

ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ ПРАВИЛА
ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ ГРАЖДАН
(номер по классификатору 138, редакция 1)

1. Общие положения
2. Субъекты страхования
3. Объект страхования
4. Страховой риск, страховой случай
5. Исключения из страхового покрытия. Перечень оснований освобождения Страховщика от страховой выплаты
6. Страховая сумма (лимит ответственности), Страховой тариф, Страховая премия (страховой взнос)
7. Франшиза
8. Порядок заключения, исполнения и прекращения Договора страхования
9. Права и обязанности сторон по Договору страхования
10. Порядок обращения за страховой выплатой. Порядок осуществления страховой выплаты
11. Порядок разрешения споров

1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

1.1. Настоящие Дополнительные правила добровольного медицинского страхования граждан (далее – Правила страхования) разработаны в соответствии с Гражданским кодексом Российской Федерации, Законом Российской Федерации от 27.11.1992 №4015-1 «Об организации страхового дела в Российской Федерации», Федеральным законом Российской Федерации от 21.11.2011 №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

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

Во всем ином, не урегулированном Договором страхования, стороны руководствуются Правилами страхования и действующим законодательством Российской Федерации.

1.2. Основные термины, используемые в Правилах страхования:

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

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

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

1.2.4. Иные услуги – услуги, дополнительно предоставляемые при оказании медицинской помощи. К иным услугам относятся: организационно-технические и санитарно-противоэпидемические мероприятия; фармакологическая помощь, включая обеспечение лекарственными препаратами / средствами, медицинскими изделиями и иными средствами и препаратами медицинского назначения, а также организация их доставки; услуги медицинского сервиса, включая услуги по обеспечению комфортности пребывания в медицинской организации (в том числе, палаты улучшенной комфортности, обеспечение душем и санузелом индивидуального пользования, холодильником, кондиционером и др.), лечебное питание (диетическое) и пребывание (нахождение) во время стационарного лечения, реабилитационно-восстановительного лечения, лечения в санаторно-курортных условиях; оказание тяжелобольным Застрахованным лицам медицинского ухода; нахождение вместе с Застрахованным лицом родителя, опекуна, законного представителя или иного лица с обеспечением стандартного питания и койкой указанного лица при наличии медицинских показаний для ухода; услуги переводчика в период получения медицинских услуг; организация медицинской эвакуации (репатриации); оформление медицинской организацией и иной организацией различной документации, связанной с оказанием медицинской помощи; услуги справочно-информационных служб с использованием компьютерных и телекоммуникационных технологий; информационные услуги, связанные с оказанием или организацией оказания медицинской помощи; другие услуги, оказываемые медицинскими и иными организациями Застрахованному лицу в ходе получения им медицинской помощи.

1.2.5. Медицинская организация – юридическое лицо независимо от организационно-правовой формы, осуществляющее в качестве основного (уставного) вида деятельности медицинскую деятельность на основании лицензии, выданной в порядке, установленном законодательством Российской Федерации. Деятельность медицинских организаций, распространяются на иные юридические лица независимо от организационно-правовой формы, осуществляющие наряду с основной (уставной) деятельностью медицинскую деятельность, и применяются к таким организациям в части, касающейся медицинской деятельности. К медицинским организациям также приравниваются индивидуальные предприниматели, осуществляющие медицинскую деятельность, с которыми Страховщик состоит в договорных отношениях. Конкретный перечень медицинских организаций, в которые Застрахованное лицо вправе обратиться за получением медицинской помощи, приводится в приложении к Договору страхования.

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

1.2.7. Неотложная помощь – медицинская помощь, которая оказывается Застрахованным лицам при несчастных случаях, травмах, отравлениях и других состояниях и заболеваниях, угрожающих их жизни и здоровью, лицами, обязанными оказывать первую помощь со специальным правилом и имеющими соответствующую подготовку, в том числе сотрудниками органов внутренних дел Российской Федерации, сотрудниками, военнослужащими и работниками Государственной противопожарной службы, спасателями аварийно-спасательных формирований и аварийно-спасательных служб.

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

1.2.9. Медицинская реабилитация – комплекс мероприятий медицинского и психологического характера, направленных на полное или частичное восстановление нарушенных и (или) компенсацию утраченных функций пораженного органа либо системы организма, поддержание функций организма в процессе завершения остро развившегося патологического процесса или обострения хронического патологического процесса в организме, а также на предупреждение, раннюю диагностику и коррекцию возможных нарушений функций поврежденных органов либо систем организма, предупреждение и снижение степени возможной инвалидности, улучшение качества жизни, сохранение работоспособности Застрахованного лица и его социальную интеграцию в общество.

1.2.10. Лечащий врач – врач, на которого возложены функции по организации и непосредственному оказанию Застрахованному лицу медицинской помощи в период наблюдения за ним и его лечения.

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

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

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

1.2.14. Лекарственные препараты – лекарственные средства в виде лекарственных форм, применяемые для профилактики, диагностики, лечения заболевания, реабилитации, для сохранения, предотвращения или прерывания беременности и имеющую определенную цену.

1.2.15. Продукты лечебного питания – определенные пищевые продукты и их сочетания, обеспечивающие удовлетворение потребностей организма человека в пищевых веществах и энергетических ресурсах с лечебной и (или) профилактической целью.

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

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

1.2.18. Телемедицинские технологии – это лечебно-диагностические консультации, реализуемые с применением телекоммуникационных технологий.

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

1.2.20. Информация и документы, предоставленные для заключения Договора страхования и (или) урегулирования убытка Страхователем (Застрахованным лицом, Выгодоприобретателем) – физическим лицом в электронной форме, подписанные простой электронной подписью Страхователя (Застрахованного лица, Выгодоприобретателя), признаются электронными документами, равнозначными документам на бумажном носителе, подписанным собственноручной подписью Страхователя (Застрахованного лица, Выгодоприобретателя), при условии, что между Страховщиком и Страхователем (Застрахованным лицом, Выгодоприобретателем) при регистрации Страхователя (Застрахованного лица, Выгодоприобретателя) в личном кабинете на официальном сайте Страховщика достигнуто соглашение об электронном взаимодействии.

Информация и документы, предоставленные для заключения Договора страхования и (или) урегулирования убытка Страхователем (Застрахованным лицом, Выгодоприобретателем) – индивидуальным предпринимателем / юридическим лицом в электронной форме, подписанные усиленной квалифицированной электронной подписью Страхователя (Застрахованного лица, Выгодоприобретателя), признаются электронными документами, равнозначными документам на бумажном носителе, подписанным собственноручной подписью Страхователя (Застрахованного лица, Выгодоприобретателя) – индивидуального предпринимателя / представителя юридического лица, при наличии подписанного отдельного соглашения между Страховщиком и Страхователем (Застрахованным лицом, Выгодоприобретателем) об использовании системы электронного документооборота.

2. СУБЪЕКТЫ СТРАХОВАНИЯ

2.1. Страховщик – АО «Группа страховых компаний «Югория» созданное в соответствии с законодательством Российской Федерации для осуществления деятельности по страхованию и получившее лицензию на осуществление добровольного личного страхования, за исключением страхования жизни, в установленном законодательством порядке.

2.2. Страхователь – любое дееспособное физическое лицо, в том числе граждане Российской Федерации, иностранные граждане, лица без гражданства, юридическое лицо любой организационно-правовой формы и формы собственности или индивидуальный предприниматель, заключившее со Страховщиком Договор страхования.

Страхователь считается Застрахованным лицом, если в Договоре страхования не указано иное физическое лицо в качестве Застрахованного лица.

2.3. Застрахованное лицо – физическое лицо, названное в Договоре страхования как Застрахованное лицо, в пользу которого заключен Договор страхования, если в нем не назначено в качестве Выгодоприобретателя другое лицо. Застрахованное лицо, названное в Договоре страхования, может быть заменено Страхователем другим лицом лишь с согласия самого Застрахованного лица (за исключением случая смерти Застрахованного лица) и Страховщика. В случае смерти Застрахованного лица по Договору страхования, в котором не назван иной Выгодоприобретатель, Выгодоприобретателями признаются наследники Застрахованного лица.

2.4. На условиях Правил страхования заключаются Договоры страхования в пользу Застрахованных лиц в возрасте от 0 до 90 лет (на момент начала действия Договора страхования).

На индивидуальных условиях с учетом повышенной степени риска и с принятием Страховщиком индивидуальных андеррайтерских решений, предусматривающих применение к страховому тарифу повышающих коэффициентов, на страхование принимается следующая категория лиц:

2.4.1. лица, зараженные особо опасными инфекционными болезнями (оспа, полиомиелит, тяжелый острый респираторный синдром (ТОРС), холера, чума, вирусные геморрагические лихорадки, сибирская язва);

2.4.2. лица, состоящих на учете в туберкулезных, кожно-венерологических диспансерах;

2.4.3. лица, со стойкими нервными или психическими расстройствами, состоящих на учете в психоневрологическом или наркологическом диспансерах;

2.4.4. ВИЧ-инфицированные;

2.4.5. лица, имеющие заболевание СПИД;

2.4.6. лица, находящихся в местах лишения свободы;

2.4.7. лица, в отношении которых возбуждено уголовное дело;

2.4.8. лица, которые на момент заключения Договора страхования имеют инвалидность, заболевания и состояния, перечисленные в Приложении 17 Правил страхования, госпитализированы, а также лица в возрасте старше 90 лет.

2.6. Выгодоприобретатель – лицо, в пользу которого заключен Договор страхования и кому принадлежит право на получение страховых выплат. Договор страхования считается заключенным в пользу Застрахованного лица, если в Договоре страхования не названо другое лицо с письменного согласия Застрахованного лица для получения страховой выплаты или страхового возмещения (Выгодоприобретатель). Если Выгодоприобретатель не назначен, то в случае смерти Застрахованного лица Выгодоприобретателем признаются законные наследники Застрахованного лица.

3. ОБЪЕКТ СТРАХОВАНИЯ

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

4. СТРАХОВОЙ РИСК, СТРАХОВОЙ СЛУЧАЙ

4.1. В соответствии с Правилами страхования страховым случаем является документально подтвержденное обращение Застрахованного лица в течение срока действия страхования, обусловленного Договором страхования в медицинскую или иную организацию из числа предусмотренных Договором страхования или согласованных со Страховщиком, связанное с расстройством здоровья Застрахованного лица или состояния Застрахованного лица, требующих организации и оказания медицинских и иных услуг, а также проведения профилактических мероприятий, снижающих степень опасных для жизни или здоровья Застрахованного лица угроз и (или) устраняющих их в объеме, предусмотренном Программой добровольного медицинского страхования к заключенному Договору страхования.

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

4.3. Договор страхования может быть заключен на условиях оказания медицинской помощи, предоставляемой Застрахованным лицам в рамках следующих Программ добровольного медицинского страхования (далее – Программ):

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

4.3.2. Программа «Амбулаторная помощь» (Приложение 2 к Правилам страхования) – включает оплату организации и оказания амбулаторно-поликлинической помощи, в том числе:

- проведение мероприятий по профилактике (диспансерное наблюдение, вакцинация, иммунопрофилактика);

- диагностика и лечение заболеваний в медицинской организации, на дому, по месту работы Застрахованных лиц, в том числе с использованием телекоммуникационных технологий.

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

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

- при патологии беременности, родах и абортах;

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

4.3.4. Программа «Хирургический стационар» (Приложение 4 к Правилам страхования) – включает оплату организации и оказания стационарной помощи, включая медикаментозное и инструментальное обеспечение:

- при заболеваниях и обострениях хронических болезней, инфекциях, отравлениях и травмах, требующих медицинской помощи, в том числе консультативной, лечебной, профилактической, восстановительной и иной помощи, предусмотренной Договором страхования;

- при патологии беременности, родах и абортах;

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

4.3.5. Программа «Лекарственное обеспечение» (Приложение 5 к Правилам страхования) – включает оплату организации и оказания лекарственной помощи, частичную или полную компенсацию расходов на лекарственное обеспечение, назначенное врачом медицинской организации, предусмотренной Договором страхования, в организациях, осуществляющих фармацевтическую деятельность, а также иных организациях, реализующих лекарственные препараты и (или) медицинские изделия. Договором страхования может быть предусмотрена организация и оплата доставки различных видов лекарственного обеспечения.

4.3.6. Программа «Санаторно-курортное и реабилитационно-восстановительное лечение» (Приложение 6 к Правилам страхования) – включает оплату организации и оказания медицинской помощи (суточное проживание и другое обслуживание), входящие в стоимость проведения восстановительного лечения и медицинской реабилитации Застрахованных лиц. Данная Программа не может быть предоставлена по Договору страхования самостоятельно без предоставления страхового покрытия по одной или нескольким Программам, поименованным в п.4.3 Правил страхования, кроме Программ, перечисленных в п.п.4.3.10., 4.3.15., 4.3.16. Правил страхования.

4.3.7. Программа «Профилактика здоровья» (Приложение 7 к Правилам страхования) – включает оплату организации и оказания проведения предварительных и периодических медицинских осмотров лиц в целях предупреждения заболеваний (профессиональных и несчастных случаев), экспертизы состояния здоровья Застрахованных лиц.

Данная Программа не может быть предоставлена по Договору страхования самостоятельно без предоставления страхового покрытия по одной или нескольким Программам, поименованным в п.4.3. Правил страхования, кроме Программ, перечисленных в п.п.4.3.10., 4.3.14., 4.3.16. Правил страхования.

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

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

4.3.10. Программа «Комплексная программа» (Приложение 10 к Правилам страхования) – включает оплату организации и оказания медицинской помощи, поименованной в п.п.4.3.1-4.3.9 Правил страхования, объединенных в комплексную программу в любом их объеме, предусмотренном соответствующей Программой.

4.3.11. Программа «Дородовое наблюдение женщин» (Приложение 11 к Правилам страхования) – включает оплату организации и оказания медицинской помощи необходимую для лечения, экстренной медицинской помощи, восстановления (реабилитации) беременных.

4.3.12. Программа «Акушерская помощь» (Приложение 12 к Правилам страхования) – включает оплату организации и оказания медицинской помощи, в том числе экстренной медицинской помощи, связанной с оказанием акушерской помощи беременным.

4.3.13. Программа «Индивидуальное ведение родов» (Приложение 13 к Правилам страхования) – включает оплату организации и оказания медицинской помощи необходимую для лечения, восстановления (реабилитации) рожениц.

4.3.14. Программа «Дорогостоящая медицинская помощь» (Приложение 14 к Правилам страхования) – включает оплату организации и оказания специализированной медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, в условиях стационара или дневного стационара медицинских организаций при впервые диагностированном у Застрахованного лица одним или нескольких состояний или заболеваний, предусмотренных Договором страхования.

4.3.15. Программа «Антиклещ» (Приложение 15 к Правилам страхования) – включает оплату организации и оказания специализированной медицинской помощи, с целью профилактики, диагностики и лечения заболеваний, связанных с укусом иксодового клеща, оказываемой в амбулаторно-поликлинических, стационарных (терапевтический стационар) условиях медицинских организаций.

4.3.16. Программа «Телемедицина» (Приложение 16 к Правилам страхования) – включает оплату организации и оказания медицинской помощи с применением телемедицинских технологий.

4.3.17. Программы, предусмотренные в п.п.4.3.1-4.3.9 Правил страхования могут комбинироваться между собой в любом их сочетании, с учетом особенностей каждой из них (в частности, Программы, предусмотренные в п.п.4.3.6 и 4.3.7 Правил страхования могут предоставляться только вместе с иными Программами, предусмотренными Правилами страхования).

4.3.18. Конкретный перечень видов медицинской помощи, оказываемой Застрахованному лицу при наступлении страхового случая, приводится в соответствующей Программе (Приложения 1-16 к Правилам страхования).

4.3.19. В Программу, прилагаемую к Договору страхования, могут быть включены как все или отдельные медицинские и иные услуги, так и исключены отдельные медицинские и иные услуги, предусмотренные в Программах (Приложения 1-16 к Правилам страхования).

В Программу, прилагаемую к Договору страхования могут быть как включены, так и исключены все или отдельные заболевания и состояния, из числа указанных в Приложении 17 к Правилам страхования.

Страховщик вправе на основе Правил страхования формировать Программы к отдельному Договору страхования или отдельной группе Договоров страхования, ориентированных на конкретного Страхователя (Застрахованного лица) или группу Страхователей (Застрахованных лиц) в той мере, в какой это не противоречит действующему законодательству Российской Федерации и Правилам страхования. Такие Программы прилагаются к Договору страхования (полису) и являются его неотъемлемой частью.

Страховщик вправе присваивать маркетинговые названия Программам, составленным на основе настоящих Правил страхования и имеющим однотипные условия страхования.

5. ИСКЛЮЧЕНИЯ ИЗ СТРАХОВОГО ПОКРЫТИЯ. ПЕРЕЧЕНЬ ОСНОВАНИЙ ОСВОБОЖДЕНИЯ СТРАХОВЩИКА ОТ СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЫ

5.1. В соответствии с Правилами страхования не являются страховыми рисками и не признаются страховыми случаями обращения Застрахованного лица в медицинскую организацию, в связи с:

5.1.1. травматическим повреждением, полученным в состоянии алкогольного, наркотического или токсического опьянения;

5.1.2. получением травматического повреждения или иным расстройством здоровья, наступившим в результате совершения умышленных действий Застрахованным лицом;

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

5.1.4. умышленным причинением себе телесных повреждений;

5.1.5. оплатой услуг, препаратов, лечения, включая любой период пребывания в стационаре или амбулаторного лечения, которые не были рекомендованы, письменно засвидетельствованы уполномоченным представителем Страховщика или лечащим врачом Застрахованного лица как необходимые и разумные меры;

5.1.6. применением косметической или пластической хирургии, косметических процедур, кроме необходимости их использования после несчастного случая или других случаях, когда их применение обусловлено прямыми медицинскими показаниями;

5.1.7. получением медицинской помощи другим лицом по Страховому полису, пропуску в медицинскую организацию и иному документу Застрахованного лица;

5.1.8. получением медицинской помощи, не предусмотренной Договором страхования и (или) Программой добровольного медицинского страхования, или получением помощи в объемах, превышающих предусмотренные Договором страхования и (или) Программой добровольного медицинского страхования;

5.1.9. получением медицинской помощи в медицинской организации, не предусмотренной Договором страхования, если иное не предусмотрено Договором страхования.

5.2. В соответствии со ст.964 Гражданского кодекса Российской Федерации Страховщик освобождается от выплаты страхового возмещения в случаях, когда страховой случай наступил вследствие:

5.2.1. воздействия ядерного взрыва, радиации или радиоактивного заражения;

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

5.2.3. гражданской войны, народных волнений всякого рода или забастовок.

5.2.4. Страховщик вправе расширить страховое покрытие на события, указанные в п.п.5.2.2 и 5.2.3 Правил страхования, если об этом прямо сказано в Договоре страхования.

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

6. СТРАХОВАЯ СУММА, СТРАХОВОЙ ТАРИФ, СТРАХОВАЯ ПРЕМИЯ

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

6.1.1. Страховая сумма по Договору страхования определяется по соглашению между Страхователем и Страховщиком в соответствии с выбранной Программой и стоимостью медицинских и иных услуг в медицинских организациях, привлекаемых Страховщиком для обеспечения исполнения этой Программы.

6.1.2. Договором страхования может быть установлена единая (общая) страховая сумма по всей Программе в целом или совокупности Программ. Также в Договоре страхования могут быть установлены отдельные лимиты ответственности Страховщика – ограничения по размеру страховых выплат по отдельным Программам, группам Застрахованных лиц, по отдельным заболеваниям (состояниям), отдельным видам медицинской помощи или их различным комбинациям.

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

6.2.1. Страховая премия устанавливается в валюте Российской Федерации. По соглашению Сторон в Договоре страхования страховая премия может быть указана в иностранной валюте, эквивалентом которой является соответствующая сумма в валюте Российской Федерации.

При страховании с валютным эквивалентом, страховая премия уплачивается в валюте Российской Федерации по курсу Центрального Банка Российской Федерации, установленному для иностранной валюты на дату оплаты.

При уплате страховой премии в рассрочку (при уплате дополнительной страховой премии при увеличении страхового риска или изменении иных условий Договора страхования) очередная (или дополнительная) часть страховой премии уплачивается в рублях по курсу Центрального Банка Российской Федерации, установленному для иностранной валюты на дату уплаты (перечисления) очередного (или дополнительного) страхового взноса.

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

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

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

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

6.2.4. Последствия неуплаты страховой премии (страхового взноса):

6.2.4.1. Если Договором страхования не предусмотрено иное, при неуплате Страхователем (лицом, осуществляющим предпринимательскую деятельность) в установленные Договором страхования сроки страховой премии, а равно при неуплате страховой премии в полном размере, Страховщик вправе в одностороннем порядке отказаться от Договора страхования (исполнения Договора страхования) при условии направления Страхователю уведомления об отказе от Договора страхования, в том числе на адрес электронной почты Страхователя, указанный в Договоре страхования. Договор страхования прекращается с 00 часов 00 минут дня, следующего за днем, когда страховая премия должна была быть уплачена полностью. При этом полученная Страховщиком не в полном объеме страховая подлежит возврату Страхователю в течение 5 (пяти) рабочих дней с момента ее получения Страховщиком. При этом если страхование, обусловленное Договором страхования, вступило в силу до момента уплаты страховой премии, Страхователь обязан уплатить Страховщику страховую премию в размере, пропорциональном сроку действия страхования до момента его прекращения.

6.2.4.2. Если Договором страхования не предусмотрено иное, на основании п.3 ст.954 Гражданского кодекса Российской Федерации Правилами страхования определяется следующее последствие неуплаты в установленные сроки очередных страховых взносов по Договору страхования, предусматривающему внесение страховой премии в рассрочку:

6.2.4.2.1. при неуплате Страхователем (лицом, осуществляющим предпринимательскую деятельность), в установленные Договором страхования сроки первого страхового взноса, а равно при неуплате первого страхового взноса в полном размере, Страховщик вправе в одностороннем порядке отказаться от Договора страхования (исполнения Договора страхования) при условии направления Страхователю уведомления об отказе от Договора страхования, в том числе на адрес электронной почты Страхователя, указанный в Договоре страхования. Договор страхования прекращается с 00 часов 00 минут дня, следующего за днем, когда первый страховой взнос должен был быть уплачен полностью. При этом полученный Страховщиком не в полном объеме первый страховой взнос подлежит возврату Страхователю в течение 5 (пяти) рабочих дней с момента его получения Страховщиком. При этом если страхование, обусловленное Договором страхования, вступило в силу до момента уплаты первого страхового взноса, Страхователь обязан уплатить Страховщику страховую премию в размере, пропорциональном сроку действия страхования до момента его прекращения.

6.2.4.2.2. при неуплате Страхователем (лицом, осуществляющим предпринимательскую деятельность), в установленные Договором страхования сроки очередного страхового взноса, а равно при неуплате очередного страхового взноса в полном размере, Страховщик вправе в одностороннем порядке отказаться от Договора страхования (исполнения Договора страхования) при условии направления Страхователю уведомления об отказе от Договора страхования, в том числе на адрес электронной почты Страхователя, указанный в Договоре страхования. Договор страхования прекращается с 00 часов 00 минут дня, следующего за днем, когда очередной страховой взнос должен был быть уплачен полностью. При этом ранее уплаченные страховые взносы Страхователю не возвращаются, Страхователь обязан доплатить Страховщику страховую премию в размере, пропорциональном сроку действия страхования до момента его прекращения.

6.2.4.3. неуплата Страхователем – физическим лицом в установленные Договором страхования сроки страховой премии / очередного страхового взноса, а равно неуплата страховой премии / очередного страхового взноса в полном размере, на основании ст.958 Гражданского кодекса Российской Федерации является отказом Страхователя от Договора страхования. Договор страхования прекращается с 00 часов 00 минут дня, следующего за днем, когда страховая премия / очередной страховой взнос должны были быть уплачены полностью. При этом ранее уплаченные страховые взносы Страхователю не возвращаются, Страхователь обязан доплатить Страховщику страховую премию в размере, пропорциональном сроку действия страхования до момента его прекращения.

6.2.5. Если страховой случай наступил до даты уплаты страховой премии / очередного страхового взноса (при оплате страховой премии в рассрочку), Страховщик вправе при определении размера, подлежащего выплате страхового возмещения зачесть сумму неоплаченной страховой премии / страхового взноса.

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

6.4. Страхователь вправе в период действия Договора страхования по согласованию со Страховщиком изменить страховую сумму и (или) расширить перечень предоставляемой Программой медицинской помощи, (однако, не выходя за рамки Правил страхования и Программ, являющихся

неотъемлемой частью Правил страхования) путем оформления на условиях Правил страхования дополнительного соглашения к Договору страхования с указанием условий внесения соответствующих изменений.

6.5. При определении размера страховой премии, подлежащей уплате по Договору страхования, Страховщик использует разработанные им базовые страховые тарифы, с применением к ним повышающих (от **1,05** до **35,00**) и (или) понижающих (от 0,10 до 0,97) коэффициентов в зависимости от степени страхового риска и с учетом особенностей страхования конкретного лица (лиц).

Конкретный размер страхового тарифа определяется условиями Договора страхования.

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

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

В любом случае при применении поправочных коэффициентов, окончательный базовый страховой тариф не должен превышать 95 %, если в результате применения поправочных коэффициентов окончательный базовый страховой тариф превысил 95 %, то тариф устанавливается равным 95 %.

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

6.6. Если иное не предусмотрено Договором страхования, при сроке страхования менее года, при изменении условий страхования в течении срока действия Договора страхования, страховая премия исчисляется в процентах от годовой суммы взносов:

Срок действия Договора страхования, месяцев	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Процент от годовой страховой премии	10	30	50	60	65	70	75	80	85	90	95

Если иное не предусмотрено Договором страхования, при заключении Договора страхования на срок более 1 года страховая премия рассчитывается пропорционально сроку действия Договора страхования, и равняется сумме годовых страховых премий и доле годовой премии за количество месяцев неполного года, из расчета 1/12 годовой премии за каждый месяц.

При заключении Договора страхования на срок менее 1 месяца страховая премия рассчитывается пропорционально сроку действия Договора страхования, и равняется доле месячной премии за количество дней неполного месяца, из расчета 1/30 месячной премии за каждый день, если иное не предусмотрено Договором страхования.

7. ФРАНШИЗА

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

В Договоре страхования может быть предусмотрена условная или безусловная франшиза.

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

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

7.1.3. Договор страхования может также устанавливать временную франшизу, то есть период времени (в днях) – между вступлением Договора страхования в силу и началом ответственности Страховщика по организации медицинской помощи – в течение которого оплата полученной медицинской помощи, находится на собственном удержании Страхователя (Застрахованного лица).

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

8. ПОРЯДОК ЗАКЛЮЧЕНИЯ, ИСПОЛНЕНИЯ И ПРЕКРАЩЕНИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ

8.1. Договор страхования заключается в письменной форме на основании устного или письменного заявления на страхование Страхователя и должен отвечать общим условиям действительности сделки, предусмотренным действующим законодательством Российской Федерации.

8.2. С целью определения правоспособности и проведения идентификации Страхователя и соблюдения установленных действующим законодательством Российской Федерации требований на

этапе подготовки к заключению Договоров страхования Страховщик вправе запросить и/или проверить у Страхователя следующие документы:

- а) у Страхователей – резидентов Российской Федерации (юридических лиц):
 - Устав в последней редакции; изменения в Устав (при наличии);
 - свидетельство о государственной регистрации юридического лица / свидетельство о внесении записи в Единый государственный реестр юридических лиц (ЕГРЮЛ) о юридическом лице, зарегистрированном до 01.07.2002 года / лист записи ЕГРЮЛ (для юридических лиц, зарегистрированных после 01.01.2017);
 - свидетельство о постановке на учет в налоговом органе российской организации по месту ее нахождения;
 - выписку из ЕГРЮЛ, сформированную в электронном виде на официальном сайте ФНС России, подписанную электронно-цифровой подписью ФНС России, при этом временной период между датой выдачи выписки из ЕГРЮЛ и датой заключения (подписания) Договора страхования не должен превышать 60 календарных дней;
 - документы, подтверждающие полномочия лица, подписывающего Договор страхования от имени Страхователя (документ об избрании (назначении) единоличного исполнительного органа, удостоверенный в предусмотренном действующим законодательством РФ порядке, приказы о назначении на должность (при наличии), доверенность на подписание Договора страхования, договор на передачу полномочий единоличного исполнительного органа (при осуществлении полномочий единоличного исполнительного органа Страхователя управляющей компанией) и др.;
 - решение полномочного органа Страхователя (общего собрания акционеров (участников, членов), совета директоров (наблюдательного совета) о разрешении (одобрении) на заключение Договора страхования в случае, если принятие соответствующего решения необходимо в соответствии с учредительными документами Страхователя и (или) действующим законодательством РФ;
 - карточка предприятия по форме, установленной Страховщиком, подписанная руководителем и главным бухгалтером (при наличии) Страхователя.
- б) у Страхователей – резидентов Российской Федерации (индивидуальных предпринимателей):
 - Паспорт гражданина РФ;
 - свидетельство о государственной регистрации физического лица в качестве индивидуального предпринимателя / лист записи Единого государственного реестра индивидуальных предпринимателей ЕГРИП (для индивидуальных предпринимателей, зарегистрированных после 01.01.2017);
 - свидетельство о постановке на учет физического лица в налоговом органе;
 - выписку из ЕГРИП, сформированную в электронном виде на официальном сайте ФНС России, подписанную электронно-цифровой подписью ФНС России (указанный документ может быть сформирован куратором договора на официальном сайте ФНС России), при этом временной период между датой выдачи выписки из ЕГРИП и датой заключения (подписания) Договора страхования не должен превышать 60 календарных дней;
 - карточка предприятия по форме, установленной Страховщиком, подписанная индивидуальным предпринимателем.
- в) у Страхователей – резидентов Российской Федерации (физических лиц):
 - Паспорт гражданина РФ;
 - страховое свидетельство обязательного пенсионного страхования (при наличии);
 - свидетельство о постановке на учет физического лица в налоговом органе (при наличии).
- г) у Страхователей – нерезидентов Российской Федерации (юридических лиц):
 - документы, подтверждающие правоспособность Страхователя (регистрацию иностранного юридического лица);
 - положение о филиале, представительстве, в случае если Страхователь действует через филиал или представительство, созданные на территории Российской Федерации;
 - документы, подтверждающие регистрацию (аккредитацию) филиала иностранной организации и постановку его на учет в налоговых органах;
 - документ, подтверждающий наличие у филиала или представительства Страхователя статуса налогового резидента РФ или иностранного государства (данное требование распространяется на контрагентов, зарегистрированных в государствах или на территориях, включенных в Перечень государств и территорий, предоставляющих льготный режим налогообложения и (или) не предусматривающих раскрытия и предоставления информации при проведении финансовых операций (оффшорные зоны), утвержденный приказом Минфина России от 13.11.2007 №108н);
 - документы, подтверждающие полномочия лица, подписывающего Договор страхования от имени Страхователя.
- д) у Страхователей – нерезидентов Российской Федерации (физических лиц):
 - паспорт иностранного гражданина либо иной документ, установленный федеральным законом или признаваемый в соответствии с международным договором Российской Федерации в качестве документа, удостоверяющего личность;

- миграционную карту и документ, подтверждающий право иностранного гражданина на пребывание в Российской Федерации в случаях, когда наличие такого документа необходимо в соответствии с требованиями нормативных актов Российской Федерации.

Документы должны быть надлежащим образом легализованы.

Документы, составленные на иностранном языке, должны сопровождаться переводом на русский язык, верность которого удостоверена нотариусом.

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

8.3.1. Если Страхователем выступает физическое лицо:

- фамилия, имя, отчество Страхователя;
- фамилия, имя, отчество лица, подлежащего страхованию (если Договор страхования заключается в пользу третьего лица);
- возраст лица, подлежащего страхованию;
- домашний адрес и телефон лица, подлежащего страхованию;
- срок страхования;
- предполагаемый перечень видов медицинской помощи (Программа);
- предполагаемый перечень медицинских организаций;
- другие сведения, запрашиваемые Страховщиком, в том числе данные о заболеваниях, диагностированных на момент заключения Договора страхования и перенесённых ранее Застрахованным лицом (путём заполнения медицинской анкеты, заявления на страхование).

8.3.2. Если Страхователем выступает юридическое лицо:

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

Страхователь должен не позднее 5 (пяти) рабочих дней со дня подачи заявления предоставить Страховщику список лиц (Приложение 22), подлежащих страхованию, с указанием следующих обязательных сведений отдельно о каждом, включенном в него, лице:

- фамилия, имя, отчество;
- гражданство;
- дата и место рождения;
- адрес места жительства;
- сведения о документе, удостоверяющем личность (серия, номер, кем и когда выдан);
- Программ (если по Договору страхования предусмотрено несколько Программ).

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

8.4. Страховщик оставляет за собой право в каждом конкретном случае перед заключением Договора страхования запросить дополнительные сведения, необходимые для заключения Договора страхования, потребовать проведения предварительного медицинского освидетельствования страхуемых лиц за счет Страхователя или заполнения Страхователем анкеты (заявления на страхование), содержащей информацию о состоянии здоровья лиц, принимаемых на страхование, для оценки страхового риска.

Страховщик имеет право проверить достоверность сведений, указанных Страхователем, лицом, принимаемым на страхование в заявлении на страхование и (или) медицинской анкете (Приложение 19 к Правилам страхования).

В случае установления того, что Страхователь, лицо, принимаемое на страхование, сообщили недостоверные или неполные сведения, или лицу, принимаемому на страхование, требуется прохождение предварительного медицинского обследования, Страховщик имеет право отложить оформление Договора страхования до получения от Страхователя / медицинской организации дополнительной и (или) уточненной информации или результатов предварительного медицинского обследования. Страховщик направляет Страхователю письменное извещение о необходимости предоставления дополнительной и (или) уточненной информации или прохождения Застрахованным лицом предварительного медицинского обследования.

В случае отказа лица, принимаемого на страхование, от прохождения медицинского освидетельствования, Договор страхования может быть заключен только на условиях применения повышающего коэффициента **35,0** к базовому тарифу.

В зависимости от результатов предварительного медицинского освидетельствования или медицинского анкетирования Страховщик проводит оценку страхового риска и сообщает Страхователю об условиях, на которых может быть заключен Договор страхования.

8.5. Договор страхования может быть заключен путем составления одного подписанного сторонами документа – Договора страхования (Приложение 21 к Правилам страхования) либо вручения Страхователю, подписанного Страховщиком страхового полиса (Приложение 20 к Правилам

страхования), в том числе в виде электронного документа, подписанного усиленной квалифицированной электронной подписью Страховщика с соблюдением требований действующего законодательства Российской Федерации. Договор страхования, составленный в виде электронного документа, считается заключенным на предложенных Страховщиком условиях с момента уплаты Страхователем страховой премии (страхового взноса) после ознакомления с условиями, содержащимися в Договоре страхования и Правилах страхования, подтверждая тем самым свое согласие заключить этот Договор страхования на предложенных условиях.

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

Застрахованному лицу запрещается передавать страховой полис другим лицам с целью получения ими медицинской помощи по Договору страхования.

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

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

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

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

При наличии расхождений между положениями Договора страхования и настоящими Правилами страхования преимущественную силу имеют положения Договора страхования.

8.8. По Договору страхования Страховщик принимает на себя обязательства при наступлении страхового случая организовать предоставление медицинской помощи, и произвести оплату медицинской организации, или возместить расходы Застрахованному лицу, понесенные им по оплате медицинской помощи, необходимого объема и надлежащего качества в медицинских организациях, предусмотренных Договором страхования, в строгом соответствии с условиями Договора страхования и выбранной Программой. Страховщик гарантирует оплату медицинской помощи, предусмотренную Правилами страхования и соответствующими Программами, являющимися неотъемлемой частью Договора страхования, предоставляемую медицинской организацией в Российской Федерации и (или) за рубежом. Программой может быть предусмотрено получение Застрахованным лицом консультативной, диагностической, лечебной, реабилитационной, профилактической, фармакологической и иной помощи.

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

Медицинская организация, с которой Страховщик заключил соответствующий Договор, в случае отсутствия у нее по преискурantu и (или) роду деятельности (специализации) соответствующих услуг, 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.

8.9. Территория страхования – это территория, в пределах которой может произойти событие, предусмотренное Договором страхования, и которое будет рассматриваться Страховщиком в качестве страхового случая.

8.10. Территория страхования: весь мир, если в Договоре страхования не указано иное.

8.11. Изменение условий Договора страхования производится по обоюдному согласию Страхователя и Страховщика, если иное не предусмотрено действующим законодательством Российской Федерации, и оформляется дополнительным соглашением сторон, которое становится неотъемлемой частью Договора страхования.

8.12. Изменение условий Договора страхования возможно, в т.ч. в следующих случаях:

- при увеличении / уменьшении размера страховой суммы по Договору страхования;
- при увеличении / уменьшении срока действия Договора страхования;

- при изменении перечня страховых рисков по Договору страхования, в части исключения или дополнения какого-либо страхового риска;

- при изменении списка Застрахованных лиц по Договору страхования, в части исключения, включения, замены.

8.13. В случае изменения условий Договора страхования, предполагающих уплату дополнительной части страховой премии, дополнительный страховой взнос подлежит уплате в порядке и в сроки, предусмотренные Договором страхования, рассчитывается на основании страховых тарифов, указанных в Правилах страхования, на основании которых заключен Договор страхования.

Дополнительный страховой взнос уплачивается в валюте Российской Федерации.

При страховании с валютным эквивалентом, дополнительный страховой взнос уплачивается в валюте Российской Федерации по курсу Центрального Банка Российской Федерации, установленному для иностранной валюты на дату уплаты (перечисления) дополнительного страхового взноса, если иное не установлено Договором страхования.

8.14. В случае изменения условий Договора страхования, предполагающих возврат Страхователю части ранее уплаченной по Договору страхования страховой премии, Страховщик производит возврат части премии:

- рассчитанный пропорционально времени, в течение которого действовало страхование на прежних условиях, за вычетом расходов на ведение дела, предусмотренных структурой тарифной ставки;

- наличными деньгами или в безналичной форме путем перечисления на счет, указанный Страхователем, в течение 10 (десять) рабочих дней со дня подписания дополнительного соглашения.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

- 1) при передаче юридически значимого сообщения на руки адресату – со дня его вручения;
- 2) при передаче юридически значимого сообщения почтовой, телеграфной связью в случае наступления одного из следующих событий в зависимости от того, какое из них наступило ранее:
 - со дня вручения его адресату;

- отказа адресата от его получения;
- по истечению месяца со дня его поступления на объект почтовой связи, обслуживающий адресат, на который отправлено юридически значимое сообщение (в последних двух случаях юридически значимое сообщение считается доставленным, так как оно не было фактически получено адресатом по обстоятельствам, зависящим от него);

3) при передаче юридически значимого сообщения с помощью официального сайта Страховщика в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет» через личный кабинет Страхователя (Выгодоприобретателя, Застрахованного лица), а также с помощью электронной почты на электронный адрес Страхователя (Выгодоприобретателя, Застрахованного лица) – со дня его доставки по назначению.

8.23. Страхователь (Выгодоприобретатель) и Страховщик согласно абзаца 2 п. 1 статьи 432 Гражданского кодекса Российской Федерации договорились, что адреса (в т.ч. адрес электронной почты) данных лиц, указанные в Договоре страхования и в его письменном запросе, а также указанные в них для исполнения Договора страхования сведения о реквизитах банковских счетов этих лиц являются существенными условиями Договора страхования и подлежат изменению только в письменной форме путем односторонних сделок – направления юридически значимых сообщений согласно п.8.22. Правил страхования. При этом Договор страхования считается измененным в этой части со дня доставки юридически значимого сообщения адресату согласно п.8.22. Правил страхования.

В случае изменения адреса (в т.ч. адреса электронной почты), реквизитов банковского счета одной из сторон Договора страхования и не изменения этой стороной Договора страхования в данной части предусмотренным п.8.22.-8.23. Правил страхования способом, риск связанных с этим неблагоприятных последствий (в том числе риск убытков) несет сторона, чьи адрес и (или) реквизиты банковского счета изменились.

8.24. Срок действия Договора страхования устанавливается по соглашению сторон.

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

8.24.1. при уплате страховой премии по безналичному расчету – с даты, указанной в Договоре страхования, но не ранее 00 часов дня, следующего за днем поступления страховой премии (при единовременной уплате) или ее первого взноса (при уплате в рассрочку) на расчетный счет Страховщика;

8.24.2. при уплате страховой премии наличными денежными средствами – с даты, указанной в Договоре страхования, но не ранее с 00 часов дня, следующего за днем уплаты страховой премии (при единовременной уплате) или ее первого взноса (при уплате в рассрочку) представителю Страховщика или в кассу Страховщика.

8.25. Действие Договора страхования прекращается в следующих случаях:

8.25.1. в 24 часа 00 минут дня, указанного в Договоре страхования как дата его окончания (истечении срока действия Договора страхования), если Договором страхования не предусмотрено иное;

8.25.2. в связи со смертью Страхователя (Застрахованного лица) (в случае заключения Договора страхования в отношении нескольких Застрахованных лиц, Договор страхования прекращается в отношении данного Застрахованного лица);

8.25.3. ликвидации Страхователя – юридического лица или смерти Страхователя – физического лица, заключившего Договор страхования в пользу другого лица (Застрахованного лица), права и обязанности по данному Договору страхования переходят к Застрахованному лицу только с его согласия. При невозможности принятия Застрахованным лицом обязанностей по Договору страхования, права и обязанности Страхователя, переходящие к Застрахованному лицу, осуществляются лицами, несущими по действующему законодательству Российской Федерации обязанности по охране прав и законных интересов Застрахованного лица.

Если Застрахованное лицо или лицо, осуществляющее по действующему законодательству Российской Федерации обязанности по охране прав и законных интересов Застрахованного лица, отказалось от перехода к нему прав и обязанностей Страхователя, Договор страхования прекращается.

В случае оплаты страховой премии по Договору страхования Страхователем в полном объеме, Договор страхования действует до даты его окончания, согласия Застрахованного лица на переход к нему прав и обязанностей Страхователя не требуется.

8.25.4. При отказе Страхователя от Договора страхования.

Страхователь вправе отказаться от Договора страхования в любое время, если к моменту отказа возможность наступления страхового случая не отпала по обстоятельствам, иным, чем страховой случай.

Отказом Страхователя от Договора страхования, в частности является:

- неуплата Страхователем физическим лицом в установленные Договором страхования сроки очередного страхового взноса (при оплате страховой премии в рассрочку), а равно неуплата очередного страхового взноса в полном размере;

- полный отзыв согласия Страхователя (Застрахованного лица) физического лица на обработку его персональных данных.

8.25.4.1. В случае отказа Страхователя физического лица от Договора страхования в течение 14 (четырнадцать) календарных дней со дня его заключения независимо от причины отказа и от момента уплаты страховой премии, при отсутствии в данном периоде событий, имеющих признаки страхового случая, уплаченная страховая премия подлежит возврату в следующем порядке:

- в случае если Страхователь отказался от Договора страхования в течение 14 (четырнадцать) календарных дней со дня его заключения и до даты начала действия страхования, уплаченная страховая премия подлежит возврату Страхователю в полном объеме;

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

8.25.4.2. В случае отказа Страхователя (физического лица) от Договора страхования по истечении 14 (четырнадцать) календарных дней со дня его заключения, а также, в случае отказа Страхователя (юридического лица или индивидуального предпринимателя) от Договора страхования, при условии, если страхование вступило в силу, уплаченная страховая премия в соответствии со ст. 958 Гражданского кодекса Российской Федерации не подлежит возврату, если Договором страхования не предусмотрено иное.

В случае отказа Страхователя (физического лица) от Договора страхования по истечении 14 (четырнадцать) календарных дней со дня его заключения, а также, в случае отказа Страхователя (юридического лица или индивидуального предпринимателя) от Договора страхования, при условии, если страхование в силу не вступило, уплаченная страховая премия подлежит возврату в порядке, предусмотренном п.8.27. Правил страхования, если Договором страхования не предусмотрено иное.

8.25.4.3. Договор страхования считается прекратившим свое действие по основаниям, предусмотренным в пункте 8.25.4. Правил страхования, с даты получения Страховщиком письменного заявления Страхователя о досрочном расторжении Договора страхования или об отказе от Договора страхования.

8.25.5. При отказе Страховщика от Договора страхования.

Страховщик вправе отказаться от Договора страхования в соответствии со ст.328 и ст.450.1 Гражданского кодекса Российской Федерации (п.п.6.2.4.2.1.-6.2.4.2.2. Правил страхования).

8.25.6. По соглашению сторон, в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

8.25.7. В иных случаях, предусмотренных действующим законодательством Российской Федерации.

8.26. Если после заключения Договора страхования будет установлено, что Страхователь сообщил Страховщику заведомо ложные сведения об обстоятельствах, имеющих существенное значение для определения вероятности наступления страхового случая и размера возможных убытков от его наступления (страхового риска), Страховщик вправе потребовать признания Договора страхования недействительным и применения последствий, предусмотренных пунктом 2 статьи 179 Гражданского кодекса Российской Федерации. Страховщик не может требовать признания Договора страхования недействительным, если обстоятельства, о которых умолчал Страхователь, уже отпали.

8.27. В случае если Договором страхования предусмотрен возврат Страхователю части страховой премии, возврат страховой премии (части страховой премии) Страховщик производит по выбору Страхователя, наличными деньгами или в безналичной форме путем перечисления на счет, указанный Страхователем, в течение 10 (десять) рабочих дней со дня получения письменного заявления Страхователя о досрочном расторжении или об отказе от Договора страхования, за вычетом расходов на ведение дела (за исключением п. 8.25.4.1. Правил страхования и если иное не предусмотрено Договором страхования) и за минусом ранее произведенных выплат.

Если иное не предусмотрено Договором страхования, при страховании с валютным эквивалентом, возврат страховой премии (или ее части) производится в рублях по курсу Центрального банка Российской Федерации, установленному для данной валюты на дату уплаты страховой премии по Договору страхования.

8.28. Изменение и расторжение сторонами Договора страхования осуществляется в порядке, предусмотренном главой 29 Гражданского кодекса Российской Федерации. Действие досрочно прекращаемого Договора страхования заканчивается в 24 часа 00 минут дня, указанного как дата его досрочного прекращения.

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

8.30. По запросу Страхователя Страховщик один раз бесплатно предоставляет ему заверенный Страховщиком расчет суммы части страховой премии, подлежащей возврату при досрочном прекращении Договора страхования. К указанному расчету по запросу Страхователя прилагаются письменные или даются устные пояснения со ссылками на нормы права и (или) условия Договора страхования и Правил страхования.

9. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН ПО ДОГОВОРУ СТРАХОВАНИЯ

9.1. Застрахованное лицо имеет право:

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

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

9.1.3. на получение дубликата страхового полиса в случае его утраты;

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

9.2. Застрахованное лицо обязано:

9.2.1. соблюдать предписания лечащего врача, полученные в ходе предоставления медицинской помощи, соблюдать распорядок, установленный медицинской организацией;

9.2.2. не передавать страховой полис другим лицам, при его утрате немедленно сообщить Страховщику;

9.3. Страхователь (Застрахованное лицо, Выгодоприобретатель) обязан:

9.3.1. предоставить Страховщику полную и достоверную информацию о Застрахованном (ых) лице (ах), в том числе влияющую на определение степени страхового риска, необходимую для заключения Договора страхования;

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

9.3.3. ознакомить Застрахованных лиц с их правами и обязанностями по Договору страхования, с условиями получения медицинской помощи;

9.3.4. получить согласие Застрахованных лиц, а в случае, если Страхователем является физическое лицо, предоставить письменное согласие на обработку персональных данных Страховщиком, в том числе на обработку специальных категорий персональных данных, а также на трансграничную передачу персональных данных сообщенных Страховщику или полученных Страховщиком от третьих лиц, в соответствии с требованиями Федерального закона Российской Федерации от 27.07.2006 №152-ФЗ «О персональных данных».

9.3.5. предоставить Страховщику оригиналы письменных согласий Застрахованных лиц, указанные в п.9.3.4. Правил страхования, в течение пяти рабочих дней с даты получения письменного запроса от Страховщика.

9.4. Страхователь имеет право:

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

9.4.2. расширить список Застрахованных лиц по соглашению со Страховщиком в соответствии с условиями, изложенными в п.9.7. Правил страхования;

9.4.3. с согласия Застрахованного лица исключить его или члена его семьи из числа Застрахованных лиц и заменить другим или уменьшить общее число Застрахованных лиц;

9.4.4. в течение срока действия Договора страхования расширить или сократить перечень медицинских и иных услуг, гарантируемых Договором страхования, заключив дополнительное соглашение к Договору страхования. В случае увеличения перечня медицинских и иных услуг и (или) увеличения уровня страхового обеспечения Страхователь уплачивает дополнительный страховой взнос, установленный Страховщиком. Дополнительное соглашение к Договору страхования, если его условиями не предусмотрено иное, начинает действовать со дня уплаты дополнительного страхового взноса;

9.4.5. отказаться от Договора страхования в любое время, в порядке, предусмотренном Правилами страхования и действующим законодательством Российской Федерации;

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

9.4.7. запросить у Страховщика информацию о размере вознаграждения, выплачиваемого страховому агенту или страховому брокеру;

9.4.8. досрочно расторгнуть Договор страхования или отказаться от Договора страхования в порядке, предусмотренном Правилами страхования, Договором страхования и действующим законодательством Российской Федерации;

9.4.9. в течение срока действия Договора страхования как увеличить, так и уменьшить размер страховой суммы. При изменении страховой суммы сторонами Договора страхования заключается письменное дополнительное соглашение.

В случаях уменьшения страховой суммы, Страховщик возвращает Страхователю соразмерную часть уплаченной страховой премии за не истекший срок действия Договора страхования после подачи Страхователем соответствующего заявления за минусом расходов на ведение дела, предусмотренных структурой тарифной ставки, утвержденной Страховщиком.

В случаях увеличения страховой суммы Страхователь уплачивает дополнительную страховую премию за не истекший срок действия Договора страхования.

9.5. Страховщик обязан:

- 9.5.1. обеспечить конфиденциальность в отношениях со Страхователем и Застрахованным лицом;
- 9.5.2. обеспечить предоставление Застрахованному лицу медицинской помощи, гарантированной условиями Договора страхования;
- 9.5.3. обеспечить контроль объема, сроков и качества медицинской помощи в соответствии с условиями Договора страхования;
- 9.5.4. при выявлении нарушений проведения медицинских технологий, требований к объему, срокам и качеству медицинской помощи, санитарных норм и правил защищать интересы Застрахованных лиц;
- 9.5.5. после получения сообщения о наступлении события, имеющего признаки страхового случая, Страховщик обязан:
- 9.5.5.1. выяснить обстоятельства наступления страхового события;
- 9.5.5.2. после получения и рассмотрения необходимых документов, признания наступившего события страховым случаем и определения размера страховой выплаты, составить страховой акт (Приложение 24 к Правилам страхования) и произвести расчет суммы страхового возмещения;
- 9.5.5.3. по поступившему запросу проинформировать Страхователя (Выгодоприобретателя, Застрахованное лицо) о предусмотренных Договором страхования и (или) Правилами страхования форме и способах осуществления страховой выплаты, и порядке их изменения, направленных на обеспечение прав получателя страховых услуг на получение выплаты удобным для него способом из числа указанных в Договоре страхования;
- 9.5.6. принять решение о страховой выплате или об отказе в выплате в сроки, установленные Договором страхования;
- 9.5.7. в случае принятия решения об отказе в страховой выплате, письменно уведомить об этом Застрахованное лицо с мотивированным обоснованием причин отказа;
- 9.5.8. обеспечивать соблюдение требований к идентификации Страхователей (Выгодоприобретателей, Застрахованных лиц, получателей страховой выплаты), их представителей в целях противодействия легализации (отмыванию) доходов, полученных преступным путем, и финансированию терроризма при урегулировании требований о страховой выплате;
- 9.5.9. уведомить Страхователя о необходимости предоставления дополнительной и (или) уточненной информации или прохождения лицом, принимаемом на страхование предварительного медицинского обследования;
- 9.5.10. предоставить / направить Страхователю Правила страхования, оформить и вручить / направить Страхователю Договор страхования со всеми предусмотренными приложениями к нему, а также разъяснить Страхователю основные положения, содержащиеся в Правилах страхования и Договоре страхования. При этом, в случае направления вышеперечисленных документов посредством электронного документооборота, Страховщик обязан предоставить по требованию Страхователя текст документов на бумажном носителе;
- 9.5.11. при оплате страховой премии в рассрочку, проинформировать Страхователя о факте просрочки уплаты очередного страхового взноса или факте его уплаты не в полном объеме, а также о последствиях таких нарушений одним из следующих способов: путем рассылки SMS сообщения на имеющийся у Страховщика телефонный номер или путем письменного уведомления, в том числе с помощью официального сайта Страховщика через личный кабинет Страхователя (при наличии) путем электронного документооборота;
- 9.5.12. после получения сообщения о наступлении события, имеющего признаки страхового случая проинформировать Страхователя обо всех предусмотренных Договором страхования и (или) Правилами страхования необходимых действиях, с указанием на перечень документов, требуемых для рассмотрения вопроса о признании события страховым случаем, и определения размера страховой выплаты, а также о сроках проведения указанных действий и представления документов, о форме и способах осуществления страховой выплаты и порядке их изменения, направленных на обеспечение прав получателя страховых услуг на получение выплаты удобным для него способом из числа указанных в Договоре страхования;
- 9.5.13. в случае продления (приостановки) срока осуществления страховой выплаты по причинам, указанным в п.9.6.3. Правил страхования Страховщик обязан уведомить об этом лицо, обратившееся за страховой выплатой и запросить недостающие документы и сведения;
- 9.5.14. выплатить страховое возмещение в установленный Договором страхования срок;
- 9.5.15. по устному или письменному запросу Страхователя (Выгодоприобретателя, Застрахованного лица), в том числе полученному в электронной форме, в срок, не превышающий 30 (тридцати) дней с момента получения такого запроса, при условии возможности идентификации получателя страховых услуг в соответствии с требованиями Федерального закона от 27 июня 2006 года №152-ФЗ «О персональных данных», предоставить бесплатно:
- информацию о расчете суммы страховой выплаты;
 - исчерпывающую информацию и документы (в том числе копии документов и (или) выписки из них), на основании которых Страховщиком было принято решение о страховой выплате (за исключением документов, которые свидетельствуют о возможных противоправных действиях получателя страховых услуг, направленных на получение страховой выплаты);

- документы (в том числе копии документов и (или) выписки из них), обосновывающие решение об отказе в выплате страхового возмещения (за исключением документов, которые свидетельствуют о возможных противоправных действиях получателя страховых услуг, направленных на получение страховой выплаты);

9.5.16. по запросу Страхователя (Выгодоприобретателя) предоставить ему информацию о размере вознаграждения, выплачиваемого страховому агенту или страховому брокеру;

9.5.17. по запросу Страхователя (Застрахованного лица, Выгодоприобретателя) предоставить ему копии Договора страхования (страхового полиса) и копии иных документов, являющихся неотъемлемой частью Договора страхования (Правил страхования, программ, планов, дополнительных условий страхования и других документов в соответствии с условиями, указанными в Договоре страхования), за исключением информации, не подлежащей разглашению (персональные данные других застрахованных лиц, данные об уплаченных премиях по коллективным договорам страхования, условия страхования других категорий застрахованных лиц и пр.). При этом Страховщик обязан предоставить Страхователю копии указанных документов по действующим Договорам страхования бесплатно один раз.

9.6. Страховщик имеет право:

9.6.1. изменить по согласованию со Страхователем страховую сумму и взнос по Договору страхования при изменении цен на предоставляемую медицинскую помощь, а также статистики размера медицинских расходов при лечении различных видов заболеваний;

9.6.2. проверять сообщенную Страхователем информацию;

9.6.3. продлить (приостановить) срок выплаты страхового возмещения, предусмотренный Договором страхования, в случае не предоставления полных банковских реквизитов получателя страховой выплаты, а также других сведений, необходимых для осуществления страховой выплаты - до получения указанных сведений/документов, оформленных надлежащим образом;

9.6.4. для принятия решения о страховой выплате при необходимости:

9.6.4.1. запросить в медицинской организации документы, подтверждающие факт наступления страхового случая, а также потребовать от Застрахованного лица (Выгодоприобретателя, наследников Застрахованного лица) предоставления других документов, подтверждающих факт наступления и причину наступления страхового случая;

9.6.4.2. потребовать прохождения медицинского освидетельствования Застрахованного лица;

9.6.5. отсрочить принятие решение о выплате страхового возмещения, если течение срока урегулирования требования о страховой выплате началось до проведения медицинского освидетельствования Застрахованного лица. При этом течение данного срока приостанавливается до даты получения Страховщиком акта освидетельствования Застрахованного лица.

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

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

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

Страховые полисы лиц, исключаемых из списка Застрахованных лиц, возвращаются Страхователем Страховщику в течение 5 (пять) рабочих дней с момента увольнения Застрахованного лица, работающего у Страхователя по трудовому Договору.

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

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

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

Страхователь предоставляет Страховщику право осуществлять все действия (операции) с персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, обезличивание, блокирование, уничтожение. Страховщик

вправе обрабатывать персональные данные посредством включения их в электронные базы данных Страховщика.

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

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

Согласие Страхователя (Застрахованного лица) на обработку персональных данных действует в течение срока действия Договора страхования и в течение 5 (пяти) лет с момента окончания действия Договора страхования (если иное не установлено Договором страхования).

Страхователь вправе отозвать свое согласие посредством составления соответствующего письменного документа, который должен быть направлен в адрес Страховщика заказным письмом с уведомлением о вручении либо вручен лично под расписку уполномоченному представителю Страховщика. В случае поступления Страховщику от Страхователя письменного заявления об отзыве согласия на обработку персональных данных, согласие считается отозванным с даты поступления указанного заявления Страховщику, а Договор страхования считается прекращенным досрочно. После окончания срока действия Договора страхования (в том числе и при расторжении) или отзыва на обработку персональных данных Страховщик обязуется прекратить обработку персональных данных и уничтожить персональные данные Страхователя.

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

10. ПОРЯДОК ОБРАЩЕНИЯ ЗАСТРАХОВАННОГО ЛИЦА ЗА СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТОЙ. ПОРЯДОК ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЫ

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

10.2. Период ожидания – промежуток времени, по истечении которого свершившееся событие, предусмотренное Договором страхования, может быть рассмотрено в качестве страхового случая.

10.3. При наступлении страхового случая, предусмотренного Договором страхования, с целью организации медицинской помощи, Застрахованное лицо обращается к Страховщику по телефону врачебно-диспетчерской службы, указанному в Договоре страхования, либо непосредственно в медицинскую или иную организацию, предусмотренную Договором страхования.

В случае если по условиям Договора страхования Страховщик имеет право возмещать расходы, понесенные Застрахованным лицом в связи с наступлением страхового случая, непосредственно Страхователю (Застрахованному лицу, Выгодоприобретателю) Страхователь (Застрахованное лицо, Выгодоприобретатель) предоставляет Страховщику (в т.ч. с помощью официального сайта Страховщика в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет» через личный кабинет путем электронного документооборота) в течение 30 (тридцати) календарных дней со дня завершения лечения, приобретения лекарственных препаратов и (или) изделий медицинского назначения, оказания иных услуг (если иной срок не предусмотрен Договором страхования) документы, перечисленные в пп. 10.4.2.1.-10.4.2.8.

10.4. Размер страховой выплаты за оказанную Застрахованному лицу медицинскую помощь определяется исходя из стоимости оказания медицинской помощи Застрахованному лицу. Страховая выплата осуществляется следующим образом:

10.4.1. на основании счета (счета-фактуры) и акта выполненных работ медицинской или иной организацией за оказание медицинской помощи с приложением документа, обосновывающего сумму, указанную в акте выполненных работ, содержащего сведения о Застрахованном лице, номере его полиса, дат оказания услуг, диагнозе или коде диагноза по МКБ-10, перечня, количества и стоимости оказанных услуг, путем безналичного перечисления денежных средств на расчетный счет медицинской или иной организации.

10.4.2. посредством компенсации Страхователю (Застрахованному лицу) его документально подтвержденных затрат по оплате медицинских и иных услуг, включенных в Программу если это предусмотрено Договором страхования и Программой. В этом случае, с целью подтверждения события, имеющего признаки страхового случая и получения выплаты страхового возмещения, Страхователь и (или) Выгодоприобретатель предоставляет Страховщику следующие документы:

10.4.2.1. копию паспорта Застрахованного лица (страница с личными данными и регистрацией по месту жительства; если Застрахованным лицом является несовершеннолетнее лицо дополнительно предоставляется копия паспорта законного представителя Застрахованного лица, подавшего заявление о выплате страхового возмещения и копия свидетельства о рождении Застрахованного лица или копия иного документа, подтверждающего право действовать в интересах Застрахованного лица);

10.4.2.2. документы, необходимые для идентификации Выгодоприобретателя / Застрахованного лица / получателя страховой выплаты (в случае, если на этапе заключения Договора страхования идентификация указанных лиц не осуществлялась). При обращении за выплатой представителя Страхователя и (или) Выгодоприобретателя у него должна быть надлежащим образом оформленная доверенность на получение страхового возмещения. При обращении за выплатой наследников Страхователя, Застрахованного лица, Выгодоприобретателя, дополнительно необходимо представить Свидетельство о праве на наследство;

10.4.2.3. полные банковские реквизиты получателя страховой выплаты для перечисления страховой выплаты (при получении выплаты страхового возмещения в безналичной форме);

10.4.2.4. заявление о выплате страхового возмещения (далее – заявление о выплате) Застрахованного лица (Страхователя и (или) Выгодоприобретателя) (Приложение 23 к Правилам страхования);

10.4.2.5. для возмещения стоимости оплаченных медицинских и иных услуг – оригиналы документов, подтверждающих оплату медицинской помощи, оказанной медицинской организацией (квитанция, кассовый чек, справка медицинской организации о предоставлении медицинских и иных услуг с указанием дат обращения, жалоб, диагноза, срока лечения, назначений);

10.4.2.6. для возмещения расходов, произведенных Застрахованным лицом на приобретение средств лекарственного обеспечения – оригиналы документов, подтверждающих расходы и их обоснованность (оригиналы документа, подтверждающих их назначение лечащим врачом медицинской организации, кассовый чек или иной документ подтверждающий оплату в фармацевтическую или иную организацию). Предоставляемые документы должны быть надлежаще заверены: содержать печать медицинской организации, фармоорганизации, печать врача.

10.4.2.7. для возмещения расходов по оплате медицинской эвакуации (репатриации) – документы, подтверждающие факт оплаты данных услуг, при репатриации также предоставляется медицинское свидетельство о смерти, а при невозможности, иной медицинский документ, содержащий информацию о причине смерти Застрахованного лица, в том числе справка о смерти с указанием причины, а также свидетельства о смерти, выдаваемого органами записи актов гражданского состояния, счетов организаций, осуществляющих транспортировку с разбивкой по датам и стоимости оказанных услуг.

10.4.2.8. в случае если Застрахованное лицо обращалось за получением медицинской помощи в зарубежную медицинскую или иную организацию необходимо предоставить документы, перечисленные в п.п.10.4.2.5-10.4.2.7. при этом документы, составленные на иностранном языке, должны сопровождаться переводом на русский язык, верность которого удостоверена нотариусом. Все расходы по сбору и переводу данных документов несет получатель страховой выплаты.

10.5. При наступлении страхового случая, предусмотренного Договором страхования, в случае самостоятельной оплаты Застрахованным лицом медицинской помощи, Страховщик обязан в срок не более 10 (десяти) рабочих дней после получения всех необходимых документов и сведений (если иное не предусмотрено Договором страхования) перечисленных в п.п.10.4.2.1.-10.4.2.8. Правил страхования, составить страховой акт (Приложение 24 к Правилам страхования), либо принять решение об отказе в выплате страхового возмещения.

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

10.5.2. В случае принятия решения об отказе в выплате Страховщик в течение 3 (трех) рабочих дней после принятия решения об отказе направляет Страхователю (Выгодоприобретателю, Застрахованному лицу) письменное уведомление с мотивированным обоснованием причин отказа в выплате страхового возмещения (в т.ч. с помощью официального сайта Страховщика в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет» путем электронного документооборота) со ссылками на нормы права и (или) условия Договора страхования и Правил страхования, на основании которых принято решение об отказе. Отказ Страховщика произвести страховую выплату может быть обжалован Страхователем (Выгодоприобретателем) в порядке, предусмотренном действующим законодательством Российской Федерации.

10.5.3. Отказ Страховщика произвести страховую выплату может быть обжалован Страхователем (Выгодоприобретателем) в порядке, предусмотренном действующим законодательством Российской Федерации.

10.5.4. В случае непредставления/неверного представления банковских реквизитов, а также других сведений, необходимых для осуществления страховой выплаты в безналичном порядке Страховщик имеет право продлить (приостановить) срок осуществления страховой выплаты до получения Страховщиком указанных сведений. При этом Страховщик обязан уведомить лицо, обратившееся за страховой выплатой, о факте приостановки срока осуществления страховой выплаты и запросить недостающие документы и сведения.

10.6. Для получения медицинской помощи Застрахованное лицо обращается в медицинские организации, предусмотренные Договором страхования, или к Страховщику по контактными телефонам, указанным в страховом полисе.

10.7. При обращении в медицинскую организацию Застрахованное лицо предъявляет паспорт или иной документ, удостоверяющий его личность, страховой полис и (или) направление и другие документы, оговоренные Договором с медицинской организацией. Информация о перечне документов, необходимых при обращении в медицинскую организацию доводится до Застрахованных лиц при получении страхового полиса, либо при заключении Договора страхования.

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

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

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

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

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

11. ПОРЯДОК РАЗРЕШЕНИЯ СПОРОВ

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

- проведение переговоров – при этом лицо, считающее, что его права нарушены, обязано направить письменное уведомление о проведении переговоров, обеспечив вручение адресату уведомления о дате, времени и месте переговоров за 7 (семь) дней до дня переговоров;
- при недостижении соглашения по предмету спора в процессе переговоров обязательным является направление письменной претензии (заявления) (в т.ч. с помощью официального сайта Страховщика в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет» путем электронного документооборота), с указанием причин несогласия с действиями (бездействием) оппонента, мотивированных доводов по предъявляемым требованиям.

11.2. Срок рассмотрения претензий (заявлений) и подсудность:

11.2.1. Для юридических лиц, индивидуальных предпринимателей, иных лиц, не являющихся потребителями согласно Закона РФ от 07.02.1992 №2300-1 «О защите прав потребителей» (в отношении лиц, упомянутых в ч.3 ст.2 Федерального закона РФ от 04.06.2018 №123-ФЗ «Об уполномоченном по правам потребителей финансовых услуг», данные вопросы определены в п.11.2.2 настоящих Правил страхования), срок рассмотрения претензии составляет 30 (тридцать) дней со дня получения претензии. В случае неудовлетворения претензии споры с лицами, указанными в настоящем пункте Правил страхования, разрешаются в судебном порядке в Арбитражном суде по подсудности, предусмотренной действующим законодательством Российской Федерации.

11.2.2. Для физических лиц, являющихся потребителями согласно Закона РФ от 07.02.1992 №2300-1 «О защите прав потребителей», а также для иных лиц, которым перешли права требования потребителя финансовых услуг к финансовой организации (ч.3 ст.2 Федерального закона РФ от 04.06.2018 №123-ФЗ «Об уполномоченном по правам потребителей финансовых услуг») срок рассмотрения претензий (электронного заявления в соответствии с положениями Федерального

закона РФ от 04.06.2018 №123-ФЗ «Об уполномоченном по правам потребителей финансовых услуг»¹⁾ составляет:

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

- в иных случаях 30 (тридцать) дней.

В случае неудовлетворения претензий / заявлений лиц, указанных в настоящем пункте Правил страхования, споры разрешаются в судебном порядке в суде по установленной подсудности.

11.2.3. При решении спорных вопросов положения договора страхования имеют преимущественную силу по отношению к Правилам страхования.

11.2.4. Иск по требованиям, вытекающим из договора страхования, может быть предъявлен в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

¹⁾Положения Федерального закона РФ от 04.06.2018 №123-ФЗ «Об уполномоченном по правам потребителей финансовых услуг» (далее – Федеральный закон) применяются с 01.06.2019 (в том числе к договорам страхования, заключенным до 03.09.2018), если действующим законодательством РФ не будет изменен срок применения соответствующих положений указанного Федерального закона.

До 01.06.2019 применяется общий порядок рассмотрения претензии – 30 дней с даты получения претензии Страховщиком.

ПРОГРАММА - «Скорая и неотложная медицинская помощь» (далее – Программа №1)

1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

Программа №1 разработана на основании Правил страхования.

Программа №1 является неотъемлемой частью Договора страхования и регламентирует:

- перечень медицинской помощи оказываемой в рамках Программы №1;
- порядок обращения Застрахованных лиц за медицинской помощью.

В соответствии с Программой №1 Страховщик гарантирует оплату организации и оказания медицинской помощи при остром заболевании, обострении хронического заболевания, инфекции, травме, отравлении и других состояниях требующих специализированной скорой и неотложной медицинской помощи (далее – СМП), оказываемой на дому или по месту нахождения Застрахованного лица, медицинской организацией, выбранной Страхователем (Застрахованным лицом) из числа имеющих Договоры со Страховщиком в объеме, предусмотренном Программой добровольного медицинского страхования к Договору страхования.

2. ОБЪЕМ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

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

- возможность круглосуточного обращения за СМП;
- незамедлительный выезд специализированных бригад СМП;
- строгое ограничение времени доезда транспорта СМП с учетом местонахождения Застрахованного лица;

- оказание высококвалифицированной медицинской помощи бригадой СМП укомплектованной необходимыми специалистами, оборудованием, инструментарием и медикаментами в зависимости от характера и объемов медицинской помощи;

- проведение всех инвазивных процедур и манипуляций;
- лечение острых синдромов и симптомов заболеваний, urgentных состояний, консультация в объемах скорой неотложной медицинской помощи квалифицированными специалистами;
- транспортировка медицинским транспортом или иным транспортным средством, в том числе и с медицинским сопровождением.

3. ИСКЛЮЧЕНИЯ ИЗ ОБЪЕМА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Если иное не предусмотрено Договором страхования, не являются страховыми рисками и не признаются страховыми случаями, случаи, указанные в Разделе 5 Правил страхования.

В случаях выявления перечисленных в Разделе 5 Правил страхования заболеваний и состояний Застрахованное лицо направляется в специализированные организации, где проходит лечение на общих основаниях без оплаты медицинской помощи за счет средств добровольного медицинского страхования.

4. ПОРЯДОК ОБРАЩЕНИЯ ЗАСТРАХОВАННЫХ ЛИЦ ЗА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩЬЮ

Застрахованное лицо обращается в медицинскую организацию, предусмотренную Договором страхования, самостоятельно, либо в диспетчерскую службу Страховщика по телефону.

При обращении в медицинскую организацию, Застрахованное лицо должно предъявить страховой полис и (или) направление Страховщика, а также паспорт или иное удостоверение личности. Передача страхового полиса другому лицу запрещается, а оказанные этому лицу медицинские и иные услуги оплате Страховщиком не подлежат.

Все вопросы, связанные с получением Застрахованным лицом медицинской помощи, адресуются во врачебно-диспетчерскую службу Страховщика.

5. СТРАХОВАЯ СУММА

Размер страховой выплаты определяется исходя из стоимости оказания медицинской помощи Застрахованному лицу по Программе №1 и не может превышать лимита ответственности (страховой суммы) Страховщика указанной в Договоре страхования.

ПРОГРАММА - «Амбулаторная помощь» (далее – Программа №2)

1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

Программа №2 разработана на основании Правил страхования.

Программа №2 является неотъемлемой частью Договора страхования и регламентирует:

- перечень медицинской помощи оказываемой в рамках Программы №2;
- порядок обращения Застрахованных лиц за медицинской помощью.

В соответствии с Программой №2 Страховщик гарантирует оплату организации и оказания медицинской помощи, оказываемой на дому, по месту работы Застрахованных лиц, в медицинской организации, в объеме, предусмотренном Программой добровольного медицинского страхования к Договору страхования.

2. ОБЪЕМ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

При заключении Договора страхования на базовых условиях Программа №2 включает в себя:

2.1. Амбулаторный прием и консультации врачей по специальностям: терапия, педиатрия, хирургия, офтальмология, отоларингология, дерматология, неврология, урология, кардиология, эндокринология и др.

2.2. Лабораторные исследования: серологические, общеклинические, биохимические, иммунологические, микроскопические, бактериологические и другие виды лабораторных исследований.

2.3. Инструментальные исследования: функциональная диагностика (электрокардиография (ЭКГ), электроэнцефалография (ЭЭГ), суточное мониторирование артериального давления (СМАД), холтеровское мониторирование и др.); ультразвуковая диагностика; рентгенологические методы исследования (флюорография, рентгеноскопия, рентгенография, маммография, компьютерная томография (КТ) и др.); высокотехнологичные (магнитно-резонансная томография (МРТ), радионуклидные исследования и др.)

2.4. Процедуры, манипуляции и методы лечения: инъекции, вливания, блокады, все виды массажа, галотерапия, иглоукалывание, мануальная терапия, гирудотерапия, бальнеологические процедуры, занятия лечебной физической культурой (ЛФК), физиотерапевтическое лечение (электролечение, светолечение, теплолечение, ингаляции, баротерапия и др.) и другие виды.

2.5. Помощь на дому предоставляется Застрахованным лицам, которые по состоянию здоровья и характеру заболевания не могут посещать амбулаторно-поликлинические организации и нуждаются в постельном режиме: первичные и повторные осмотры Застрахованного лица врачом любой специализации на дому, забор материалов и проведение функциональных исследований на дому по медицинским показаниям.

Дополнительная медицинская помощь, оказываемая в рамках Программы №2:

2.6. Дневной стационар.

2.7. Иммунопрофилактика.

2.8. Вакцинация.

2.9. Прием и консультации врача в офисе Страхователя с оформлением и ведением медицинской документации.

2.10. Медицинская помощь, предоставляемая с использованием информационно-коммуникационных технологий.

2.11. Консультации специалистами кафедр медицинских ВУЗов и научно-исследовательских организаций.

3. ИСКЛЮЧЕНИЯ ИЗ ОБЪЕМА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Если иное не предусмотрено Договором страхования, не являются страховыми рисками и не признаются страховыми случаями, случаи, указанные в Разделе 5 Правил страхования.

В случаях выявления перечисленных в Разделе 5 Правил страхования заболеваний и состояний Застрахованное лицо направляется в специализированные организации, где проходит лечение на общих основаниях без оплаты медицинской помощи за счет средств добровольного медицинского страхования.

4. ПОРЯДОК ОБРАЩЕНИЯ ЗАСТРАХОВАННЫХ ЛИЦ ЗА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩЬЮ

При наступлении страхового случая Застрахованное лицо обращается в одну из медицинских организаций, предусмотренных Договором страхования самостоятельно, либо в диспетчерскую службу Страховщика по телефону.

При обращении в медицинскую организацию Застрахованное лицо должно предъявить страховой полис и (или) направление Страховщика, а также паспорт или иное удостоверение

личности. Передача страхового полиса другому лицу запрещается, а оказанные этому лицу медицинские и иные услуги оплате Страховщиком не подлежат.

При отсутствии у медицинской организации необходимых специалистов или диагностической аппаратуры Застрахованному лицу могут осуществляться консультации и исследования в другой медицинской организации из числа сотрудничающих со Страховщиком.

Все вопросы, связанные с получением Застрахованным лицом медицинской помощи, адресуются во врачебно-диспетчерскую службу Страховщика.

5. СТРАХОВАЯ СУММА

Размер страховой выплаты определяется исходя из стоимости оказания медицинской помощи Застрахованному лицу по Программе №2 и не может превышать лимита ответственности (страховой суммы) Страховщика указанной в Договоре страхования.

ПРОГРАММА - «Терапевтический стационар» (далее – Программа №3)

1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

Программа №3 разработана на основании Правил страхования.

Программа №3 является неотъемлемой частью Договора страхования и регламентирует:

- перечень медицинской помощи оказываемой в рамках Программы №3;
- порядок обращения Застрахованных лиц за медицинской помощью.

В соответствии с Программой №3 Страховщик гарантирует оплату организации и оказания медицинской помощи (консультативной, лечебной, профилактической, восстановительной и иной помощи) Застрахованному лицу в медицинской организации в условиях стационара терапевтического профиля по поводу заболеваний, не нуждающихся в хирургической коррекции в объеме, предусмотренном Программой добровольного медицинского страхования к Договору страхования.

2. ОБЪЕМ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

При заключении Договора страхования на базовых условиях Программа №3 включает в себя:

2.1. Консультации врачей по специальностям: терапия, педиатрия, офтальмология, отоларингология, дерматология, неврология, урология, кардиология, эндокринология, хирургия и др. по показаниям.

2.2. Предоставление места в стационаре.

2.3. Проведение лечебно-диагностических мероприятий, в том числе с использованием высокотехнологичных методов исследования.

2.4. Лечение в отделении интенсивной терапии, оказание реанимационных мероприятий.

2.5. Лечебно-диагностические процедуры и манипуляции: инъекции, вливания, блокады, все виды массажа, галотерапия, иглоукалывание, мануальная терапия, гирудотерапия, бальнеологические процедуры, занятия лечебной физической культурой (ЛФК), физиотерапевтическое лечение (электролечение, светолечение, теплолечение, ингаляции, баротерапия и др.) и другие виды, необходимые для лечения заболевания, послужившего причиной госпитализации.

2.6. Транспортировку медицинским транспортом или иным транспортным средством, в том числе с медицинским сопровождением.

2.7. Сопровождение Застрахованного лица при проведении обследований и консультаций в медицинской организации персоналом лечебного учреждения.

2.8. Оформление и выдача медицинской документации.

Застрахованному лицу по Программе №3 гарантируется оплата организации и оказания медицинских и иных услуг при лечении в условиях стационара, включая:

- стоимость медицинского обслуживания и иных медицинских услуг;
- стоимость койко-дня (расходы на питание Застрахованного лица по назначенной лечебной диете, оказание медицинских и иных услуг, медикаментов (лекарственных препаратов) и средств медицинского ухода). Под койко-днем понимается день, проведенный Застрахованным лицом в условиях стационара медицинской организации.

Дополнительная медицинская помощь, оказываемая в рамках Программы №3:

2.9. Консультации специалистами кафедр медицинских ВУЗов и научно-исследовательских организаций.

2.10. Предоставление места в стационаре по возможности в одно - двухместной палате.

2.11. Индивидуальный медицинский пост.

2.12. Услуги сиделки.

2.13. Лечение в реабилитационно-восстановительном отделении.

2.14. Профилактика осложнений заболевания, послужившего причиной госпитализации.

2.15. Услуги переводчика в период получения медицинских и иных услуг.

2.16. Совместное нахождение родителя, опекуна, законного представителя или иного лица с Застрахованным лицом в стационарных условиях. Данная услуга включает в себя организацию предоставления одному сопровождающему лицу койко-места в стационаре без лечения. В стоимость койко-дня при этом входит: стоимость проживания (при этом, количество койко-дней сопровождающего лица не может быть более количества койко-дней пребывания Застрахованного лица в отделении стационара), расходы на стандартное питание.

2.17. Репатриация тела Застрахованного лица в случае его смерти. Под репатриацией тела понимается перевозка останков Застрахованного лица до ближайшего к месту жительства международного аэропорта страны постоянного проживания, если смерть произошла на территории

иностранного государства, или до ближайшего административного центра постоянного места жительства, если смерть произошла на территории РФ.

3. ИСКЛЮЧЕНИЯ ИЗ ОБЪЕМА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Если иное не предусмотрено Договором страхования, не являются страховыми рисками и не признаются страховыми случаями, случаи, указанные в Разделе 5 Правил страхования.

В случаях выявления перечисленных в Разделе 5 Правил страхования заболеваний и состояний Застрахованное лицо направляется в специализированные организации, где проходит лечение на общих основаниях без оплаты медицинской помощи за счет средств добровольного медицинского страхования.

4. ПОРЯДОК ОБРАЩЕНИЯ ЗАСТРАХОВАННЫХ ЛИЦ ЗА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩЬЮ

При наступлении страхового случая Застрахованное лицо обращается в одну из медицинских организаций, предусмотренных Договором страхования самостоятельно, либо в диспетчерскую службу Страховщика по телефону, указанному в страховом полисе ДМС.

4.1. Плановая госпитализация производится при наличии следующих документов:

- страхового полиса и (или) направления Страховщика;
- направления врача медицинской организации;
- паспорта или иного документа, удостоверяющего личность;
- медицинской документации (результаты обследований, рентгеновские снимки и т.д.), на основании которой сделано заключение о необходимости лечения в стационаре.

4.2. Экстренная госпитализация производится при наличии следующих документов:

- страхового полиса и (или) направления Страховщика;
- паспорта или иного документа, удостоверяющего личность.

Передача страхового полиса другому лицу запрещается, а оказанные этому лицу медицинские и иные услуги оплате Страховщиком не подлежат.

Все вопросы, связанные с получением Застрахованным лицом медицинской помощи, адресуются во врачебно-диспетчерскую службу Страховщика.

5. СТРАХОВАЯ СУММА

Размер страховой выплаты определяется исходя из стоимости оказания медицинской помощи Застрахованному лицу по Программе №3 и не может превышать лимита ответственности (страховой суммы) Страховщика указанной в Договоре страхования.

ПРОГРАММА - «Хирургический стационар» (далее – Программа №4)

1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

Программа №4 разработана на основании Правил страхования.

Программа №4 является неотъемлемой частью Договора страхования и регламентирует:

- перечень медицинской помощи оказываемой в рамках Программы №4;
- порядок обращения Застрахованного лица за медицинской помощью.

В соответствии с Программой №4 Страховщик гарантирует оплату организации и оказания медицинской помощи при лечении Застрахованного лица в условиях стационара хирургического профиля в объеме, предусмотренном Программой добровольного медицинского страхования к Договору страхования.

2. ОБЪЕМ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

При заключении Договора страхования на базовых условиях Программа №4 включает в себя:

2.1. Консультации врачей по специальностям: терапия, педиатрия, офтальмология, отоларингология, дерматология, неврология, урология, кардиология, эндокринология и др. по показаниям.

2.2. Предоставление места в стационаре.

2.3. Проведение лечебно-диагностических мероприятий, в том числе с использованием высокотехнологичных методов исследования.

2.4. Лечебно-диагностические процедуры и манипуляции: инъекции, вливания, блокады, все виды массажа, галотерапия, иглоукалывание, мануальная терапия, гирудотерапия, бальнеологические процедуры, занятия лечебной физической культурой (ЛФК), физиотерапевтическое лечение (электролечение, светолечение, теплолечение, ингаляции, баротерапия и др.) и другие виды, необходимые для лечения заболевания, послужившего причиной госпитализации.

2.5. Хирургическая помощь.

2.6. Оперативное лечение.

2.7. Лечение в отделении интенсивной терапии, оказание реанимационных мероприятий.

2.8. Транспортировку медицинским транспортом или иным транспортным средством, в том числе с медицинским сопровождением.

2.9. Сопровождение Застрахованного лица при проведении обследований и консультаций в медицинской организации персоналом лечебного учреждения.

2.10. Оформление и выдача медицинской документации.

Застрахованному лицу по Программе №4 гарантируется оплата организации и оказания медицинских и иных услуг при лечении в условиях хирургического стационара, включая:

- стоимость медицинского обслуживания и иных медицинских услуг;
- стоимость койко-дня (расходы на питание Застрахованного лица по назначенной лечебной диете, оказание медицинских и иных услуг, медикаментов (лекарственных препаратов) и средств медицинского ухода). Под койко-днем понимается день, проведенный Застрахованным лицом в условиях стационара медицинской организации;

Дополнительная медицинская помощь, оказываемая в рамках Программы №4:

2.11. Консультации специалистами кафедр медицинских ВУЗов и научно-исследовательских организаций.

2.12. По медицинским показаниям оплата стоимости медицинских изделий специального назначения (эндопротезы, протезы, импланты, стенты и др.), необходимых для восстановления, замещения, изменения анатомической структуры или физиологических функций организма.

2.13. Предоставление места в стационаре по возможности в одно - двухместной палате.

2.14. Индивидуальный медицинский пост.

2.15. Услуги сиделки.

2.16. Лечение в реабилитационно-восстановительном отделении.

2.17. Услуги переводчика в период получения медицинских и иных услуг.

2.18. Совместное нахождение родителя, опекуна, законного представителя или иного лица с Застрахованным лицом в стационарных условиях. Данная услуга включает в себя организацию предоставления одному сопровождающему лицу койко-места в стационаре без лечения. В стоимость койко-дня при этом входит: стоимость проживания (при этом, количество койко-дней сопровождающего лица не может быть более количества койко-дней пребывания Застрахованного лица в отделении стационара), расходы на стандартное питание.

2.19. Репатриация тела Застрахованного лица в случае его смерти. Под репатриацией тела понимается перевозка останков Застрахованного лица до ближайшего к месту жительства международного аэропорта страны постоянного проживания, если смерть произошла на территории иностранного государства, или до ближайшего административного центра постоянного места жительства, если смерть произошла на территории РФ.

3. ИСКЛЮЧЕНИЯ ИЗ ОБЪЕМА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Если иное не предусмотрено Договором страхования, не являются страховыми рисками и не признаются страховыми случаями, случаи, указанные в Разделе 5 Правил страхования.

В случаях выявления перечисленных в Разделе 5 Правил страхования заболеваний и состояний Застрахованное лицо направляется в специализированные организации, где проходит лечение на общих основаниях без оплаты медицинской помощи за счет средств добровольного медицинского страхования.

4. ПОРЯДОК ОБРАЩЕНИЯ ЗАСТРАХОВАННЫХ ЛИЦ ЗА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩЬЮ

При наступлении страхового случая Застрахованное лицо обращается в одну из медицинских организаций, предусмотренных Договором страхования самостоятельно, либо в диспетчерскую службу Страховщика по телефону.

4.1. Плановая госпитализация производится при наличии следующих документов:

- страхового полиса и (или) направления Страховщика;
- направления врача медицинской организации;
- паспорта или иного документа, удостоверяющего личность;
- медицинской документации (результаты обследований, рентгеновские снимки и т.д.), на основании которой сделано заключение о необходимости лечения в стационаре.

4.2. Экстренная госпитализация производится при наличии следующих документов:

- страхового полиса и (или) направления Страховщика;
- паспорта или иного документа, удостоверяющего личность.

Передача страхового полиса другому лицу запрещается, а оказанные этому лицу медицинские и иные услуги оплате Страховщиком не подлежат.

Все вопросы, связанные с получением Застрахованным лицом медицинской помощи, адресуются во врачебно-диспетчерскую службу Страховщика.

5. СТРАХОВАЯ СУММА

Размер страховой выплаты определяется исходя из стоимости оказания медицинской помощи Застрахованному лицу по Программе №4 и не может превышать лимита ответственности (страховой суммы) Страховщика указанной в Договоре страхования.

ПРОГРАММА – «Лекарственное обеспечение» (далее – Программа №5)

1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

Программа №5 разработана на основании Правил страхования.

Программа №5 является неотъемлемой частью Договора страхования.

В соответствии с Программой №5 Страховщик гарантирует частичную или полную компенсацию расходов на лекарственное обеспечение, назначенное врачом медицинской организации, предусмотренной Договором страхования, в организациях, осуществляющих фармацевтическую деятельность (далее – фармацевтические организации), а также иных организациях, реализующих лекарственные препараты и (или) медицинские изделия (далее – иные организации). Договором страхования может быть предусмотрена организация и оплата доставки различных видов лекарственного обеспечения.

2. ОБЪЕМ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

При заключении Договора страхования на базовых условиях Программа №5 включает в себя:

2.1. Предоставление лекарственного обеспечения, назначенного лечащим врачом при амбулаторном и стационарном лечении: лекарственные средства/препараты, медицинские изделия, продуктов лечебного питания, минеральных вод, биологически активных добавок, а также иных средств и предметов медицинского назначения.

Дополнительные услуги в рамках Программы:

2.2. организация и оплата доставки различных видов лекарственного обеспечения к месту нахождения Застрахованного лица, если Застрахованное лицо по состоянию здоровья не имеет возможности самостоятельно получить их непосредственно в фармацевтической или иной организации.

Страховщик не оплачивает Застрахованному лицу или фармацевтической или иной организации стоимость лекарственного обеспечения в случаях их приобретения:

- без назначения врача медицинской организации;
- по назначению врача медицинской организации, не определённой Договором страхования, и (или) не согласованной со Страховщиком.

3. ПОРЯДОК ОБРАЩЕНИЯ ЗАСТРАХОВАННЫХ ЛИЦ ЗА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩЬЮ

3.1. Для получения любого вида лекарственного обеспечения Застрахованное лицо предъявляет в фармацевтическую или иную организацию, из числа указанных в Договоре страхования по настоящей Программе, рецепт, выписанный лечащим врачом медицинской организации, из числа предусмотренных Договором страхования и (или) согласованной со Страховщиком, а также страховой полис и документ удостоверяющий личность.

3.2. При отсутствии у Страховщика возможности организовать получение Застрахованным лицом средств лекарственного обеспечения в порядке, установленном п.3.1. Программы, для возмещения расходов, произведенных Застрахованным лицом на их приобретение, Застрахованное лицо обращается к Страховщику с письменным заявлением о необходимости выплаты страхового возмещения с приложением следующих документов:

3.2.1. копии паспорта Застрахованного лица (страница с личными данными и регистрацией по месту жительства; если Застрахованным лицом является несовершеннолетнее лицо дополнительно предоставляется копия паспорта законного представителя Застрахованного лица, подавшего заявление о выплате страхового возмещения и копия свидетельства о рождении Застрахованного лица или копия иного документа, подтверждающего право действовать в интересах Застрахованного лица);

3.2.2. оригиналов документов, подтверждающих расходы и их обоснованность (оригиналы документа, подтверждающих их назначение лечащим врачом медицинской организации, кассовый чек или иной документ подтверждающий оплату в фармацевтическую или иную организацию). Предоставляемые документы должны быть соответствующе заверены: содержать печать медицинской организации, фармоорганизации, печать врача.

3.2.3. в случае если Застрахованное лицо обращалось за получением медицинской помощи в зарубежную медицинскую или иную организацию необходимо предоставить документы, перечисленные в п.3.2.2. Программы. При этом документы, составленные на иностранном языке, должны сопровождаться переводом на русский язык, верность которого удостоверена нотариусом. Все расходы по сбору и переводу данных документов несет получатель страховой выплаты.

4. ИСКЛЮЧЕНИЯ ИЗ ОБЪЕМА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Если иное не предусмотрено Договором страхования, не являются страховыми рисками и не признаются страховыми случаями, случаи, указанные в Разделе 5 Правил страхования.

В случаях выявления перечисленных в Разделе 5 Правил страхования заболеваний и состояний Застрахованное лицо направляется в специализированные организации, где проходит лечение на общих основаниях без оплаты медицинской помощи за счет средств добровольного медицинского страхования.

5. СТРАХОВАЯ СУММА

Размер страховой выплаты определяется исходя из стоимости оказания медицинской помощи Застрахованному лицу по Программе №5 и не может превышать лимита ответственности (страховой суммы) Страховщика указанной в Договоре страхования.

ПРОГРАММА - «Санаторно-курортное и реабилитационно-восстановительное лечение»
(далее – Программа №6)

1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

Программа №6 разработана на основании Правил страхования.

Программа №6 является неотъемлемой частью Договора страхования и регламентирует:

- перечень медицинской помощи оказываемой в рамках Программы №6;
- порядок обращения Застрахованных лиц за медицинской помощью.

В соответствии с Программой №6 Страховщик гарантирует предоставление и оплату медицинской помощи, оказываемой в медицинских организациях, оказывающих санаторно-курортное и (или) реабилитационно-восстановительное лечение, предусмотренных Договором страхования. Объем услуг при санаторно-курортном и (или) реабилитационно-восстановительном лечении устанавливается перечнем медицинской помощи конкретной медицинской организации.

2. ОБЪЕМ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

При заключении Договора страхования на базовых условиях Программа №6 включает в себя:

2.1. Амбулаторный прием и консультации врачей по специальностям: терапия, педиатрия, хирургия, офтальмология, отоларингология, дерматология, неврология, урология, кардиология, эндокринология и др.

2.2. Лабораторные исследования: серологические, общеклинические, биохимические, иммунологические, микроскопические, бактериологические и другие виды лабораторных исследований.

2.3. Инструментальные исследования: функциональная диагностика (электрокардиография (ЭКГ), электроэнцефалография (ЭЭГ), суточное мониторирование артериального давления (СМАД), холтеровское мониторирование и др.); ультразвуковая диагностика; рентгенологические методы исследования (флюорография, рентгеноскопия, рентгенография, маммография, компьютерная томография (КТ) и др.); высокотехнологичные (магнитно-резонансная томография (МРТ), радионуклидные исследования и др.)

2.4. Лечебно-диагностические процедуры и манипуляции: инъекции, вливания, блокады, все виды массажа, галотерапия, иглоукалывание, мануальная терапия, гирудотерапия, бальнеологические процедуры, занятия лечебной физической культурой (ЛФК), физиотерапевтическое лечение (электролечение, светолечение, теплолечение, ингаляции, баротерапия и др.) и другие виды.

2.5. Методы лечения: консервативное, восстановительное лечение для устранения последствий перенесенных терапевтических заболеваний, хирургических вмешательств, профилактика, психотерапевтическое реабилитационное (психотерапия) лечение.

2.6. Лекарственное обеспечение.

Дополнительная медицинская помощь, оказываемая в рамках Программы №6:

2.7. Пребывание в медицинской организации (в т.ч. в одно - двухместной палате при наличии таковых).

2.8. Диетическое питание.

2.9. Услуги переводчика в период получения медицинских и иных услуг.

2.10. Совместное нахождение родителя, опекуна, законного представителя или иного лица с Застрахованным лицом в стационарных условиях. Данная услуга включает в себя организацию предоставления одному сопровождающему лицу койко-места в стационаре без лечения. В стоимость койко-дня при этом входит: стоимость проживания (при этом, количество койко-дней сопровождающего лица не может быть более количества койко-дней пребывания Застрахованного лица в отделении стационара), расходы на стандартное питание.

3. ИСКЛЮЧЕНИЯ ИЗ ОБЪЕМА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Если иное не предусмотрено Договором страхования, не являются страховыми рисками и не признаются страховыми случаями, случаи, указанные в Разделе 5 Правил страхования.

В случаях выявления перечисленных в Разделе 5 Правил страхования заболеваний и состояний Застрахованное лицо направляется в специализированные организации, где проходит лечение на общих основаниях без оплаты медицинской помощи за счет средств добровольного медицинского страхования.

4. ПОРЯДОК ОБРАЩЕНИЯ ЗАСТРАХОВАННЫХ ЛИЦ ЗА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩЬЮ

При необходимости получения санаторно-курортного и (или) реабилитационно-восстановительного лечения Застрахованное лицо обращается в медицинскую организацию или во врачебно-диспетчерскую службу Страховщика.

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

При обращении в медицинскую организацию, Застрахованное лицо должно предъявить страховой полис и (или) направление Страховщика, а также паспорт или иное удостоверение личности. Передача страхового полиса другому лицу запрещается, а оказанные этому лицу медицинские и иные услуги не подлежат оплате.

Все вопросы, связанные с получением Застрахованным лицом медицинской помощи, адресуются во врачебно-диспетчерскую службу Страховщика.

5. СТРАХОВАЯ СУММА

Размер страховой выплаты определяется исходя из стоимости оказания медицинской помощи Застрахованному лицу по Программе №6 и не может превышать лимита ответственности (страховой суммы) Страховщика указанной в Договоре страхования.

ПРОГРАММА – «Профилактика здоровья» (далее – Программа №7)

1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

Программа №7 разработана на основании Правил страхования.

Программа №7 является неотъемлемой частью Договора страхования.

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

2. ОБЪЕМ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Программа №7 включает в себя:

- проведение предварительных и периодических медицинских осмотров в целях снижения степени опасных для жизни или здоровья угроз, предупреждения заболеваний (профессиональных) и несчастных случаев, экспертизы состояния здоровья Застрахованных лиц.

3. ПОРЯДОК ОБРАЩЕНИЯ ЗАСТРАХОВАННЫХ ЛИЦ ЗА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩЬЮ

При наступлении страхового случая Застрахованное лицо обращается в одну из медицинских организаций, предусмотренных Договором страхования самостоятельно, либо в диспетчерскую службу Страховщика по телефону.

При обращении в медицинскую организацию Застрахованное лицо должно предъявить страховой полис и (или) направление Страховщика, а также, паспорт или иной документ удостоверяющий личность. Передача страхового полиса другому лицу запрещается, а оказанная этому лицу медицинская помощь, оплате страховщиком не подлежат.

Все вопросы, связанные с получением Застрахованным лицом медицинской помощи, адресуются во врачебно-диспетчерскую службу Страховщика.

4. СТРАХОВАЯ СУММА

Размер страховой выплаты определяется исходя из стоимости оказания медицинской помощи Застрахованному лицу по Программе №7 и не может превышать лимита ответственности (страховой суммы) Страховщика указанной в Договоре страхования.

ПРОГРАММА – «Сестринский уход» (далее – Программа №8)

1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

Программа №8 разработана на основании Правил страхования.

Программа №8 является неотъемлемой частью Договора страхования.

В соответствии с Программой №8 Страховщик гарантирует оплату организации и оказания медицинской помощи хронически и (или) тяжело больным и престарелым на дому, в стационаре, хосписе в объеме, предусмотренном Программой добровольного медицинского страхования к Договору страхования.

2. ОБЪЕМ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Если иное не предусмотрено Договором страхования, Программа №8 включает в себя:

- выполнение профилактических и лечебно-диагностических процедур, назначенных лечащим врачом;
- введение лекарственных препаратов, в соответствии с установленным порядком действий при данном состоянии;
- наблюдение за состоянием тяжело больных и престарелых на дому и (или) в стационаре, хосписе.

3. СТРАХОВАЯ СУММА

Размер страховой выплаты определяется исходя из стоимости оказания медицинской помощи Застрахованному лицу по Программе №8 и не может превышать лимита ответственности (страховой суммы) Страховщика указанной в Договоре страхования.

ПРОГРАММА – «Стоматологическая помощь» (далее – Программа №9)

1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

Программа №9 разработана на основании Правил страхования.

Программа №9 является неотъемлемой частью Договора страхования и регламентирует:

- перечень медицинской помощи оказываемой в рамках Программы №9;
- порядок обращения Застрахованных лиц за медицинской помощью.

В соответствии с Программой №9 Страховщик гарантирует оплату организации и оказания медицинской помощи, при обращении Застрахованного лица к стоматологу в выбранной профильной медицинской организации в объеме, предусмотренном Программой добровольного медицинского страхования к Договору страхования.

2. ОБЪЕМ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

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

2.1. Приемы, консультации, манипуляции и другие профессиональные услуги врачей по стоматологии детской и взрослой: терапевтической, хирургической, пародонтологической, ортопедической, имплантологической.

2.2. Терапевтическая стоматологическая помощь:

- лечение кариеса и его осложнений (пульпита, периодонтита), восстановление коронковой части зуба при её разрушении не более чем на 50 %;

- использование индивидуальных изолирующих защитных средств, в том числе коффердама.

2.3. Хирургическая стоматологическая помощь.

2.4. Пародонтологическая стоматология:

- консервативное лечение заболеваний пародонта (аппликации, инстилляции медикаментов, наложение пародонтологической повязки, аппаратное лечение);

- хирургическое лечение заболеваний тканей пародонта;

- снятие зубных отложений с применением ультразвуковых методов; методов AIR FLOW, ZOOM и других пескоструйных методик;

- глубокое фторирование и обработка зубов фторсодержащими препаратами;

- покрытие зубов лаком при гиперестезии эмали.

2.5. Ортопедическая и имплантологическая стоматология:

- зубопротезирование и подготовка к нему, съемные и фиксированные протезы;

- имплантация зубов.

2.6. Лечение заболеваний слизистой оболочки полости рта и языка, слюнных желез.

2.7. Все виды диагностических исследований, включая рентгенологические.

2.8. Анестезия местная и общая.

2.9. Стоматологические физиотерапевтические процедуры.

2.10. Обеспечение Застрахованного лица индивидуальными средствами защиты однократного использования.

2.11. Стационарная стоматологическая помощь:

- проведение диагностического обследования;

- оказание необходимой неотложной стоматологической помощи.

Застрахованному лицу по Программе №9 гарантируется оплата организации и оказания медицинских и иных услуг, при его лечении в условиях стационара, включая:

- предоставление места в стационаре по возможности в одно - двухместной палате;

- стоимость койко-дня (стоимость количества дней, расходы на питание Застрахованного лица по назначенной лечебной диете, оказание медицинских и иных услуг, медикаменты (лекарственные препараты)). Под койко-днем понимается день, проведенный Застрахованным лицом в условиях медицинской организации в лечебной организации;

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

- оформление и выдача медицинской документации.

3. ИСКЛЮЧЕНИЯ ИЗ ОБЪЕМА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Если иное не предусмотрено Договором страхования, не являются страховыми рисками и не признаются страховыми случаями, случаи, указанные в Разделе 5 Правил страхования.

В случаях выявления перечисленных в Разделе 5 Правил страхования заболеваний и состояний Застрахованное лицо направляется в специализированные организации, где проходит

лечение на общих основаниях без оплаты медицинской помощи за счет средств добровольного медицинского страхования.

4. ПОРЯДОК ОБРАЩЕНИЯ ЗАСТРАХОВАННЫХ ЛИЦ ЗА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩЬЮ

При наступлении заболевания Застрахованное лицо обращается в одну из медицинских организаций, предусмотренных Договором страхования, самостоятельно, либо во врачебно-диспетчерскую службу Страховщика.

При обращении в медицинскую организацию Застрахованное лицо должно предъявить страховой полис и (или) направление Страховщика, а также паспорт или иной документ, удостоверяющий личность. Передача страхового полиса другому лицу запрещается, а оказанная этому лицу медицинская помощь оплате Страховщиком не подлежит.

Все вопросы, связанные с получением Застрахованным лицом медицинской помощи, адресуются во врачебно-диспетчерскую службу Страховщика.

5. СТРАХОВАЯ СУММА

Размер страховой выплаты определяется исходя из стоимости оказания медицинской помощи Застрахованному лицу по Программе №9 и не может превышать лимита ответственности (страховой суммы) Страховщика указанной в Договоре страхования.

ПРОГРАММА - «Комплексная программа» (далее – Программа №10)

1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

Программа №10 разработана на основании Правил страхования.

Программа №10 является неотъемлемой частью Договора страхования и регламентирует:

- перечень медицинской помощи (медицинских и иных услуг) оказываемой в рамках Программы №10;

- порядок обращения Застрахованных лиц за медицинской помощью.

В соответствии с Программой №10 Страховщик гарантирует оплату организации и оказания специализированной медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных и стационарных условиях, скорой и неотложной медицинской помощи, стоматологической помощи, восстановительно-реабилитационного лечения и санаторно-курортного лечения, предоставление лекарственного обеспечения в объеме, предусмотренном Программой добровольного медицинского страхования к Договору страхования.

2. ОБЪЕМ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

ЕСЛИ ИНОЕ НЕ ПРЕДУСМОТРЕНО ДОГОВОРОМ СТРАХОВАНИЯ, ПРОГРАММА №10 ВКЛЮЧАЕТ В СЕБЯ СЛЕДУЮЩИЕ ПРОГРАММЫ:

2.1. «Скорая неотложная медицинская помощь» (далее – СНМП) (далее – Программа №1)

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

- возможность круглосуточного обращения за СНМП;
- незамедлительный выезд специализированных бригад СНМП;
- строгое ограничение времени доезда транспорта СНМП с учетом местонахождения Застрахованного лица;

- оказание высококвалифицированной медицинской помощи бригадой СНМП укомплектованной необходимыми специалистами, оборудованием, инструментарием и медикаментами в зависимости от характера и объемов медицинской помощи;

- проведение всех инвазивных процедур и манипуляций;
- лечение острых синдромов и симптомов заболеваний, urgentных состояний, консультация в объемах скорой неотложной медицинской помощи квалифицированными специалистами;
- транспортировка медицинским транспортом или иным транспортным средством, в том числе и с медицинским сопровождением.

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

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

2.2.1. Амбулаторный прием и консультации врачей по специальностям: терапия, педиатрия, хирургия, офтальмология, отоларингология, дерматология, неврология, урология, кардиология, эндокринология и др.

2.2.2. Лабораторные исследования: серологические, общеклинические, биохимические, иммунологические, микроскопические, бактериологические и другие виды лабораторных исследований.

2.2.3. Инструментальные исследования: функциональная диагностика (электрокардиография (ЭКГ), электроэнцефалография (ЭЭГ), суточное мониторирование артериального давления (СМАД), холтеровское мониторирование и др.); ультразвуковая диагностика; рентгенологические методы исследования (флюорография, рентгеноскопия, рентгенография, маммография, компьютерная томография (КТ) и др.); высокотехнологичные (магнитно-резонансная томография (МРТ), радионуклидные исследования и др.)

2.2.4. Процедуры, манипуляции и методы лечения: инъекции, вливания, блокады, все виды массажа, галотерапия, иглоукалывание, мануальная терапия, гирудотерапия, бальнеологические процедуры, занятия лечебной физической культурой (ЛФК), физиотерапевтическое лечение (электролечение, светолечение, теплотечение, ингаляции, баротерапия и др.) и другие виды.

2.2.5. Помощь на дому предоставляется Застрахованным лицам, которые по состоянию здоровья и характеру заболевания не могут посещать амбулаторно-поликлинические организации и нуждаются в постельном режиме: первичные и повторные осмотры Застрахованного лица врачом любой специализации на дому, забор материалов и проведение функциональных исследований на дому по медицинским показаниям.

2.2.6. Дневной стационар.

2.2.7. Иммунопрофилактика.

2.2.8. Вакцинация.

2.2.9. Прием и консультации врача в офисе Страхователя с оформлением и ведением медицинской документации.

2.2.10. Медицинская помощь, предоставляемая с использованием информационно-коммуникационных технологий.

2.2.11. Консультации специалистами кафедр медицинских ВУЗов и научно-исследовательских организаций.

2.3. «Терапевтический стационар» (далее – Программа №3)

Если иное не предусмотрено условиями Договора страхования, Программа №3 включает в себя:

2.3.1. Консультации врачей по специальностям: терапия, педиатрия, офтальмология, отоларингология, дерматология, неврология, урология, кардиология, эндокринология, хирургия и др. по показаниям.

2.3.2. Предоставление места в стационаре.

Застрахованному лицу по Программе №3 гарантируется оплата организации и оказания медицинских и иных услуг при лечении в условиях стационара, включая:

- стоимость медицинского обслуживания и иных медицинских услуг;
- стоимость койко-дня (расходы на питание Застрахованного лица по назначенной лечебной диете, оказание медицинских и иных услуг, медикаментов (лекарственных препаратов) и средств медицинского ухода). Под койко-днем понимается день, проведенный Застрахованным лицом в условиях стационара медицинской организации.

2.3.3. Проведение лечебно-диагностических мероприятий, в том числе с использованием высокотехнологичных методов исследования.

2.3.4. Лечение в отделении интенсивной терапии, оказание реанимационных мероприятий.

2.3.5. Лечебно-диагностические процедуры и манипуляции: инъекции, вливания, блокады, все виды массажа, галотерапия, иглоукалывание, мануальная терапия, гирудотерапия, бальнеологические процедуры, занятия лечебной физической культурой (ЛФК), физиотерапевтическое лечение (электролечение, светолечение, теплотечение, ингаляции, баротерапия и др.) и другие виды, необходимые для лечения заболевания, послужившего причиной госпитализации.

2.3.6. Транспортировку медицинским транспортом или иным транспортным средством, в том числе с медицинским сопровождением.

2.3.7. Сопровождение Застрахованного лица при проведении обследований и консультаций в медицинской организации персоналом лечебного учреждения.

2.3.8. Оформление и выдача медицинской документации.

2.3.9. Консультации специалистами кафедр медицинских ВУЗов и научно-исследовательских организаций.

2.3.10. Предоставление места в стационаре по возможности в одно - двухместной палате.

2.3.11. Индивидуальный медицинский пост.

2.3.12. Услуги сиделки.

2.3.13. Лечение в реабилитационно-восстановительном отделении.

2.3.14. Профилактика осложнений заболевания, послужившего причиной госпитализации.

2.3.15. Услуги переводчика в период получения медицинских и иных услуг.

2.3.16. Совместное нахождение родителя, опекуна, законного представителя или иного лица с Застрахованным лицом в стационарных условиях. Данная услуга включает в себя организацию предоставления одному сопровождающему лицу койко-места в стационаре без лечения. В стоимость койко-дня при этом входит: стоимость проживания (при этом, количество койко-дней сопровождающего лица не может быть более количества койко-дней пребывания Застрахованного лица в отделении стационара), расходы на стандартное питание.

2.3.17. Репатриация тела Застрахованного лица в случае его смерти. Под репатриацией тела понимается перевозка останков Застрахованного лица до ближайшего к месту жительства международного аэропорта страны постоянного проживания, если смерть произошла на территории иностранного государства, или до ближайшего административного центра постоянного места жительства, если смерть произошла на территории РФ.

2.4. «Хирургический стационар» (далее – Программа №4)

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

2.4.1. Консультации врачей по специальностям: терапия, педиатрия, офтальмология, отоларингология, дерматология, неврология, урология, кардиология, эндокринология и др. по показаниям.

2.4.2. Предоставление места в стационаре.

Застрахованному лицу по Программе №4 гарантируется оплата организации и оказания медицинских и иных услуг при лечении в условиях хирургического стационара, включая:

- стоимость медицинского обслуживания и иных медицинских услуг;
- стоимость койко-дня (расходы на питание Застрахованного лица по назначенной лечебной диете, оказание медицинских и иных услуг, медикаментов (лекарственных препаратов) и средств

медицинского ухода). Под койко-днем понимается день, проведенный Застрахованным лицом в условиях стационара медицинской организации.

2.4.3. Проведение лечебно-диагностических мероприятий, в том числе с использованием высокотехнологичных методов исследования.

2.4.4. Лечебно-диагностические процедуры и манипуляции: инъекции, вливания, блокады, все виды массажа, галотерапия, иглоукалывание, мануальная терапия, гирудотерапия, бальнеологические процедуры, занятия лечебной физической культурой (ЛФК), физиотерапевтическое лечение (электролечение, светолечение, теплолечение, ингаляции, баротерапия и др.) и другие виды, необходимые для лечения заболевания, послужившего причиной госпитализации.

2.4.5. Хирургическая помощь.

2.4.6. Оперативное лечение.

2.4.7. Лечение в отделении интенсивной терапии, оказание реанимационных мероприятий.

2.4.8. Транспортировку медицинским транспортом или иным транспортным средством, в том числе с медицинским сопровождением.

2.4.9. Сопровождение Застрахованного лица при проведении обследований и консультаций в медицинской организации персоналом лечебного учреждения.

2.4.10. Оформление и выдача медицинской документации.

2.4.11. Консультации специалистами кафедр медицинских ВУЗов и научно-исследовательских организаций.

2.4.12. По медицинским показаниям оплата стоимости медицинских изделий специального назначения (эндопротезы, протезы, импланты, стенты и др.), необходимых для восстановления, замещения, изменения анатомической структуры или физиологических функций организма.

2.4.13. Предоставление места в стационаре по возможности в одно - двухместной палате.

2.4.14. Индивидуальный медицинский пост.

2.4.15. Услуги сиделки.

2.4.16. Лечение в реабилитационно-восстановительном отделении.

2.4.17. Услуги переводчика в период получения медицинских и иных услуг.

2.4.18. Совместное нахождение родителя, опекуна, законного представителя или иного лица с Застрахованным лицом в стационарных условиях. Данная услуга включает в себя организацию предоставления одному сопровождающему лицу койко-места в стационаре без лечения. В стоимость койко-дня при этом входит: стоимость проживания (при этом, количество койко-дней сопровождающего лица не может быть более количества койко-дней пребывания Застрахованного лица в отделении стационара), расходы на стандартное питание.

2.4.19. Репатриация тела Застрахованного лица в случае его смерти. Под репатриацией тела понимается перевозка останков Застрахованного лица до ближайшего к месту жительства международного аэропорта страны постоянного проживания, если смерть произошла на территории иностранного государства, или до ближайшего административного центра постоянного места жительства, если смерть произошла на территории РФ.

2.5. «Лекарственное обеспечение» (далее – Программа №5)

Если иное не предусмотрено Договором страхования, Программа №5 включает в себя:

2.5.1. Предоставление лекарственного обеспечения, назначенного лечащим врачом при амбулаторном и стационарном лечении: лекарственные средства/препараты, медицинские изделия, продуктов лечебного питания, минеральных вод, биологически активных добавок, а также иных средств и предметов медицинского назначения.

2.5.2. организация и оплата доставки различных видов лекарственного обеспечения к месту нахождения Застрахованного лица, если Застрахованное лицо по состоянию здоровья не имеет возможности самостоятельно получить их непосредственно в фармацевтической или иной организации.

Страховщик не оплачивает Застрахованному лицу или фармацевтической или иной организации стоимость лекарственного обеспечения в случаях их приобретения:

- без назначения врача медицинской организации;
- по назначению врача медицинской организации, не определенной Договором страхования, и (или) не согласованной со Страховщиком.

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

Если иное не предусмотрено Договором страхования, Программа №6 включает в себя:

2.6.1. Амбулаторный прием и консультации врачей по специальностям: терапия, педиатрия, хирургия, офтальмология, отоларингология, дерматология, неврология, урология, кардиология, эндокринология и др.

2.6.2. Лабораторные исследования: серологические, общеклинические, биохимические, иммунологические, микроскопические, бактериологические и другие виды лабораторных исследований.

2.6.3. Инструментальные исследования: функциональная диагностика (электрокардиография (ЭКГ), электроэнцефалография (ЭЭГ), суточное мониторирование артериального давления (СМАД),

холтеровское мониторирование и др.); ультразвуковая диагностика; рентгенологические методы исследования (флюорография, рентгеноскопия, рентгенография, маммография, компьютерная томография (КТ) и др.); высокотехнологичные (магнитно-резонансная томография (МРТ), радионуклидные исследования и др.)

2.6.4. Лечебно-диагностические процедуры и манипуляции: инъекции, вливания, блокады, все виды массажа, галотерапия, иглоукалывание, мануальная терапия, гирудотерапия, бальнеологические процедуры, занятия лечебной физической культурой (ЛФК), физиотерапевтическое лечение (электролечение, светолечение, теплолечение, ингаляции, баротерапия и др.) и другие виды.

2.6.5. Методы лечения: консервативное, восстановительное лечение для устранения последствий перенесенных терапевтических заболеваний, хирургических вмешательств, профилактика, психотерапевтическое реабилитационное (психотерапия) лечение.

2.6.6. Лекарственное обеспечение.

2.6.7. Пребывание в медицинской организации (в т.ч. в одно - двухместной палате при наличии таковых).

2.6.8. Диетическое питание.

2.6.9. Услуги переводчика в период получения медицинских и иных услуг.

2.6.10. Совместное нахождение родителя, опекуна, законного представителя или иного лица с Застрахованным лицом в стационарных условиях. Данная услуга включает в себя организацию предоставления одному сопровождающему лицу койко-места в стационаре без лечения. В стоимость койко-дня при этом входит: стоимость проживания (при этом, количество койко-дней сопровождающего лица не может быть более количества койко-дней пребывания Застрахованного лица в отделении стационара), расходы на стандартное питание.

2.7. «Профилактика здоровья» (далее – Программа №7)

2.7.1. проведение предварительных и периодических медицинских осмотров в целях снижения степени опасных для жизни или здоровья угроз, предупреждения заболеваний (профессиональных) и несчастных случаев, экспертизы состояния здоровья Застрахованных лиц.

2.8. «Сестринский уход» (далее – Программа №8)

Если иное не предусмотрено Договором страхования, Программа №8 включает в себя:

- выполнение профилактических и лечебно-диагностических процедур, назначенных лечащим врачом;
- введение лекарственных препаратов, в соответствии с установленным порядком действий при данном состоянии;
- наблюдение за состоянием, а также санитарным состоянием тяжело больных и престарелых на дому и (или) в стационаре.

2.9. «Стоматологическая помощь» (далее – Программа №9)

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

2.9.1. Приемы, консультации, манипуляции и другие профессиональные услуги врачей по стоматологии детской и взрослой: терапевтической, хирургической, пародонтологической, ортопедической, имплантологической.

2.9.2. Терапевтическая стоматологическая помощь:

- лечение кариеса и его осложнений (пульпита, периодонтита), восстановление коронковой части зуба при её разрушении не более чем на 50 %;
- использование индивидуальных изолирующих защитных средств, в том числе коффердама.

2.9.3. Хирургическая стоматологическая помощь.

2.9.4. Пародонтологическая стоматология:

- консервативное лечение заболеваний пародонта (аппликации, инстилляций медикаментов, наложение пародонтологической повязки, аппаратное лечение);
- хирургическое лечение заболеваний тканей пародонта;
- снятие зубных отложений с применением ультразвуковых методов; методов AIR FLOW, ZOOM и других пескоструйных методик;

- глубокое фторирование и обработка зубов фторсодержащими препаратами;
- покрытие зубов лаком при гиперестезии эмали.

2.9.5. Ортопедическая и имплантологическая стоматология:

- зубопротезирование и подготовка к нему, съемные и фиксированные протезы;
- имплантация зубов.

2.9.6. Лечение заболеваний слизистой оболочки полости рта и языка, слюнных желез.

2.9.7. Все виды диагностических исследований, включая рентгенологические.

2.9.8. Анестезия местная и общая.

2.9.9. Стоматологические физиотерапевтические процедуры.

2.9.10. Обеспечение Застрахованного лица индивидуальными средствами защиты однократного использования.

2.9.11. Стационарная стоматологическая помощь:

- проведение диагностического обследования;
- оказание необходимой неотложной стоматологической помощи.

Застрахованному лицу по Программе №9 гарантируется оплата организации и оказания медицинских и иных услуг, при его лечении в условиях стационара, включая:

- предоставление места в стационаре по возможности в одно - двухместной палате;
- стоимость койко-дня (стоимость количества дней, расходы на питание Застрахованного лица по назначенной лечебной диете, оказание медицинских и иных услуг, медикаменты (лекарственные препараты)). Под койко-днем понимается день, проведенный Застрахованным лицом в условиях медицинского стационара в лечебной организации;
- сопровождение Застрахованного лица при проведении обследований и консультаций в медицинской организации персоналом медицинской организации;
- оформление и выдача медицинской документации.

3. ИСКЛЮЧЕНИЯ ИЗ ОБЪЕМА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Если иное не предусмотрено Договором страхования, не являются страховыми рисками и не признаются страховыми случаями, случаи, указанные в Разделе 5 Правил страхования.

В случаях выявления перечисленных в Разделе 5 Правил страхования заболеваний и состояний Застрахованное лицо направляется в специализированные организации, где проходит лечение на общих основаниях без оплаты медицинской помощи за счет средств добровольного медицинского страхования.

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

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

Все вопросы, связанные с получением Застрахованным лицом медицинской помощи, адресуются во врачебно-диспетчерскую службу Страховщика.

5. СТРАХОВАЯ СУММА

Размер страховой выплаты определяется исходя из стоимости оказания медицинской помощи Застрахованному лицу по Программе №10 и не может превышать лимита ответственности (страховой суммы) Страховщика указанной в Договоре страхования.

ПРОГРАММА - «Дородовое наблюдение женщин» (далее – Программа №11)

1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

Программа №11 разработана на основании Правил страхования.

Программа №11 является неотъемлемой частью Договора страхования и регламентирует:

- перечень медицинской помощи оказываемой в рамках Программы №11;
- порядок обращения Застрахованных лиц за медицинской помощью.

В соответствии с Программой №11 Страховщик гарантирует оплату организации и оказания медицинской помощи в соответствии с установленными Министерством здравоохранения Российской Федерации требованиями, с применением разрешенных методик и средств лечения.

2. ОБЪЕМ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Если иное не предусмотрено Договором страхования, Программа №11 включает в себя:

2.1. Организацию проведения комплексного обследования и наблюдения женщин при заключении Договора страхования на любом сроке беременности и до 36-й недели включительно персональным врачом акушером-гинекологом. На протяжении действия Договора страхования Застрахованному лицу гарантировано оказание следующей медицинской помощи:

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

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

2.2. Комплекс обследований и специализированной медицинской помощи в случае возникновения экстрагенитальной патологии осуществляется на базе Договоров с ЛПО (поликлиник, женских консультаций) Страховщика в полном объеме, в соответствии с назначениями врача. Комплексное амбулаторно-поликлиническое обслуживание включает проведение консультаций, обследование и лечение в амбулаторных условиях с привлечением врачей-специалистов различных профилей по согласованию с акушером-гинекологом.

Если иное не предусмотрено Договором страхования, не являются страховыми рисками и не признаются страховыми случаями, случаи, указанные в Разделе 5 Правил страхования, а также:

- профессиональных заболеваний;
- неотложных состояний, являющихся компетенцией служб скорой и неотложной медицинской помощи;
- травм всех видов, отравлений.

Программой №11 может быть предусмотрено оказание медицинской помощи, на дому при условии включения ее в Договор страхования.

В случаях выявления перечисленных Разделе 5 Правил страхования заболеваний и состояний Застрахованное лицо направляется в специализированные организации, где проходит лечение на общих основаниях без оплаты медицинской помощи за счет средств добровольного медицинского страхования.

2.3. Страховщик оплачивает предоставление медицинской помощи, скорой и неотложной медицинской помощи (далее - СНМП) с транспортировкой Застрахованного лица в лечебную организацию по медицинским показаниям.

Вызов бригады СНМП осуществляется через врачебно-диспетчерскую службу Страховщика.

Застрахованному лицу по Программе №11 гарантируется оплата организации и оказания медицинских и иных услуг при лечении в условиях стационара, включая:

- проведение стационарного лечения беременной (при необходимости), связанного с акушерской патологией, Страховщик организует и оплачивает госпитализацию Застрахованного лица в профильную медицинскую организацию;

- пребывание в стационаре;
- медицинское обеспечение, хирургические вмешательства и манипуляции, связанные с беременностью, в течение всего времени пребывания в стационаре.

2.4. Страхователь (Застрахованное лицо) уведомлен о том, что граждане, зарегистрированные в установленном порядке, вправе получить медицинскую помощь, предусмотренные действующими стандартами, бесплатно, на общих основаниях, за исключением услуг, дополнительно предусмотренных Договором страхования.

Все вопросы, связанные с получением Застрахованным лицом медицинской помощи, адресуются во врачебно-диспетчерскую службу Страховщика.

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

3. СТРАХОВАЯ СУММА

Размер страховой выплаты определяется исходя из стоимости оказания медицинской помощи Застрахованному лицу по Программе №11 и не может превышать лимита ответственности (страховой суммы) Страховщика указанной в Договоре страхования.

ПРОГРАММА - «Акушерская помощь» (далее – Программа №12)

1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

Программа №12 разработана на основании Правил страхования.

Программа №12 является неотъемлемой частью Договора страхования и регламентирует:

- перечень медицинской помощи оказываемой в рамках Программы №12;
- порядок обращения Застрахованных лиц за медицинской помощью.

В соответствии с Программой №12 Страховщик гарантирует оплату организации и оказания нижеуказанной медицинской помощи в соответствии с установленными Министерством здравоохранения Российской Федерации требованиями с применением разрешенных методик и средств лечения.

2. ОБЪЕМ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Если иное не предусмотрено Договором страхования, Программа №12 включает в себя:

2.1. Медицинскую помощь, предоставляемую в родильном доме, родильном отделении клиники (стационара):

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

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

- организация и оплата первых 3-х дней пребывания в стационаре в дородовом периоде;
- организация и оплата медицинского обеспечения, хирургических вмешательств и манипуляций, связанных с беременностью, в течение всего времени пребывания в стационаре.

Застрахованному лицу по Программе №12 гарантируется оплата организации и оказания медицинских и иных услуг при пребывании в условиях стационара, включая:

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

2.3.1. Содержание палат для матерей и новорожденных предусматривает:

- ежедневное кварцевание палат;
- 3-кратную влажную уборку;
- ежедневную смену белья (полотенца, пеленки);
- 4-разовое питание.

2.4. Застрахованное лицо обязано:

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

Если иное не предусмотрено Договором страхования, не являются страховыми рисками и не признаются страховыми случаями, случаи, указанные в Разделе 5 Правил страхования, а также:

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

В случаях выявления перечисленных в Разделе 5 Правил страхования заболеваний и состояний Застрахованное лицо направляется в специализированные организации, где проходит лечение на общих основаниях без оплаты медицинской помощи за счет средств добровольного медицинского страхования.

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

2.5. Страхователь (Застрахованное лицо) уведомлен о том, что граждане, зарегистрированные в установленном порядке, вправе получить гинекологическую и акушерскую помощь, предусмотренную действующими стандартами, бесплатно, на общих основаниях, за исключением медицинской помощи дополнительно предусмотренных Программой №12.

Все вопросы, связанные с получением Застрахованным лицом медицинской помощи, адресуются во врачебно-диспетчерскую службу Страховщика.

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

3. СТРАХОВАЯ СУММА

Размер страховой выплаты определяется исходя из стоимости оказания медицинской помощи Застрахованному лицу по Программе №12 и не может превышать лимита ответственности (страховой суммы) Страховщика указанной в Договоре страхования.

ПРОГРАММА - «Индивидуальное ведение родов» (далее – Программа №13)

1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

Программа №13 разработана на основании Правил страхования Страховщика.

Программа №13 является неотъемлемой частью Договора страхования и регламентирует:

- перечень медицинской помощи подлежащей возмещению Страховщиком;
- порядок обращения Застрахованных лиц за медицинской помощью.

В соответствии с Программой №13 Страховщик гарантирует оплату организации и оказания нижеуказанной медицинской помощи в соответствии с установленными Министерством здравоохранения Российской Федерации требованиями с применением разрешенных методик и средств лечения.

2. ОБЪЕМ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Если иное не предусмотрено Договором страхования, Программа №13 включает в себя:

2.1. Медицинскую помощь, предоставляемую Застрахованному лицу по назначению лечащего врача акушера-гинеколога с 36 недель беременности:

- консультация лечащего врача, окулиста, терапевта, невропатолога, психолога и других специалистов по показаниям с выработкой окончательной тактики ведения родов;
- осмотр беременной при поступлении в медицинскую организацию;
- диагностическое обследование: ультразвуковые исследования, доплерометрия кровотока, кардиотохография плода, исследование биофизического профиля плода;
- лабораторно-диагностические обследования, включающие в себя исследования на носительство HBS и HCV антигенов, резус-антитела, RW, ВИЧ, вагинальную флору, внутриутробные инфекции;
- лечение урогенитальной инфекции при наличии показаний;
- эффективные методы лечения и профилактики осложнений в родах, послеродовом периоде;
- при выявлении у Застрахованного лица специфических, хронических очагов инфекции вопрос о возможности проведения родов решается в индивидуальном порядке;
- подготовка родовых путей к родам;
- роды через естественные родовые пути; оперативное родоразрешение – «Кесарево сечение» при наличии абсолютных показаний; «индуцированные роды»;

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

Застрахованному лицу по Программе №13 гарантируется оплата организации и оказания медицинских услуг при пребывании в условиях стационара, включая:

- использование современной наркозно-дыхательной аппаратуры для искусственной вентиляции легких и фракционного обезболивания в индивидуальных родовых залах, операционных, палатах интенсивной терапии;
- обезболивание при родоразрешении с учетом медицинских показаний и желания роженицы, осуществляющееся в следующих видах:
 - эпидуральная (спинномозговая) анестезия;
 - внутривенный наркоз;
 - масочная ингаляция закисно-кислородной смесью;
- использование одноразового инструментария: шприцев, игл, перчаток, режущего инструмента, белья при приеме родов, внутривенных катетеров;
- индивидуальный сервисный родильный зал.

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

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

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

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

2.4.1. Противопоказаниями к совместному пребыванию являются:

Со стороны матери:

- отсутствие согласия матери;

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

Со стороны новорожденного:

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

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

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

2.5.1. Содержание палат для матерей и новорожденных предусматривает:

- ежедневное кварцевание палат;
- 3-х кратную влажную уборку;
- ежедневную смену белья (полотенца, пеленки);
- 4- разовое питание.

2.5.2. при наличии показаний:

- комплексная физиотерапевтическая реабилитация;
- УЗИ матки и придатков после родов;
- клинико-биохимические исследования;
- консультации врачей специалистов.

2.6. Посещение послеродового отделения разрешается ежедневно, в установленные часы, предусмотренные медицинской организацией. В целях профилактики послеродовых осложнений посетители обязаны строго соблюдать правила санитарно-гигиенического режима родильного дома.

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

2.8. Застрахованное лицо обязано:

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

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

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

2.10. Услуги по оказанию медицинской помощи новорожденному ребенку после выписки из стационара в Программу №13 не входят.

2.11. Страховщик обязуется обеспечить предоставление медицинской помощи врачом, выбранным Страхователем (Застрахованным лицом):

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

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

Если иное не предусмотрено Договором страхования, не являются страховыми рисками и не

признаются страховыми случаями, случаи, указанные в Разделе 5 Правил страхования, а также:

- гнойно-септические очаги инфекции;
- пороки сердца с нарушением кровообращения;
- гипертоническая болезнь II и III стадий;
- заболевания почек (гломерулонефрит);
- сахарный диабет;
- системные заболевания соединительной ткани (коллагенозы);

В случаях выявления перечисленных в Разделе 5 Правил страхования заболеваний и состояний Застрахованное лицо направляется в специализированные организации, где проходит лечение на общих основаниях без оплаты медицинской помощи за счет средств добровольного медицинского страхования.

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

2.12. Страхователь (Застрахованное лицо) уведомлен о том, что граждане, зарегистрированные в установленном порядке, вправе получить гинекологическую и акушерскую помощь, предусмотренную действующими стандартами, бесплатно, на общих основаниях, за исключением медицинской помощи дополнительно предусмотренных Договором страхования.

Все вопросы, связанные с получением Застрахованным лицом медицинской помощи, адресуются во врачебно-диспетчерскую службу Страховщика.

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

3. СТРАХОВАЯ СУММА

Размер страховой выплаты определяется исходя из стоимости оказания медицинской помощи Застрахованному лицу по Программе №13 и не может превышать лимита ответственности (страховой суммы) Страховщика указанной в Договоре страхования.

ПРОГРАММА – «Дорогостоящая медицинская помощь» (далее – Программа №14)

1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

Программа №15 разработана на Правил страхования.

Программа №15 является неотъемлемой частью Договора страхования и регламентирует:

- перечень медицинской помощи оказываемой в рамках Программы №14;
- порядок обращения Застрахованных лиц за медицинской помощью.

В соответствии с Программой №14 Страховщик гарантирует оплату организации и оказания специализированной медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, в условиях стационара или дневного стационара медицинских организаций при впервые диагностированном у Застрахованного лица в период страхования одним или нескольких из перечисленных ниже заболеваний и (или) состояний в объеме, предусмотренном Программой добровольного медицинского страхования к Договору страхования:

- 1.1. Доброкачественные новообразования;
- 1.2. Предраковые состояния;
- 1.3. Рак in situ;
- 1.4. Злокачественные новообразования;
- 1.5. Заболевания сердечно-сосудистой системы, требующие проведения кардиохирургических и сосудистых операций и (или) реабилитационно-восстановительного лечения;
- 1.6. Заболевания глаз (глаукома, катаракта, отслойка сетчатки, травмы глаза);
- 1.7. Заболевания и состояния, требующие проведения эндопротезирования сустава(ов);
- 1.8. Урологические заболевания, требующие оперативного лечения;
- 1.9. Гинекологические заболевания, требующие оперативного лечения;
- 1.10. Заболевания уха, горла, носа, органов дыхания, требующие оперативного лечения;
- 1.11. Заболевания органов брюшной полости и забрюшинного пространства, требующие оперативного лечения;
- 1.12. Состояния, угрожающие жизни Застрахованного лица и требующие применения трансплантации органов, тканей;
- 1.13. Заболевания и травмы опорно-двигательного аппарата, выявленные/полученные впервые в период страхования, требующие проведения оперативного лечения;
- 1.14. Заболевания молочных желез, требующие оперативного лечения;
- 1.15. Заболевания центральной и периферической нервной системы.

Страхование осуществляется на основании медицинского анкетирования (заявления на страхование и (или) медицинской анкеты) (Приложение 1,2 к Программе №14).

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

2. ОБЪЕМ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

2.1. Объем медицинской помощи, оказываемой в рамках амбулаторно-поликлинического обслуживания:

2.1.1. Амбулаторный прием и консультации врачей по специальностям: терапия, педиатрия, хирургия, офтальмология, отоларингология, дерматология, неврология, урология, кардиология, эндокринология, нейрохирургия, онкология, травматология, гинекология и др.

2.1.2. Лабораторные исследования: серологические, общеклинические, биохимические, иммунологические, микроскопические, бактериологические и другие виды лабораторных исследований.

2.1.3. Инструментальные исследования: функциональная диагностика (электрокардиография (ЭКГ), электроэнцефалография (ЭЭГ), суточное мониторирование артериального давления (СМАД), холтеровское мониторирование и др.); ультразвуковая диагностика; рентгенологические методы исследования (флюорография, рентгеноскопия, рентгенография, маммография, компьютерная

томография (КТ) и др.); высокотехнологичные (магнитно-резонансная томография (МРТ), позитронно-эмиссионная томография (ПЭТ-КТ), радионуклидные исследования и др.)

2.1.4. Процедуры, манипуляции и методы лечения: инъекции, вливания, блокады, все виды массажа, галотерапия, иглоукалывание, мануальная терапия, гирудотерапия, бальнеологические процедуры, занятия лечебной физической культурой (ЛФК), физиотерапевтическое лечение (электролечение, светолечение, теплолечение, ингаляции, баротерапия и др.), экстракорпоральные методы лечения и другие виды.

2.1.5. Предоставление лекарственного обеспечения, назначенного лечащим врачом.

2.1.6. Медицинская помощь, предоставляемая с использованием информационно-коммуникационных технологий (телемедицина).

Дополнительная медицинская помощь, оказываемая в рамках амбулаторно-поликлинического обслуживания:

2.1.7. Дневной стационар.

2.1.8. Консультации специалистами кафедр медицинских ВУЗов и научно-исследовательских организаций.

2.1.9. Услуги переводчика в период получения медицинских и иных услуг.

2.2. Объем медицинской помощи, оказываемой в условиях стационара:

2.2.1. консультации врачей по специальностям: терапия, педиатрия, офтальмология, отоларингология, дерматология, неврология, урология, кардиология, эндокринология, хирургия и др. по показаниям;

2.2.2. предоставление места в стационаре;

2.2.3. проведение лечебно-диагностических мероприятий, в том числе с использованием высокотехнологичных методов исследования;

2.2.4. лечение в отделении интенсивной терапии, оказание реанимационных мероприятий;

2.2.5. процедуры, манипуляции и методы лечения:

- методы лечения: консервативные, хирургические, реконструктивно-пластические операции, после проведения онкологических операций, экстракорпоральные методы лечения, химиотерапия, лучевая терапия;

- лечебно-диагностические процедуры и манипуляции: инъекции, вливания, блокады, все виды массажа, галотерапия, иглоукалывание, мануальная терапия, гирудотерапия, бальнеологические процедуры, занятия лечебной физической культурой (ЛФК), физиотерапевтическое лечение (электролечение, светолечение, теплолечение, ингаляции, баротерапия и др.) и другие виды, необходимые для лечения заболевания, послужившего причиной госпитализации;

2.2.6. Застрахованному лицу по Программе №3 гарантируется оплата организации и оказания медицинских и иных услуг при лечении в условиях стационара (хосписа), включая:

- стоимость медицинского обслуживания и иных медицинских услуг;

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

- стоимость койко-дня (расходы на питание Застрахованного лица по назначенной лечебной диете, оказание медицинских и иных услуг, медикаментов (лекарственных препаратов) и средств медицинского ухода). Под койко-днем понимается день, проведенный Застрахованным лицом в условиях стационара (хосписа);

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

- оформление и выдача медицинской документации.

Дополнительная медицинская помощь, оказываемая в условиях стационара:

2.2.7. консультации специалистами кафедр медицинских ВУЗов и научно-исследовательских организаций;

2.2.8. предоставление места в стационаре по возможности в одно - двухместной палате;

2.2.9. индивидуальный медицинский пост;

2.2.10. услуги сиделки;

2.2.11. лечение в реабилитационно-восстановительном отделении;

2.2.12. профилактика осложнений заболевания, послужившего причиной госпитализации;

2.2.13. услуги переводчика в период получения медицинских и иных услуг;

2.2.14. совместное нахождение родителя, опекуна, законного представителя или иного лица с Застрахованным лицом в стационарных условиях. Данная услуга включает в себя организацию предоставления одному сопровождающему лицу койко-места в стационаре без лечения. В стоимость койко-дня при этом входит: стоимость проживания (при этом, количество койко-дней сопровождающего лица не может быть более количества койко-дней пребывания Застрахованного лица в отделении стационара), расходы на стандартное питание;

2.2.15. репатриация тела Застрахованного лица в случае его смерти. Под репатриацией тела понимается перевозка останков Застрахованного лица до ближайшего к месту жительства международного аэропорта страны постоянного проживания, если смерть произошла на территории

иностранного государства, или до ближайшего административного центра постоянного места жительства, если смерть произошла на территории РФ.

2.3. Услуги службы скорой медицинской помощи:

2.3.1. возможность круглосуточного обращения за СМП;

2.3.2. незамедлительный выезд специализированных бригад СМП;

2.3.3. строгое ограничение времени доезда транспорта СМП с учетом местонахождения Застрахованного лица;

2.3.4. оказание высококвалифицированной медицинской помощи бригадой СМП укомплектованной необходимыми специалистами, оборудованием, инструментарием и медикаментами в зависимости от характера и объемов медицинской помощи;

2.3.5. проведение всех инвазивных процедур и манипуляций;

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

2.3.7. транспортировка медицинским транспортом или иным транспортным средством, в том числе и с медицинским сопровождением.

2.4. Лекарственное обеспечение:

2.4.1. Предоставление лекарственного обеспечения, назначенного лечащим врачом при амбулаторном и стационарном лечении: лекарственные средства/препараты, медицинские изделия, продуктов лечебного питания, минеральных вод, биологически активных добавок, а также иных средств и предметов медицинского назначения.

Дополнительные услуги в рамках лекарственного обеспечения:

2.4.2. организация и оплата доставки различных видов лекарственного обеспечения к месту нахождения Застрахованного лица, если Застрахованное лицо по состоянию здоровья не имеет возможности самостоятельно получить их непосредственно в фармацевтической или иной организации.

3. ПОРЯДОК ОБРАЩЕНИЯ ЗАСТРАХОВАННЫХ ЛИЦ ЗА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩЬЮ

В случае выявления у Застрахованного лица в период страхования одного или нескольких состояний и заболеваний, перечисленных в п.1 Программы Застрахованное лицо (его представитель) обязано:

- обратиться к Страховщику по телефону врачебно-диспетчерской службы;
- подать заявление о необходимости предоставления медицинской помощи;
- предоставить направление лечащего врача на лечение;
- предоставить выписку из истории болезни (при необходимости – копию амбулаторной карты) с указанием даты первого обращения по возникшему заболеванию и указанием даты впервые установленного диагноза и рекомендованного лечения с применением высокотехнологичной медицинской помощи;
- дать разрешение Страховщику на ознакомление с медицинской документацией.

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

По усмотрению Страховщика Застрахованному лицу может быть назначено медицинское освидетельствование.

Застрахованное лицо обращается в медицинскую организацию за медицинской помощью и предоставляет следующие документы: страховой полис, направление на лечение от Страховщика с подтверждением диагноза возникшего заболевания, медицинскую документацию, паспорт или иной документ удостоверяющий личность.

Передача страхового полиса другому лицу запрещается, а оказанные этому лицу медицинские и иные услуги оплате Страховщиком не подлежат.

4. СТРАХОВАЯ СУММА

Размер страховой выплаты определяется исходя из стоимости оказания медицинской помощи Застрахованному лицу по Программе №14 и не может превышать лимита ответственности (страховой суммы) Страховщика указанной в Договоре страхования.

Примечание: Данный документ является образцом. Страховщик оставляет за собой право вносить в форму и текст образца медицинской анкеты изменения в той мере, в какой это не противоречит Правилам страхования и действующему законодательству Российской Федерации.

(заполняется лицом, принимаемым на страхование или его законным представителем)

1. ДАННЫЕ О ЛИЦЕ, ПРИНИМАЕМОМ НА СТРАХОВАНИЕ			
Ф.И.О. _____		Пол:	М ☐ Ж ☐
Дата рождения __ _ _ __ _ _ __ _ _ _ _		Место рождения _____	
Гражданство _____			
Документ, удостоверяющий личность: наименование документа _____			
серия __ _ _ _		номер __ _ _ _ _ _	выдан _____

дата выдачи __ _ _ __ _ _ __ _ _ _ _		код подразделения __ _ _ - __ _ _ _	
Адрес места регистрации _____			
Адрес фактического проживания _____			
Место работы _____			
Мобильный телефон _____		Домашний телефон _____	
2. МЕДИЦИНСКАЯ АНКЕТА ЛИЦА, ПРИНИМАЕМОГО НА СТРАХОВАНИЕ			
2.1. Имеется ли у Вас (или имелась в прошлом) группа инвалидности?		да ☐	нет ☐
Если ответили «да», то укажите группу инвалидности: I гр. ☐ II гр. ☐ III гр. ☐			
2.2. Страдаете ли Вы каким-либо из перечисленных заболеваний?		алкоголизм ☐ токсикомания ☐ наркомания ☐	
2.3. Страдаете ли Вы психическими расстройствами и (или) расстройствами поведения (шизофрения, биполярное аффективное расстройство и др.)?		да ☐	нет ☐
2.4. Страдаете ли Вы какой-либо формой туберкулёза?		да ☐	нет ☐
2.5. Имеются ли у Вас врожденные аномалии (пороки развития), деформации и хромосомные нарушения?		да ☐	нет ☐
Если ответили «да», то укажите какие: _____			

2.6. Имеются ли у Вас (или имелись в прошлом) следующие заболевания/состояния?			
Какие-либо новообразования (доброкачественные, in situ новообразования, злокачественные), предраковые состояния.		да ☐	нет ☐
Если ответили «да», то укажите какие: _____			
Заболевания глаз (глаукома, катаракта, отслойка сетчатки, травмы глаза)		да ☐	нет ☐
Заболевания, требующие проведения эндопротезирования сустава(ов)		да ☐	нет ☐
Урологические заболевания, требующие оперативного лечения		да ☐	нет ☐

Гинекологические заболевания, требующие оперативного лечения	да ☐	нет ☐
Заболевания уха, горла, носа, органов дыхания, требующие оперативного лечения	да ☐	нет ☐
Заболевания органов брюшной полости и забрюшинного пространства, требующие оперативного лечения	да ☐	нет ☐
Заболевания и травмы опорно-двигательного аппарата, требующие проведения оперативного лечения	да ☐	нет ☐
Заболевания молочных желез, требующие оперативного лечения	да ☐	нет ☐
Заболевания центральной и периферической нервной системы	да ☐	нет ☐

Я, _____,

(полные Ф.И.О. лица, принимаемого на страхование/законного представителя лица, принимаемого на страхование)

- разрешаю АО «Группа страховых компаний «Югория» (далее – Страховщик) ознакомиться с моей историей болезни;

- сообщаю, что моя история болезни/история болезни моего ребенка ведется в медицинской организации (название, адрес медицинской организации, телефон) _____;

- подтверждаю, что ответы на поставленные в анкете вопросы являются правдивыми и верными, обязуюсь известить Страховщика обо всех изменениях, произошедших до вступления Договора страхования в силу, в течение 5 рабочих дней с момента получения информации об этих изменениях;

- полностью осознаю, что предоставляемое мне/моему ребенку страховое покрытие не вступило бы в силу или вступило на иных условиях, если бы информация, указанная мной в настоящей анкете, была иная;

- выражаю свое согласие на обработку моих персональных данных (в т.ч. на обработку специальных категорий персональных данных), а также на трансграничную передачу моих персональных данных (при необходимости) сообщенных мною Страховщику или полученных Страховщиком от третьих лиц с целью заключения / сопровождения / исполнения Договора страхования, при этом согласие действительно до достижения цели обработки персональных данных или в течение срока хранения информации, предусмотренного действующим законодательством РФ, при этом под персональными данными я понимаю любую информацию, относящуюся ко мне как к субъекту персональных данных, в том числе указанную в настоящем документе, Договоре страхования, а также иных документах, оформляемых при заключении / сопровождении / исполнении Договора страхования, при получении выплаты страхового возмещения по Договору страхования.

Лицо, принимаемое на страхование/ Законный представитель, лица принимаемого на страхование

_____/_____/

(Ф.И.О.) (подпись)

«__» _____ 20__ г

Примечание: Данный документ является образцом. Страховщик оставляет за собой право вносить в форму и текст образца заявления на страхование изменения в той мере, в какой это не противоречит Правилам страхования и действующему законодательству Российской Федерации.

**ЗАЯВЛЕНИЕ (ФИЗИЧЕСКОГО ЛИЦА)
на добровольное медицинское страхование граждан**
(заполняется лицом, принимаемым на страхование или его законным представителем)

1. ДАННЫЕ О СТРАХОВАТЕЛЕ			
Ф.И.О. _____ Пол:		М ☐	Ж ☐
Дата рождения __ __ __ __ __ __ Место рождения _____			
Гражданство _____			
Документ, _____ серия __ __ __ __	удостоверяющий _____ номер __ __ __ __ __	личность: _____ выдан _____	наименование _____ документа _____
дата выдачи __ __ __ __ __ __ код подразделения __ __ - __ __ __ __			
Адрес места регистрации _____			
Адрес фактического проживания _____			
Мобильный телефон _____ Домашний телефон _____			
2. ДАННЫЕ О ЛИЦАХ, ПРИНИМАЕМЫХ НА СТРАХОВАНИЕ			
2.1. 1-е Застрахованное лицо			
Ф.И.О. _____	Дата рождения _____	Пол:	М ☐ Ж ☐
2.2. 2-е Застрахованное лицо			
Ф.И.О. _____	Дата рождения _____	Пол:	М ☐ Ж ☐
Далее Застрахованные лица, указываются по аналогии			
3. УСЛОВИЯ, НА КОТОРЫХ СТРАХОВАТЕЛЬ ЖЕЛАЕТ ЗАКЛЮЧИТЬ ДОГОВОР СТРАХОВАНИЯ			
3.1. Срок страхования: с __ __ __ __ 20 __ __ по __ __ __ __ 20 __ __			
3.2. Страховая премия уплачивается:	единовременно ☐	в рассрочку ☐ до «__» _____ 20__ г.	
3.3. Форма уплаты страховой премии:	наличный расчет ☐	безналичный расчет ☐	
№ п/п _____ от «__» _____ 20__ г.			
Я ☐ Застрахованное лицо 1, я ☐ Застрахованное лицо 2, далее Застрахованные лица, указываются по аналогии подтверждаю, что ранее не перенес и (или) не страдаю одним (несколькими) из ниже перечисленных заболеваний и(или) состояний: – новообразования (доброкачественные, in situ новообразования, злокачественные), предраковые состояния; – заболевания сердечно-сосудистой системы, требующие проведения кардиохирургических и сосудистых операций; – заболевания глаз (глаукома, катаракта, отслойка сетчатки, травмы глаза); – заболевания и состояния, требующие проведения эндопротезирования суставов; – урологические заболевания, требующие оперативного лечения; – гинекологические заболевания, требующие оперативного лечения; – заболевания уха, горла, носа, органов дыхания, требующие оперативного лечения;			

- заболевания органов брюшной полости и забрюшинного пространства, требующие оперативного лечения;
- состояния, угрожающие жизни Застрахованного лица и требующие применения трансплантации органов, тканей;
- заболевания и травмы опорно-двигательного аппарата, требующие проведения оперативного лечения;
- заболевания молочных желез, требующие оперативного лечения;
- заболевания центральной и периферической нервной системы.

Я не являюсь инвалидом 1, 2 группы.

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

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

Согласие с информацией о состоянии здоровья	Застрахованное лицо 1	Застрахованное лицо 2	Застрахованное лицо 3	Застрахованное лицо 4	Застрахованное лицо 5	Застрахованное лицо 6	Застрахованное лицо 7	Застрахованное лицо 8	Застрахованное лицо 9	Застрахованное лицо 10
Место подписи Застрахованных лиц										

Я, _____,

(полные Ф.И.О. Страхователя/ законного представителя лиц, принимаемых на страхование)

прошу АО «Группа страховых компаний «Югория» по условиям, изложенным в заявлении на страхование, заключить Договор страхования по Программе «Дорогостоящая медицинская помощь» на основании Дополнительных правил добровольного медицинского страхования граждан Акционерного общества «Группа страховых компаний «Югория».

Страхователь/Законный представитель лиц, принимаемых на страхование: _____ / _____ /
(Ф.И.О.) (подпись)

«__» _____ 20__ г.

Подпись, принявшего заявление на страхование _____ / _____ / «__» _____ 20__ г.
(Ф.И.О.) (подпись)

ПРОГРАММА – «Антиклещ» (далее – Программа №15)

1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

Программа №15 разработана на основании Правил страхования.

Программа №15 является неотъемлемой частью Договора страхования и регламентирует:

- перечень медицинской помощи оказываемой в рамках Программы №15;
- порядок обращения Застрахованных лиц за медицинской помощью.

В соответствии с Программой №15 Страховщик гарантирует оплату организации и оказания специализированной медицинской помощи, с целью профилактики, диагностики и лечения заболеваний, связанных с укусом иксодового клеща, оказываемой в амбулаторно-поликлинических, стационарных (терапевтический стационар) условиях медицинских организаций в объеме, предусмотренном Программой добровольного медицинского страхования к Договору страхования.

2. ОБЪЕМ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

При заключении Договора страхования на базовых условиях Программа №15 включает в себя:

2.1. Услуги, оказываемые в амбулаторно - поликлинических условиях:

- первичный медицинский осмотр Застрахованного лица, удаление присосавшегося клеща и обработка места укуса;
- исследование клеща;
- введение иммуноглобулина или иного аналогичного лекарственного препарата;
- консультация инфекциониста по медицинским показаниям;
- серологическая диагностика крови со специфическими особыми антигенами на 14-25 сутки с момента удаления клеща.

- медикаментозное лечение, связанное с укусом иксодового клеща в случае выявления заболевания.

- оформление медицинской документации.

2.2. Услуги, оказываемые в условиях стационара:

- предоставление места в стационаре;
- консультации специалистов – только по показаниям;
- лабораторные и инструментальные исследования;
- лечение в отделении интенсивной терапии, оказание реанимационных мероприятий;
- лекарственные препараты и другие необходимые для лечения средства;
- пребывание в палате, питание и уход медицинского персонала;
- оформление медицинской документации.

Дополнительная медицинская помощь, оказываемая в рамках Программы №15:

2.3. по возможности совместное нахождение родителя, опекуна, законного представителя или иного лица с Застрахованным лицом (ребенком) в стационарных условиях. Данная услуга включает в себя организацию предоставления одному сопровождающему лицу койко-места в стационаре без лечения. В стоимость койко-дня при этом входит: стоимость проживания (при этом, количество койко-дней сопровождающего лица не может быть более количества койко-дней пребывания Застрахованного лица в отделении стационара), расходы на стандартное питание.

2.4. реабилитационно-восстановительное лечение (только при тяжелой форме заболевания) не более одного курса (до 21 дня).

Введение иммуноглобулина спустя 72 часа с момента укуса клещом не производится, ввиду отсутствия лечебного эффекта от введения иммуноглобулина.

3. ПОРЯДОК ОБРАЩЕНИЯ ЗАСТРАХОВАННЫХ ЛИЦ ЗА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩЬЮ

3.1. При наступлении страхового случая Застрахованное лицо обращается в одну из медицинских организаций, предусмотренных Договором страхования самостоятельно, либо в диспетчерскую службу Страховщика по телефону, указанному в страховом полисе.

При обращении в медицинскую организацию Застрахованное лицо должно предъявить страховой полис и (или) направление Страховщика, а также паспорт или иное удостоверение личности.

3.2. При отсутствии у Страховщика возможности организовать получение Застрахованным лицом медицинской помощи по Программе в порядке, установленном п.3.1., для возмещения расходов, произведенных Застрахованным лицом необходимо в течение 30 дней со дня завершения лечения/приобретения лекарственных препаратов и (или) изделий медицинского назначения (если

иной срок не предусмотрен Договором страхования) предоставить Страховщику следующие документы:

3.2.1. копию паспорта Застрахованного лица (страница с личными данными и регистрацией по месту жительства; если Застрахованным лицом является несовершеннолетнее лицо дополнительно предоставляется копия паспорта законного представителя Застрахованного лица, подавшего заявление о выплате страхового возмещения и копия свидетельства о рождении Застрахованного лица или копия иного документа, подтверждающего право действовать в интересах Застрахованного лица;

3.2.2. для возмещения стоимости оплаченных медицинских и иных услуг - оригиналы документов об оплате медицинской помощи, оказанной медицинской или иной организацией (квитанция, кассовый чек, справка медицинской организации о предоставлении медицинских и иных услуг с указанием дат обращения, жалоб, диагноза, срока лечения, назначений)

3.2.3. для возмещения расходов, произведенных Застрахованным лицом на приобретение средств лекарственного обеспечения - оригиналы документов, подтверждающих расходы и их обоснованность (оригиналы документа, подтверждающих их назначение лечащим врачом медицинской организации, кассовый чек или иной документ подтверждающий оплату в фармацевтическую или иную организацию).

Предоставляемые документы должны быть соответствующе заверены: содержать печать медицинской организации, фармоорганизации, печать врача.

Передача страхового полиса другому лицу запрещается, а оказанные этому лицу медицинские и иные услуги оплате Страховщиком не подлежат.

4. СТРАХОВАЯ СУММА

Размер страховой выплаты определяется исходя из стоимости оказания медицинской помощи Застрахованному лицу по Программе №15 и не может превышать лимита ответственности (страховой суммы) Страховщика указанной в Договоре страхования.

Образец

Примечание: Данный документ является образцом. Страховщик оставляет за собой право вносить в форму и текст образца Страхового полиса изменения в той мере, в какой это не противоречит Правилам страхования и действующему законодательству Российской Федерации

СТРАХОВОЙ ПОЛИС № _____ / _____ / _____ / _____
«АНТИКЛЕЩ ДМС»

от _____ 20____ г.

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

1. Страхователь (Ф.И.О. полностью) _____		
Дата рождения: ____/____/____		
Застрахован ☐ Да ☐ Нет		
2. Застрахованное лицо (ФИО полностью) _____		
Дата рождения: ____/____/____		
3. Признак Договора страхования: ☐ Первоначальный ☐ Возобновленный Предыдущий полис: № _____		
4. Объект страхования: имущественные интересы Застрахованного лица, связанные с оплатой организации и оказания медицинской помощи (медицинских и иных услуг) вследствие расстройства здоровья или состояния Застрахованного лица, требующих организации и оказания такой помощи.		
5. Страховые риски (страховые случаи): документально подтвержденное обращение Застрахованного лица в течение срока действия страхования, обусловленного Договором страхования в медицинскую организацию при укусе иксодового клеща, с целью получения специализированной медицинской помощи по профилактике, диагностике и лечению заболеваний, связанных с укусом иксодового клеща, оказываемой в амбулаторно-поликлинических, стационарных (терапевтический стационар) условиях медицинских организаций.		
6. Вариант страхования:		
7. Страховая сумма. Страховая премия. Страховой тариф.		
Страховая сумма, руб.	Страховой тариф, руб.	Страховая премия, руб.
_____	_____	_____
Страховая премия (прописью): _____ руб. _____ коп.		
уплачена единовременно. Квитанция (п/п) № _____ от ____/____/20____		
8. Срок действия страхования: ____ мес. с 00 час. 00 мин. ____/____/20____ по 24 час. 00 мин. ____/____/20____, но не ранее, чем через 72 часа, с даты оформления Договора страхования.		
9. По Договору страхования Застрахованное лицо имеет право получать медицинскую помощь в следующих медицинских организациях:		
10. Иные положения Договора страхования:		
10.1. По усмотрению Страховщика перечень медицинских организаций может быть изменен.		
10.2. Положения и Условия Договора страхования имеют преимущественную силу над положением Правил страхования. Во всем ином, не предусмотренном Договором страхования, Стороны руководствуются Правилами страхования и действующим законодательством Российской Федерации.		
10.3. Изменения, досрочное прекращение, а также расторжение Договора страхования осуществляется в порядке, предусмотренном действующим законодательством Российской Федерации.		
10.4. Неотъемлемой частью Договора страхования является:		
10.4.1. ☐ Анкета физического лица (индивидуального предпринимателя) Страхователя;		
10.4.2. ☐ Анкета физического лица (индивидуального предпринимателя) Застрахованного лица;		
10.4.3. Правила страхования;		
10.4.4. Условия страхования.		
СТРАХОВЩИК:		СТРАХОВАТЕЛЬ:
_____		Экземпляр Договора страхования и Правил страхования получил, до момента заключения Договора страхования условия, изложенные в Договоре страхования, разъяснены и понятны, с условиями Договора страхования согласен и обязуюсь выполнять.
(должность подписанта)		Подписывая Договор страхования, даю согласие на обработку сообщенных выше моих персональных данных, а также разрешаю Страховщику ознакомиться с моей историей болезни.
_____		_____ / _____
(наименование, номер и дата документа, на основании которого действует подписант)		(подпись) (Ф.И.О. полностью)
_____/_____/____/____		
(подпись) (Ф.И.О. полностью)		
М.П.		
Дополнительно ознакомиться с Правилами страхования в электронном виде Вы можете на сайте: www.ugsk.ru в разделе Правила страхования.		
Дата выдачи страхового полиса: ____/____/20____		
Страховой полис оформил(а): _____ / _____		
(подпись) (Ф.И.О. представителя Страховщика)		

ПРОГРАММА - «Телемедицина» (далее – Программа №16)

1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

Программа №16 разработана на основании Правил страхования.

Программа №16 является неотъемлемой частью Договора страхования и регламентирует:

- объем медицинской помощи, оказываемой в рамках Программы №16;
- порядок обращения Застрахованных лиц за медицинской помощью.

В соответствии с Программой №16 Страховщик гарантирует оплату организации и оказания медицинской помощи с использованием телемедицинских технологий в объеме, предусмотренном Программой добровольного медицинского страхования к Договору страхования.

2. ОБЪЕМ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

При заключении Договора страхования на базовых условиях Программа №16 включает в себя:

2.1. Срочные дистанционные (телемедицинские) онлайн-консультации врача-педиатра (врача-терапевта).

2.2. Предоставление письменного заключения с рекомендациями по результатам онлайн-консультации.

Дополнительная медицинская помощь, оказываемая в рамках Программы №16:

2.3. Плановые дистанционные (телемедицинские) онлайн-консультации врача-педиатра (врача-терапевта).

2.4. Плановые дистанционные (телемедицинские) онлайн-консультации с профильным врачом-консультантом по рекомендации врача-педиатра (врача-терапевта) и предварительной записи.

2.5. Плановые дистанционные (телемедицинские) онлайн-консультации с врачами-консультантами в целях вынесения заключения по результатам проведенных диагностических исследований.

2.6. Плановые дистанционные (телемедицинские) онлайн-консультации с врачами-консультантами профильных специальностей, в том числе специалистами кафедр медицинских ВУЗов и научно-исследовательских организаций по ранее поставленному диагнозу (услуга «Второе мнение»).

2.7. Диагностические обследования, очные консультации с врачом-педиатром (врачом-терапевтом), врачами-консультантами профильных специальностей по рекомендации врача-педиатра (врача-терапевта) и предварительной записи с применением телекоммуникационных технологий.

3. ПОРЯДОК ОБРАЩЕНИЯ ЗАСТРАХОВАННЫХ ЛИЦ ЗА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩЬЮ

Дистанционные (телемедицинские) онлайн-консультации могут оказываться одним из следующих способов:

- с использованием видеозаписи путем обмена сообщениями и файлами;
- с использованием аудиозаписи путем обмена сообщениями и файлами;
- путем обмена сообщениями и файлами;
- по телефону.

Дистанционные (телемедицинские) онлайн-консультации могут проводиться на основе предоставляемых Застрахованным лицом (его представителем) медицинской информации и документации.

Дистанционные (телемедицинские) онлайн-консультации могут осуществляться с использованием следующего оборудования: персональный компьютер, мобильный телефон, которое должно соответствовать техническим требованиям оборудования и программного обеспечения, указанным в Программе к Договору страхования.

Порядок предоставления услуг в рамках Программы к Договору страхования осуществляется в соответствии с процедурой, описанной в Программе к Договору страхования.

ПЕРЕЧЕНЬ ЗАБОЛЕВАНИЙ И СОСТОЯНИЙ
для принятия на страхование Застрахованных на особых условиях/исключения из
Программ добровольного медицинского страхования

По соглашению сторон Страховщик имеет право не включать в Программу страхования и не оплачивать медицинскую помощь, оказываемую Застрахованному лицу по поводу перечисленных ниже заболеваний и состояний:

1. дегенеративные и демиелинизирующие заболевания нервной системы, параличи, эпилепсия, рассеянный склероз, миастения;
2. лучевая болезнь;
3. иммунодефицитные состояния;
4. инфекции, передающиеся преимущественно половым путем;
5. заболевания, относящиеся к классу врожденные аномалии, деформации и хромосомные нарушения и (или) связанные с ними;
6. хроническая почечная и печеночная недостаточность, требующие проведения экстракорпоральных методов лечения;
7. острые и хронические вирусные гепатиты;
8. цирроз печени;
9. сахарный диабет 1-2 типа и его осложнения;
10. заболевания органов и тканей, требующие их трансплантации, имплантации и протезирования;
11. системные заболевания соединительной ткани, в том числе все недифференцированные коллагенозы, ревматоидный артрит, васкулиты;
12. доброкачественные новообразования;
13. предраковые состояния;
14. рак in situ;
15. злокачественные новообразования;
16. заболевания, вызванные нарушениями обмена веществ и их осложнения (подагра, ожирение, амилоидоз, целиакия);
17. профессиональные заболевания (в том числе спортивные травмы, наступившие в результате занятий спортом);
18. нарушений репродуктивных функций, эректильные дисфункции;
19. ронхопатия, апноэ во сне;
20. заболевания и состояния, требующие хирургического вмешательства с использованием высокотехнологичных методов лечения.

РАЗМЕР БАЗОВЫХ СТРАХОВЫХ ТАРИФОВ
(в % к страховой сумме)

Расчет базовых страховых тарифов произведен для срока страхования 1 год.

Таблица 1

№ п/п	Программа	Тариф (в %)
1	2	3
1	«Скорая и неотложная медицинская помощь»	8,08
2	«Амбулаторная помощь»	10,26
3	«Терапевтический стационар»	8,18
4	«Хирургический стационар»	6,04
5	«Лекарственное обеспечение»	5,15
6	«Санаторно-курортное и реабилитационно-восстановительное лечение»	9,10
7	«Профилактика здоровья»	5,04
8	«Сестринский уход»	3,05
9	«Стоматологическая помощь»:	
	- без зубопротезирования:	9,62
	- с зубопротезированием:	12,02
10	«Комплексная программа»:	
	- без зубопротезирования:	64,52
	- с зубопротезированием:	66,92
11	«Дородовое наблюдение женщин»	38,99
12	«Акушерская помощь»	36,55
13	«Индивидуальное ведение родов»	38,89
14	«Дорогостоящая медицинская помощь»	39,60
15	«Антиклев»:	
	- для лиц в возрасте до 13 лет (включительно);	0,24
	- для лиц в возрасте с 14 лет	0,30
16	«Телемедицина»	0,50

В Таблице 1 по Программе «Комплексная программа», представлен тариф при условии включения в Программу «Комплексная программа» всех Программ, указанных в пп.4.3.1.-4.3.9. Правил страхования, при включении в Программу «Комплексная программа» только части Программ из указанных в пп.4.3.1.-4.3.9. Правил страхования, расчет тарифа будет производиться путем сложения брутто-ставок (тарифов) тех Программ, которые будут входить в Программу «Комплексная программа».

По Программе «Комплексная программа» представлен тариф, рассчитанный при условии включения в Программу «Комплексная программа» всех Программ №1 - №9, при включении в Программу «Комплексная программа» только части из Программ №1 - №9 расчет тарифа происходит в соответствии со способом, указанным в Расчете и экономическом обосновании тарифных ставок по Добровольному медицинскому страхованию граждан.

В зависимости от количества Программ, входящих в Программу «Комплексная программа» Страховщик вправе применять следующие поправочные коэффициенты:

Таблица 2

Количество Программ, входящих в Программу «Комплексная программа»	Размер поправочного коэффициента
1	2
9 программ	0,65
8 программ	0,67
7 программ	0,70
6 программ	0,75
5 программ	0,85
4 программы	0,90
3 программы	0,95

2 программы	0,97
-------------	------

При заключении конкретного Договора страхования Страховщик имеет право применять к базовым страховым тарифам повышающие (от 1,05 до 7,00) и понижающие (от 0,10 до 0,97) коэффициенты с учетом следующих факторов:

- возраст Застрахованного лица (Страховщик вправе применять повышающий коэффициент (от 1,15 до 2,50 и понижающий коэффициент (0,97) – (K1):

Таблица 3

Возраст Застрахованного лица (полных лет)	Понижающий поправочный коэффициент	Повышающий поправочный коэффициент
1	2	3
возрастная категория до 1 года	1,00	2,50
возрастная категория от 1 до 3 лет	1,00	2,40
возрастная категория от 4 до 7 лет	1,00	2,00
возрастная категория от 8 до 17 лет	1,00	1,60
возрастная категория от 18 до 40 лет	0,97	1,00
возрастная категория от 41 до 45 лет	1,00	1,15
возрастная категория от 46 до 50 лет	1,00	1,20
возрастная категория от 51 до 55 лет	1,00	1,25
возрастная категория от 56 до 60 лет	1,00	1,30
возрастная категория от 61 до 65 лет	1,00	1,35
возрастная категория от 66 до 70 лет	1,00	1,55
возрастная категория от 71 до 75 лет	1,00	2,00
возрастная категория старше 75 лет	1,00	2,50

При наличии в коллективном Договоре страхования Застрахованных лиц старше 55 лет Страховщик вправе применять повышающий коэффициент за возраст только для данной категории лиц, на каждое Застрахованное лицо по определенным Программам.

При формировании программ добровольного медицинского страхования, имеющих однотипные условия страхования Страховщик вправе применять усредненный поправочный коэффициент за возраст согласно возрастным категориям (Таблица 3).

- состояние здоровья Застрахованного лица (в зависимости от состояния здоровья Застрахованного лица) Страховщик имеет право применять к базовым страховым тарифам поправочные коэффициенты от 0,90 до 35,00 - (K2). В случае отказа лица, подлежащего страхованию, от прохождения медицинского освидетельствования или медицинского анкетирования (медицинская анкета, заявление) к Договору страхования Страховщик имеет право применить повышающий коэффициент 35,00;

- профессия (род занятий) Застрахованного лица (в отношении лиц, профессиональные обязанности и условия труда которых связаны с повышенным риском причинения вреда здоровью, возникновения и развития хронических заболеваний применяется повышающий коэффициент от 1,20 до 3,00) - (K3).

Для применения поправочных коэффициентов в зависимости от профессии (рода занятий) Застрахованного лица Страховщик применяет следующую Таблицу (Таблица 4) классификации категорий Застрахованных лиц по профессиям (роду занятий):

Таблица 4

Категория	Описание профессии (род занятий)	Поправочный коэффициент
I категория	Служащие, деятельность которых не связана с управлением (за исключением управления на среднем и низшем уровне) или регулярными командировками. Профессии, связанные с использованием приборов и аппаратных средств, не представляющих повышенной опасности (фотографы в студиях, программисты, телефонные операторы). Преподаватели, воспитатели, врачи.	1,00

	Лица, временно или постоянно не работающие: домохозяйки, пенсионеры, учащиеся.	
Категория	Описание профессии (род занятий)	Поправочный коэффициент
II категория	Служащие, деятельность которых не связана с управлением (за исключением управления на среднем и низшем уровне), регулярно совершающие командировки (в зависимости от частоты и географии поездок ставка страховой премии может требовать индивидуального согласования). Профессии, связанные с использованием лёгкого ручного труда или преимущественным пребыванием вне помещения. Водители автотранспорта, машинисты поездов.	1,20
III категория	Профессии, непосредственно связанные с процессом производства, использованием машин и механизмов, поднятием тяжестей, Строители, электрики, крановщики. Монтажники, работающие на высоте от 5 метров.	1,50
IV категория	Профессии, связанные с работой в неблагоприятных условиях, использованием опасных механизмов. Управляющие высокого уровня (ставка страховой премии может требовать индивидуального согласования с учётом особенностей). Сотрудники служб безопасности, не носящие оружия.	2,00
V категория	Лица, работающие в особо неблагоприятных или опасных условиях (под землёй, на высоте от 15 метров, в плавильных цехах). Сотрудники правоохранительных органов. Сотрудники служб безопасности, носящие оружие.	3,00

При страховании коллектива поправочные коэффициенты за категорию профессии (род занятий) Страховщик вправе не применять.

Количество Застрахованных лиц по Договору страхования (Страховщик может применять понижающий коэффициент от 0,20 до 0,95) – (K4):

Таблица 5

Кол-во Застрахованных лиц, чел.	Поправочный коэффициент
1	2
2-5	0,95
6-9	0,92
10-25	0,90
26-100	0,85
101-250	0,80
251-1 200	0,75
1 201-3 000	0,70
5 501-7 000	0,60
7 001-18 000	0,50
18 001-25 000	0,45
25 001-45 000	0,40
45 001- 75 000	0,35
Свыше 75 000	0,20

- объем медицинской помощи, предусмотренный Программой (может применяться как понижающий коэффициент от 0,20 до 0,97, так и повышающий коэффициент от 1,05 до 4,00) – (K5);

- перечень заболеваний и состояний, предусмотренных Программой (может применяться как понижающий коэффициент от 0,20 до 0,97, так и повышающий коэффициент от 1,05 до 4,00) – (K6);

- количество медицинских организаций, предусмотренных Договором страхования (может применяться как понижающий коэффициент от 0,20 до 0,97, так и повышающий коэффициент от 1,05 до 4,00) – (K7);

- ценовая категория медицинских организаций, предусмотренных Договором страхования (может применяться как понижающий коэффициент от 0,20 до 0,97, так и повышающий коэффициент от 1,05 до 4,00) – (K8);

- распределение страхового риска в зависимости от региона страхования (может применяться как понижающий коэффициент от 0,10 до 0,97, так и повышающий коэффициент от 1,05 до 7,00) – (K9);

- размер страховой суммы по Договору страхования (K10):

- при установлении общей страховой суммы по Договору страхования на всех Застрахованных лиц может применяться повышающий коэффициент от 1,05 до 3,00 (K10.1.),

- при установлении отдельных лимитов ответственности – по отдельным Программам, видам медицинской помощи, группам Застрахованных лиц и т.п., в зависимости от влияния установленных лимитов ответственности на размер страховой выплаты и частоту обращений в медицинские организации за получением медицинской помощи может применяться понижающий коэффициент от 0,20 до 0,97 (K10.2.);

- установление франшизы (в зависимости от вида и размера франшизы) может применяться понижающий коэффициент от 0,30 до 0,97 (K11);

- отношение выплат к взносам по ранее заключенным Договорам страхования (K 12):

- при страховании коллектива (в отношении всего Договора страхования) может применяться как понижающий коэффициент от 0,55 до 0,95, так и повышающий коэффициент от 1,15 до 2,50) - (K12.1.):

Таблица 6

Отношение выплат к взносам	от 11 % до 30 %	от 31 % до 50 %	от 51 % до 70 %	от 71 % до 85 %	от 86 % до 100 %	от 101 % до 120 %	от 121 % до 140 %	от 141 % до 165 %	от 166 % до 185 %	свыше 186 %
поправочный коэффициент	0,55	0,75	0,95	1,15	1,30	1,45	1,65	1,90	2,10	2,50

- при страховании физических лиц может применяться как понижающий коэффициент от 0,55 до 0,97, так и повышающий коэффициент от 1,15 до 2,65 (в отношении одного и того же Застрахованного лица) – (K12.2.).

При формировании Программ добровольного медицинского страхования Страховщик вправе установить поправочный коэффициент (K12) для каждой страховой программы согласно имеющихся статистических данных Страховщика или данных из статистического сборника «Здравоохранение в России статистики на рынке страхования».

При внесении страховой премии в рассрочку может применяться повышающий коэффициент от 1,05 до 1,35 - (K13):

Таблица 7

Количество страховых взносов	2	3	4	5	6	7	8
поправочный коэффициент	1,05	1,10	1,15	1,20	1,30	1,33	1,35

В случае расширения страхового покрытия на события, указанные в п.5.2.2. Правил страхования Страховщик применяет повышающий коэффициент 1,40 (K14).

В случае расширения страхового покрытия на события, указанные в п.5.2.3. Правил страхования Страховщик применяет повышающий коэффициент 1,50 - (K15).

При установлении в Договоре страхования страховой суммы менее расчетной и определенной для конкретных медицинских организаций, Страховщик вправе применять к страховому тарифу повышающие коэффициенты от 1,05 до 3,00 (K16).

Расчет базовых страховых тарифов произведен для срока страхования 1 год.

При сроке страхования менее года, при изменении условий страхования в течение срока действия Договора страхования страховая премия исчисляется в следующих процентах от годовой страховой премии (страхового тарифа), если иное не предусмотрено Договором страхования:

Таблица 8

Срок страхования, месяцев	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Процент от годовой премии	10	30	50	60	65	70	75	80	85	90	95

При заключении Договора страхования на срок менее 1 месяца страховая премия рассчитывается пропорционально сроку действия Договора страхования, и равняется доле месячной премии за количество дней неполного месяца, из расчета 1/30 месячной премии за каждый день, если иное не предусмотрено Договором страхования.

При заключении Договора страхования на срок более 1 года страховая премия рассчитывается пропорционально сроку действия Договора страхования, и равняется сумме годовых страховых премий и доле годовой премии за количество месяцев неполного года, из расчета 1/12 годовой премии за каждый месяц, при этом неполный месяц принимается за полный, если иное не предусмотрено Договором страхования.

При расторжении Договора страхования, в который были внесены изменения страховая премия, подлежащая возврату, рассчитывается пропорционально сроку действия Договора страхования (с момента начала его действия), если иное не предусмотрено Договором страхования.

При заключении Договора страхования Страховщик имеет право уменьшать страховые тарифы в пределах нагрузки в соответствии со структурой тарифных ставок Страховщика – коэффициент Страховщика (Кстр.).

В связи с отсутствием какой-либо утвержденной методики расчета и экономического обоснования повышающих и понижающих коэффициентов, применяемых при определении страхового тарифа по конкретному Договору страхования, в частности определения факторов риска влияющих на тариф, диапазона применения поправочных коэффициентов для каждого такого фактора риска, а также конкретных значений поправочных коэффициентов для определенных значений факторов риска, использовался метод экспертных оценок, который рекомендован при недостаточности фактических данных. Для более точного расчета поправочных коэффициентов, применяемым к базовым страховым тарифам, наиболее репрезентативной является собственная практика Страховщика. По мере накопления статистического материала Страховщик будет наблюдать за влиянием факторов риска на результат страхования, будет оценивать такое влияние и в зависимости от полученных результатов, уточнять, корректировать приведенные выше поправочные коэффициенты, о чем уведомит орган страхового надзора в установленном законодательством порядке.

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

В любом случае при применении поправочных коэффициентов, результирующий страховой тариф не должен превышать 95 %, если в результате применения поправочных коэффициентов результирующий страховой тариф превысил 95 %, то страховой тариф устанавливается равным 95 %.

Образец

Примечание: Данный документ является образцом. Страховщик оставляет за собой право вносить в форму и текст образца Медицинской анкеты изменения в той мере, в какой это не противоречит Правилам страхования и действующему законодательству Российской Федерации.

Медицинская анкета

(заполняется лицом, принимаемым на страхование или его законным представителем)

1. ДАННЫЕ О СТРАХОВАТЕЛЕ		
Ф.И.О. _____	Пол:	М ☐ Ж ☐
Дата рождения __ __ __ __ __ __ Место рождения _____		
Паспорт: серия __ __ __ __ номер __ __ __ __ __ __ выдан _____		
дата выдачи __ __ __ __ __ __ код подразделения __ __ __ __ __		
Адрес фактического проживания _____		
Мобильный телефон _____ Домашний телефон _____		
Страхователь является Застрахованным лицом да ☐ нет ☐ (если ответили «да», то раздел «2. Данные о лице, принимаемом на страхование» не заполняется)		
2. ДАННЫЕ О ЛИЦЕ, ПРИНИМАЕМОМ НА СТРАХОВАНИЕ		
Ф.И.О. _____	Пол:	М ☐ Ж ☐
Дата рождения __ __ __ __ __ __ Место рождения _____		
Паспорт: серия __ __ __ __ номер __ __ __ __ __ __ выдан _____		
дата выдачи __ __ __ __ __ __ код подразделения __ __ __ __ __		
Адрес фактического проживания _____		
Мобильный телефон _____ Домашний телефон _____		
3. МЕДИЦИНСКАЯ АНКЕТА ЛИЦА, ПРИНИМАЕМОГО НА СТРАХОВАНИЕ		
3.1. Имеется ли у Вас (или имелась в прошлом) группа инвалидности?	да ☐ нет ☐	
Если ответили «да», то укажите группу инвалидности: I гр. ☐ II гр. ☐ III гр. ☐		
3.2. Страдаете ли Вы каким-либо из перечисленных заболеваний?	алкоголизм ☐	
	токсикомания ☐	
	наркомания ☐	
3.3. Имеются ли у Вас (или имелись в прошлом) злокачественные новообразования (онкология)?	да ☐ нет ☐	
Если ответили «да», то укажите стадию заболевания: I ст. ☐ II ст. ☐ III ст. ☐ IV ст. ☐		
3.4. Страдаете ли Вы психическими расстройствами и (или) расстройствами поведения (шизофрения, биполярное аффективное расстройство и др.)?	да ☐	нет ☐
3.5. Страдаете ли Вы какой-либо формой туберкулёза?	да ☐	нет ☐
3.6. Имеются ли у Вас врожденные аномалии (пороки развития), деформации и хромосомные нарушения?	да ☐	нет ☐
Если ответили «да», то укажите какие: _____		

3.7. Курите ли Вы?	да ☐	нет ☐
Если ответили «да», то укажите: сколько лет курите _____ ; сколько сигарет в день _____		
3.8. Имеются ли у Вас (или имелись в прошлом) следующие заболевания?		
Болезни системы кровообращения, в том числе сердечно-сосудистые заболевания (ишемическая болезнь сердца, инфаркт, гипертония, аритмия, тахикардия, стенокардия, перикардит, эндокардит, миокардит, тромбофлебит, варикозное расширение вен и др.)	да ☐	нет ☐
Болезни крови, кроветворных органов и отдельные нарушения, вовлекающие иммунный механизм (анемия, гемофилия, тромбофилия, аллергическая пурпура, агранулоцитоз, саркоидоз, болезни селезенки и др.)	да ☐	нет ☐
Болезни органов пищеварения, в том числе заболевания желудочно-кишечного тракта (гастрит, панкреатит, язва желудка, язва двенадцатиперстной кишки, паховая грыжа, пупочная грыжа, грыжи брюшной полости, язвенный колит, цирроз печени, желчнокаменная болезнь, холецистит и др.)	да ☐	нет ☐
Болезни нервной системы (детский церебральный паралич, менингит, энцефалит, миелит, энцефаломиелит, болезнь Паркинсона, болезнь Альцгеймера, дистонии, рассеянный склероз, эпилепсия, мигрень и др.)	да ☐	нет ☐
Болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ (гипотиреоз, тиреотоксикоз, тиреоидит, сахарный диабет, гипопаратиреоз, гиперфункция гипофиза, аденогенитальные расстройства, дисфункция яичников, дисфункция яичек, нарушения обмена веществ и др.)	да ☐	нет ☐
Болезни органов дыхания, в том числе заболевания лёгких и бронхов (синусит, тонзиллит, хронический ларингит, хронический трахеит, хроническая пневмония, хронический бронхит, хронические болезни миндалин и аденоидов, эмфизема, астма, пневмокоииоз, абсцесс легкого, средостения, пиоторакс, пневмоторакс и др.)	да ☐	нет ☐
Болезни мочеполовой системы, в том числе заболевания мочевыделительной системы и урологические заболевания (нефритический синдром, нефротический синдром, тубулоинтерстициальный нефрит, почечная недостаточность, мочекаменная болезнь, воспалительные болезни предстательной железы, воспалительные болезни молочной железы, воспалительные болезни матки, эндометриоз и др.)	да ☐	нет ☐
Болезни кожи и подкожной клетчатки (лимфаденит, пузырьчатка, дерматит, псориаз, эритема, болезни ногтей, красная волчанка, васкулит и др.)	да ☐	нет ☐
Болезни глаза и его придаточного аппарата (катаракта, глаукома, болезни стекловидного тела, болезни глазного яблока, расстройства зрения, гиперметропия (дальнозоркость), миопия (близорукость) и др.)	да ☐	нет ☐
Болезни уха и сосцевидного отростка (хронический отит, мастоидит, перфорация барабанной перепонки, отосклероз, нарушения вестибулярной функции и др.)	да ☐	нет ☐
Болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани (артрит, подагра, полиартроз, коксартроз, гонартроз, кифоз, лордоз, сколиоз, остеохондроз позвоночника, грыжи позвоночника, спондилит, спондилез, дорзалгия, миозит, остеопороз, остеомалация, остеомиелит, остеонекроз и др.)	да ☐	нет ☐
Злокачественные новообразования (головного мозга, щитовидной железы, рта, глотки, среднего уха, органов дыхания, костей, суставных хрящей, мочевых органов и др.)	да ☐	нет ☐
Доброкачественные новообразования (головного мозга, щитовидной железы, рта, глотки, среднего уха, органов дыхания, костей, суставных хрящей, мочевых органов и др.)	да ☐	нет ☐

Я, _____,
(полные Ф.И.О. лица, принимаемого на страхование/законного представителя лица, принимаемого на страхование)

- разрешаю АО «Группа страховых компаний «Югория» (далее – Страховщик) ознакомиться с моей историей болезни;
 - сообщаю, что моя история болезни ведется в медицинском учреждении (название, адрес медицинской организации, телефон) _____;

- подтверждаю, что ответы на поставленные в анкете вопросы являются правдивыми и верными, обязуюсь известить Страховщика обо всех изменениях, произошедших до вступления Договора страхования в силу, в течение 5 рабочих дней с момента получения информации об этих изменениях;
 - полностью осознаю, что предоставляемое мне страховое покрытие не вступило бы в силу или вступило на иных условиях, если бы информация, указанная мной в настоящей анкете, была иная;
 - выражаю свое согласие на обработку моих персональных данных (в т.ч. на обработку специальных категорий персональных данных), а также на трансграничную передачу моих персональных данных (при необходимости) сообщенных мною Страховщику или полученных Страховщиком от третьих лиц с целью заключения / сопровождения / исполнения Договора страхования, при этом согласие действительно до достижения цели обработки персональных данных или в течение срока хранения информации, предусмотренного действующим законодательством РФ, при этом под персональными данными я понимаю любую информацию, относящуюся ко мне как к субъекту персональных данных, в том числе указанную в настоящем документе, Договоре страхования, а также иных документах, оформляемых при заключении / сопровождении / исполнении Договора страхования, при получении выплаты страхового возмещения по Договору страхования.

Лицо, подлежащее страхованию/ законный представитель: _____ / _____ «__» _____ 20__ г.
(Ф.И.О.) (подпись)

Приложение 20
к Дополнительным
правилам добровольного
медицинского страхования
граждан

Образец

Примечание: Данный документ является образцом. Страховщик оставляет за собой право вносить в форму и текст образца Полиса изменения в той мере, в какой это не противоречит Правилам страхования и действующему законодательству Российской Федерации.

СТРАХОВОЙ ПОЛИС № [] [] [] [] [] [] / [] [] [] [] - [] [] [] [] от [] [] [] [] 20 [] [] г.

Настоящий страховой полис удостоверяет факт заключения договора добровольного медицинского страхования граждан (далее – Договор страхования) на основании устного/письменного заявления на добровольное медицинское страхование Страхователя, на условиях, содержащихся в тексте настоящего Договора страхования, Условиях страхования к Договору страхования, а также условиях, предусмотренных Дополнительными правилами добровольного медицинского страхования граждан, в редакции, действующей на момент заключения Договора страхования (далее – Правила страхования):

1. СТРАХОВАТЕЛЬ (для физических лиц и ИП): _____ (Ф.И.О. полностью)		
Дата рождения: [] [] [] [] [] [] г.		
Адрес места жительства: _____		
Место работы: _____		
Телефонный номер +7(_____) _____, электронная почта _____ @ _____		
1. СТРАХОВАТЕЛЬ (для юридических лиц): _____ (полное наименование)		
2. ЗАСТРАХОВАННОЕ ЛИЦО: _____ (Ф.И.О. полностью)		
Адрес места жительства: _____ Дата рождения: [] [] [] [] [] [] г.		
3. ОБЪЕКТ СТРАХОВАНИЯ: имущественные интересы, связанные с оплатой организации и оказания медицинской помощи (медицинских услуг и иных услуг), вследствие расстройства здоровья Застрахованного лица или состояния Застрахованного лица, требующих организации и оказания таких услуг.		
4. СТРАХОВЫЕ РИСКИ (страховые случаи): документально подтвержденное обращение Застрахованного лица в течение срока действия страхования, обусловленного Договором страхования в медицинскую организацию, из числа предусмотренных Договором страхования или согласованных со Страховщиком, связанное с расстройством здоровья Застрахованного лица или состояния Застрахованного лица, требующих организации и оказания медицинских и иных услуг, в объеме, предусмотренном Программой добровольного медицинского страхования к Договору страхования.		
5. ПРИЗНАК ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ: ☐ Первоначальный ☐ Возобновленный Предыдущий полис: № _____		
6. ПРОГРАММА СТРАХОВАНИЯ: _____		
7. СТРАХОВАЯ СУММА. СТРАХОВОЙ ТАРИФ. СТРАХОВАЯ ПРЕМИЯ.		
Страховая сумма, руб.	Страховой тариф, %	Страховая премия, руб.
_____	_____	_____
7.1. Порядок и форма уплаты страховой премии: ☐ наличными, ☐ безналично, ☐ единовременно, ☐ в рассрочку до _____ 20 ____ г.		
8. Срок действия страхования: мес. с 00 час. 00 мин. [] [] [] [] 20[] [] по 24 час. 00 мин. [] [] [] [] 20[] [] г.		
9. По Договору страхования Застрахованное лицо имеет право получать медицинскую помощь в следующих медицинских организациях: _____		
10. Иные положения Договора страхования:		
10.1. Страхователь при заключении Договора страхования согласен:		
- в соответствии с Федеральным законом от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных» на обработку (автоматизированную, неавтоматизированную, смешанную) АО «Группа страховых компаний «Югория» собственных персональных данных, указанных в Договоре страхования, а также сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение, подтверждение), предоставление, доступ, обезличивание, блокирование, уничтожение указанных персональных данных в целях надлежащего исполнения Договора страхования. Данное согласие дано на срок действия Договора страхования и на последующие 5 (пять) лет после окончания срока действия Договора страхования и может быть отозвано посредством направления в АО «Группа страховых компаний «Югория» Страхователем соответствующего письменного уведомления;		
- разрешаю Страховщику ознакомиться с моей историей болезни и с историей болезни несовершеннолетнего Застрахованного лица;		
10.2. Страхователь при заключении Договора страхования подтверждает:		
- что экземпляр Договора страхования и Правила страхования ему вручены, до момента заключения Договора страхования условия, изложенные в Договоре страхования, разъяснены и понятны, с условиями Договора страхования согласен и обязуется выполнять;		
- что представленная Страховщику при заключении Договора страхования информация является полной, достоверной и точной. Страхователь ознакомлен с перечнем категорий лиц, принимаемых на индивидуальных условиях и понимает, что в случае сокрытия или предоставления заведомо ложных сведений при заключении Договора страхования, последний может быть признан недействительным.		
10.3. Положения и Условия Договора страхования имеют преимущественную силу над положениями Правил страхования. Во всем ином, не предусмотренном Договором страхования, Стороны руководствуются Правилами страхования и действующим законодательством Российской Федерации.		
10.4. Изменения, досрочное прекращение, а также расторжение Договора страхования осуществляется в порядке, предусмотренном действующим законодательством Российской Федерации.		
11. Неотъемлемой частью Договора страхования являются:		

11.1. Правила страхования и Условия страхования.

11.2. ☐ Анкета физического лица (индивидуального предпринимателя) Страхователя;

11.3. ☐ Анкета физического лица (индивидуального предпринимателя) Застрахованного лица;

Дополнительно ознакомиться с Правилами страхования в электронном виде Вы можете на сайте: www.ugski.ru в разделе Правила страхования.

СТРАХОВЩИК:

(должность подписанта)

(наименование, номер и дата документа, на основании
которого действует подписант)

_____/_____
(подпись) (Ф.И.О. полностью)
М.П.

СТРАХОВАТЕЛЬ:

_____/_____
(подпись) (Ф.И.О. полностью)

Дата выдачи страхового полиса: I _ I _ I _ I 20 I _ I _

Страховой полис оформил(а): _____/
(подпись) (Ф.И.О. представителя Страховщика)

Приложение 21
к Дополнительным
правилам добровольного
медицинского страхования
граждан

Образец

Примечание: Данный документ является образцом. Страховщик оставляет за собой право вносить в форму и текст образца Договора страхования изменения в той мере, в какой это не противоречит Правилам страхования и действующему законодательству Российской Федерации.

ДОГОВОР № _____ ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ ГРАЖДАН

г. _____

от _____ 20____ г.

Акционерное общество «Группа страховых компаний «Югория» (далее – Страховщик), в лице _____ (должность, полностью Ф.И.О. уполномоченного представителя Страховщика), действующего на основании _____ (Устав/номер, дата доверенности), с одной стороны, и _____ (полное наименование юридического лица в соответствии с Уставом/полностью Ф.И.О. индивидуального предпринимателя) (далее – Страхователь), в лице _____ (должность, полностью Ф.И.О. уполномоченного представителя Страхователя), действующего на основании _____ (наименование документа, на основании которого действует уполномоченный представитель Страхователя – Устав/свидетельство ЕГРИП/номер и дата доверенности), с другой стороны, далее совместно именуемые Стороны, в соответствии с Дополнительными правилами добровольного медицинского страхования граждан, утвержденными Страховщиком _____ (далее – Правила страхования), заключили Договор добровольного медицинского страхования граждан (далее – Договор страхования) на нижеследующих условиях:

1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ

По Договору страхования Страховщик принимает на себя обязательство при наступлении страхового случая организовать предоставление медицинской помощи (медицинских услуг и иных услуг) (далее – медицинская помощь) и произвести оплату медицинской и иной организации или возместить расходы Застрахованному лицу, понесенные им по оплате медицинской помощи необходимого объема и надлежащего качества в медицинской и иной организации, предусмотренной Договором страхования, в строгом соответствии с условиями Договора страхования и выбранной Программой добровольного медицинского страхования (далее – Программа), являющейся неотъемлемой частью Договора страхования (Приложение 1 к Договору страхования), а Страхователь обязуется оплатить Страховщику страховую премию, в порядке, в размере и в сроки, предусмотренные Договором страхования. Страховщик гарантирует оплату медицинской помощи, предусмотренную Правилами страхования и соответствующей Программой, предоставляемой медицинскими и иными организациями в Российской Федерации и (или) за рубежом.

2. ОБЪЕКТ СТРАХОВАНИЯ

Объектом страхования являются имущественные интересы Застрахованных лиц, связанные с оплатой организации и оказания медицинской помощи вследствие расстройства здоровья Застрахованных лиц или состояния Застрахованных лиц, требующих организации и оказания таких услуг.

3. ЗАСТРАХОВАННЫЕ ЛИЦА

3.1. Договор страхования заключается в пользу Застрахованных лиц в возрасте до 90 лет (на момент начала действия Договора страхования).

3.2. Общая численность Застрахованных лиц на момент заключения Договора страхования составляет _____ человек, в том числе:

- численность Застрахованных лиц по Программе «_____» (наименование Программы в соответствии с Правилами страхования) составляет _____ человек.

В случае использования нескольких Программ численность Застрахованных лиц указывать по аналогии.

3.3. Список Застрахованных лиц (Приложение 3 к Договору страхования) является неотъемлемой частью Договора страхования.

3.4. Все изменения в Списке Застрахованных лиц Страхователь согласовывает со Страховщиком с соблюдением следующей процедуры:

3.4.1. Обо всех изменениях в Списке Застрахованных лиц Страхователь уведомляет Страховщика ежемесячно, не позднее последнего рабочего дня текущего месяца, при этом уведомление направляется в виде Сопроводительного письма, в котором указывается количество выбывших из Списка Застрахованных лиц и (или) количество включенных в Список Застрахованных лиц, к которому прилагаются:

- список лиц, подлежащих включению в Список Застрахованных лиц;
- список лиц, подлежащих исключению из Списка Застрахованных лиц.

3.4.2. Направленные таким образом списки заменяют ранее действующий Список Застрахованных лиц в части включенных в него новых Застрахованных лиц и исключенных из него лиц, и становятся неотъемлемой частью Договора страхования после подписания Сторонами дополнительного соглашения к Договору страхования об изменении Списка Застрахованных лиц. До момента вступления в силу нового Списка Застрахованных лиц действует Список Застрахованных лиц, подписанный Сторонами ранее.

Вариант 1 пункта 3.4.3., когда по Договору страхования единая страховая сумма на всех Застрахованных лиц:

3.4.3. Если количество Застрахованных лиц в течение любого месячного отрезка времени в период действия Договора страхования будет больше общей численности Застрахованных лиц, указанной в п.3.2. Договора страхования, без изменения при этом общей страховой суммы, то дополнительный страховой взнос Страхователем не уплачивается.

Сторонами подписывается дополнительное соглашение к Договору страхования об изменении Списка Застрахованных лиц.

Вариант 2 пункта 3.4.3., когда по Договору страхования страховая сумма установлена в отношении каждого Застрахованного лица или Программы:

3.4.3. Если количество Застрахованных лиц в течение любого месячного отрезка времени в период действия Договора страхования по соответствующей Программе будет больше общей численности Застрахованных лиц, указанной в п.3.2. Договора страхования, то Страхователь уплачивает за них дополнительный страховой взнос за период с момента включения в Список Застрахованных лиц до момента окончания страхового периода. Размер страхового взноса, подлежащей доплате Страхователем за увеличение количества Застрахованных лиц, исчисляется в соответствии с Правилами страхования и локальными нормативными актами Страховщика.

Порядок доплаты Страхователем такого страхового взноса согласовывается Сторонами в дополнительном соглашении к Договору страхования.

Вариант 3 пункта 3.4.3., когда по Договору страхования Стороны договорились об отсутствии перерасчета страховой премии при изменениях в Списке Застрахованных лиц в определенном размере от общего количества Застрахованных лиц:

3.4.3. При увеличении количества Застрахованных лиц в течение любого месячного отрезка времени в период действия Договора страхования менее чем на __ % от общей численности Застрахованных лиц, указанной в п.3.2. Договора страхования, перерасчет страховой премии не осуществляется.

Если количество Застрахованных лиц в течение любого месячного отрезка времени срока действия Договора страхования превысит общую численность Застрахованных лиц, указанных в п.3.2. Договора страхования, более чем на __ %, Страхователь и Страховщик согласовывают размер страхового взноса, подлежащего доплате Страхователем Страховщику на условиях Дополнительного соглашения.

Вариант 4 пункта 3.4.3., когда по Договору страхования Стороны договорились о доплате /возврате страховой премии, определяемой путем деления годовой премии на количество месяцев / дней в году и умножения на количество месяцев / дней страхования.

3.4.3. Если количество Застрахованных лиц в течение любого месячного отрезка времени в период действия Договора страхования превысит общую численность Застрахованных лиц, указанную в п. 3.2. Договора страхования, Страхователь и Страховщик по итогам отчетного месяца согласовывают размер страхового взноса, подлежащего доплате Страхователем Страховщику в связи с таким превышением.

Размер страхового взноса, подлежащего доплате Страхователем за увеличение общей численности Застрахованных, и порядок доплаты, а также сумма, подлежащая возврату Страховщиком Страхователю и порядок возврата Страховщиком указанной суммы, закрепляются Сторонами в Дополнительном соглашении к Договору страхования.

При страховании на срок менее одного года страховой взнос, подлежащий доплате, определяется путем деления годовой страховой премии (установленной за период страхования, равный одному году) на количество месяцев / дней в году и умножения на количество месяцев / дней страхования. При этом неполный месяц считается как полный (включается при расчете премии за месяцы).

Вариант 1 пункта 3.4.4., когда предусматривается возможность замены Застрахованных лиц:

3.4.4. В случае замены Застрахованных лиц, без изменения общей численности, указанной в п.3.2. Договора страхования по соответствующей Программе (если в отношении исключаемых из

Списка Застрахованных лиц в период действия Договора страхования не была произведена страховая выплата (страховые выплаты)), Сторонами подписывается дополнительное соглашение к Договору страхования об изменении Списка Застрахованных лиц. Дополнительный страховой взнос при этом не уплачивается.

Замена Застрахованных лиц допускается в срок не позднее 2 месяцев до окончания срока действия Договора страхования.

Вариант 2 пункта 3.4.4., когда замена Застрахованных лиц без доплаты не предусмотрена Договором страхования:

3.4.4. Замена Застрахованного лица на другое лицо без доплаты страхового взноса по Договору страхования не допускается.

Вариант 1 пункта 3.4.5., когда страховая сумма установлена на каждое Застрахованное лицо:

3.4.5. В случае уменьшения общей численности Застрахованных лиц, указанной в п.3.2. Договора страхования по соответствующей Программе, Сторонами оформляется дополнительное соглашение к Договору страхования. Сумма страховой премии, которая учитывается при расчете дополнительного страхового взноса за лиц, включаемых в Список Застрахованных лиц взамен выбывших, либо сумма, подлежащая возврату Страхователю, рассчитывается по следующей формуле:

$$P_v = (P_n - P \times P_n) \times \frac{(N - M)}{N} - P_{ny} - B, \text{ где}$$

P_v – размер страховой премии, подлежащей учету при расчете дополнительного страхового взноса/ возврату Страхователю, рублей;

P_n – страховая премия за исключаемое Застрахованное лицо, подлежащая уплате Страхователем по Договору страхования (начисленная, рублей);

P_{ny} – неуплаченная часть страховой премии за исключаемое Застрахованное лицо Страхователем по Договору страхования, рублей;

($P_{ny} = P_n - P_o$, где P_o – уплаченная страховая премия за исключаемое Застрахованное лицо по Договору страхования, рублей);

N – срок действия Договора страхования в отношении исключаемого Застрахованного лица в календарных днях;

M – календарное число дней с момента вступления Договора страхования в силу до дня его расторжения в отношении исключаемого Застрахованного лица, ____ дней;

B – выплаченные и подлежащие выплате страховые возмещения в отношении исключаемого Застрахованного лица, рублей;

P – размер расходов на ведение дела по Договору страхования, %.

Если по результатам расчета сумма окажется меньше или равной нулю, то возврат части страховой премии не производится, а расчет дополнительного страхового взноса за вновь включаемых в Список Застрахованных лиц производится в соответствии с п.3.4.3. Договора страхования.

Вариант 2 пункта 3.4.5., когда по Договору страхования единая страховая сумма на всех Застрахованных лиц:

3.4.5. В случае уменьшения общей численности Застрахованных лиц, указанной в п.3.2. Договора страхования, без изменения общей страховой суммы по Договору страхования, размер общей страховой премии по Договору страхования не пересматривается.

Вариант 3 пункта 3.4.5., когда по Договору страхования Стороны договорились об отсутствии перерасчета страховой премии при изменениях в Списке Застрахованных лиц в определенном размере от общего количества Застрахованных лиц:

3.4.5. При уменьшении количества Застрахованных лиц в течение любого месячного отрезка времени в период действия Договора страхования менее чем на ____ % от общей численности Застрахованных лиц, указанной в п.3.2. Договора страхования, перерасчет страховой премии не осуществляется.

Если количество Застрахованных лиц в течение любого месячного отрезка времени срока действия Договора страхования уменьшится более чем на ____ % от общей численности Застрахованных лиц, указанной в п.3.2. Договора страхования, Страхователь и Страховщик согласовывают размер части страховой премии, подлежащей возврату Страховщиком Страхователю на условиях Дополнительного соглашения.

Вариант 4 пункта 3.4.5., когда по Договору страхования Стороны договорились о доплате/возврате страховой премии, определяемой путем деления годовой премии на количество месяцев/дней в году и умножения на количество месяцев/дней страхования.

3.4.5. Если количество Застрахованных лиц в течение любого месячного отрезка времени в период действия Договора страхования уменьшится и станет менее указанной в п.3.2. Договора страхования общей численности Застрахованных лиц, Страхователь и Страховщик по итогам отчетного месяца согласовывают сумму части страховой премии, подлежащую возврату Страховщиком Страхователю в связи с таким уменьшением.

3.4.6. Исключение Застрахованного лица из Списка Застрахованных лиц или замена Застрахованного лица на другое лицо осуществляется Страхователем с согласия Застрахованного лица (за исключением случая смерти Застрахованного лица). Страхователь обязан предоставить такое согласие Страховщику в любое время по его требованию.

Исключение (замена) Застрахованного лица производится в следующих случаях:

- в связи со смертью Застрахованного лица,
- в связи с добровольным отказом Застрахованного лица от Договора страхования.

В случае принятия на страхование работников Страхователя:

- в связи с прекращением трудовых отношений Застрахованного лица со Страхователем.

4. ТЕРРИТОРИЯ СТРАХОВАНИЯ

4.1. По Договору страхования территорией страхования является _____.

5. СТРАХОВЫЕ РИСКИ. СТРАХОВЫЕ СЛУЧАИ

5.1. Страховым случаем является документально подтвержденное обращение Застрахованного лица в течение срока действия страхования, обусловленного Договором страхования в медицинские и иные организации, из числа предусмотренных Договором страхования, связанное с расстройством здоровья Застрахованного лица или состояния Застрахованного лица, требующих организации и оказания медицинской помощи в объеме, предусмотренном Программой к Договору страхования.

5.2. Страховщик не оплачивает и не несет ответственность за качество медицинской помощи, полученной Застрахованным лицом по собственной инициативе в медицинских организациях, не предусмотренных Договором страхования, кроме случаев, когда такое обращение было согласовано и (или) организовано Страховщиком.

5.3. Страховщик освобождается от выплаты страхового возмещения в случаях, предусмотренных Правилами страхования и действующим законодательством Российской Федерации.

5.4. Страховщик имеет право возмещать расходы, понесенные Застрахованным лицом в связи с наступлением страхового случая, непосредственно Застрахованному лицу.

5.5. По Договору страхования не относятся к страховым рискам (страховыми случаями не являются) следующие события, если:

- а) предоставление медицинской помощи не предусмотрено Договором страхования;
- б) предоставление медицинской помощи оказано медицинской организацией, не указанной в Договоре страхования (Страховом полисе) и оказание медицинской помощи, не согласовано со Страховщиком;
- в) медицинская помощь получена другим лицом по Страховому полису Застрахованного лица.

6. СТРАХОВАЯ СУММА. ФРАНШИЗА

Первый вариант п.6.1. в случае установления общей страховой суммы по всем Программам на всех Застрахованных лиц:

6.1. Общая страховая сумма по Договору страхования составляет _____ (_____) рублей __ копеек на всех Застрахованных лиц, по всем страховым случаям, произошедшим в течение срока действия Договора страхования.

Второй вариант п.6.1. в случае установления страховой суммы на каждое Застрахованное лицо:

6.1. Общая страховая сумма по Договору страхования составляет _____ (_____) рублей __ копеек на всех Застрахованных лиц, по всем страховым случаям, произошедшим в течение срока действия Договора страхования, в том числе страховая сумма на одно Застрахованное лицо:

- по Программе «_____» (Приложение 1 к Договору страхования) – _____ рублей __ копеек;

- по Программе «_____» (Приложение 1/1 к Договору страхования) – _____ рублей __ копеек.

Третий вариант п.6.1. в случае установления единых страховых сумм в отношении каждой Программы:

6.1. Общая страховая сумма по Договору страхования составляет: _____ (_____) рублей __ копеек, на всех Застрахованных лиц, по всем страховым случаям, произошедшим в течение срока действия Договора страхования, в том числе страховая сумма:

- по Программе «_____» (Приложение 1 к Договору страхования) – _____ рублей __ копеек;

- по Программе «_____» (Приложение 1/1 к Договору страхования) – _____ рублей __ копеек.

Четвертый вариант п.6.1. в случае установления лимитов ответственности Страховщика:

6.1. Общая страховая сумма по Договору страхования составляет _____ (_____) рублей 00 копеек на всех Застрахованных лиц, по всем страховым случаям, произошедшим в течение срока действия Договора страхования, в том числе:

6.1.1. Лимит ответственности Страховщика в отношении всех Застрахованных лиц по Договору страхования по оплате медицинских услуг, включенных в Программу, при обращении Застрахованного лица по поводу _____ составляет _____ (_____) рублей 00 копеек.

6.1.2. Лимит ответственности Страховщика в отношении всех Застрахованных лиц по Договору страхования по оплате медицинской помощи, в том числе медицинских услуг, включенных в Программы, при обращении Застрахованного лица в течение срока действия Договора страхования в медицинские организации (из числа предусмотренных Договором страхования) в связи с заболеваниями и состояниями, не указанными в п. 6.1.1. Договора страхования составляет _____ (_____) рублей 00 копеек.

6.2. По Договору страхования устанавливается _____ (указать вид) франшиза в размере _____ рублей ____ копеек / ____ % от общей страховой суммы по каждому страховому случаю.

Примечание. Пункт 6.2. включается в Договор страхования по соглашению Сторон.

6.3. Максимальная сумма страховой выплаты по одному страховому случаю на одно Застрахованное лицо составляет _____ (_____) рублей ____ копеек

Примечание. Пункт 6.3. включается в Договор страхования по соглашению Сторон.

7. СТРАХОВАЯ ПРЕМИЯ

Первый вариант п.7.1. в случае установления единого тарифа по Договору страхования:

7.1. Страховой тариф по Договору страхования устанавливается в размере _____ % от общей страховой суммы.

Второй вариант п.7.1. в случае установления тарифа в отношении каждой Программы:

7.1. Страховой тариф по Договору страхования устанавливается в соответствии с Программой страхования в размере:

- по Программе «_____» (Приложение 1 к Договору страхования) – ____ %;
- по Программе «_____» (Приложение 1 к Договору страхования) – ____ %.

Первый вариант п.7.2. в случае установления только общей страховой премии по Договору страхования:

7.2. Общая сумма страховой премии по Договору страхования составляет _____ (_____) рублей ____ копеек.

Второй вариант п.7.2. в случае установления страховой премии в отношении каждой Программы:

7.2. Общая сумма страховой премии по Договору страхования составляет _____ (_____) рублей ____ копеек, в том числе страховая премия на одно Застрахованное лицо:

- по Программе «_____» (Приложение 1 к Договору страхования) – _____ рублей ____ копеек;
- по Программе «_____» (Приложение 1/1 к Договору страхования) – _____ рублей ____ копеек.

Пункт 7.3. указывается в зависимости от порядка и формы оплаты страховой премии.

Первый вариант п.7.3. в случае уплаты страховой премии единовременным безналичным платежом:

7.3. Страховая премия по Договору страхования подлежит уплате единовременно безналичным платежом на расчетный счет Страховщика в срок до _____ 20_ г.

Второй вариант п.7.3. в случае уплаты страховой премии единовременным платежом в кассу Страховщика:

7.3. Страховая премия по Договору страхования подлежит уплате единовременно в кассу Страховщика в срок до _____ 20_ г.

Третий вариант п.7.3. в случае уплаты страховой премии в рассрочку безналичными платежами:

7.3. Страховая премия по Договору страхования подлежит уплате в рассрочку _____ платежами на расчетный счет Страховщика.

7.3.1. Первый страховой взнос по Договору страхования составляет _____ (_____) рублей ____ копеек и подлежит уплате в срок до _____ 20_ г.

7.3.2. Второй страховой взнос по Договору страхования составляет _____ (_____) рублей ____ копеек и подлежит уплате в срок до _____ 20_ г.

Четвертый вариант п.7.3. в случае уплаты страховой премии в рассрочку в кассу Страховщика:

7.3. Страховая премия по Договору страхования подлежит уплате в рассрочку _____ платежами в кассу Страховщика.

7.3.1. Первый страховой взнос по Договору страхования составляет _____ (_____) рублей ____ копеек и подлежит уплате в срок до _____ 20_ г.

7.3.2. Второй страховой взнос по Договору страхования составляет _____ (_____) рублей _____ копеек и подлежит уплате в срок до _____ 20__ г.

Последующие взносы указывать по аналогии.

Первый вариант п.7.4. в случае единовременной уплаты страховой премии:

7.4. при неуплате Страхователем в установленные Договором страхования сроки страховой премии, а равно при неуплате страховой премии в полном размере, Страховщик вправе в одностороннем порядке отказаться от Договора страхования (исполнения Договора страхования) при условии направления Страхователю уведомления об отказе от Договора страхования, в том числе на адрес электронной почты Страхователя, указанный в Договоре страхования. Договор страхования прекращается с 00 часов 00 минут дня, следующего за днем, когда страховая премия должна была быть уплачена полностью. При этом полученные Страховщиком не в полном объеме денежные средства страховой премии подлежат возврату Страхователю в течение 5 (пяти) рабочих дней с момента получения ее Страховщиком. При этом если страхование, обусловленное Договором страхования, вступило в силу до момента уплаты страховой премии, Страхователь обязан уплатить Страховщику страховую премию в размере, пропорциональном сроку действия страхования до момента его прекращения.

При этом Страховщик не возмещает убытки, возникшие в результате наступления страхового случая, произошедшего после прекращения срока действия Договора страхования.

Второй вариант п.7.4. в случае уплаты страховой премии в рассрочку:

7.4. при неуплате Страхователем в установленные Договором страхования сроки первого страхового взноса, а равно при неуплате первого страхового в полном размере, Страховщик вправе в одностороннем порядке отказаться от Договора страхования (исполнения Договора страхования) при условии направления Страхователю уведомления об отказе от Договора страхования, в том числе на адрес электронной почты Страхователя, указанный в Договоре страхования. Договор страхования прекращается с 00 часов 00 минут дня, следующего за днем, когда первый страховой взнос должен был быть уплачен полностью. При этом полученный Страховщиком первый страховой взнос не в полном объеме подлежит возврату Страхователю в течение 5 (пяти) рабочих дней с момента его получения Страховщиком. При этом если страхование, обусловленное Договором страхования, вступило в силу до момента уплаты первого страхового взноса, Страхователь обязан уплатить Страховщику страховую премию в размере, пропорциональном сроку действия страхования до момента его прекращения.

При неуплате Страхователем в установленные Договором страхования сроки очередного страхового взноса, а равно при неуплате очередного страхового взноса в полном размере, Страховщик вправе в одностороннем порядке отказаться от Договора страхования (исполнения Договора страхования) при условии направления Страхователю уведомления об отказе от Договора страхования, в том числе на адрес электронной почты Страхователя, указанный в Договоре страхования. Договор страхования прекращается с 00 часов 00 минут дня, следующего за днем, когда очередной страховой взнос должен был быть уплачен полностью. При этом ранее уплаченные страховые взносы Страхователю не возвращаются, Страхователь обязан доплатить Страховщику страховую премию в размере, пропорциональном сроку действия страхования до момента его прекращения.

При этом Страховщик не возмещает убытки, возникшие в результате наступления страхового случая, произошедшего после прекращения срока действия Договора страхования.

7.5. Страхователь уплачивает дополнительный страховой взнос в размере, определенном дополнительным соглашением к Договору страхования в следующих случаях:

7.5.1. увеличения общей численности Застрахованных лиц, установленной в п.3.2. Договора страхования в соответствии с п.3.4.3. Договора страхования;

7.5.2. изменения Программы(м) (выбор Страхователем более дорогой Программы(м), необходимость расширения перечня медицинской помощи, медицинских организаций и т.д.);

7.5.3. увеличения страховой суммы по Договору страхования.

7.6. По Договору страхования устанавливается размер расходов на ведение дела _____ % от общей страховой премии.

7.7. Днем уплаты страховой премии (страховых взносов) считается день зачисления денежных средств на расчетный счет Страховщика/день внесения денежных средств в кассу Страховщика (*необходимо выбрать нужный вариант*).

8. СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ

Первый вариант п.8.1. в случае фиксированного периода страхования:

8.1. Договор страхования вступает в силу с момента подписания и действует до полного исполнения Сторонами обязательств. Страхование, обусловленное Договором страхования, действует с 00 часов 00 минут _____ 20__ г. по 24 часа 00 минут _____ 20__ г.

Второй вариант п.8.1. в случае начала периода страхования с момента поступления страховой премии/первого взноса:

8.1. Договор страхования вступает в силу с момента подписания и действует до полного исполнения Сторонами обязательств. Страхование, обусловленное Договором страхования,

действует с 00 часов 00 минут даты, следующей за днем поступления страховой премии (*первого страхового взноса - при уплате страховой премии в рассрочку*) в размере и в срок, установленные Договором страхования *на расчетный счет Страховщика/ в кассу Страховщика (указывать в зависимости от формы оплаты страховой премии)*.

8.2. Договор страхования может быть расторгнут досрочно в случаях, предусмотренных Правилами страхования (раздел 8 Правил страхования) и действующим законодательством Российской Федерации.

9. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

9.1. Застрахованное лицо имеет право:

9.1.1. на получение медицинской помощи, в соответствии с условиями, указанными в Договоре страхования, в медицинских организациях, перечень которых определен в Приложении 2 к Договору страхования;

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

Пункт 9.1.3. включается в Договор при условии выдачи полисов Страхователю / Застрахованным лицам.

9.1.3. на получение дубликата Страхового полиса в случае его утраты.

9.2. Застрахованное лицо обязано:

9.2.1. соблюдать предписания лечащего врача, полученные в ходе предоставления медицинской помощи, соблюдать распорядок, установленный медицинской организацией;

9.2.2. соблюдать порядок пользования Страховым полисом, не передавать его другим лицам с целью получения ими медицинской помощи, при утрате немедленно сообщить Страховщику;

9.3. Страхователь обязан:

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

9.3.2. уплачивать страховые взносы в размере и в сроки, установленные в Договоре страхования;

9.3.3. ознакомить Застрахованных лиц с их правами и обязанностями по Договору страхования, с условиями получения медицинской помощи;

9.3.4. в пределах своей компетенции принимать меры по устранению неблагоприятных факторов воздействия на здоровье Застрахованных лиц;

9.3.5. получить письменное согласие Застрахованных лиц на обработку персональных данных Страховщиком, в том числе на обработку специальных категорий персональных данных, а также на трансграничную передачу персональных данных сообщенных Страховщику или полученных Страховщиком от третьих лиц, в соответствии с требованиями Федерального закона Российской Федерации от 27.07.2006 №152-ФЗ «О персональных данных»;

9.3.6. предоставить Страховщику оригиналы письменных согласий Застрахованных лиц, указанные в п.9.3.5. Договора страхования, в течение пяти рабочих дней с даты получения письменного запроса от Страховщика.

Пункт 9.3.7. включается в Договор при условии выдачи полисов Страхователю / Застрахованным лицам.

9.3.7. Страховые полисы лиц, исключаемых из Списка Застрахованных лиц, возвращаются Страхователем Страховщику в течение пяти рабочих дней с момента исключения Застрахованного работника.

9.4. Страхователь имеет право:

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

9.4.2. расширить список Застрахованных лиц по соглашению со Страховщиком в соответствии с условиями, изложенными в п.3.4.3. Договора страхования;

9.4.3. с согласия Застрахованного работника, в случае его увольнения, исключить его из числа Застрахованных лиц и заменить другим или уменьшить общее число Застрахованных лиц;

9.4.4. в течение срока действия Договора страхования расширить или сократить перечень медицинской помощи, гарантируемой Договором страхования, и (или) повысить или понизить уровень страхового обеспечения, заключив Дополнительное соглашение к Договору страхования. В случае увеличения перечня медицинской помощи и (или) увеличения уровня страхового обеспечения Страхователь уплачивает дополнительный страховой взнос, установленный Страховщиком в Дополнительном соглашении к Договору страхования;

9.4.5. вправе отказаться от Договора страхования в любое время, если к моменту отказа возможность наступления страхового случая не отпала по обстоятельствам иным, чем страховой случай.

9.5. Страховщик обязан:

9.5.1. обеспечить конфиденциальность в отношениях со Страхователем и Застрахованными лицами;

Пункт 9.5.2. включается в Договор страхования при условии выдачи полисов Страхователю / Застрахованным лицам.

9.5.2. обеспечить своевременное вручение Страховых полисов Страхователю (Застрахованным лицам);

9.5.3. обеспечить предоставление Застрахованному лицу медицинской помощи, гарантированной условиями Договора страхования;

9.5.4. обеспечить контроль объема, сроков и качества медицинской помощи в соответствии с условиями Договора страхования;

9.5.5. при выявлении нарушений проведения медицинских технологий, требований к объему, срокам и качеству медицинской помощи, санитарных норм и правил защищать интересы Застрахованных лиц.

9.6. Страховщик имеет право:

9.6.1. требовать от Страхователя предоставления достоверной информации, необходимой для заключения Договора страхования;

9.6.2. изменить по согласованию со Страхователем существенные условия Договора страхования;

9.6.3. проверять сообщенную Страхователем информацию;

9.6.4. отказать в выплате страхового возмещения в случаях, предусмотренных в Правилах страхования и действующем законодательстве Российской Федерации.

Первый вариант п.9.7., если по Договору страхования предусмотрена единая страховая сумма на всех Застрахованных лиц:

9.7. В случае расширения Списка Застрахованных лиц Страхователь предоставляет Страховщику дополнительно сведения о лицах, принимаемых на страхование.

Второй вариант п.9.7., если по Договору страхования предусмотрена страховая сумма на каждое Застрахованное лицо:

9.7. В случае расширения Списка Застрахованных лиц Страхователь предоставляет Страховщику дополнительно сведения о лицах, принимаемых на страхование, и уплачивает за них страховой взнос за период с момента включения в Список Застрахованных лиц до момента окончания срока страхования в соответствии с условиями п.3.4.3. Договора страхования.

9.8. В случае замены Застрахованных лиц другими лицами Страхователь предоставляет Страховщику сведения об исключаемых из Списка Застрахованных лиц и включаемых в него в соответствии с условиями п.3.4.4. Договора страхования.

9.9. Права и обязанности Страховщика, Страхователя и Застрахованного лица регулируются Договором страхования, Правилами страхования и действующим законодательством Российской Федерации.

10. ПРОЧИЕ УСЛОВИЯ

10.1. Во всем ином, не урегулированном Договором страхования, Стороны договорились руководствоваться Правилами страхования и действующим законодательством Российской Федерации. Правила страхования Страхователю вручены.

10.2. Изменения и дополнения к Договору страхования оформляются в виде дополнительного соглашения и подписываются полномочными представителями Сторон.

10.3. По спорам, вытекающим из неисполнения или ненадлежащего исполнения Страховщиком и (или) Страхователем (Выгодоприобретателем) условий Договора страхования, о размере страховой выплаты, наличия страхового случая обязателен следующий досудебный порядок урегулирования:

- проведение переговоров - при этом Сторона, считающая, что ее права нарушены, обязана направить уведомление о проведении переговоров не позднее чем за 7 (семь) рабочих дней до предполагаемой даты проведения переговоров;

- при недостижении соглашения по предмету спора в процессе переговоров обязательным является направление письменной претензии (заявления) (в т.ч. с помощью официального сайта Страховщика в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет» путем электронного документооборота), с указанием причин несогласия с действиями (бездействием) оппонента, мотивированных доводов по предъявляемым требованиям.

10.4. Срок рассмотрения претензий 30 (тридцать) дней с момента получения претензии. В случае неудовлетворения претензии, споры разрешаются в судебном порядке в Арбитражном суде по подсудности, предусмотренной действующим законодательством Российской Федерации.

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

10.6. Иск по требованиям, вытекающим из Договора страхования, может быть предъявлен в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

10.7. Договор страхования составлен в двух экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, по одному для каждой из Сторон.

10.8. Неотъемлемой частью Договора страхования являются:

Приложение 1: Программа добровольного медицинского страхования «_____»;

СТРАХОВЩИК:	СТРАХОВАТЕЛЬ: Наименование: _____ Адрес (место нахождения): _____ ОГРН ИНН Р/сч К/сч в _____ БИК Телефон/факс E-mail: Почтовый адрес: _____
_____ (подпись) / _____ (Ф.И.О.)	До момента заключения Договора страхования условия, изложенные в Договоре страхования, разъяснены и понятны. С положениями Договора страхования, Правил страхования ознакомлен, согласен и обязуюсь их выполнять. Экземпляр Правил страхования и Договора страхования получил. Согласие на обработку Страховщиком персональных данных Застрахованных лиц подтверждаю. _____ (подпись) / _____ (Ф.И.О.)

Приложение 1
к Договору добровольного
медицинского страхования
граждан
№ _____ от ____ ____ 20__ г.

Программа добровольного медицинского страхования « _____ »

Страховщик

_____/_____/

Страхователь

_____/_____/

Приложение 2
к Договору добровольного
медицинского страхования
граждан
№ _____ от ____ ____ 20__ г.

Перечень медицинских организаций

*Заполняется в соответствии с действующим на дату заключения Договора страхования
перечнем ЛПО*

Страховщик

_____ / _____ /

Страхователь

_____ / _____ /

Приложение 22
к Дополнительным
правилам добровольного
медицинского страхования
граждан

Образец

Примечание: Данный документ является образцом. Страховщик оставляет за собой право вносить в форму и текст образца Списка Застрахованных лиц изменения в той мере, в какой это не противоречит Правилам страхования и действующему законодательству Российской Федерации

Приложение 3
к Договору добровольного
медицинского страхования граждан
№ _____
от _____ 20__ г.

Список Застрахованных лиц

№ п/п	Фамилия	Имя	Отчество	Гражданство	Пол	Дата рожд.	Место рождения	Место жительства (регистрация)	Отношение к Страхователю (работник, член семьи)	Серия документа, удостоверяющего личность	Номер документа, удостоверяющего личность	Дата выдачи документа, удостоверяющего личность	Кем выдан документа, удостоверяющего личность

Страховщик

Страхователь

Приложение 23
к Дополнительным
правилам добровольного
медицинского страхования
граждан

Образец

Примечание: Данный документ является образцом. Страховщик оставляет за собой право вносить в форму и текст образца изменения в той мере, в какой это не противоречит Правилам страхования и действующему законодательству Российской Федерации.

В АО «Группа страховых компаний
«Югорияз»

от _____

(Ф.И.О. Страхователя / Застрахованного лица)

адрес: _____

паспорт: серия _____ номер _____

выдан _____

телефон: _____

электронная почта: _____

ЗАЯВЛЕНИЕ

о произошедшем событии, которое может быть признано страховым

Информация о страховании

Договор (полис) _____ от ____ ____ 20__ г.
добровольного медицинского страхования граждан

Застрахованное _____ лицо _____ (Ф.И.О. _____ дата
рождения) _____

Информация о произошедшем событии

Дата события «____» _____ 20__ г.

Описание события _____

Общая сумма понесенных расходов (цифрами, прописью, валюта) _____

Если заявленное событие будет признано страховым случаем, причитающееся страховое возмещение прошу выплатить:

☐ наличными деньгами в кассе Страховщика

☐ безналичным перечислением

по

банковским

реквизитам _____

К заявлению прилагаю документы:

1.

2.

3.

4.

5.

6.

Я разрешаю сотрудникам АО «Группа страховых компаний «Югория», принимающим решение по вопросу исполнения договора страхования и/или рассмотрения заявленного страхового события, в соответствии со статьей 13 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» быть моим представителем, а также запрашивать и получать в медицинских и иных учреждениях, в которые я обращался, состоял(а) на учете и/или

проходил(а) обследование и/или лечение, документы и сведения, в том числе выписки из медицинских документов и копии медицинских документов, оформленные в установленном порядке (истории болезни, амбулаторные карты и т.п.), а также всю необходимую информацию касательно состояния моего здоровья, результатов всех проведенных анализов и иных исследований, течения заболевания, оперативных вмешательств и иных сведений, составляющих врачебную тайну, а также предоставлять вышеуказанным сотрудникам АО «Группа страховых компаний «Югория» доступ к медицинской документации, необходимой для рассмотрения вопроса о выплате страхового возмещения.

Подпись заявителя	/ _____ /	_____
	(подпись)	(ФИО полностью)
Дата обращения	« _____ » _____ 20__ г.	
Принял заявление:	« _____ » _____ 20__ г.	
_____	/ _____ /	_____
(должность)	(подпись)	(ФИО полностью)

Приложение 24
к Дополнительным
правилам добровольного
медицинского страхования
граждан

Образец

Примечание: Данный документ является образцом. Страховщик оставляет за собой право вносить в форму и текст данного образца изменения в той мере, в какой это не противоречит Правилам страхования и действующему законодательству Российской Федерации.

АО «ГРУППА СТРАХОВЫХ КОМПАНИЙ
«ЮГОРИЯ»

УТВЕРЖДАЮ

_____ (должность)

_____ (доверенность)

_____ (подпись) _____ (И.О.Ф)
_____ 201_г.

СТРАХОВОЙ АКТ

№ _____

Составлен _____ 20_г. представителем Страховщика _____ на основании

(должность, Ф.И.О. полностью)

Дополнительных правил добровольного медицинского страхования граждан от _____ 20_г.,
заявления о произошедшем событии _____

(Ф.И.О. Страхователя или его представителя (полностью))

от _____ 20_г. и
полученных документов, необходимых для подтверждения страхового случая и размера убытка.

1. Договор страхования № _____ от _____ 20_г.

2. Срок действия Договора страхования: с _____ 20_г. по _____ 20_г.

3. Дата наступления произошедшего события: _____ 20_г.

4. Страховая сумма: _____ (цифрами) _____ (прописью)) руб. ____ коп.

5. Характеристика объекта страхования:

5.1. Программа(ы): _____

5.2. Ф.И.О. Страхователя (Застрахованного лица) (полностью), дата рождения, паспортные данные,
адрес проживания: _____

5.3. Территория страхования: _____

6. Документы, предоставленные для экспертизы: _____

7. Описание произошедшего события: _____

8. Решение, принятое по заявленному событию: _____

9. Акт составлен:

_____ (должность)	_____ /	_____ /	_____ /
	(подпись)	(Ф.И.О. полностью)	(дата)
_____ (должность)	_____ /	_____ /	_____ /
	(подпись)	(Ф.И.О. полностью)	(дата)

10. Сумма выплаты: _____ (сумма прописью) _____ руб. ____ коп.

11. Страховое возмещение подлежит оплате: _____ (Ф.И.О. получателя, паспортные данные, реквизиты)

_____ в размере
_____ (сумма цифрами) _____ (сумма прописью)) руб. ____ коп.

12. В страховой выплате отказано (указать причины отказа): _____

Страховая выплата произведена по наличному/безналичному расчету.

Вид и номер документа: № _____ от _____