

УТВЕРЖДЕНО  
Приказом Генерального директора  
ООО «Группа Ренессанс Страхование»  
от 26 января 2015 г. №003-1  
(Приложение №1 к Приказу)

# Правила добровольного медицинского страхования

## ОГЛАВЛЕНИЕ

1. Общие положения
  2. Субъекты страхования
  3. Объект страхования
  4. Страховой риск, страховой случай и объем ответственности Страховщика
  5. Порядок определения страховой суммы, страховой премии и страхового тарифа
  6. Срок действия договора страхования. Порядок заключения договора страхования. Прекращения действия договора страхования.
  7. Права и обязанности сторон.
  8. Страховая выплата. Порядок организации медицинской помощи и иных услуг.
  9. Порядок разрешения споров
- Приложение № 1 Программа добровольного медицинского страхования

## 1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

1.1. Настоящие Правила добровольного медицинского страхования (далее – «Правила») разработаны в соответствии с законодательством Российской Федерации и содержат в себе стандартные условия, на которых ООО «Группа Ренессанс Страхование» заключает договоры добровольного медицинского страхования.

1.2. При заключении договора страхования на условиях, содержащихся в настоящих Правилах и не включенных в текст договора страхования, эти условия становятся обязательными для Страхователя, Застрахованного лица, Выгодоприобретателя, если в договоре страхования прямо указывается на применение настоящих Правил, и настоящие Правила изложены в одном документе с договором страхования или на его оборотной стороне, либо приложены к нему. В последнем случае вручение Страхователю при заключении договора страхования настоящих Правил должно быть удостоверено записью в договоре страхования.

1.3. При заключении договора страхования Страхователь и Страховщик могут договориться об изменении или исключении любых отдельных положений настоящих Правил и о дополнении настоящих Правил.

1.4. В тексте настоящих Правил используются следующие термины:

1.4.1. Период страхования — период времени, в течение которого на Застрахованное лицо распространяется действие страхования, обусловленного договором добровольного медицинского страхования (страховой защиты). Страхование распространяется только на страховые случаи, произошедшие с Застрахованным лицом в течение периода страхования. Если иное не предусмотрено договором добровольного медицинского страхования, период страхования исчисляется со дня вступления договора добровольного медицинского страхования в силу и заканчивается датой окончания (прекращения/расторжения) договора добровольного медицинского страхования.

1.4.2. Ответственность Страховщика — обязательства Страховщика за обусловленную договором страхования страховую премию, уплачиваемую Страхователем, осуществить страховую выплату при наступлении указанного в договоре добровольного медицинского страхования страхового случая.

1.4.3. Лимит ответственности Страховщика — предельная величина страховой выплаты (ответственности Страховщика), устанавливаемая в размере определенной договором добровольного медицинского страхования денежной суммы.

1.4.4. Медицинские организации — юридические лица любых организационно-правовых форм и форм собственности (медицинские организации, оказывающие медицинскую помощь в амбулаторных и стационарных условиях, научно-исследовательские и медицинские институты, реабилитационно-восстановительные и санаторно-курортные организации, организации лечебно-восстановительной терапии и прочие) и физические лица, осуществляющие медицинскую деятельность (оказывающие медицинские услуги), имеющие лицензию (иное разрешение) на право осуществления вышеназванной деятельности.

1.4.5. Сервисные компании — организации, имеющие договоры со Страховщиком по организации медицинских и иных, связанных с медицинскими, услуг (в том числе медико-социальных), а также экспертных, медико-транспортных услуг и услуг по репатриации.

1.4.6. Медико-транспортные услуги — услуги, связанные с транспортировкой Застрахованного по медицинским показаниям:

- машиной скорой помощи или иным видом транспорта с места возникновения события, имеющего признаки страхового, до ближайшей медицинской организации на территории РФ;
- адекватным состоянию здоровья Застрахованного транспортным средством (при необходимости, в сопровождении медицинского персонала) из одной медицинской организации в другую медицинскую организацию на территории РФ по медицинским показаниям (по предписанию врача);
- адекватным состоянию здоровья Застрахованного транспортным средством (при необходимости, в сопровождении медицинского персонала) из медицинской

организации на территории РФ, в которой Застрахованному оказывались услуги согласно договору страхования, до ближайшего к месту постоянного жительства Застрахованного аэропорта или вокзала или порта (далее – транспортного узла) в стране постоянного проживания Застрахованного.

1.4.7. Услуги по репатриации — услуги, связанные с транспортировкой тела (останков) Застрахованного лица, смерть которого наступила в течение срока страхования на территории Российской Федерации до ближайшего к месту постоянного жительства Застрахованного, аэропорта или вокзала или порта в стране постоянного проживания Застрахованного, указанной в договоре страхования. Данные расходы включают в себя оплату организации репатриации тела, необходимую подготовку тела для репатриации, покупку необходимого для перевозки гроба, перевозку останков. Репатриация тела осуществляется в соответствии с международными стандартами. Страховщик вправе по согласованию с родственниками умершего Застрахованного лица заменить репатриацию тела на его кремацию на территории Российской Федерации и транспортировку урны с прахом до ближайшего к месту постоянного жительства Застрахованного лица транспортного узла в стране постоянного проживания. Расходы по организации похорон и погребению Страховщиком не возмещаются.

1.4.8. Форс–мажор (обстоятельства непреодолимой силы) — военные действия и их последствия, террористические акты, гражданские волнения, забастовки, мятежи, конфискации, реквизиции, арест, уничтожение или повреждение имущества по распоряжению гражданских или военных властей, введение чрезвычайного или особого положения, бунты, путчи, государственные перевороты, заговоры, восстания, революции, воздействия ядерной энергии, химическое или биологическое воздействие, либо заражение, а также иные обстоятельства, которые Страховщик и Страхователь (Застрахованное лицо) не могут предвидеть и/или предотвратить своими силами.

1.5. На условиях настоящих Правил заключаются договоры добровольного медицинского страхования (далее также — «договоры страхования») в отношении Застрахованных лиц в возрасте от 18 до 54 лет, если иное не установлено в договоре страхования.

1.6. Страховщик заключает договоры страхования в соответствии с одной или несколькими программами добровольного медицинского страхования, содержащихся в Приложении № 1 к настоящим Правилам (далее — «программа страхования»), согласно которой (которым), если иное не предусмотрено договором страхования, гарантирует организацию и финансирование медицинских и иных услуг, связанных с оказанием последних, которые предусмотрены договором страхования (далее — «медицинская помощь» или «медицинские и иные услуги») определенного вида и качества, предусмотренных договором страхования с учетом положений настоящих Правил.

1.7. Страхователь, заключая договор страхования, а так же Застрахованное лицо, в пользу которого заключен Договор, на основании настоящих Правил, в соответствии с Федеральным законом №152-ФЗ от 27 июля 2006 г. РФ «О персональных данных» выражает Страховщику согласие на обработку своих персональных данных, содержащихся в документах, передаваемых Страховщику в целях обеспечения исполнения заключенного договора страхования.

Под обработкой персональных данных в настоящих Правилах понимается любое действие (операция) или совокупность действий (операций), совершаемых с использованием средств автоматизации или без использования таких средств, с персональными данными, включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (распространение, предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение, трансграничную передачу, а также осуществление любых иных действий с персональными данными в соответствии с действующим законодательством.

Указанное согласие действительно в течение срока действия договора страхования и в течение 10 лет после окончания срока действия договора страхования, или же в течение 5 лет с момента вынесения судебного решения, имевшего место в результате возможного спора сторон относительно возмещения убытков, возникших в период действия договора страхования, или до момента его отзыва, осуществляемого путем подачи Страхователем/Застрахованным

соответствующего письменного заявления Страховщику по его адресу, не менее чем за 30 календарных дней до даты отзыва согласия.

Страхователь (Застрахованный), заключая договор страхования на основании настоящих Правил, подтверждает, что он проинформирован о праве в любой момент отозвать данное согласие, о праве на получение сведений об операторах персональных данных, праве на ознакомление с персональными данными, праве требовать уточнения персональных данных, блокирования или уничтожения персональных данных в случае, если они являются неполными, устаревшими, недостоверными, незаконно полученными. Также Страхователь (Застрахованный) подтверждает, что Страховщик предоставил ему информацию о своем наименовании и адресе, о целях обработки персональных данных, их правовых основаниях, о предполагаемых пользователях персональных данных и установленных Федеральным законом от 27.07.2006 г. №152-ФЗ «О персональных данных» правах субъекта персональных данных.

1.8. Страхователь (Застрахованное лицо), заключая договор страхования на основании настоящих Правил, предоставляет Страховщику право на ознакомление со своей медицинской документацией для решения вопросов, связанных с реализацией договора страхования, оплатой медицинских и иных услуг и защитой прав Застрахованных лиц, а также предоставляет право медицинским организациям, где Страхователь (Застрахованное лицо) получали/получают/будут получать медицинские и иные услуги, передавать Страховщику сведения, составляющие врачебную тайну (далее — врачебная тайна). Сведения, составляющие врачебную тайну, включают в себя в том числе: информацию о факте обращения Застрахованного лица за медицинской помощью, состоянии его здоровья, диагнозе его заболеваний и иные сведения, полученные при его обследовании и лечении.

1.9. Страховщик не вправе разглашать полученные им в результате своей профессиональной деятельности сведения о Страхователе, Застрахованном лице, состоянии их здоровья, имущественном положении. Страховщик гарантирует соблюдение врачебной тайны и тайны страхования в соответствии с действующим законодательством.

## 2. СУБЪЕКТЫ СТРАХОВАНИЯ

2.1. Страховщик — ООО «Группа Ренессанс Страхование», созданное и действующее на основании Устава в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации и осуществляющее страховую деятельность в соответствии с лицензией, выданной в установленном законом порядке.

2.2. Страхователи — юридические лица любых организационно-правовых форм, дееспособные физические лица и индивидуальные предприниматели, заключившие со Страховщиком договор добровольного медицинского страхования.

Договор добровольного медицинского страхования, заключенный на условиях настоящих Правил, может быть заключен Страхователем — юридическим лицом, а также индивидуальным предпринимателем, в пользу названного в договоре добровольного медицинского страхования физического лица (далее — Застрахованный или Застрахованное лицо), а Страхователем — физическим лицом как в пользу названного в договоре добровольного медицинского страхования физического лица, так и в свою пользу.

2.3. Застрахованное лицо — физическое лицо, названное в договоре добровольного медицинского страхования и в пользу которого заключен договор страхования.

Застрахованными лицами могут быть граждане Российской Федерации, иностранные граждане или лица без гражданства, постоянно или временно проживающие на территории Российской Федерации, или временные прибывающие в Российской Федерации на основании визы или в порядке, не требующем получения визы и получившие миграционную карту, а также беженцы и вынужденные переселенцы.

## 3. ОБЪЕКТ СТРАХОВАНИЯ.

3.1. Объектом страхования в зависимости от страховых рисков могут быть не противоречащие законодательству РФ имущественные интересы Застрахованного лица, связанные:

3.1.1. с оплатой организации и оказания медицинской помощи (медицинских услуг) и иных услуг вследствие расстройства здоровья физического лица или состояния физического лица, требующих организации и оказания таких услуг, а также проведения профилактических мероприятий, снижающих степень опасных для жизни или здоровья физического лица угроз и (или) устраняющих их (медицинское страхование).

3.1.2. с непредвиденными расходами по посмертной репатриации тела (останков) Застрахованного лица.

#### 4. СТРАХОВОЙ РИСК, СТРАХОВОЙ СЛУЧАЙ И ОБЪЕМ ОТВЕТСТВЕННОСТИ СТРАХОВЩИКА

4.1. Страховым риском является предполагаемое событие, на случай наступления которого проводится страхование. Событие, рассматриваемое в качестве страхового риска, должно обладать признаками вероятности и случайности его наступления.

4.2. Страховым случаем является совершившееся событие, предусмотренное договором страхования, произошедшее в период страхования, с наступлением которого возникает обязанность Страховщика произвести страховую выплату.

4.3. По договорам страхования, заключенным в соответствии с настоящими Правилами, страховыми случаями могут являться следующие события (одно или оба из перечисленных, в зависимости от условий договора страхования и (или) программы страхования):

4.3.1. обращение Застрахованного лица в течение периода страхования в согласованную со Страховщиком (медицинским пультом Страховщика) медицинскую организацию из числа предусмотренных договором страхования при таком состоянии здоровья, которое требует получения медицинских и (или) иных услуг, предусмотренных договором страхования и программой страхования.

4.3.2. смерть Застрахованного лица в течение периода страхования на территории Российской Федерации, повлекшая необходимость репатриации останков Застрахованного до ближайшего к месту постоянного жительства Застрахованного, аэропорта или вокзала или порта в стране постоянного проживания Застрахованного, указанной в договоре страхования.

4.4. Договором страхования может быть предусмотрено, что при наступлении страхового случая Страховщик осуществляет организацию, оказание и оплату следующих видов, медицинских, медико-транспортных и иных услуг:

4.4.1. гарантированного предоставления и оплаты медицинских и иных услуг, предусмотренных договором страхования и программой страхования, в медицинских организациях, оказывающих экстренную первичную (доврачебную), консультативную, диагностическую и лечебно-профилактическую помощь в соответствии с установленными государственными органами требованиями в рамках утвержденных стандартов оказания медицинской помощи (далее – «экстренная амбулаторная помощь»). Медицинская помощь может оказываться в амбулаторных условиях в медицинской организации, на дому и по месту работы Застрахованных лиц.

4.4.2. гарантированного предоставления и оплаты медицинских и иных услуг, предусмотренных программой страхования, в медицинских организациях, оказывающих экстренную медицинскую помощь в стационарных условиях: в терапевтическом, хирургическом и других специализированных отделениях медицинской организации с возможностью оказания Застрахованному лицу консультативно-диагностической, лечебной, и иной медицинской помощи, предусмотренной договором страхования, проведения медицинской экспертизы в связи с болезнью, травмами, отравлениями и другими состояниями (далее - «экстренная стационарная помощь»).

4.4.3. гарантированного предоставления и оплаты медицинских и иных услуг, предусмотренных программой страхования, в медицинских

организациях, оказывающих экстренную хирургическую и экстренную терапевтическую стоматологическую помощь в амбулаторных условиях (далее – «экстренная стоматологическая помощь»).

4.4.4. гарантированного предоставления и оплаты медицинских и иных услуг, предусмотренных программой страхования, в медицинских организациях, оказывающих скорую и неотложную медицинскую помощь (далее – «скорая и неотложная медицинская помощь»);

4.4.5. гарантированного предоставления и оплаты медицинских и иных услуг, связанных с медицинской транспортировкой Застрахованного по медицинским показаниям и/или репатриацией тела (останков) Застрахованного (далее – «медико-транспортные услуги и услуги по репатриации»).

4.5. Страховщик гарантирует оплату медицинских и иных услуг, предусмотренных настоящими Правилами и договором страхования в объеме, установленном программой страхования, являющейся неотъемлемой частью настоящих Правил и договора страхования.

4.6. Если иное не предусмотрено договором страхования медицинские и иные услуги, предусмотренные настоящими Правилами страхования, договором страхования и программой страхования, оказываются Застрахованным лицам в медицинских организациях, согласованных Страховщиком (медицинским пультом Страховщика) и (или) предусмотренных договором страхования.

4.7. Страховщик и/или медицинская организация, с которой Страховщик заключил соответствующий договор на оказание Застрахованным лицам медицинских и иных услуг, в случае отсутствия у медицинской организации по преискуранту и (или) роду деятельности (специализации) соответствующих услуг либо в случае отсутствия мест в медицинской организации, может организовать оказание таких медицинских и иных услуг в других медицинских организациях. При этом письменное согласие Страховщика на этот счет является обязательным, если иное не предусмотрено договором между Страховщиком и медицинской организацией.

4.8. По соглашению между Страхователем и Страховщиком перечень медицинских и иных услуг, перечисленных в п. 4.4 настоящих Правил, может быть указан в любой комбинации и в любом объеме в пределах программы страхования.

В зависимости от объема и комбинации медицинских и иных услуг, а также перечня медицинских организаций, предусмотренных договором страхования, Страховщик может присваивать медицинским и иным услугам в договорах страхования нумерацию/аббревиатуру/кодировку/категорию/серию исключительно для их внутреннего использования и учета Страховщиком.

Страховщик вправе присваивать маркетинговые названия отдельным группам единообразных договоров страхования (страховых полисов), заключаемым на основе настоящих Правил, в той мере, в какой это не противоречит действующему законодательству Российской Федерации.

4.9. Если иное прямо не предусмотрено договором страхования, не является страховым случаем и Страховщиком не возмещается стоимость следующих медицинских и иных услуг, оказанных Застрахованному лицу:

4.9.1. не предусмотренных договором страхования или программой страхования, в том числе указанных в программе страхования в качестве исключения из страхового покрытия;

4.9.2. в медицинских организациях, не предусмотренных договором страхования; и (или) не согласованных со Страховщиком (медицинским пультом Страховщика);

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

4.9.4. по поводу травм, ожогов, отморожений, острых отравлений ядовитыми растениями, химическими веществами,

недоброкачественными продуктами, лекарствами, повреждений внутренних органов и любых иных расстройств здоровья, полученных Застрахованным лицом в состоянии алкогольного (если иное не предусмотрено договором страхования), наркотического или токсического опьянения или психического заболевания.

- 4.9.5. в связи с умышленным причинением себе телесных повреждений, в том числе с покушением на самоубийство;
- 4.9.6. не назначенных врачом или выполняемых по желанию Застрахованного лица;
- 4.9.7. по поводу алкоголизма, токсикомании или наркомании;
- 4.9.8. по поводу венерических заболеваний и заболевания любой формой СПИДа в любой его стадии;
- 4.9.9. по поводу особо опасных инфекций: натуральной оспы, чумы, холеры, сибирской язвы, сыпного тифа;
- 4.9.10. по поводу психических болезней независимо от сроков выявления;
- 4.9.11. по поводу вреда, причиненного жизни и здоровью Застрахованного (включая травмы и их последствия) при его нахождении в состоянии алкогольного, наркотического и/или токсического опьянения/отравления и (или) по поводу заболеваний, вызванных алкогольным, токсическим/наркотическим опьянением/отравлением;
- 4.9.12. по поводу повторного выполнения исследований для организации плановой медицинской помощи в стационарных условиях, не состоявшейся по инициативе Застрахованного;
- 4.9.13. по окончании срока действия Договора страхования

4.10. Не является страховым случаем обращение Застрахованного лица за получением медицинских и иных услуг, вызванное:

- а) воздействием ядерного взрыва, радиации или радиоактивного заражения;
- б) военными действиями, а также маневрами или иными военными мероприятиями;
- в) гражданской войной или забастовками;
- г) стихийными бедствиями (если иное не предусмотрено договором страхования);
- д) террористическими актами (если иное не предусмотрено договором страхования).

## 5. ПОРЯДОК ОПРЕДЕЛЕНИЯ СТРАХОВОЙ СУММЫ, СТРАХОВОЙ ПРЕМИИ И СТРАХОВОГО ТАРИФА

5.1. Под страховой суммой понимается денежная сумма, которая определена договором страхования и, исходя из которой, устанавливается размер страховой премии (страхового взноса) и максимальный размер страховой выплаты при наступлении страхового случая в период страхования. Страховая сумма на всех и/или на каждое Застрахованное лицо по договору страхования определяется Страховщиком и Страхователем по соглашению сторон.

5.2. В договоре добровольного медицинского страхования могут быть установлены лимиты ответственности Страховщика – по видам медицинских и иных услуг, группам Застрахованных, медицинским организациям, сервисным компаниям.

5.3. Договором страхования может быть предусмотрена франшиза - часть убытков, которая определена договором страхования и не подлежит возмещению Страховщиком. Франшиза может устанавливаться в процентах от страховой суммы, лимита ответственности Страховщика, либо от суммы выплаты или в твердой сумме

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). Договор страхования может также устанавливать временную франшизу, то есть период времени, в течение которого оплата полученных медицинских и иных услуг осуществляется за счет Страхователя (Застрахованного лица).

5.4. Под страховой премией понимается плата за страхование, которую Страхователь обязан уплатить Страховщику в порядке и в сроки, установленные договором страхования.

5.5. 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.

5.6. Для определения размера страховой премии, подлежащей уплате по договору страхования, Страховщик применяет разработанные им страховые тарифы (базовые тарифные ставки и поправочные повышающие и понижающие коэффициенты к ним). При определении страхового тарифа, согласно Расчету и экономическому обоснованию тарифной ставки по добровольному медицинскому страхованию учитываются следующие факторы и обстоятельства:

- результаты проведенного медицинского анкетирования;
- половозрастной состав застрахованных (коллектива);
- численность коллектива (застрахованных);
- состояние здоровья застрахованных (наличие у них хронических заболеваний, инвалидности);
- тарифы медицинских организаций и сервисных компаний, включенных в программу страхования;
- регионы пребывания застрахованных;
- зоны страхового покрытия;
- характер производственной деятельности;
- срок страхования;
- удаленность от медицинских организаций;
- наличие у Страховщика информации о медицинских затратах Застрахованных лиц;
- условия программы страхования.

Страховые тарифы могут быть индивидуальными по каждому Застрахованному лицу или может быть применен единый страховой тариф для всех Застрахованных лиц, рассчитанный с учетом единых признаков, характеризующих степень риска наступления страховых случаев с определенным контингентом Застрахованных лиц.

5.7. Страховая премия может быть уплачена наличными денежными средствами или путем перечисления на расчетный счет Страховщика путем безналичных расчетов.

Форма проведения расчетов определяется договором страхования с учетом действующих ограничений, предусмотренных законодательством Российской Федерации.

Если иное не предусмотрено договором страхования датой оплаты Страхователем страховой премии (страхового взноса) по договору страхования признается:

- дата получения денежных средств уполномоченным представителем Страховщика или уплаты денежных средств в кассу Страховщика – при уплате в наличной форме;
- дата поступления денежных средств на расчетный счет Страховщика/уполномоченного представителя Страховщика – при безналичных расчетах.

5.8. Если иное не предусмотрено договором страхования, уплата страховой премии производится одновременно за весь период страхования.

5.9. Оплата страховой премии осуществляется Страхователем в сроки, предусмотренные договором страхования.

5.10. Если иное не предусмотрено договором страхования, в случае неуплаты Страхователем страховой премии (первого страхового взноса при уплате премии в рассрочку) в размере и сроки, установленные договором страхования, договор страхования считается не вступившим в силу, стороны не несут по нему обязательств, а действие срока страхования не начинается.

5.11. Если иное не предусмотрено договором, в случае неуплаты очередного страхового взноса (при уплате премии в рассрочку) в размере и сроки, установленные договором страхования, Страховщик имеет право досрочно расторгнуть договор страхования с предварительным письменным уведомлением Страхователя средствами почтовой, электронной (с применением электронной подписи), факсимильной связи и потребовать возмещения причиненных убытков.

5.12. Страховая сумма и страховая премия устанавливаются в российских рублях. По соглашению сторон в договоре страхования страховая сумма и страховая премия могут быть указаны в иностранной валюте, эквивалентом которой является соответствующая сумма в рублях. При этом денежное обязательство подлежит оплате в рублях в сумме, эквивалентной определенной сумме в иностранной валюте по курсу Центрального Банка России, установленному на дату осуществления платежа, если иное не предусмотрено договором страхования (в дальнейшем – «страхование с валютным эквивалентом»). В случаях, когда законодательством Российской Федерации разрешены расчеты по договору страхования в иностранной валюте, денежное обязательство может быть оплачено в иностранной валюте. При этом с целью осуществления контроля над валютным риском (финансовым риском в размере разницы курса валют) Страховщик вправе применять ограничения на величину изменения курса валют, принимаемого Страховщиком в качестве допустимого для применения страхования с валютным эквивалентом. Применение таких ограничений возможно при его надлежащем закреплении в договоре страхования.

## 6. СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ. ПОРЯДОК ЗАКЛЮЧЕНИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ. ПРЕКРАЩЕНИЕ ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ.

6.1. Договор страхования заключается сроком на один год, если иное не предусмотрено Договором страхования.

6.2. Договор страхования вступает в силу не ранее уплаты Страхователем страховой премии (первого страхового взноса при оплате страховой премии в рассрочку), если иное не предусмотрено договором страхования.

6.3. Договор страхования должен быть заключен в письменной форме. Несоблюдение письменной формы влечет недействительность договора страхования.

6.4. Договор страхования может быть заключен путем составления одного документа, подписанного сторонами либо вручения Страховщиком Страхователю на основании его письменного или устного заявления страхового полиса.

6.5. При заключении договора страхования Страховщик вправе провести медицинское анкетирование и/или назначить предварительный медицинский осмотр страхуемого лица (страхуемых лиц) для оценки фактического состояния его (их) здоровья.

Медицинское анкетирование и предварительный медицинский осмотр производится за счет средств Страхователя.

В зависимости от результатов медицинского анкетирования и/или предварительного медицинского осмотра (при его назначении Страховщиком) или по медицинским данным, полученным Страховщиком о Застрахованном лице, Страховщик вправе использовать повышающие коэффициенты и/или понижающие коэффициенты в соответствии с действующими страховыми тарифами.

6.6. Заключение договора страхования с юридическими лицами:

6.6.1. При заключении договоров страхования на страхование принимается любое количество Застрахованных лиц.

6.6.2. Основанием для заключения договора страхования является письменное или устное заявление Страхователя, содержащее следующую информацию:

- полное наименование юридического лица (Страхователя), в том числе его организационно-правовую форму, банковские реквизиты;
- адрес местонахождения (юридический адрес) и адрес фактического местонахождения Страхователя;
- основной государственный регистрационный номер Страхователя;
- ИНН и КПП или код иностранной организации Страхователя;
- место государственной регистрации Страхователя;
- список принимаемых на страхование лиц с указанием их имени, отчества (при наличии), фамилии, даты рождения, адреса постоянной регистрации и фактического адреса проживания, номера телефона, паспортные данные граждан РФ (серия, номер, дата выдачи паспорта, а также наименование органа, выдавшего паспорт), данные

документа, подтверждающего право иностранного гражданина или лица без гражданства на пребывание (проживание) в Российской Федерации:

- программу страхования;
- период страхования/срок действия договора страхования.

Договор страхования заключается в соответствии с утвержденными Страховщиком формами. Если Договор страхования заключается путем составления отдельного документа, подписанного сторонами, то Застрахованным по Договору страхования могут выдаваться страховые медицинские полисы (далее – «страховые полисы») в течение 10 (десяти) рабочих дней после заключения договора страхования, если иное не предусмотрено договором страхования.

В договоре страхования (страховом полисе) указывается в том числе:

- номер договора страхования (страхового полиса);
  - фамилия, имя, отчество Застрахованного лица;
  - дата рождения Застрахованного лица;
  - адрес Застрахованного лица;
  - паспортные данные Застрахованного лица (Гражданина Российской Федерации)
- данные документа, подтверждающего право иностранного гражданина или лица без гражданства на пребывание (проживание) в Российской Федерации:
- для временно пребывающих – виза и/или миграционная карта,
  - для временно проживающих – разрешение на временное проживание,
  - для постоянно проживающих – вид на жительство,
  - для беженцев – удостоверение беженца,
  - для вынужденных переселенцев – удостоверение вынужденного переселенца
- гражданство (если Застрахованное лицо не является гражданином РФ);
- виды медицинских и иных услуг (программа страхования), гарантированные Застрахованному лицу по данному страховому полису;
- срок действия договора страхования/период страхования.

6.6.3. Для заключения договора страхования Страховщик вправе потребовать предоставить следующие документы:

- письменное заявление Страхователя на страхование;
- список Застрахованных лиц, принимаемых на страхование, с указанием их имени, отчества (при наличии), фамилии, даты рождения, адреса постоянной регистрации и/или фактического адреса проживания номера телефона паспортные данные (серия, номер, дата выдачи паспорта, а так же наименование органа выдавшего паспорт);
- копию паспорта Застрахованного/Застрахованных лиц;
- копию документа, подтверждающего право иностранного гражданина или лица без гражданства на пребывание (проживание) в России:
  - для временно пребывающих – виза и/или миграционная карта,
  - для временно проживающих – разрешение на временное проживание,
  - для постоянно проживающих – вид на жительство,
  - для беженцев – удостоверение беженца,
  - для вынужденных переселенцев – удостоверение вынужденного переселенца
- выписку из медицинской организации Застрахованного, в которой он проходил лечение до принятия на страхование Страховщиком;
- копию трудового договора между Застрахованным и Страхователем (работодателем), надлежащим образом заверенную работодателем;
- доверенность (если лицо, подписывающее документы, необходимые для заключения договора страхования, и договор страхования, не обладает полномочиями на подписание документов и договора страхования на основании Устава);
- копии учредительных документов Страхователя, заверенные надлежащим образом;
- выписку из единого государственного реестра юридических лиц, выданную не ранее чем за 30 дней до дня предоставления ее Страховщику.

6.6.4. Заключение договора страхования с индивидуальными предпринимателями: При заключении договоров страхования на страхование принимается любое количество Застрахованных лиц.

Основанием для заключения договора страхования является письменное заявление или устное заявление Страхователя, содержащее следующую информацию:

- имя, фамилию и отчество индивидуального предпринимателя, его банковские реквизиты;
- адрес места жительства индивидуального предпринимателя согласно Единому государственному реестру индивидуальных предпринимателей и адрес фактического проживания;
- основной государственный регистрационный номер Страхователя;
- ИНН Страхователя;
- место государственной регистрации Страхователя;
- список принимаемых на страхование лиц с указанием их имени, отчества (при наличии), фамилии, даты рождения, адреса постоянной регистрации и фактического адреса проживания. номера телефона, паспортные данные (серия, номер, дата выдачи паспорта, а также наименование органа, выдавшего паспорт); граждан РФ (серия, номер, дата выдачи паспорта, а также наименование органа, выдавшего паспорт), данные документа, подтверждающего право иностранного гражданина или лица без гражданства на пребывание (проживание) в Российской Федерации;
- программу страхования;
- период страхования/срок действия договора страхования.

6.6.5. Договор страхования заключается в соответствии с утвержденными Страховщиком формами. Если Договор страхования заключается путем составления отдельного документа, подписанного сторонами, то Застрахованным по Договору страхования могут выдаваться страховые медицинские полисы (далее – «страховые полисы») в течение 10 (десяти) рабочих дней после заключения договора страхования, если иное не предусмотрено договором страхования.

В договоре страхования (страховом полисе) указывается в том числе:

- номер договора страхования (страхового полиса);
- фамилия, имя, отчество Застрахованного лица;
- дата рождения Застрахованного лица;
- адрес Застрахованного лица;
- паспортные данные Застрахованного лица (Гражданина Российской Федерации)
- данные документа, подтверждающего право иностранного гражданина или лица без гражданства на пребывание (проживание) в Российской Федерации:
  - для временно пребывающих – виза и/или миграционная карта,
  - для временно проживающих – разрешение на временное проживание,
  - для постоянно проживающих – вид на жительство,
  - для беженцев – удостоверение беженца,
  - для вынужденных переселенцев – удостоверение вынужденного переселенца
- гражданство (если Застрахованное лицо не является гражданином РФ);
- виды медицинских и иных услуг (программа страхования), гарантированные Застрахованному лицу по данному страховому полису;
- срок действия договора страхования/период страхования.

6.6.6. При заключении договора страхования, Страховщик вправе потребовать предоставить следующие документы:

- письменное заявление на страхование;
- список Застрахованных лиц;
- копию паспорта Застрахованного/Застрахованных лиц;
- копию документа, подтверждающего право иностранного гражданина или лица без гражданства на пребывание (проживание) в России:
  - для временно пребывающих – виза и/или миграционная карта,

- для временно проживающих – разрешение на временное проживание,
  - для постоянно проживающих – вид на жительство,
  - для беженцев – удостоверение беженца,
  - для вынужденных переселенцев – удостоверение вынужденного переселенца
- выписку из медицинской организации Застрахованного, в которой он проходил лечение до принятия на страхование Страховщиком;
- копию трудового договора между Застрахованным и Страхователем (работодателем), надлежащим образом заверенную работодателем;
  - доверенность (если лицо, подписывающее документы, необходимые для заключения договора страхования, и договор страхования, является представителем Страхователя;
  - выписку из единого государственного реестра индивидуальных предпринимателей, выданную не ранее чем за 30 дней до дня предоставления ее Страховщику.

6.6.7. Заключение договора страхования с физическими лицами. Основанием для заключения договора страхования с физическими лицами в их пользу или пользу третьих лиц является письменное или устное заявление Страхователя, содержащее следующую информацию:

- фамилию, имя и отчество (при наличии) Страхователя, дату его рождения, адрес постоянной регистрации и адрес фактического проживания, телефон;
  - фамилию, имя и отчество (при наличии) Застрахованного лица, дату его рождения, адрес постоянной регистрации и адрес фактического проживания, телефон;
  - программу страхования;
  - срок действия договора страхования \ периода страхования;
  - место рождения Страхователя и Застрахованного лица;
  - идентификационный номер налогоплательщика Страхователя и Застрахованного лица (при наличии);
  - гражданство Страхователя и Застрахованного лица;
  - сведения о документе, удостоверяющем личность Страхователя и Застрахованного лица (вид, серия и номер документа, дата выдачи и орган, его выдавший);
  - данные документа, подтверждающего право иностранного гражданина или лица без гражданства на пребывание (проживание) в России:
    - для временно пребывающих – виза и/или миграционная карта,
    - для временно проживающих – разрешение на временное проживание,
    - для постоянно проживающих – вид на жительство,
    - для беженцев – удостоверение беженца,
    - для вынужденных переселенцев – удостоверение вынужденного переселенца
- Страховщик принимает решение о возможности заключения Договора страхования в течение пяти дней со дня получения устного или письменного заявления от Страхователя.

6.6.8. Договор страхования заключается в соответствии с утвержденными Страховщиком формами.

В договоре страхования (страховом полисе) указывается в том числе:

- номер договора страхования (страхового полиса);
- фамилия, имя, отчество Застрахованного лица;
- дата рождения Застрахованного лица;
- адрес Застрахованного лица;
- виды медицинских и иных услуг (программа страхования), гарантированные Застрахованному лицу по данному страховому полису;
- срок действия договора страхования/период страхования.

6.6.9. При заключении договора страхования, Страховщик вправе потребовать предоставить следующие документы:

- Заявление на страхование;
- копию паспорта Страхователя/Застрахованного лица;
- выписку из медицинской организации Страхователя/Застрахованного, в которой он проходил лечение до принятия на страхование Страховщиком;

- доверенность (если лицо, подписывающее документы, необходимые для заключения договора страхования, и договор страхования, является представителем Страхователя);
- документ, подтверждающий право иностранного гражданина или лица без гражданства на пребывание (проживание) в России:
  - для временно пребывающих – визу и/или миграционную карту,
  - для временно проживающих – разрешение на временное проживание на территории РФ,
  - для постоянно проживающих – вид на жительство,
  - для беженцев – удостоверение беженца,
  - для вынужденных переселенцев – удостоверение вынужденного переселенца.

6.7. Документами, наличие которых является необходимым для получения медицинских и иных услуг, предусмотренных договором страхования, являются договор страхования или страховой полис.

6.8. При заключении договора страхования Страхователь обязан сообщить Страховщику все известные Страхователю обстоятельства, имеющие существенное значение для определения вероятности наступления страхового случая и размера возможных убытков от его наступления (страхового риска). При этом существенными могут быть признаны обстоятельства, определенно оговоренные Страховщиком в договоре страхования, в заявлении на страхование или в письменном запросе Страховщика.

6.9. Если после заключения договора страхования будет установлено, что Страхователь сообщил заведомо ложные сведения об обстоятельствах, имеющих существенное значение для определения вероятности наступления страхового случая и размера возможных убытков от его наступления, Страховщик вправе потребовать признания договора страхования недействительным и потребовать возмещения причиненных убытков, включая размер осуществленных страховых выплат по договору страхования и расходы на ведение дела.

6.10. При утрате Застрахованным страхового полиса он должен незамедлительно известить об этом Страховщика. Утраченный документ признается недействительным и не может являться основанием для получения медицинских и иных услуг в соответствии с договором страхования. Страховщик выдает Застрахованному дубликат страхового полиса.

При каждой повторной утрате страхового полиса в течение срока действия договора страхования дубликат выдается при условии возмещения Страхователем расходов Страховщика в размере стоимости изготовления полиса.

6.11. Договор страхования прекращается в случае:

- 6.11.1. истечения срока его действия;
- 6.11.2. досрочного исполнения Страховщиком обязательств перед Страхователем (Застрахованным) по договору страхования в полном объеме (в размерер полной страховой суммы);
- 6.11.3. ликвидации Страхователя, являющегося юридическим лицом, или смерти Страхователя, являющегося физическим лицом, кроме случаев, предусмотренных действующим законодательством;
- 6.11.4. в случае смерти Застрахованного лица – в части страхования этого лица;
- 6.11.5. в других случаях, предусмотренных законодательством Российской Федерации, настоящими Правилами и договором страхования.

6.12. Договор страхования может быть прекращен досрочно по требованию Страхователя с письменным уведомлением Страховщика средствами почтовой, электронной, факсимильной связи. При этом договор страхования считается прекращенным (расторгнутым) с даты, указанной в уведомлении как дата прекращения (расторжения) договора страхования. Договор страхования может быть прекращен в целом или в отношении отдельных лиц, исключенных из списка Застрахованных лиц.

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

6.14. В случае если договором страхования предусмотрен возврат части неиспользованной страховой премии при досрочном расторжении договора страхования, Страховщик осуществляет возврат части оплаченной Страхователем страховой премии за неистекший оплаченный период страхования за вычетом расходов Страховщика в размере 20 (Пятидесяти) процентов от суммы страховой премии, если иное не предусмотрено договором страхования.

6.15. Договор страхования может быть прекращен досрочно по требованию Страховщика в случае неуплаты страховой премии (очередного страхового взноса) в оговоренные договором страхования сроки в порядке, предусмотренном п. 5.11 настоящих Правил;

6.16. Договор страхования прекращается до наступления срока, на который он был заключен, если после его вступления в силу возможность наступления страхового случая отпала, и существование страхового риска прекратилось по обстоятельствам, иным, чем страховой случай. В этом случае, Страховщик имеет право на часть страховой премии пропорционально времени, в течение которого действовало страхование

6.17. Во всех случаях прекращения договора страхования, Застрахованные лица обязаны вернуть Страховщику страховые полисы, действие которых прекращается с момента прекращения договора страхования (если иное не предусмотрено договором страхования).

6.18. В случае увеличения количества Застрахованных лиц в течение срока действия договора страхования Страхователь представляет Страховщику сведения, предусмотренные п.п. 6.6 настоящих Правил (в зависимости от статуса Страхователя), о дополнительно страхуемых лицах и уплачивает за них страховую премию за период: с момента включения их в список Застрахованных лиц (заключения в отношении этих лиц договора страхования) до окончания периода страхования, если иное не предусмотрено договором страхования. Договор страхования считается заключенным в отношении принимаемых на страхование лиц с даты подписания Страхователем и Страховщиком соответствующего дополнительного соглашения закрепляющего их состав в списке Застрахованных лиц, и оплаты дополнительной страховой премии, если иное не предусмотрено договором страхования или вышеназванным дополнительным соглашением.

6.19. В случае исключения Застрахованных лиц из списка Застрахованных (расторжения в отношении этих лиц договора страхования), Страхователь предоставляет Страховщику сведения о лицах, исключаемых из списка Застрахованных. Договор страхования считается расторгнутым в отношении определенных Застрахованных лиц с даты указанной в дополнительном соглашении, закрепляющем исключение их из списка Застрахованных, если иное не предусмотрено договором страхования.

6.20. Застрахованное лицо, названное в договоре страхования, может быть заменено страхователем другим лицом лишь с согласия самого застрахованного лица и страховщика.

## 7. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

7.1. Застрахованное лицо имеет право:

7.1.1. на получение медицинских и иных услуг в медицинских организациях, в соответствии с условиями, указанными в договоре страхования и программе страхования;

7.1.2. требовать от Страховщика в законном порядке соблюдения условий договора страхования;

7.1.3. на получение дубликата страхового полиса, в случае утраты.

7.2. Застрахованное лицо обязано:

7.2.1. соблюдать предписания лечащего врача и правила внутреннего распорядка медицинской организации;

7.2.2. не передавать страховой полис другим лицам с целью получения ими медицинских и иных услуг;

7.2.3. при получении страховой документации ознакомиться и удостоверить личной подписью факт ознакомления с Правилами страхования, программой страхования и порядком организации медицинской помощи;

7.2.4. 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 медицинских и иных услуг, защитой прав Застрахованных;

7.2.5. компенсировать расходы Страховщика, возникшие в связи с неявкой Застрахованного на заранее согласованные с медицинскими организациями процедуры, приемы и исследования, а также в связи с необоснованным и ложным вызовом скорой медицинской помощи, нарушением лечебного режима;

7.2.6. исполнять иные обязательства, предусмотренные действующим законодательством и условиями договора страхования.

### 7.3. Страхователь обязан:

7.3.1. предоставить Страховщику полную и достоверную информацию, необходимую для заключения договора страхования;

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

7.3.3. передать Застрахованному лицу его экземпляр страхового медицинского полиса, в течение 10 (Десяти) рабочих дней с момента вступления договора страхования в силу, а также вернуть экземпляр Страховщика последнему в течение 10 (Десяти) рабочих дней с момента подписания его Застрахованным лицом и Страхователем;

7.3.4. брать у каждого Застрахованного по договору страхования лица согласие на обработку его персональных данных и получение сведений, составляющих врачебную тайну, по форме, установленной Страховщиком, и передавать его Страховщику;

7.3.5. исполнять иные обязательства, предусмотренные действующим законодательством и условиями договора страхования.

### 7.4. Страхователь имеет право: требовать от Страховщика в законном порядке соблюдения условий договора страхования;

7.4.1. по соглашению со Страховщиком расширить перечень медицинских и иных услуг, а также перечень медицинских, заключив дополнительное соглашение и уплатив дополнительную страховую премию;

7.4.2. досрочно расторгнуть договор страхования, в том числе в отношении части Застрахованных лиц (конкретного Застрахованного лица).

### 7.5. Страховщик обязан: обеспечить своевременное вручение страховых полисов, Страхователю (Застрахованным лицам);

7.5.1. обеспечить предоставление Застрахованному лицу медицинских и иных услуг, гарантированных условиями договора страхования программой страхования;

7.5.2. обеспечить контроль качества медицинского обслуживания Застрахованных лиц;

7.5.3. исполнять иные обязательства, предусмотренные действующим законодательством и условиями договора страхования.

### 7.6. Страховщик имеет право:

7.6.1. требовать от Страхователя предоставления достоверной информации, необходимой для заключения договора страхования;

7.6.2. досрочно расторгнуть договор страхования в случае неуплаты страховой премии (очередного страхового взноса) в оговоренные договором страхования сроки в порядке, предусмотренном п. 5.11 настоящих Правил, и потребовать возмещения причиненных убытков, в том числе в отношении части Застрахованных лиц;

7.6.3. проверять сообщенную Страхователем информацию;

7.6.4. На ознакомление с медицинской документацией Застрахованного, отражающей его историю заболевания, физическое и психическое состояние, диагноз, ход и прогноз результатов лечения, а также имеет право использовать данную информацию для решения вопросов, связанных с реализацией договора страхования, оплатой оказанных Застрахованному медицинских и иных услуг, защитой прав Застрахованных;



7.6.5. не признавать обращение Застрахованного лица в медицинскую организацию страховым случаем и не производить выплату страхового возмещения до момента получения Страховщиком согласия, указанного в п. 7.3.4. настоящих Правил.

## 8. СТРАХОВАЯ ВЫПЛАТА. ПОРЯДОК ОРГАНИЗАЦИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ И ИНЫХ УСЛУГ

8.1 Страховая выплата производится путем оплаты Страховщиком стоимости медицинской помощи, медико-транспортных услуг, расходов на репатриацию и иных услуг, предусмотренных договором добровольного медицинского страхования и/или программой страхования непосредственно на счет медицинской организации, сервисной компании или иному лицу, организовавшему по согласованию со Страховщиком оказание медицинской и иной помощи Застрахованному лицу.

8.2. Размер страховой выплаты определится в размере стоимости оказанной Застрахованному лицу медицинской и иной помощи в объеме, предусмотренном договором и программой страхования.

8.3. Предоставление медицинских и иных услуг, обусловленных договором страхования и/или программой страхования, осуществляется путем обращения Застрахованного лица в медицинские организации, сервисные компании, предусмотренные договором страхования и/или на медицинский пульт Страховщика по круглосуточному телефону Страховщика, указанному в договоре страхования (страховом полисе).

При обращении Застрахованного лица в медицинскую организацию, сервисную компанию, предъявляется договор страхования (страховой полис), выданный Страховщиком, паспорт либо другой документ, удостоверяющий личность Застрахованного лица.

8.4. Страховщик вправе организовать оказание медицинских услуг Застрахованному в медицинских организациях, не предусмотренных договором страхования и программой страхования. При этом выбор медицинской организации производится Страховщиком. 8.5. Предоставление медицинских и иных услуг, обусловленных договором страхования, осуществляется в пределах страховой суммы на основании и в соответствии с договорами об оказании медицинских услуг заключенными Страховщиком с медицинскими организациями, в соответствии с лицензированными видами медицинской помощи и по ценам, согласованным Страховщиком.

При этом Страховщик предоставляет медицинской организации сведения о программе страхования, объеме услуг и сроке страхования в отношении каждого Застрахованного.

При рассмотрении обстоятельств страхового события Страховщик оценивает качество, сроки и объем оказанных услуг.

8.6. Медицинская помощь оказывается Застрахованному в соответствии с режимом работы медицинской организации.

8.7. Если это специально предусмотрено в договоре страхования, Страховщик вправе произвести возмещение расходов Застрахованного лица, произведенных им при оплате медицинских и иных услуг, оказанных ему по согласованию со Страховщиком.

8.7.1. Для принятия решения о выплате страхового возмещения за оплаченные Застрахованным медицинские и иные услуги и для оценки размера убытка Застрахованный обязан предоставить Страховщику следующие обязательные документы:

- оригинал заявления от имени Застрахованного лица по форме Страховщика; копию паспорта /Застрахованного лица;
- документ, подтверждающий право иностранного гражданина или лица без гражданства на пребывание (проживание) в России:
  - для временно пребывающих – визу и/или миграционную карту,
  - для временно проживающих – разрешение на временное проживание на территории РФ,
  - для постоянно проживающих – вид на жительство,
  - для беженцев – удостоверение беженца,
  - для вынужденных переселенцев – удостоверение вынужденного переселенца.

- платежно-расчетные документы, подтверждающие факт оплаты оказанных медицинских и иных услуг, в том числе оригиналы кассового чека с копией приходного кассового ордера или квитанции, пронумерованной типографским способом, утвержденной Министретсвом Финансов РФ как бланк строгой отчетности для расчетов с населением за медицинские и иные услуги без применения кассовых аппаратов;
- оригинал товарного чека (за медицинскую помощь в амбулаторных и/или стационарных условиях из медицинской организации);
- счет из медицинской организации с указанием наименований, стоимости, дат оказания медицинских услуг, номера договора с медицинской организацией;
- оригиналы платежно-расчетных документов, подтверждающих факт оплаты услуг, связанных с медико-транспортными услугами и услугами по репатриации, если эти услуги были включены в программу страхования;
- копию направления на оказание медицинской помощи в амбулаторных и/или стационарных условиях из медицинской организации, предусмотренной программой страхования, заверенная надлежащим образом;
- оригинал выписки из медицинской карты больного (эпикриз) с указанием даты, полного диагноза, периода лечения. При травме в выписке должны быть указаны обстоятельства травмы, описание рентген-снимка или рентген-снимки;
- оригинал или копию страхового полиса, квитанция об оплате страховой премии (страхового взноса);
- документ, подтверждающий статус законного представителя Застрахованного лица;
- копию паспорта законного представителя Застрахованного лица;
- доверенность представителя Застрахованного лица, если интересы Застрахованного представляет уполномоченное лицо;
- копию свидетельства о рождении (для несовершеннолетних Застрахованных лиц);
- копию лицензии (с приложением) медицинской организации, в которой Застрахованный проходил лечение, или разрешения на оказание платных медицинских услуг населению (для медицинских организаций, не имеющих со Страховщиком договора на оказание медицинских услуг);
- документ, содержащий полные банковские реквизиты Застрахованного, для перечисления страхового возмещения. Ответственность за полноту и достоверность предоставленных банковских реквизитов несет Застрахованный;
- копию паспорта Застрахованного лица (все заполненные страницы, в том числе страницы с ФИО и местом постоянной регистрации).

8.7.2. Страховщик вправе сократить перечень обязательных для предоставления документов, если обстоятельства страхового случая или размер причиненного ущерба Страховщику известны и не вызывают у него сомнений.

8.7.3. Застрахованный (законный представитель Застрахованного) обязан сообщить о наступлении события, имеющего признаки страхового случая, не позднее 30 календарных дней с даты наступления этого события.

8.7.4. При возмещении расходов непосредственно Застрахованному лицу Страховщик принимает решение об осуществлении страховой выплаты либо об отказе в страховой выплате в течение 30 (тридцати) рабочих дней после получения последнего из документов, указанных в п.8.6.1 настоящих Правил.

8.7.5. Страховщик производит выплату страхового возмещения либо направляет отказ в страховой выплате в течение 3 (Трех) рабочих дней с момента принятия соответствующего решения об осуществлении страховой выплаты либо отказе в страховой выплате.

## 9. ПОРЯДОК РАЗРЕШЕНИЯ СПОРОВ

9.1. Споры, вытекающие из договоров страхования, заключенных на основе настоящих Правил, рассматриваются в порядке, предусмотренном законодательством Российской Федерации.

Программа добровольного медицинского страхования  
(далее – «Программа страхования»/«Программа»).

Программа добровольного медицинского страхования регламентирует оказание различных видов медицинской помощи (медицинских и иных услуг) застрахованным лицам (далее – «Застрахованные») в течение срока действия договора добровольного медицинского страхования (далее – «Договор») в медицинских организациях предусмотренных Договором страхования по утвержденным методикам и технологиям.

Программа включает перечень оплачиваемых видов медицинских и иных услуг, предоставление которых Страховщик организует Застрахованным в медицинских организациях; перечень медицинских услуг, не оплачиваемых Страховщиком (исключения из страхового покрытия).

#### Экстренная амбулаторная помощь

Осуществляется по жизненным показаниям при состоянии здоровья, требующем срочного оказания медицинской помощи в амбулаторных условиях

Перечень видов медицинской помощи и услуг, оказываемых и оплачиваемых по медицинским показаниям:

Экстренная первичная (доврачебная) медицинская помощь;

Лечебно-диагностические приемы врачей, в том числе диспансерное наблюдение (контрольные приёмы и лечение пациентов имеющих хронические заболевания): терапевта, педиатра, хирурга, гинеколога, уролога, отоларинголога, эндокринолога, инфекциониста, дерматолога, офтальмолога, гастроэнтеролога, кардиолога, физиотерапевта, мануального терапевта, врача ЛФК, мамолога, ревматолога, проктолога, невролога, сосудистого хирурга, онколога, психиатра, психотерапевта, аллерголога-иммунолога, пульмонолога, нефролога, гематолога, нейрохирурга, фтизиатра, нарколога и других специалистов;

Выдача листков нетрудоспособности, рецептов, медицинских справок.

Диагностические лабораторные и инструментальные исследования лечебные манипуляции и процедуры;

лабораторная диагностика: (общеклинические, биохимические в том числе гормональные, бактериологические, гистологические, цитологические, иммунологические и радиоиммунологические, исследование онкомаркеров, серологические исследования, аллергологические исследование, исследование методом ПЦР, типирование вирусов);

инструментальная диагностика: в том числе, но, не ограничиваясь: лучевая диагностика (включая все виды рентгенографии, компьютерная томография, ядерно-магнитная резонансная томография, позитронно-эмиссионная томография, денситометрия, радиоизотопные исследования); ангиография; функциональная диагностика, в том числе ЭКГ, РВГ, РЭГ, ЭЭГ, исследование функции внешнего дыхания, холтеровское мониторирование ЭКГ и суточное мониторирование АД; аудиометрия; ультразвуковая диагностика; эндоскопическая диагностика; патологоанатомическая диагностика, другие виды диагностики в соответствии с лицензией медицинской организации;

лечебные манипуляции и процедуры: в том числе, но, не ограничиваясь: перевязки; инъекции, в том числе внутримышечные, подкожные, внутривенные;

методы традиционной медицины: медицинский массаж, рефлексотерапия, мануальная терапия, ЛФК и двигательные режимы, физиотерапия, в том числе лазеро -, электро -, свето- и

теплотерапия, магнитотерапия, ингаляции; радиохирургические методы лечения; и др. в соответствии с лицензией медицинской организации;

иммунопрофилактика, в том числе вакцинация;

Помощь на дому (вызов врача на дом)

оказывается Застрахованным, которые по состоянию здоровья не могут самостоятельно обратиться в медицинскую организацию, оказывается: первичный, повторный осмотр врача-терапевта и др., если в Договоре страхования не указано иное; купирование неотложных состояний; снятие ЭКГ.

Оперативное и анестезиологическое пособие

Медикаментозное обеспечение. Предоставление и оплата лекарственных препаратов для медицинского применения, изделий медицинского применения по назначению лечащего врача медицинской организации предусмотренного Договором медицинского страхования, при организации лечебного процесса Застрахованному, если иное не предусмотрено Договором медицинского страхования.

Медицинская помощь оказывается Застрахованному в соответствии с режимом работы медицинской организации.

Исключения из страхового покрытия

Программа не предусматривает предоставление и оплату медицинской помощи при лечении заболеваний, а так же связанных с ними осложнений: злокачественных онкологических заболеваний, психических, венерических заболеваниях, ВИЧ-инфекции, СПИДа, подтвержденных иммунодефицитных состояний, особо опасных инфекций, всех формах туберкулеза, саркоидоза, врожденных и наследственных заболеваниях, врожденных аномалий развития органов, острых и хронических гепатитов, циррозов печени, сахарного диабета, эпилепсии и других судорожных синдромов, лучевой болезни и её осложнений, профессиональных заболеваний, системных заболеваний, коллагенозов; заболеваний сопровождающихся хронической почечной и печеночной недостаточностью требующих экстракорпоральных методов лечения, заболеваний с наличием гнойно-септических очагов инфекции и т.п., пороков сердца с нарушением кровообращения, а так же возникновения состояний, требующих оказания скорой и неотложной помощи и (или) медицинской помощи в стационарных условиях, если договором страхования не предусмотрено иное.

Во всех случаях выявления перечисленных заболеваний Застрахованный направляется в специализированные медицинские организации, где проходит лечение на общих основаниях.

В программу страхования не входит оказание следующих медицинских услуг:

консультации, диагностики и пр. услуг, связанных с осложнениями беременности – дородовое наблюдение; родовспоможение; прерывание беременности; послеродовые заболевания и осложнения;

услуги по планированию семьи, диагностика и лечения бесплодия, импотенции, генетического исследования;

экстракорпоральных методов лечения, включая над- и внутривенное лазерное и ультрафиолетовое облучение крови, озонотерапия, плазмаферез, гемосорбцию, все виды гипо-, нормо- и гипербарической оксигенотерапии;

диагностика и лечение с использованием авторских методов в медицинских организациях, не предусмотренных Договором страхования, инъекционной флэбосклерооблитерации, коррекция веса, тест «Гемокод», диагностика и лечение ронхопатии и апноэ во сне. Гидроколонотерапию, водолечение и грязелечение за исключением случаев реабилитационно-восстановительного (санаторно-курортного) лечения;

контактной и лазерной коррекции зрения, профилактики и лечения косоглазия, астигматизма и близорукости, манипуляций с использованием аппаратно-программных комплексов в офтальмологии;

методы народной медицины, используемые с целью диагностики (акупунктурная, термопунктурная, аурикуло-, пульсовая, мануальная энергоинформатика и пр.), лечения (гирудотерапия, фитотерапия, гомеопатия и пр.) и оздоровления (цигун-терапия и пр.);

услуги психолога, диетолога, генетика, фонопеда, фониатра, липидолога, палолога. Услуги, оказываемые в оздоровительных, профилактических и косметических целях;

процедур и операций, проводимых с эстетической или косметической целью (в том числе удаления и лечения мозолей, папиллом, бородавок, невусов, контагиозных моллюсков, кондилом и пр.);

оформление справок для занятий спортом, посещения бассейна; для пансионатов, домов отдыха и детских оздоровительных лагерей; для получения водительского удостоверения, на ношение оружия и пр., если иное не предусмотрено Договором страхования. Оформление санаторно-курортных карт за исключение реабилитационно-восстановительного (санаторно-курортного) лечения.

Страховщик не несет ответственности, если Застрахованное лицо обратилось в медицинскую организацию:

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

по поводу травм, ожогов, отморожений, острых отравлений ядовитыми растениями, химическими веществами, недоброкачественными продуктами, лекарствами, повреждений внутренних органов, полученных Застрахованным в состоянии алкогольного, наркотического или токсического опьянения, а также психического заболевания;

в связи с умышленным причинением себе телесных повреждений, в том числе с покушением на самоубийство;

в случае применения косметической или пластической хирургии, кроме необходимости её использования после несчастного случая или других случаях, когда ее применение обусловлено прямыми медицинскими показаниями;

по поводу хирургической коррекции зрения, кроме факторов нарушения зрения в результате несчастного случая или других случаях, определенных прямыми медицинскими показаниями;

по поводу алкоголизма, токсикомании или наркомании.

Страховщик не оплачивает медицинскую помощь, стоимость медикаментов и медицинских услуг, полученных по инициативе Застрахованного в медицинских организациях, не определенных договором страхования и (или) не согласованные со Страховщиком.

Оказание определенных настоящим разделом Программы страхования медицинских услуг и лечение заболеваний может быть исключено на условиях, согласованных Страхователем со Страховщиком и указанных в договоре добровольного медицинского страхования.

**Экстренная медицинская помощь в стационарных условиях**

Осуществляется по жизненным показаниям при состоянии здоровья, требующем срочного оказания медицинской помощи в стационарных условиях; производится страховой компанией в медицинские организации, оказывающие медицинскую помощь в стационарных условиях и предусмотренные программой Застрахованного, или в другие медицинские организации, имеющие договорные отношения со страховой компанией, с учетом наличия свободных мест.

В исключительных случаях экстренная госпитализация может быть осуществлена в ближайшую к месту нахождения Застрахованного лица медицинскую организацию, способное оказать соответствующую помощь, в том числе с использованием услуг муниципальных скорой медицинской помощи «03». В дальнейшем застрахованный, с учетом его согласия и состояния здоровья, может быть переведен Страховщиком в медицинскую организацию из числа предусмотренных в программе.

Если при поступлении, в связи с отсутствием мест в палате, предусмотренной Договором, пациента разместили в многоместной палате, то Страховщик принимает все меры для перевода Застрахованного в палату с количеством мест, оговоренных в Договоре медицинского страхования.

Перечень видов медицинских и иных услуг, оказываемых и оплачиваемых по медицинским показаниям:

Первичная (доврачебная) медицинская помощь;

Лечебно-диагностические приемы врачей, в том числе диспансерное наблюдение (контрольные приёмы и лечение пациентов имеющих хронические заболевания): терапевта, педиатра, хирурга, реаниматолога, гинеколога, уролога, отоларинголога, эндокринолога, инфекциониста, дерматолога, офтальмолога, гастроэнтеролога, кардиолога, физиотерапевта, врача ЛФК, ревматолога, проктолога, невролога, сосудистого хирурга, онколога, аллерголога-иммунолога, пульмонолога, нефролога, гематолога, нейрохирурга и других специалистов;

Выдача листков нетрудоспособности, рецептов, медицинских справок.

Диагностические лабораторные и инструментальные исследования лечебные манипуляции и процедуры, в том числе диспансерное наблюдение (в период ремиссии хронического заболевания):

лабораторная диагностика: (общеклинические, биохимические, бактериологические, гистологические, цитологические исследования, исследование онкомаркеров, исследование гормонов, иммунологические и серологические исследования, расширенные иммунологические исследования, аллергологические исследования, исследование методом ПЦР, типирование вирусов) и др.;

инструментальная диагностика: в том числе, но не ограничиваясь: лучевая диагностика (включая все виды рентгенографии, компьютерная томография, ядерно-магнитная резонансная томография, позитронно - эмиссионная томография, денситометрия, радиоизотопные исследования); ангиография, вентрикулография; функциональная диагностика; аудиометрия; ультразвуковая диагностика; эндоскопическая диагностика; патологоанатомическая диагностика, другие виды диагностики в соответствии с лицензией медицинской организации;

лечебные манипуляции и процедуры: перевязки; инъекции, в том числе внутримышечные, подкожные, внутривенные;

методы традиционной медицины: в том числе, но не ограничиваясь: ЛФК и двигательные режимы, электро-, магнито-, звуко-, свето-, лазеро-, теплолечение, ингаляции; все виды массажа, все виды рефлексотерапии, мануальная терапия и т.д. в соответствии с лицензией медицинской организации;

инвазивные и др. методы, проводимые по поводу заболевания, послужившего основанием для госпитализации в отделения следующего профиля: терапия (общая), кардиология, ревматология, гастроэнтерология, пульмонология, эндокринология, нефрология, неврология, дерматология, инфекционное, травматология, урология, хирургия общая, хирургия гнойная, микрохирургия, сосудистая хирургия, проктология, гинекология, отоларингология, офтальмология, нейрохирургия, гематология, стоматология, педиатрия, травматология, ортопедия, челюстно-лицевая хирургия и др. в соответствии с лицензией медицинской организацией;

Консервативное, оперативное лечение, анестезиологическое пособие, включая стационар одного дня, дневной стационар (к оперативным вмешательствам, проводимых в условиях стационара одного дня или дневного стационара, относятся оперативные вмешательства, требующие специальной подготовки больного и/или его краткосрочного медицинского наблюдения) в необходимом объеме, в соответствии с лицензией медицинской организации;

Медикаментозное обеспечение. Предоставление и оплата лекарственных препаратов для медицинского применения, изделий медицинского применения по назначению лечащего врача медицинской организации, предусмотренной Договором медицинского страхования, при организации лечебного процесса Застрахованному, если иное не предусмотрено Договором медицинского страхования.

Застрахованному при получении экстренной медицинской помощи в стационарных условиях гарантируется оплата пребывания, предоставление и оплата медицинских услуг (диагностических, лечебных, в том числе реабилитационно - восстановительного лечения); в палатах повышенной комфортности, 1-2-3-х местных и палатах повышенной комфортности «Люкс», а также при необходимости: лечебное питание; уход медицинского персонала, обеспечение индивидуального поста для тяжелых больных; медицинская реабилитация, транспортировка в санитарном автомобиле, проведение медицинской экспертизы; расходов по пользованию операционных, перевязочных, кабинетом по наложению гипса;

оказание медицинской помощи на дому (стационар на дому); и др. в соответствии с лицензией медицинской организации;

Медицинская помощь оказывается Застрахованному в соответствии с режимом работы медицинской организации.

Исключения из страхового покрытия

Программа не предусматривает предоставление и оплату медицинской помощи при лечении заболеваний, а также связанных с ними осложнений: злокачественных онкологических заболеваний, психических, венерических заболеваниях, ВИЧ-инфекции, СПИДа, подтвержденных иммунодефицитных состояний, особо опасных инфекций, всех формах туберкулеза, саркоидоза, врожденных и наследственных заболеваний, врожденных аномалий развития органов, острых (за исключением А и Е) и хронических гепатитов, циррозов печени, сахарного диабета, эпилепсии и др. судорожных синдромов, лучевой болезни, профессиональных заболеваний, системных заболеваний, коллагенозов; заболеваний сопровождающихся хронической почечной и печеночной недостаточностью требующих экстракорпоральных методов лечения, если иное не предусмотрено Договором страхования.

В случаях выявления перечисленных заболеваний Застрахованный направляется в специализированные медицинские организации, где проходит лечение на общих основаниях.

В программу страхования не входит оказание следующих медицинских услуг:

консультации, диагностики и пр. услуг, связанных с беременностью и её осложнениями – родовое наблюдение; родовспоможение; прерывание беременности; послеродовые заболевания и осложнения;

услуги по планированию семьи, диагностика и лечения бесплодия, импотенции, генетического исследования;

экстракорпоральных методов лечения, включая над- и внутривенное лазерное и ультрафиолетовое облучение крови, озонотерапия, плазмаферез, гемосорбцию, все виды гипо-, нормо- и гипербарической оксигенотерапии;

диагностика и лечение с использованием авторских методов в медицинских организациях, не предусмотренных Договором страхования, инъекционной флебосклерооблитерации, коррекция веса, тест «Гемокод», диагностика и лечение ронхопатии и апноэ во сне. Гидроколонтерапию, водолечение и грязелечение за исключением случаев реабилитационно-восстановительного (санаторно-курортного) лечения;



контактной и лазерной коррекции зрения, профилактики и лечения косоглазия, астигматизма и близорукости, манипуляций с использованием аппаратно-программных комплексов в офтальмологии;

методы народной медицины, используемые с целью диагностики (акупунктурная, термопунктурная, аурикуло-, пульсовая, мануальная энергоинформатика и пр.), лечения (гирудотерапия, фитотерапия, гомеопатия и пр.) и оздоровления (цигун-терапия и пр.);

услуги психолога, диетолога, генетика, логопеда, фонопедя, фоониатра, липидолога, педолога. Услуги, оказываемые в оздоровительных, профилактических и косметических целях;

процедур и операций, проводимых с эстетической или косметической целью (в том числе удаления и лечения мозолей, папиллом, бородавок, невусов, контагиозных моллюсков, кондилом и пр.);

стоимость протезов, эндопротезов, имплантов (в том числе наборов для остеосинтеза и фиксации, ангиографии, ангиопластики и стентирования, электрокардиостимуляторов и др.) и прочих медицинских изделий, медицинского оборудования, очковой оптики, слуховых аппаратов и медицинских изделий, предназначенных для ухода за больными при любых заболеваниях, если иное не оговорено в Договоре медицинского страхования;

оформление справок для занятий спортом, посещения бассейна; для пансионатов, домов отдыха и детских оздоровительных лагерей; для получения водительского удостоверения, на ношение оружия и пр., если иное не предусмотрено Договором страхования. Оформление санаторно-курортных карт за исключением реабилитационно - восстановительного (санаторно-курортного) лечения.

Страховщик не несет ответственности, если Застрахованное лицо обратилось в медицинскую организацию:

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

по поводу травм, ожогов, отморожений, острых отравлений ядовитыми растениями, химическими веществами, недоброкачественными продуктами, лекарствами, повреждений внутренних органов, полученных Застрахованным в состоянии алкогольного, наркотического или токсического опьянения, а также психического заболевания;

в связи с умышленным причинением себе телесных повреждений, в том числе с покушением на самоубийство;

в случае применения косметической или пластической хирургии, кроме необходимости её использования после несчастного случая или других случаях, когда ее применение обусловлено прямыми медицинскими показаниями;

по поводу хирургической коррекции зрения, кроме факторов нарушения зрения в результате несчастного случая или других случаях, определенных прямыми медицинскими показаниями;

по поводу алкоголизма, токсикомании или наркомании;

по поводу заболеваний органов и тканей, требующих их трансплантации и пластики (включая септопластику), протезирования (включая ортопедическое протезирование, слухопротезирование), в том числе эндопротезирования, имплантации, реконструктивных операций всех видов, включая устранение последствий травм, сложных кардиохирургических операций, корректирующих операций на магистральных сосудах, за исключением случаев, когда такая оплата специально согласована сторонами и заключен дополнительный договор страхования в отношении медицинских расходов, связанных с такими операциями.

Страховщик не оплачивает медицинскую помощь, стоимость медикаментов и медицинских услуг, полученных по инициативе Застрахованного в медицинских организациях, не определённых договором страхования, и (или) не согласованные со Страховщиком.

Оказание определенных настоящим разделом Программы страхования медицинских услуг и лечение заболеваний может быть исключено на условиях согласованных Страхователем со Страховщиком и указанных в договоре добровольного медицинского страхования.

**Экстренная стоматологическая помощь.**

Осуществляется по экстренным и неотложным показаниям при состоянии здоровья, требующем срочного оказания медицинской помощи; производится страховой компанией в медицинских организациях, предусмотренные программой Застрахованного, или в других медицинских организациях, имеющих договорные отношения со страховой компанией.

Перечень видов медицинской помощи и услуг, оказываемых и оплачиваемых по медицинским показаниям:

Лечебно-диагностические приемы врачей, в том числе: терапевт-стоматолог, хирург-стоматолог, пародонтолог;

Выдача листков нетрудоспособности, рецептов, медицинских справок.

Анестезиологические манипуляции, включая наркоз и премедикацию;

Функциональная диагностика: ЭОД, ЭМГ, лазерная доплеровская флоуметрия, ультрозвуковая эхоостеометрия, ультразвуковая сонометрия и другие виды диагностики в соответствии с лицензией медицинской организации.

Физиотерапия: магнитотерапия, лазеротерапия, ультразвуковая, электромиостимуляция, гидромассаж, электрофорез и другие виды в соответствии с лицензией медицинской организации.

Рентгенологические исследования: рентгенография, визиография, ортопантомография и другие виды диагностики в соответствии с лицензией медицинской организации.

Экстренная терапевтическая стоматология: терапевтическое лечение, в том числе кариеса, пульпита, периодонтита, клиновидного дефекта, острых заболеваний слизистой оболочки полости рта и языка, терапевтическое лечение заболеваний пародонта;

Экстренная хирургическая стоматология:

хирургическое лечение, в том числе удаление зубов всех категорий сложности, воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области, слюнных желез, заболеваний нервов челюстно-лицевой области, доброкачественных новообразований челюстно-лицевой области, хирургические методы лечения болезней тканей пародонта, в том числе кюретаж;

Организация круглосуточной стоматологической помощи. Выбор медицинских организаций осуществляет Страховщик.

**Исключения из страхового покрытия**

Программа не предусматривает предоставление и оплату услуг по зубопротезированию и подготовка к нему, включая удаление и депульпирование зубов, замену старых пломб и пр., за исключением случаев, если Договором медицинского страхования не предусмотрено иное;

лечения пародонтоза и хронического пародонтита, требующего использования любого хирургического метода; манипуляции на зубах, покрытых ортопедическими и ортодонтическими конструкциями; ортодонтических нарушений; лечения зубов с разрушением коронковой части более чем на 1/2 с целью ее восстановления (реставрации) и его эндодонтическое лечение, имплантация зубов; использования парапульпарных, углеводородных и анкерных штифтов; установления вкладок, применения жидкотекучего композита, «сэндвич-методики»; условного лечения зубов (без гарантии); лечения зубов с использованием депофореза; пломбирования каналов термофилами; пластических операций; косметических дефектов (включая отбеливание зубов и снятие налетов, косметического восстановления) и профилактических целях (исправление клиновидного дефекта; герметизации фиссур, покрытие зубов фторсодержащими препаратами и лаком и пр.).

Страховщик не несет ответственности, если Застрахованное лицо обратилось в медицинскую организацию:

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

в состоянии алкогольного, наркотического или токсического опьянения;

в связи с умышленным причинением себе телесных повреждений, в том числе с покушением на самоубийство;

Страховщик не оплачивает медицинскую помощь, стоимость медикаментов и медицинских услуг, полученных по инициативе Застрахованного в медицинских организациях, не определенных договором страхования, и (или) не согласованные со Страховщиком.

Оказание определенных настоящим разделом Программы страхования медицинских услуг и лечение заболеваний может быть исключено на условиях согласованных Страхователем со Страховщиком и указанных в договоре добровольного медицинского страхования.

Скорая и неотложная медицинская помощь

Перечень видов медицинской помощи и услуг, оказываемых и оплачиваемых по медицинским показаниям:

возможность круглосуточного обращения за медицинской помощью;

выезд бригад СМП в пределах территории, оговоренной договором страхования;

оказание медицинской помощи (лечебных и диагностических мероприятий, в том числе проведение экспресс – диагностики, купирование неотложного состояния) бригадой СМП укомплектованной необходимыми специалистами, оборудованием и медикаментами в зависимости от характера и объемов медицинской помощи;

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

медико-санитарная транспортировка пациента.

Исключения из страхового покрытия

Программа не предусматривает предоставление и оплату медицинской помощи при выявлении следующих заболеваний (с момента постановки диагноза) и их осложнений:

злокачественных онкологических заболеваний; венерических заболеваний; ВИЧ-инфекции и СПИД; эпилепсии, психических расстройств и расстройств поведения; туберкулеза; заболеваний, сопровождающихся хронической почечной и печеночной недостаточностью, требующей проведения экстракорпоральных методов лечения; острых гепатитов, если Договором страхования не предусмотрено иное.

Страховщик не несет ответственности, если Застрахованное лицо обратилось:

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

по поводу травм, ожогов, отморожений, острых отравлений ядовитыми растениями, химическими веществами, недоброкачественными продуктами, лекарствами, повреждений внутренних органов, полученных Застрахованным в состоянии алкогольного, наркотического или токсического опьянения или психического заболевания;

в связи с умышленным причинением себе телесных повреждений, в том числе с покушением на самоубийство;

в связи с оплатой услуг, препаратов, лечения, которые не были рекомендованы или письменно засвидетельствованы уполномоченным представителем Страховщика или лечащим врачом Застрахованного как необходимые и разумные меры;

по поводу алкоголизма, токсикомании или наркомании;

по поводу лечение хронических заболеваний и их обострений, не влекущих угрозы для жизни Застрахованного.

Страховщик не оплачивает медицинскую помощь, стоимость медикаментов и медицинских услуг, полученных по инициативе Застрахованного в медицинских организациях, не определённых договором страхования, и (или) не согласованные со Страховщиком.

Оказание определенных настоящим разделом Программы страхования медицинских услуг и лечение заболеваний может быть исключено на условиях согласованных Страхователем со Страховщиком и указанных в договоре добровольного медицинского страхования.

## ПРОГРАММА

Добровольного медицинского страхования «Экстренная помощь» (Взрослые).

Программа предусматривает оказание экстренной медицинской помощи и скорой неотложной медицинской помощи взрослым по жизненным показаниям при состоянии здоровья, требующем срочного оказания медицинской помощи в результате внезапно возникшего острого заболевания: травмы, отравления, острой хирургической патологии, острой зубной боли.

Медико-транспортные расходы и услуги по репатриации в результате смерти Застрахованного в течение действия Договора страхования на территории действия Договора страхования.

Медицинская помощь оказывается в условиях медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, скорой медицинской помощью или в медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях.

Настоящая Программа включает в себя первичную медико-санитарную и специализированную медицинскую помощь в объеме следующих медицинских и иных услуг:

- Экстренная амбулаторная помощь.
- Экстренная стоматологическая помощь.
- Скорая и неотложная медицинская помощь.
- Экстренная медицинская помощь в стационарных условиях
- Медико-транспортные расходы и услуги по репатриации

Экстренная амбулаторная помощь

В объеме оказания экстренной медицинской помощи.

Первичная (доврачебная) медицинская помощь; лечебно-диагностические приемы врачей: терапевта, хирурга, гинеколога, уролога, отоларинголога, офтальмолога, травматолога-ортопеда, невролога, необходимые для оказания экстренной медицинской помощи.

Лабораторная диагностика; инструментальная диагностика: рентгенография, ЭКГ, ультразвуковая диагностика; эндоскопическая диагностика желудочно-кишечного тракта; лечебные манипуляции и процедуры: перевязки, наложение гипсовых лангет; инъекции, внутримышечные, подкожные, внутривенные; малые операции по экстренным показаниям.

Скорая и неотложная медицинская помощь

Купирование неотложного состояния бригадой СМП; снятие ЭКГ, транспортировка в стационар.

Экстренная стационарная помощь

Экстренная стационарная помощь осуществляется через круглосуточный диспетчерский пульт Страховщика, по направлению Страховщика в стационары, имеющие договорные отношения со Страховщиком. В исключительных случаях, по жизненным показаниям, а также при отсутствии мест в стационарах, экстренная госпитализация может быть произведена бригадой городской станции СМП «03» в ближайший к месту нахождения Застрахованного городской стационар.

Экстренная стоматологическая помощь

В объеме оказания экстренной хирургической стоматологической помощи:

Анестезия местная (аппликационная, инфильтрационная, проводниковая, интралигаментарная).

Рентгенологическая диагностика (дентальные снимки и рентгенография с целью диагностики переломов верхней и нижней челюсти). Удаление зубов (кроме удаления зубов по ортодонтическим и ортопедическим показаниям). Оперативное лечение абсцессов полости рта.

Медико-транспортные услуги и услуги по репатриации

В случае смерти Застрахованного Страховщик оплачивает санкционированные (согласованные в письменном порядке) сервисной компанией расходы по репатриации останков до ближайшего к месту постоянного жительства Застрахованного, аэропорта или вокзала или порта в стране постоянного проживания Застрахованного, указанной в договоре страхования. Данные расходы включают в себя оплату организации репатриации тела, необходимую подготовку тела для репатриации, покупку необходимого для перевозки гроба, перевозку останков. Репатриация тела осуществляется в соответствии с международными стандартами. Страховщик вправе по согласованию с родственниками умершего Застрахованного лица заменить репатриацию тела на его кремацию на территории Российской Федерации и транспортировку урны с прахом до ближайшего к месту постоянного жительства Застрахованного лица транспортного узла в стране постоянного проживания. Расходы по организации похорон и погребению Страховщиком не возмещаются.

Исключения из страхового покрытия

Страховым случаем не является обращение Застрахованного в лечебное учреждение по поводу:

установленного факта употребления алкоголя, наркотических или токсических веществ и расстройств здоровья, вызванных употреблением этих веществ, а также полученных Застрахованным в этих состояниях травм, ожогов, отморожений, острых отравлений, повреждений внутренних органов; умышленного причинения себе телесных повреждений, в том числе с покушением на самоубийство.

заболеваний и их осложнений (туберкулеза; психических заболеваний, органических психических расстройств, расстройств поведения, невротических расстройств; сифилиса, особо опасных «карантинных» инфекций, включая «атипичную пневмонию» SARS; онкологических заболеваний, заболеваний крови опухолевой природы, всех опухолей центральной нервной системы; хронических заболеваний крови; сахарного диабета I и II типа, профессиональных заболеваний, острой и хронической лучевой болезни и их осложнений, любых заболеваний лиц, имеющих инвалидность I и II групп.

ВИЧ-инфекции; иммунодефицитных состояний, венерических заболеваний, лечения урогенитальных инфекций, передающихся половым путем, хронических вирусных заболеваний, хронических гепатитов, циррозов печени; хронических кожных заболеваний, микозов.

планирования семьи; ведения беременности; прерывания беременности, лечения осложнений после прерывания беременности и родов; родовспоможения; диагностики и лечения бесплодия и нарушений потенции;

травм, состояний и/или болезней, вызванных: всеми видами профессионального спорта; определенными видами спорта и физической активности, классифицируемыми как связанные с

риском для жизни или здоровья; заболеваний органов и тканей, требующих их трансплантации и пластики протезирования, в том числе эндопротезирования, имплантации, реконструктивных операций всех видов, включая устранение последствий травм; процедур и операций, проводимых с эстетической или косметической целью; покрытия расходов на лекарственные препараты (кроме программы «Экстренная помощь в стационарных условиях»), очки, контактные линзы, слуховые аппараты, стенты, имплантанты, другие дополнительные медицинские устройства и приспособления, контрастные вещества и расходные материалы индивидуального назначения, в том числе требующиеся в ходе оперативного вмешательства; нейрохирургических вмешательств; хирургического лечения ортопедических заболеваний; сердечно-сосудистых заболеваний, требующих хирургического лечения; генерализованного (распространенного) атеросклероза; хронической и острой почечной и печеночной недостаточности.

Не оплачивается Страховщиком:

стоматологическое лечение, кроме программы «Экстренной стоматологической помощи» в объеме вскрытия абсцессов полости рта, удаления зубов (кроме ретинированных и дистопированных); местной анестезии.

лечение демиелинизирующих болезней, эпилепсии и других судорожных синдромов, церебрального паралича, церебро-васкулярной болезни; кондуктивной и нейросенсорной потери слуха; системных заболеваний, всех недифференцированных коллагенозов; врожденной и наследственной патологии.

сложные углубленные методы исследования: магнитно-резонансная томография, компьютерная томография, ангиографии, ПЭТ, исследования иммунологического статуса, аллергологического обследования, любых генетических и цитогенетических исследований, ДНК-диагностики; микробиологического исследования, исследования нарушений метаболизма, маркеров резорбции костей и др.;

вакцинации; специфической иммунизации с различными аллергенами, реабилитационного и восстановительного лечения; профилактических мероприятий, в том числе при любых видах дистрофий и дегенераций; обследования и выдачи справок; обследования для госпитализации, обследования для выдачи санаторно-курортной карты и посылного листа в МСЭК.

все виды массажа и рефлексотерапии; занятий ЛФК; гомеопатии, биорезонансной терапии, диагностики и лечения по методу Фолля, аутогемотерапии, гирудотерапии, аппаратного лечения, радиохирургических методов лечения, нетрадиционных методов лечения, посещения солярия; психодиагностики и психотерапии; диагностики и лечения расстройств сна, храпа; консультаций и лечения у логопеда.

медицинские услуги в дневном стационаре и стационаре одного дня; курсового лечения на дому; инъекционной склерооблитерации, контактной и лазерной коррекции зрения, профилактики и лечения косоглазия, астигматизма и близорукости, манипуляций с использованием аппаратно-программных комплексов в офтальмологии, ультразвуковых низкочастотных аппаратов в отоларингологии; экстракорпоральных методов лечения, включая над- и внутривенное лазерное и ультрафиолетовое облучение крови, плазмаферез, гемосорбцию, колоногидротерапию, все виды гипо-, нормо- и гипербарической оксигенотерапии.

размещение в одноместных палатах и палатах повышенной комфортности, индивидуальный сестринский пост; лечение заболеваний по которым Застрахованный проходил курс лечения до начала срока страхования; лечение хронических заболеваний и их обострений, не влекущих угрозы для жизни Застрахованного; оказание в условиях поликлиники медицинской помощи (медицинских услуг), относящихся к стационарзамещающим.

медицинскую помощь, стоимость медикаментов и медицинских услуг, полученных по инициативе Застрахованного в медицинских учреждениях, не определенных Договором

страхования, и (или) не согласованные со Страховщиком и не входящие в Программу страхования.

По риску «Экстренная амбулаторная помощь» не оплачивается Страховщиком оказание следующих услуг:

Приемы, консультации и манипуляции специалистов – педиатра, эндокринолога, ревматолога, аллерголога, иммунолога, гематолога, ортопеда, онколога, рефлексотерапевта, мануального терапевта, стоматолога - терапевта, физиотерапевта, врача ЛФК;

Лабораторные исследования – общеклинические, биохимические, в том числе гормональные, микробиологические, иммунологические и радиоиммунологические, гистологические и цитологические, за исключением исследований материала для проведения первичной микробиологической диагностики, клинических анализов крови, клинических анализов мочи, анализов крови на сахар, коагулограммы, анализов мочи по Нечипоренко; микробиологических исследования в объеме первичной диагностики инфекционных заболеваний (кроме ДНК/РНК диагностики методом ПЦР), иммуно-серологическая диагностика инфекционных заболеваний в объеме диагностики (качественными методами) сифилиса, ВИЧ, вирусных гепатитов групп А, В (Hbs-антиген) и С.