОБРОВОЛЬНОМУ МЕДИЦИНСКОМУ СТРАХОВАНИЮ «Лекарственное обеспечение»

Медицинская Программа включает предоставление Застрахованному лицу лекарственных средств и изделий медицинского назначения в фармацевтических (и иных) организациях, с которыми Страховщик имеет соответствующие Договорные отношения и/или (если это предусмотрено Договором страхования) возмещает Застрахованному лицу полностью или частично его личные средства, затраченные на самостоятельное приобретение лекарственных средств и изделий медицинского назначения, предписанных врачом медицинской организации, предусмотренной Договором страхования и/или иного лечебного учреждения, если это согласовано со Страховщиком.

Страховым случаем является обращение Застрахованного лица в течение срока действия Договора страхования за лекарственным обеспечением (лекарственными препаратами и/или изделиями медицинского назначения), рекомендованными к применению лечащим врачом медицинской организации, предусмотренной Договором страхования и/или согласованной Страховщиком.

Программа «Лекарственное обеспечение» предусматривает предоставление Застрахованным лицом лекарственных препаратов следующих клинико-фармацевтических групп, необходимых для проведения амбулаторно-поликлинического лечения:

- Сердечно-сосудистые средства.
- Диуретики и препараты с диуретическим эффектом.
- Средства, применяемые в неврологии.
- Анальгетики.
- Противовоспалительные средства.
- Антибиотики.
- Противомикробные средства.
- Противовирусные средства.
- Противопротозойные средства.
- Противопаразитарные средства.
- Противогрибковые средства.

- Средства, применяемые в гастроэнтерологии и гепатологии.
- Противоаллергические средства.
- Бронхо-легочные средства.
- Препараты половых гормонов и препараты - антагонисты половых гормонов.
- Анаболические стероиды. Гормоны гипофиза и их аналоги.
- Кортикотропины, гонадотропины и препараты, влияющие на продукцию гормонов.
- Средства, влияющие на различные виды обмена.
- Средства для лечения заболеваний щитовидной железы.
- Средства, влияющие на гемопоэз, гемостаз, гомеостаз.
- Витамины и их аналоги, поливитамины, микроэлементы для системного применения.
- Средства, влияющие на иммунитет.
- Препараты иммуноглобулинов.
- Средства, влияющие на тонус и сократительную активность миометрия.
- Средства, применяемые в гинекологии.
- Средства, применяемые в оториноларингологии.
- Средства, применяемые в стоматологии.
- Средства, применяемые в офтальмологии.
- Средства, применяемые в проктологии.
- Средства, применяемые в урологии.
- Средства для наружного применения.
- Средства, применяемые в дерматологии.
- Средства с дезинфицирующим и антисептическим действием.

В Программу ДМС №5 «Лекарственное обеспечение» не входит:

- Медикаментозное лечение, связанное с беременностью, родами, послеродовыми заболеваниями и осложнениями (при отсутствии у Застрахованного лица Программы страхования №6 «Ведение беременности и родовспоможение»).
- Медикаментозное лечение с применением:
 - a) гомеопатических средств;
 - b) вакцин у детей (вне национального календарного плана прививок) и взрослых с целью профилактических прививок (за исключением предусмотренных Программой страхования);
 - c) питательных смесей и корригирующих (биологических активных) добавок к питанию;
 - d) средств контрацепции всех видов;
 - e) средств для коррекции половой функции у мужчин;
 - f) средств диагностики, включая аппараты для измерения артериального давления;
 - g) медицинских изделий и предметов по уходу за больными (кроме шприцов и перевязочного материала);
 - h) косметических и гигиенических средств, в т.ч. зубных паст;
 - i) средств медицинской реабилитации.
- Медикаментозное лечение, которое будет использоваться при лечении Застрахованного лица в стационаре.
- Медикаментозное лечение, необходимость которого не подтверждена рецептом врача учреждения здравоохранения, предусмотренного Договором страхования и/или согласованного Страховщиком.

ПРОГРАММА СТРАХОВАНИЯ № 6 ПО ДОБРОВОЛЬНОМУ МЕДИЦИНСКОМУ СТРАХОВАНИЮ «Ведение беременности и родовспоможение»

Данная Программа предоставляется при страховании женщин фертильного возраста. Страховым случаем является обращение Застрахованного лица - женщины за медицинской помощью в период и по поводу беременности или осложнений беременности, а также начавшейся родовой деятельности.

Медицинская Программа включает:

- Амбулаторно-поликлиническую специализированную помощь в медицинской организации, определенной Договором страхования, включая стоматологию, вызов врача на дом при наличии Программы поликлинического обслуживания в полном объеме.
- Наблюдение и лечение акушером – гинекологом.

- Консультации врачей-специалистов: терапевта, отоларинголога, офтальмолога, нефролога, психоневролога, врача ЛФК и других.
 - Ультразвуковые исследования в течение беременности.
 - Лабораторную диагностику.
 - Инструментальную диагностику.
 - Госпитализацию и лечение в акушерско-гинекологическом отделении стационара при возникновении осложнений беременности.
 - Пребывание на койке в родильном доме (включая питание и лекарственное обеспечение).
 - Экстренную госпитализацию при начале родовой деятельности или преждевременном отхождении околоплодных вод.
 - Ведение родов специализированной бригадой (акушер-гинеколог, анестезиолог, при необходимости проведения анестезии, неонатолог, акушерка).
 - Обезболивание.
 - Хирургические и акушерско-гинекологические операции по медицинским показаниям.
 - Послеродовое наблюдение матери и ребенка в течение срока, определенного медицинскими показаниями.
 - Пребывание на койке в родильном доме (включая питание и лекарственное обеспечение) более 5 суток в связи с возникшими осложнениями родов.
 - Хирургические и акушерско-гинекологические операции по поводу осложнений беременности и родов.
- Медицинская помощь оказывается в условиях амбулаторно-поликлинических и, по показаниям, стационарных акушерско-гинекологических учреждений.

**ПРОГРАММА СТРАХОВАНИЯ № 7
ПО ДОБРОВОЛЬНОМУ МЕДИЦИНСКОМУ СТРАХОВАНИЮ
«Предоставление медицинских услуг при клещевом энцефалите»**

Страховым случаем по настоящей Медицинской Программе является обращение Застрахованного лица в течение срока страхования в медицинскую организацию из числа предусмотренных Договором страхования, а так же в медицинскую организацию, не предусмотренную Договором страхования, обращение в которую согласовано и /или организовано Страховщиком за получением специализированной медицинской помощи:

- При укусе клеща.
 - При подозрении на заболевание клещевым энцефалитом, клещевым системным боррелиозом и другими заболеваниями, передающимися с укусом клеща, после введения противоклещевого иммуноглобулина и антибиотиков по определенной схеме.
- Услуги по Программе включают специализированную медицинскую помощь при укусе клеща, консультативную; стационарную помощь при заболевании.

В Программу входит следующий комплекс медицинских услуг:

- Первичный медицинский осмотр и удаление присосавшегося клеща в пункте серофилактики; исследование клеща на наличие в нем вируса клещевого энцефалита, возбудителя клещевого системного боррелиоза и других заболеваний, передающихся с укусом клеща. В течение первых двух суток присасывания клеща профилактическое одноразовое введение:
 - a) иммуноглобулина;
 - b) антибиотика по определенной схеме.
- Диагностическое исследование крови человека.
- При необходимости - консультация квалифицированного специалиста в период от укуса клеща до возможного заболевания.
- Стационарное лечение в случае заболевания:
 - a) срочная госпитализация в специализированное отделение по направлению врача консультанта;
 - b) проведение лабораторных диагностических тестов в динамики развития заболеваний (клещевой энцефалит, клещевой системный боррелиоз, микстинфекции: клещевой энцефалит – болезнь Лайма и других заболеваний, передающихся с укусом клеща);
 - c) при необходимости дополнительная консультативная помощь ведущих специалистов;

d) гарантированное оказание медицинской и медикаментозной помощи в пункте серопрфилактики и при лечении в клинике.

Медицинская помощь оказывается в условиях амбулаторно-поликлинических, в пункте серопрфилактики и, по показаниям, в профильных отделениях стационара.

**ПРОГРАММА СТРАХОВАНИЯ № 8
ПО ДОБРОВОЛЬНОМУ МЕДИЦИНСКОМУ СТРАХОВАНИЮ
«Предоставление медицинских услуг по поводу инфекционных заболеваний»**

Страховыми случаями являются обращение Застрахованного лица в медицинскую организацию предусмотренную Договором страхования, а так же в медицинскую организацию, не предусмотренную Договором страхования, обращение в которую согласовано и/или организовано Страховщиком за получением специализированной медицинской помощи при возникновении у него признаков инфекционного заболевания или последствий этого инфекционного заболевания.

Настоящая Программа включает следующие виды медицинской помощи:

– Амбулаторная помощь (гарантированное оказание медицинской и медикаментозной помощи в пункте серопрфилактики и в медицинскую организацию - консультации, лабораторные исследования, медицинские и профилактические процедуры, инъекции по медицинским показаниям).

– Стационарное лечение в случае заболевания:

- a) срочная госпитализация в специализированное отделение по направлению врача консультанта;
- b) оказание медицинской помощи при госпитализации в стационаре с обеспечением необходимыми для лечения лекарственными препаратами;
- c) проведение лабораторных диагностических тестов;
- d) при необходимости дополнительная консультативная помощь ведущих специалистов.

Медицинская помощь оказывается в условиях амбулаторно-поликлинических медицинских организаций, в пункте серопрфилактики и, по показаниям, в профильных отделениях стационара.

Застрахованное лицо, при возникновении у него признаков инфекционного заболевания (его последствий), указанного в Договоре страхования (страховом полисе), вправе обратиться за медицинской помощью в любую медицинскую организацию, имеющую лицензию на оказание медицинской помощи инфекционным больным. Застрахованное лицо обязано до начала обращения сообщить Страховщику название медицинской организации и получить согласование выбора ЛПУ у Страховщика. Страховщик, при предъявлении ему документов, подтверждающих установление Застрахованному лицу диагноза инфекционного заболевания (его последствий) с перечнем полученных Застрахованным лицом медицинских услуг и документов возмещает медицинские расходы, входящие в настоящую Программу.

Страховщику предоставляются следующие документы:

- Заявление в установленной Страховщиком форме, содержащее в том числе идентифицирующие признаки заявителя - фамилия, имя, отчество, дата и место рождения, гражданство, место регистрации.
- Договор страхования.
- Документ, удостоверяющий личность.
- Выписка из амбулаторной карты и истории болезни.
- Счет, счет-фактура и акт выполненных работ ЛПУ или кассовые чеки с Договором на оказание медицинских услуг и рецепты за подписью лечащего врача в случае необходимости.

При необходимости Страховщик вправе запрашивать сведения, связанные со страховым случаем, у организаций (медицинских организаций, экспертных медицинских комиссий и т.д.), располагающих информацией о страховом случае, а также самостоятельно выяснять причины и обстоятельства страхового случая.

По всем вопросам, не предусмотренным данной Программой, действуют Правила добровольного медицинского страхования.

ПРОГРАММА СТРАХОВАНИЯ № 9
ПО ДОБРОВОЛЬНОМУ МЕДИЦИНСКОМУ СТРАХОВАНИЮ
«Профилактика и/или лечение заболеваний»

Страховым случаем является обращение Застрахованного лица в медицинскую организацию, согласованную со Страховщиком, для получения медицинских услуг по поводу профилактики и/или лечения заболеваний и/или их осложнений.

Настоящая Программа включает в себя оказание медицинских услуг, в том числе фармацевтическое, лекарственное, медикаментозное обеспечение Застрахованному лицу в следующих лечебно-профилактических учреждениях: поликлиники, амбулатории, фельдшерско-акушерские пункты, травматологические пункты, пункты серопрфилактики, приемные и инфекционные отделения лечебно-профилактических учреждений, специализированные инфекционные медицинские организации и другие медицинские организации, имеющие лицензию на оказание медицинских услуг и Договор со страховой компанией ООО Страховая Компания «Гелиос».

Виды помощи:

- Амбулаторно-поликлиническая помощь:
 - a) Первичный осмотр врача, составление плана обследования и/или лечения.
 - b) Повторные осмотры врача, лечение пациента.
 - c) Консультации узких специалистов.
 - d) Оказание медицинских процедур и услуг, включая лечебные и/или профилактические инъекции сывороток, вакцин и прочих лекарственных препаратов.
 - e) Исследования по медицинским показаниям: лабораторные, инструментальные и другие (по согласованию со Страховщиком).
 - f) Выдача листка нетрудоспособности, справок, выписка рецептов (кроме льготных).
- Стационарная помощь:
 - a) Экстренная госпитализация по медицинским показаниям.
 - b) Медикаментозное лечение, манипуляции и другие медицинские вмешательства.
 - c) Проведение лабораторных и инструментальных исследований по заболеванию, послужившему причиной госпитализации.
 - d) Консультации узких специалистов по данному заболеванию по назначению лечащего врача или заведующего отделением.
- Лекарственное обеспечение:
 - a) Обеспечение медицинскими препаратами, включая сыворотки, вакцины и прочие расходные медицинские материалы, на основании назначения врача при наличии рецепта от лечебно-профилактического учреждения и/или согласования со Страховщиком.

ПРОГРАММА СТРАХОВАНИЯ № 10
ПО ДОБРОВОЛЬНОМУ МЕДИЦИНСКОМУ СТРАХОВАНИЮ
«Репатриация»

1. Страховщик гарантирует Застрахованному лицу при наступлении страхового случая организацию и оплату репатриации в объеме, предусмотренном Программой добровольного медицинского страхования, прилагаемой к Договору страхования, в которую могут быть включены медицинские и иные услуги из числа предусмотренных п. 2. настоящей Программы, при соблюдении всех положений, определений, исключений и ограничений, предусмотренных Правилами страхования и Договором страхования.

2. Объем услуг, предоставляемый в рамках Программы:

2.1. Репатриация тела Застрахованного лица в случае его смерти.

Под репатриацией тела понимается перевозка останков Застрахованного лица до ближайшего к его месту жительства международного аэропорта страны постоянного проживания, если Застрахованное лицо не является гражданином той страны, в которой произошла смерть, либо до ближайшего административного центра постоянного места жительства, если смерть Застрахованного лица произошла в стране, гражданином которой он является.

Данная услуга включает в себя организацию репатриации тела, подготовку тела, покупку необходимого для перевозки гроба, перевозку останков.

Репатриация тела осуществляется в соответствии с международными стандартами. Услуги по организации похорон и погребению не входят в настоящую Программу.

**ПРОГРАММА СТРАХОВАНИЯ № 11
ПО ДОБРОВОЛЬНОМУ МЕДИЦИНСКОМУ СТРАХОВАНИЮ
«Реабилитационно-восстановительное лечение»**

Программа «Реабилитационно-восстановительное лечение» оказывается Застрахованным лицам по медицинским показаниям в связи с возникшим в период действия Договора страхования острым или обострившимся хроническим заболеванием, в стационарном, амбулаторном или рекреационном учреждении, имеющем лицензию на медицинскую деятельность.

Объем услуг, предоставляемый в рамках Программы:

Оказание реабилитационно-восстановительного лечения в условиях санатория, загородного стационара и лечебно-профилактических учреждений санаторно-курортного типа, включающее:

- приемы и консультации специалистов;
- диагностические и лечебные манипуляции и процедуры;
- лабораторные и инструментальные исследования;
- медикаментозную терапию;
- бальнеотерапию;
- водолечение;
- грязелечение;
- климатотерапию;
- озонотерапию;
- гирудотерапию;
- физиотерапию;
- лечебную физкультуру и двигательные режимы;
- иные методы реабилитационно-восстановительного лечения.

Услуги по Программе оказываются в связи с направлением Застрахованного лица врачом на санаторно-курортное и реабилитационно-восстановительное лечение по медицинским показаниям.

**ПРОГРАММА СТРАХОВАНИЯ № 12
ПО ДОБРОВОЛЬНОМУ МЕДИЦИНСКОМУ СТРАХОВАНИЮ
«Первичная медико-санитарная и специализированная медицинская помощь
в неотложной форме»**

Страховым случаем является обращение Застрахованного лица в течение срока действия Договора страхования в медицинскую организацию (фармацевтическую организацию, ассистанскую компанию), указанную в Договоре страхования, либо по направлению Страховщика, в связи с возникновением острого заболевания и/или обострением хронического заболевания, травмой, отравлением и другими состояниями за получением предусмотренной Договором страхования первичной медико-санитарной и специализированной медицинской помощи в неотложной форме (в том числе диагностической, консультативной, лечебной, фармакологической, профилактической, иммунопрофилактической и др.) и иной (в том числе транспортной, сервисной и др.) помощи, в соответствии с условиями Договора страхования и Программы страхования, повлекшее обязанность Страховщика оплатить оказание указанной медицинской помощи.

Страховщик определяет медицинскую организацию, для оказания медицинской помощи по каждому конкретному страховому случаю, руководствуясь характером клинической проблемы и возможностями конкретной медицинской организации. Госпитализация осуществляется по скорой и неотложной медицинской помощи или по направлению врача, в котором должны быть предоставлены необходимые результаты обследования и обоснование необходимости экстренной госпитализации.

Перечень медицинских услуг, обеспечивающих получение Застрахованным лицом первичной медико-санитарной помощи и специализированной медицинской помощи в неотложной форме:

1. Амбулаторно-поликлиническая помощь:

- Консультации, назначение обследования и лечения врачей-специалистов в поликлинике: терапевт, хирург, невролог, кардиолог, пульмонолог, ревматолог, уролог, маммолог, геронтолог, гинеколог (только в отношении заболеваний, не связанных с беременностью и её осложнениями),

гастроэнтеролог, отоларинголог, офтальмолог, психиатр, инфекционист, врач мануальной терапии, травматолог-ортопед, дерматовенеролог, врач ЛФК и спортивной медицины, физиотерапевт, онколог, трансфузиолог, колопроктолог, эндокринолог, флеболог, врач функциональной диагностики, врач УЗИ – диагностики, стоматолог-хирург, стоматолог-терапевт, рефлексотерапевт, иммунолог-аллерголог, онколог (до постановки диагноза) и др. специалистов.

– Хирургические и инвазивные процедуры, выполняемые в амбулаторных условиях (по медицинским показаниям), в том числе ПХО ран, удаление вросшего ногтя, удаление кожных образований, вскрытие и дренирование абсцессов, внутрисуставные инъекции, биопсия под УЗИ контролем.

– Общие манипуляции и процедуры.

– Эндоскопические исследования.

– Общие клинические лабораторные исследования.

– Биохимические лабораторные исследования.

– Микробиологические (бактериологические) лабораторные исследования.

– Иммунологические лабораторные исследования, в том числе АТ к ТГ и ТПО.

– Гистологические исследования.

– Цитологические исследования.

– Гормональные исследования.

– Вирусологические исследования.

– Рентгенологические исследования.

– Ультразвуковые диагностические исследования.

– УЗИ и дуплексное сканирование сосудов головы и шеи.

– Электронейромиография.

– Функциональная диагностика (функция внешнего дыхания, ЭКГ, Эхо-КГ, Холтеровское мониторирование ЭКГ, суточное мониторирование артериального давления, электроэнцефалография и др.).

– Компьютерная томография и магнитно-резонансная томография (включая МР-ангиографию).

– Восстановительное лечение и реабилитация в условиях поликлиники по медицинским показаниям.

– Физиотерапия, в том числе с применением медицинского лазера.

– ЛФК, массаж.

– Классическая рефлексотерапия.

– Мануальная терапия.

– Вызов врача - терапевта на дом из поликлиники, в которой Застрахованное лицо получает медицинское обслуживание по программе «Амбулаторно – поликлиническая помощь» в случае, если Застрахованное лицо по состоянию здоровья не может лично обратиться в поликлинику.

– Предоставление консультаций врачом по телефону.

– Организацию и контроль медицинской помощи, предоставляемой в медицинском учреждении.

– Предгоспитализационное обследование.

– Консультации и/или лечение в период развития острых и обострения хронических заболеваний на дому, на работе, или в медицинскому учреждении.

– Ведение медицинской документации, выдачу листков нетрудоспособности и медицинских справок, а также выписывание рецептов на приобретение лекарственных препаратов, за исключением льготных.

2. Стоматологическая помощь при острой зубной боли. Под острой зубной болью понимается краткая по времени проявления боль с легко идентифицируемой причиной появления:

– Приемы, консультации стоматолога-терапевта, стоматолога-хирурга, пародонтолога.

– Местная анестезия (инфильтрационная, аппликационная, проводниковая).

– Радиовизиография, дентальные рентгеновские снимки.

– Лечение кариеса с наложением изолирующей прокладки и пломбы из композитов светового отверждения.

– Лечение пульпита с наложением девитализирующих паст, механической, медикаментозной обработкой и пломбированием каналов.

– Лечение периодонтита с распломбировкой, механической и медикаментозной обработкой каналов, пломбировкой с применением антисептиков и остеотропных препаратов.

- Лечение некариозных поражений твердых тканей зуба (клиновидные дефекты, флюороз, гипоплазия эмали) с пломбированием композитами светового отверждения.
 - Восстановление коронковой части зуба, при разрушении ее менее ½ с использованием анкерных штифтов и гуттаперчевых штифтов.
 - Экстракция зубов, включая сложные удаления.
 - Терапевтические методы лечения тканей пародонта I-II ст.
 - Вскрытие поднадкостничных абсцессов.
 - Лечение воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области.
 - Лечение доброкачественных новообразований челюстно-лицевой области, включая резекцию верхушки, цистэктомию с гистологическим исследованием и ретроградной пломбировкой.
 - Физиотерапия.
3. Скорая помощь:
- выезд бригады СМП; проведение диагностических и лечебных мероприятий, транспортировка в стационар по жизненным показаниям.
4. Стационарная помощь:
- пребывание в многоместной палате в стационаре; лечение и наблюдение лечащим врачом в отделении; консультации специалистов; лабораторная диагностика; инструментальная диагностика по медицинским показаниям; анестезиологические пособия; оперативные вмешательства; палата интенсивной терапии;
 - лекарственные препараты, включенные в утверждаемый Правительством Российской Федерации перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов для медицинского применения и медицинских изделий;
 - медицинские изделия, включенные в утверждаемый Правительством Российской Федерации перечень медицинских изделий, имплантируемых в организм человека (лечебное питание в стационаре, донорская кровь и ее компоненты).