

**Общество с ограниченной ответственностью  
«Страховая компания «Гранта»  
(ООО «СК «ГРАНТА»)**

**УТВЕРЖДЕНЫ**

Приказом № 13-01 от 21.03.2016 г.

Генеральный директор ООО «СК «ГРАНТА»  
Алякина Дарья Павловна



**ПРАВИЛА  
ДОБРОВОЛЬНОГО КОМПЛЕКСНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ**

(с изменениями и дополнениями: от 29.12.2017г. приказ №24-01,  
от 29.04.2019г. приказ №32-01)

Казань, 2019

**СОДЕРЖАНИЕ**

<b>1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ.....</b>	<b>3</b>
<b>2. ОБЪЕКТЫ И СУБЪЕКТЫ СТРАХОВАНИЯ.....</b>	<b>8</b>
<b>3. СТРАХОВЫЕ СЛУЧАИ. ....</b>	<b>8</b>
<b>4. ИСКЛЮЧЕНИЯ.....</b>	<b>10</b>
<b>5. СТРАХОВАЯ СУММА .....</b>	<b>11</b>
<b>6. СТРАХОВАЯ ПРЕМИЯ (СТРАХОВЫЕ ВЗНОСЫ). СТРАХОВОЙ ТАРИФ. ПОРЯДОК ПРИМЕНЕНИЯ ПОВЫШАЮЩИХ И ПОНИЖАЮЩИХ КОЭФФИЦИЕНТОВ.....</b>	<b>12</b>
<b>7. ПОРЯДОК ЗАКЛЮЧЕНИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ .....</b>	<b>17</b>
<b>8. СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ.....</b>	<b>20</b>
<b>9. ПОРЯДОК ИСПОЛНЕНИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ .....</b>	<b>20</b>
<b>10. СТРАХОВАЯ ВЫПЛАТА .....</b>	<b>21</b>
<b>11. СЛУЧАИ ОТКАЗА В СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЕ .....</b>	<b>23</b>
<b>12. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН.....</b>	<b>24</b>
<b>13. ПОСЛЕДСТВИЯ ИЗМЕНЕНИЯ СТЕПЕНИ СТРАХОВОГО РИСКА.....</b>	<b>28</b>
<b>14. ПРЕКРАЩЕНИЕ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ .....</b>	<b>30</b>
<b>15. НЕДЕЙСТВИТЕЛЬНОСТЬ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ.....</b>	<b>32</b>
<b>16. ПОРЯДОК РАЗРЕШЕНИЯ СПОРОВ.....</b>	<b>32</b>
<b>17. ПЕРСОНАЛЬНЫЕ ДАННЫЕ .....</b>	<b>32</b>
<b>ПРИЛОЖЕНИЕ 1.....</b>	<b>34</b>
<b>ПРИЛОЖЕНИЕ 2.....</b>	<b>71</b>
<b>ПРИЛОЖЕНИЕ 3.....</b>	<b>73</b>
<b>ПРИЛОЖЕНИЕ 4.....</b>	<b>78</b>
<b>ПРИЛОЖЕНИЕ 5.....</b>	<b>81</b>
<b>ПРИЛОЖЕНИЕ 6.....</b>	<b>82</b>
<b>ПРИЛОЖЕНИЕ 7.....</b>	<b>83</b>

## 1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

1.1. Общество с ограниченной ответственностью «Страховая компания «Гранта» (сокращенное наименование – ООО «СК «Гранта» (ИНН 1655230261)) заключает договоры добровольного медицинского страхования на основании настоящих Правил, в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

1.2. Основные термины, используемые в настоящих Правилах.

1.2.1. **Страховщик** - ООО «СК «Гранта» – юридическое лицо, осуществляющее деятельность по добровольному медицинскому страхованию в соответствии с лицензией, выданной органом государственного страхового надзора.

1.2.2. **Страхователь** - юридическое лицо, индивидуальный предприниматель или физическое лицо, заключившее (-ий) со Страховщиком договор добровольного медицинского страхования.

1.2.3. **Застрахованное лицо** - физическое лицо, в отношении которого заключен договор страхования. На условиях настоящих Правил заключаются договоры страхования лиц в возрасте от 0 (новорожденные) до 90 лет. Программами страхования могут быть установлены ограничения по возрасту лиц, принимаемых на страхование на условиях этих программ.

1.2.4. **Страховая сумма** - определенная договором страхования денежная сумма, в пределах которой Страховщик обязуется осуществить страховую выплату и, исходя из которой, определяется размер страховой премии.

1.2.5. **Страховая премия** - плата за страхование, которую Страхователь обязан уплатить Страховщику в порядке и сроки, определенные договором страхования. Неиспользованная страховая премия – это часть оплаченной Страхователем страховой премии, приходящейся на неистекший (шие) период(ы) страхования.

1.2.6. **Страховой тариф** - ставка страховой премии с единицы страховой суммы с учетом объекта страхования и характера страхового риска, а также других условий страхования, в том числе наличия франшизы и ее размера в соответствии с условиями страхования.

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

1.2.8. **Страховой случай** - совершившееся событие, предусмотренное договором страхования (или программой страхования), с наступлением которого возникает обязанность Страховщика произвести страховую выплату.

1.2.9. **Страховая выплата** - денежная сумма, которую Страховщик в соответствии с договором страхования обязан выплатить при наступлении страхового случая.

Страховая выплата определяется в размере убытка за вычетом франшизы, но в любом случае не может превышать страховой суммы.

Общая сумма страховых выплат по всем страховым случаям, происшедшим в период действия договора страхования не может превышать страховой суммы.

1.2.10. **Выжидательный период** - установленный договором страхования промежуток времени (обычно после вступления договора в силу), в течение которого обращение Застрахованного лица за оказанием медицинских и иных услуг не признается страховым случаем. Договором страхования может быть установлено несколько выжидательных периодов.

1.2.11. **Договор страхования** – соглашение Страховщика и Страхователя о добровольном медицинском страховании, заключенное между Страховщиком и Страхователем в соответствии с настоящими Правилами. Договор страхования может быть заключен путем составления одного документа либо вручения Страховщиком Страхователю, на основании его письменного или устного заявления, страхового полиса, подписанного Страховщиком.

В последнем случае согласие Страхователя заключить договор на предложенных Страховщиком условиях подтверждается принятием от Страховщика указанных в абзаце первом настоящего пункта документов.

1.2.12. **Индивидуальный договор страхования** – договор добровольного медицинского страхования, заключенный в отношении одного Застрахованного лица.

1.2.13. **Коллективный договор страхования** – договор добровольного медицинского страхования, заключенный Страхователем в отношении более чем одного Застрахованного лица.

1.2.14. **Полис (полис добровольного медицинского страхования)** – документ, удостоверяющий факт заключения договора страхования.

1.2.15. Медицинские, аптечные и сервисные организации.

**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, а также иные юридические лица независимо от организационно-правовой формы, осуществляющие наряду с основной (уставной) деятельностью медицинскую деятельность.

К медицинским организациям в частности относятся российские и иностранные медицинские организации: стационары, клиники, диспансеры, амбулаторно-поликлинические организации, организации скорой медицинской помощи, организации охраны материнства и детства, санаторно-курортные, лечебно-реабилитационные организации и другие.

К медицинским организациям приравниваются индивидуальные предприниматели, осуществляющие медицинскую деятельность.

Медицинские организации, находящиеся за границей Российской Федерации, должны иметь лицензию на оказание медицинской помощи и (или) удовлетворять иным аналогичным требованиям законодательства того государства, в котором они находятся.

**Аптечная организация** - организация, структурное подразделение медицинской организации, осуществляющая розничную торговлю лекарственными препаратами, хранение, изготовление и отпуск лекарственных препаратов для медицинского применения в соответствии с требованиями действующего законодательства и имеющая соответствующую лицензию.

**Сервисная организация** – сервисная или ассистанская компании или учреждение, имеющие договоры со Страховщиком по организации медицинских, экспертных, медико-транспортных и иных услуг

1.2.16. **Программа страхования («Программа добровольного медицинского страхования»)** – перечень видов Медицинской помощи, оплачиваемых Страховщиком по Договору страхования, и иные условия страхования. Программа добровольного медицинского страхования является неотъемлемой частью Договора страхования. Исходя из программы страхования, определяется страховой тариф.

1.2.17. **Группа заболеваний** – совокупность заболеваний и состояний, сформированная по этиологическим признакам, анатомической локализации, обстоятельствам возникновения болезни и т.д. В настоящих правилах выделяются следующие группы заболеваний: классы заболеваний (п. 1.2.18.) и блоки заболеваний (п. 1.2.19).

1.2.18. **Классы заболеваний** – группы заболеваний в соответствии с Международной классификацией болезней (МКБ 10):

- I) Инфекционные и паразитарные болезни.
- II) Новообразования.
- III) Болезни крови, кроветворных органов и отдельные нарушения, вовлекающие иммунный механизм.
- IV) Болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ.
- V) Психические расстройства и расстройства поведения.
- VI) Болезни нервной системы.
- VII) Болезни глаза и его придаточного аппарата.
- VIII) Болезни уха и сосцевидного отростка.
- IX) Болезни системы кровообращения.

- X) Болезни органов дыхания.
- XI) Болезни органов пищеварения.
- XII) Болезни кожи и подкожной клетчатки.
- XIII) Болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани.
- XIV) Болезни мочеполовой системы.
- XV) Беременность, роды и послеродовой период.
- XVI) Отдельные состояния, возникающие в перинатальном периоде.
- XVII) Врожденные аномалии (пороки развития), деформациями и хромосомные нарушения.
- XVIII) Иные симптомы, признаки и отклонения от нормы, выявленные при клинических и лабораторных исследованиях.
- XIX) Травмы, отравления и другие последствия воздействия внешних причин.
- XX) Внешние причины заболеваемости и смертности
- XXI) Факторы, влияющие на состояние здоровья населения и обращения в организации здравоохранения

1.2.19. **Блок заболеваний** – группа заболеваний внутри одного класса по МКБ-10.

1.2.20. **Врачебная тайна** – конфиденциальная информация, связанная с обращением Застрахованного лица за оказанием медицинских услуг, сведения о состоянии его здоровья и диагнозе, иные сведения, полученные при его медицинском обследовании и лечении. Сведения, составляющие врачебную тайну, не могут быть разглашены третьим лицам без согласия Застрахованного лица, за исключением случаев, предусмотренных законодательством РФ.

1.2.21. **Декларация здоровья (медицинская анкета)** – сведения о состоянии здоровья лица, подлежащего страхованию, составленные в форме вопросов Страховщика и ответов на них или предоставляемые иными документами.

1.2.22. **Код программы страхования** – условное цифровое или буквенно-цифровое обозначение программы страхования Застрахованного лица, вводимое Страховщиком.

1.2.23. **Лечащий врач** - врач, оказывающий медицинскую и (или) лекарственную помощь пациенту в период его наблюдения и лечения в медицинской организации.

1.2.24. **Лечебный режим** - установленный лечащим врачом распорядок оказания медицинской и (или) лекарственной помощи.

1.2.25. **Медицинская документация** – комплект документов, оформленный в соответствии с приказом Министерства здравоохранения СССР от 4 октября 1980 г. № 1030 (с последующими изменениями), касающихся наступления страхового случая: листки нетрудоспособности, выписные эпикризы, заключение о проведенном обследовании или лечении, выписка из истории болезни, результаты обследования, амбулаторная карта, рецепты и назначения лечащего врача и т.д.

1.2.26. **Медицинские расходы** – расходы Страховщика в виде страховой выплаты по оказанным Застрахованному лицу при наступлении страхового случая услугам.

1.2.27. Медицинские и иные услуги

**Медицинская услуга** – медицинская и (или) лекарственная помощь, предоставляемая медицинской или аптечной организацией по договору оказания услуг Застрахованным лицам. К медицинским услугам относятся: консультативная, лечебная, диагностическая, профилактическая, реабилитационно-восстановительная, оздоровительная, диспансерная, лекарственная помощь.

**Иные услуги** – услуги, предоставляемые с целью организации и оказания медицинской и лекарственной помощи (медицинских услуг).

Под иными услугами по настоящим Правилам понимаются:

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

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

ООО «СК «Гранта» Правила страхования

- сопровождение несовершеннолетнего Застрахованного лица, Застрахованного лица, неспособного к самостоятельному передвижению и/или нуждающегося в посторонней помощи, родителем, опекуном, законным представителем или иным лицом при оказании Застрахованному лицу медицинской помощи;
- совместное нахождение родителя, опекуна, законного представителя или иного лица с несовершеннолетним Застрахованным лицом (ребенком) в стационарных условиях;
- создание условий повышенной комфортности при оказании медицинских и иных услуг;
- не входящие в состав медицинской услуги, но требующиеся при оказании Застрахованному лицу медицинских услуг, услуги по организации и предоставлению проживания и питания Застрахованного лица;
- услуги по репатриации тела в случае смерти Застрахованного лица.

Договором страхования (Программой страхования) может быть предусмотрено оказание иных услуг, как всех, так и выборочно из состава «иных услуг».

Под медицинской помощью понимается комплекс мероприятий, направленных на поддержание и (или) восстановление здоровья и включающих в себя медицинское вмешательство или комплекс медицинских вмешательств, направленных на профилактику, диагностику и лечение заболеваний, медицинскую реабилитацию.

Под лекарственной помощью понимается:

- применение лекарственных средств и изделий медицинского назначения при оказании медицинской помощи;
- лекарственное обеспечение (получение лекарственных средств по рецептам врача).

Формами оказания медицинской помощи являются:

- 1) экстренная - медицинская помощь, оказываемая при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний, представляющих угрозу жизни пациента;
- 2) неотложная - медицинская помощь, оказываемая при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний без явных признаков угрозы жизни пациента;
- 3) плановая - медицинская помощь, которая оказывается при проведении профилактических мероприятий, при заболеваниях и состояниях, не сопровождающихся угрозой жизни пациента, не требующих экстренной и неотложной медицинской помощи, и отсрочка оказания которой на определенное время не повлечет за собой ухудшение состояния пациента, угрозу его жизни и здоровью.

**1.2.28. Период страхования** - период времени, в течение которого могут произойти страховые случаи, определенные договором страхования. Договором страхования может быть установлено несколько периодов страхования, в том числе отдельно по каждой программе страхования, начало и окончание каждого периода указываются в договоре страхования и/или полисе.

**1.2.29. Срок действия договора страхования** - период времени, включающий в себя все установленные договором страхования периоды страхования и выжидательные периоды. Начало и окончание договора страхования указываются в страховом полисе (договоре страхования).

**1.2.30. Страховое покрытие** - совокупность страховых случаев, предусмотренных договором страхования, при наступлении которых возникает обязанность Страховщика произвести страховую выплату.

**1.2.31. Страховой взнос** – часть страховой премии.

**1.2.32. Тайна страхования** – информация, ставшая известной Страховщику в связи с заключением и исполнением договора страхования. Страховщик не вправе сообщать информацию, составляющую тайну страхования, третьим лицам без согласия Страхователя (Застрахованного лица), за исключением случаев, установленных законодательством РФ.

**1.2.33. Убыток** – определяется как стоимость медицинских и иных услуг, оказанных при наступлении страхового случая и предусмотренных программой и (или) договором страхования, а также стоимость организации их оказания.

1.2.34. **Франшиза** - часть убытков, определенная договором страхования и не подлежащая возмещению Страховщиком. Франшиза устанавливается в виде определенного процента от страховой суммы или в фиксированном размере.

Договором могут быть предусмотрены иные виды франшизы (например, франшиза, установленная в виде процента от стоимости медицинских услуг).

Франшиза может быть условная или безусловная.

При условной франшизе Страховщик освобождается от возмещения убытка, если его размер не превышает размер франшизы, однако возмещает его полностью в случае, если размер убытка превышает размер франшизы

При безусловной франшизе размер страховой выплаты определяется как разница между размером убытка и размером франшизы

1.2.35. **Экспертиза медицинских услуг** - исследование, проводимое экспертом для определения соответствия объема, качества и стоимости, оказанных Застрахованным лицам медицинских услуг установленным стандартам.

1.2.36. **Персональные данные** - информация, относящаяся к определенному или определяемому на основании такой информации физическому лицу (субъекту персональных данных). Персональными данными в рамках заключенного договора добровольного медицинского страхования признаются, в том числе: фамилия, имя, отчество, дата (год, месяц, день) рождения, паспортные данные, адрес проживания, адрес регистрации (прописки), контактные телефоны, данные о состоянии здоровья, о заболеваниях, а также о случаях обращения Застрахованного лица за медицинскими услугами.

1.2.37. **Мигрант** – физическое лицо, осуществляющее любое территориальное перемещение, связанное с пересечением как внешних, так и внутренних границ Российской Федерации с целью смены постоянного места жительства или временного пребывания на территории Российской Федерации.

1.2.38. **Посмертная репатриация** – возвращения тела (останков) Застрахованного лица в страну (регион) проживания.

1.2.39. **Ребенок мигранта** – ребенок или подопечный Мигранта. Под подопечным понимается гражданин, над которым установлена опека или попечительство.

1.2.40. **Репатриация** – возвращение Застрахованного лица в страну проживания по медицинским показаниям либо возвращение Застрахованного лица, если Застрахованным лицом являлся Ребенок-мигрант, который остается на территории страхования без попечения родителей/опекунов.

1.2.41. **Сервисная компания** – сервисные или ассистанские компании и учреждения, имеющие договоры со Страховщиком по организации медицинских, экспертных, медико-транспортных и иных услуг

1.2.42. **Счет-реестр** – документ, содержащий сведения, предусмотренные формой, установленной приложением №12 к Письму ФФОМС от 30.12.2011 N 9161/30-1/и «О направлении Методических указаний по представлению информации в сфере обязательного медицинского страхования».

1.2.43. Термины, для которых в настоящих Правилах и(или) договоре страхования нет специальных определений, используются в общепринятых значениях.

1.3. Условия, содержащиеся в настоящих Правилах страхования и не включенные в текст договора страхования, обязательны для Страхователя, если в договоре прямо указывается на применение таких правил и сами правила изложены в одном документе с договором или на его оборотной стороне, либо приложены к нему.

## 2. ОБЪЕКТЫ И СУБЪЕКТЫ СТРАХОВАНИЯ

2.1. Объектом страхования являются имущественные интересы Застрахованного лица, связанные с оплатой организации и оказания медицинской и лекарственной помощи (медицинских услуг), и иных услуг при наступлении страхового случая 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, в объеме, порядке и на условиях, предусмотренных Договором страхования.

2.2. В качестве субъектов медицинского страхования выступают: Страховщик, Страхователь, Застрахованное лицо.

## 3. СТРАХОВЫЕ СЛУЧАИ.

3.1. В соответствии с настоящими Правилами страховым случаем является совершившееся событие, предусмотренное договором страхования (или программой страхования), с наступлением которого возникает обязанность Страховщика произвести страховую выплату.

3.2. Страховым случаем признается обращение Застрахованного лица в течение периода(ов) страхования:

- в медицинскую и (или) аптечную организацию, из числа предусмотренных договором страхования, за получением медицинских и иных услуг, в соответствии с программой страхования, предусмотренной договором страхования

- в медицинскую (или) аптечную организацию не предусмотренные договором страхования (в том числе расположенные в других регионах РФ), за получением медицинских и иных услуг в соответствии с программой страхования, предусмотренной договором страхования, если это обращение организовано и/или согласовано Страховщиком.

3.3. При наступлении страхового случая Страховщик обязуется оплатить медицинские расходы в виде:

- оплаты медицинской и (или) аптечной организации медицинских и иных услуг, оказанных Застрахованному лицу при наступлении страхового случая, и организации их оказания, в пределах установленной договором страхования страховой суммы, в случае заключения договора страхования на условиях п. 10.1.1. настоящих Правил, а также в соответствии с порядком и условиями осуществления страховых выплат, определенных в договоре, заключенном Страховщиком с медицинской и (или) аптечной организацией.

- оплаты расходов, понесенных Застрахованным лицом (Страхователем), связанных с оказанием медицинских и иных услуг Застрахованному лицу при наступлении страхового случая в пределах установленной договором страхования страховой суммы, в случае заключения договора на условиях п. 10.1.2. настоящих Правил.

3.4. Страховщик заключает договоры страхования на случай наступления событий, предусмотренных программами страхования, указанными в Таблице 3.1 настоящих Правил.

Таблица 3.1

Полное наименование программы страхования	Сокращенное наименование программы страхования
Амбулаторно-поликлиническая помощь	

Полное наименование программы страхования	Сокращенное наименование программы страхования
включая выезд на дом	АП_Д
исключая выезд на дом	АП_П
Стационарная помощь	СТ
Скорая помощь	СКП
Базовая	
включая оказание медицинской помощи в условиях стационара	Б_Ст
исключая оказание медицинской помощи в условиях стационара	Б_П
Комплексная	КС
Полная	
включая выезд на дом	П_Д
исключая выезд на дом	П_П
Стоматология	СП
Педиатрия	
Новорожденные и дети первого года жизни	ПП_Н
Дети от 1 до 14 лет (включительно)	ПП_Д
Подростки от 15 до 17 лет (включительно)	ПП_П
Дородовое наблюдение за беременными и родовспоможение	РБ
Ведение беременности до родов	РБ_Б
Родовспоможение и послеродовое наблюдение	РБ_Р
Травматология	Т
Лекарственное обеспечение	Л
Мигрант	МГ

Перечень медицинских и иных услуг, предоставляемых в рамках программ страхования, приведен в Приложении 1. Также, по соглашению сторон, при заключении договора страхования, объем исключений из страхового покрытия может быть сокращен или расширен.

3.5. Выбранные программы страхования, перечни медицинских и аптечных организаций, определяются договором страхования и являются неотъемлемой его частью. Договором страхования может быть предусмотрено страхование по нескольким программам страхования.

3.6. Страховщик вправе ограничить объем медицинской и (или) лекарственной помощи (медицинских услуг) и иных услуг, предоставляемых в рамках договора страхования, по количеству, видам и стоимости, в том числе по отдельным медицинским и (или) аптечным организациям. Ограничения вводятся Страховщиком при заключении договора страхования; в период действия договора страхования ограничения могут быть введены по согласованию со Страхователем.

3.7. Страховщик вправе ограничить перечень классов заболеваний, по которым в рамках договора страхования предоставляются медицинские и иные услуги, в том числе по отдельным медицинским и (или) аптечным организациям. Ограничения вводятся Страховщиком при заключении договора страхования; в период действия договора страхования ограничения могут быть введены по согласованию со Страхователем.

3.8. Если Страховщик направляет Застрахованное лицо, для получения услуг, предусмотренных программой страхования в медицинскую и (или) аптечную организацию, имеющую договорные отношения со Страховщиком и не указанную в договоре страхования, то данное обращение Застрахованного лица является страховым случаем, даже если это не оговорено в договоре страхования.

#### 4. ИСКЛЮЧЕНИЯ

4.1. Страховщик вправе не принимать на страхование лиц, которые на момент заключения договора:

- являются лицами, перенесшими инсульт или/и инфаркт;
- состоят на учете в наркологическом, психоневрологическом, противотуберкулезном, кожно-венерологическом диспансере, с установленным соответствующим диагнозом, зарегистрированным в медицинских документах в иных лечебных учреждениях;
- страдающие хроническими и острыми болезнями системы кровообращения, крови и кроветворных органов, психическими расстройствами, болезнями нервной системы;
- являются лицами, которым были диагностированы одно или несколько из следующих заболеваний: ВИЧ-инфекция, СПИД, ишемическая болезнь сердца, стенокардия, гипертоническая болезнь, сахарный диабет, злокачественные новообразования;
- являются лицами, которым исполнилось 56 лет;
- являются лицами, которые госпитализированы, имеют Травму(ы);
- являются лицами, которым установлена I, II или III группа инвалидности, категория «ребенок-инвалид»;
- являются инвалидами детства.

Лица, указанные в настоящем пункте, могут быть застрахованы по программам страхования, не предусматривающим лечения основного заболевания. Проведение Страховщиком процедуры индивидуального адеррайтинга при принятии решения Страховщиком о возможности принятия на страхование приведенных в данном пункте лиц, является необходимым условием.

4.2. Не рассматривается как страховой случай получение медицинских и иных услуг если:

- 4.2.1. они не предусмотрены договором страхования или не назначены лечащим врачом;
- 4.2.2. они предоставлены в медицинских и (или) аптечных организациях, не предусмотренных договором страхования (кроме случаев, предусмотренных п. 3.2 настоящих Правил) или не имеющих лицензии на соответствующие виды медицинской/фармацевтической деятельности;
- 4.2.3. они оказаны вне периода(ов) страхования, установленных договором страхования, или в течение установленного выжидательного периода(ов);

4.3. Не является страховым случаем обращение Застрахованного лица в медицинскую и (или) аптечную организацию:

- 4.3.1. по поводу намеренного причинения Застрахованным вреда своему здоровью, суицидальных попыток и иных умышленных действий Застрахованного, направленных на наступление страхового случая за исключением случаев, когда Застрахованный был доведен до такого состояния противоправными действиями третьих лиц, что должно быть подтверждено решениями соответствующих органов;

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

4.3.3. в связи с получением травматического повреждения в результате совершения Застрахованным лицом действий в состоянии алкогольного, наркотического или токсического опьянения, а также заболеваний, причиной которых явилось употребление алкоголя, наркотических или токсических веществ.

4.3.4. в связи с получением травматического повреждения в результате полетов Застрахованного на летательном аппарате, управлением им, кроме случаев полета в качестве пассажира на самолете гражданской авиации, управляемом профессиональным пилотом;

4.3.5. в связи с получением травматического повреждения в результате занятий Застрахованного профессиональным, любительским или организованным спортом, в том числе: альпинизмом, скалолазанием, рафтингом, верховой ездой, дайвингом, катанием на горных лыжах, на сноуборде, а также прыжками и полетами на парашюте;

4.3.6. в связи с получением травматического повреждения в результате занятий Застрахованным опасными видами деятельности (в том числе в качестве горняка, строителя, электромонтажника);

4.3.7. по поводу алкоголизма, токсикомании или наркомании.

4.3.8. в связи с психиатрическими заболеваниями и их осложнениями, а также иными заболеваниями (в т.ч. травмами), возникшими в связи с заболеваниями психической природы;

4.3.9. в связи с получением травматического повреждения в результате получения лечения. При этом Страховщик не возмещает расходы на лечение, которое является целью поездки, а также расходы, вызванные ухудшением состояния здоровья или смертью Застрахованного в связи с этим лечением;

4.3.10. в связи с получением травматического повреждения в результате оказания услуг, связанных с любой транспортировкой Застрахованного или иных лиц, организованной не сервисной компанией и не согласованной со Страховщиком;

4.4. Программами страхования могут быть установлены дополнительные ограничения и исключения из страхового покрытия в отношении определенных заболеваний и медицинских и иных услуг.

4.5. Если договором страхования не предусмотрено иное, Страховщик не производит выплат в связи с заболеваниями и травмами, полученными вследствие:

4.5.1. воздействия ядерного взрыва, радиации или радиоактивного заражения;

4.5.2. участия в военных действиях, а также маневрах или иных военных мероприятиях;

4.5.3. службы Застрахованного в любых вооруженных силах и формированиях;

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

4.6. По дополнительному соглашению Сторон, оговоренному в Договоре страхования, обращение Застрахованного лица за медицинской помощью может признаваться страховым случаем вследствие событий, указанных в п. 4.3. Правил с применением Страховщиком повышающих коэффициентов.

4.7. Произошедшие события не признаются страховыми, и оплата медицинских услуг не производится в следующих случаях:

4.7.1. если убыток возмещен третьими лицами;

4.7.2. если страховой взнос по договору страхования не оплачен или оплачен не полностью;

4.7.3. в случае непредставления Страхователем/Застрахованным документов по факту заявленного события, в той части страховой выплаты, которая не подтверждена документально.

## 5. СТРАХОВАЯ СУММА

5.1. Страховая сумма на всех или на каждое Застрахованное лицо по договору страхования определяется Страховщиком и Страхователем по соглашению сторон, исходя из выбранной программы страхования. Страховщик имеет право установить минимальную страховую сумму для каждой из программ страхования.

5.2. Страховщик и Страхователь, по соглашению между ними, вправе устанавливать отдельные страховые суммы – по группам заболеваний, видам медицинских услуг, по группам Застрахованных лиц, по медицинским и (или) аптечным организациям, на один страховой случай и т.д.

5.3. Договором страхования может быть предусмотрена франшиза. Франшиза устанавливается в виде определенного процента от страховой суммы или в фиксированном размере.

Франшиза устанавливается по соглашению Сторон при заключении договора страхования в процентном отношении к страховой сумме или в абсолютной величине.

Франшиза может устанавливаться в отношении всех или некоторых страховых случаев, всех или некоторых видов убытка (расходов). Если иное не оговорено договором страхования, франшиза устанавливается по каждому страховому случаю (если наступает несколько страховых случаев, франшиза вычитается по каждому из них) и любому виду убытка (расходов).

Франшиза может быть условной (не вычитаемой) и безусловной (вычитаемой). При установлении условной франшизы Страховщик освобождается от обязанности производить выплаты, если размер убытка не превышает размер франшизы, а если убыток превышает ее размер, то Страховщик оплачивает убыток полностью (с учетом прочих условий договора страхования). При установлении безусловной франшизы Страховщик оплачивает убыток за минусом франшизы (с учетом прочих условий договора страхования). Если в договоре страхования не указан конкретный вид франшизы, то такая франшиза считается безусловной.

Договором могут быть предусмотрены иные виды франшизы (например, франшиза, установленная в виде процента от стоимости медицинских услуг, на один страховой случай и т.д.).

Применение в договоре страхования франшизы может служить основанием для снижения страхового тарифа (применения коэффициентов риска), кроме случаев, когда применение франшизы является непременным условием принятия на страхование.

## **6. СТРАХОВАЯ ПРЕМИЯ (СТРАХОВЫЕ ВЗНОСЫ). СТРАХОВОЙ ТАРИФ. ПОРЯДОК ПРИМЕНЕНИЯ ПОВЫШАЮЩИХ И ПОНИЖАЮЩИХ КОЭФФИЦИЕНТОВ**

6.1. При определении размера страховой премии, подлежащей уплате по договору страхования, Страховщик применяет разработанные им базовые тарифные ставки (Приложение 2 к настоящим Правилам).

6.2. При заключении договора страхования в соответствии с настоящими Правилами Страховщик осуществляет комплекс последовательных действий, направленных на определение степени страхового риска, а именно: анализируется информация и изучаются документы, представленные Страхователем вместе с заявлением на страхование, как из числа указанных в настоящих Правилах, так и дополнительно запрошенных Страховщиком, характеризующих степень принимаемого на страхование риска; привлекает экспертов для оценки вероятности наступления страхового события по каждому из страховых рисков, включаемых в договор страхования; самостоятельно получает дополнительную информацию,

статистические данные в организациях, располагающих такой информацией, о Страхователе; на основе полученных результатов делает вывод о степени страхового риска (вероятности наступления страхового события), принимает решение о страховании/ отказе в страховании, применении к базовой тарифной ставке повышающих или понижающих коэффициентов.

6.3. Наличие повышающих/понижающих коэффициентов позволяет Страховщику детально учитывать особенности объекта (деятельности) Страхователя, возможные факторы риска (существенные обстоятельства, создающие или увеличивающие вероятность наступления страхового случая) и определять наиболее реальную тарифную ставку по конкретному договору страхования, что является одним из условий обеспечения финансовой устойчивости Страховщика.

6.4. Основанием для применения Страховщиком повышающих или понижающих коэффициентов являются результаты проведенной им оценки страхового риска, осуществляемой на основании: информации и документов, представленных Страхователем с заявлением на страхование, как из числа указанных в настоящих Правилах, так и дополнительно запрошенных Страховщиком; информации, самостоятельно полученной Страховщиком из открытых источников; заключений экспертов и оценщиков, которые позволяют Страховщику в совокупности выявить факторы риска, повышающие или понижающие вероятность наступления страхового случая по каждому из страховых рисков, включаемых в договор страхования.

6.5. При наличии факторов риска, увеличивающих вероятность наступления страхового события либо степень ущерба по конкретному страховому риску (рискам), Страховщик применяет к базовой тарифной ставке повышающие коэффициенты (конкретное значение определяется исходя из вида, количества и значимости факторов риска по своему воздействию на наступление страхового случая), а при отсутствии факторов риска или их незначительном влиянии на степень ущерба или вероятность наступления страхового случая, Страховщик применяет к базовой тарифной ставке понижающие коэффициенты. Если степень влияния фактора в той же мере отражена в базовом тарифе, коэффициент риска не применяется. Итоговый учитывающий совокупность факторов риска коэффициент (далее – итоговый коэффициент), вычисляемый путем перемножения всех установленных в конкретном случае значений коэффициентов риска не может быть ниже 0,05 и выше 10. В случае если значение итогового коэффициента оказывается меньше 0,05, то за итоговый коэффициент принимается значение 0,05. В случае если значение итогового коэффициента оказывается больше 10, то за итоговый коэффициент принимается значение 10 и целесообразность заключения договора страхования должна быть пересмотрена Страховщиком.

6.6. Обоснование необходимости применения к базовой тарифной ставке повышающих или понижающих коэффициентов, их конкретный размер в установленных настоящими Правилами диапазонах применения, перечисление факторов риска, увеличивающих вероятность наступления страхового случая, и обстоятельств, понижающих вероятность наступления страхового случая, производится Страховщиком в конкретном договоре страхования с учетом оценки страхового риска. При этом Страховщик руководствуется правом, предоставленным ему Гражданским кодексом РФ и Законом РФ «Об организации страхового дела в Российской Федерации» на оценку страхового риска.

6.7. Конкретный размер страхового тарифа определяется договором страхования по соглашению сторон.

6.8. При заключении договора страхования на условии включения в него всех или части рисков, предусмотренных настоящими Правилами, тарифная ставка определяется как сумма базовых тарифных ставок по каждому из рисков, включаемых в договор. К полученной тарифной ставке Страховщик вправе применять повышающие или понижающие

коэффициенты, указанные в Приложении 2 к настоящим Правилам, в зависимости от результатов оценки страхового риска Страховщиком.

6.9. Страховая премия по договору страхования, заключенному на срок один год, может уплачиваться единовременно или в рассрочку. Порядок уплаты страховой премии определяется в договоре страхования. Порядок рассрочки определяется по соглашению сторон.

6.9.1. Неуплата страхователем очередного взноса в установленный в договоре срок рассматривается Сторонами как досрочный отказ Страхователя от договора страхования, если договором не предусмотрено иное. Если договором страхования предусмотрено внесение страховой премии в рассрочку, то в случае неуплаты в установленные сроки очередных страховых взносов договор страхования считается расторгнутым в одностороннем порядке с даты, установленной для даты оплаты этого взноса. Страховщик информирует Страхователя о факте просрочки уплаты очередного страхового взноса или факте его уплаты не в полном объеме, а также о последствиях таких нарушений способом, согласованным со страхователем при заключении договора страхования. При этом уплаченная страховая премия считается полностью заработанной Страховщиком и не подлежит возврату. По страховым случаям, произошедшим с даты просрочки в оплате Страховщик ответственности не несет, оказание медицинской помощи и/или выплаты по этим страховым случаям не производятся.

6.10. По договорам, заключенным на срок менее одного года, страховая премия уплачивается единовременно в следующих размерах от суммы годовой страховой премии: за 1 месяц - 25%, 2 месяца - 35%, 3 месяца - 40%, 4 месяца - 50%, 5 месяцев - 60%, 6 месяцев - 70%, 7 месяцев - 75%, 8 месяцев - 80%, 9 месяцев - 85%, 10 месяцев - 90%, 11 месяцев - 95%.

6.11. При рассрочке уплаты страховой премии действуют следующие положения:

6.11.1. Если иное не предусмотрено соглашением Сторон, неуплата Страхователем страховой премии (страхового взноса) в установленные договором сроки и в согласованном Сторонами размере приравнивается к досрочному отказу Страхователя от договора страхования. В этом случае действие договора прекращается со дня, следующего за датой надлежащего срока уплаты страховой премии. Оплаченная часть страховой премии при этом не возвращается.

6.11.2. Условиями заключаемого договора страхования или Дополнительным соглашением к действующему договору могут быть предусмотрены иные последствия нарушения сроков уплаты страховой премии (например, при отсутствии страховых выплат на дату просрочки взноса — уменьшение страховой суммы пропорционально отношению суммы уплаченных страховых взносов к общей страховой премии, исчисленной к уплате по договору страхования (то есть пропорционально уплаченной доле страховой премии); при этом срок страхования не изменяется).

6.11.3. При наступлении страхового случая до срока уплаты очередного страхового взноса Страховщик вправе удержать из суммы страховой выплаты неуплаченную Страхователем часть страховой премии.

6.12. Страхователь обязан в течение 5-ти рабочих дней после подписания договора страхования наличными деньгами или путем безналичных расчетов уплатить Страховщику страховую премию или ее первый взнос (при уплате в рассрочку).

6.13. Страховая премия (страховые взносы) может быть уплачена за счет средств нескольких лиц, в том числе, Застрахованных лиц, с их согласия, если это установлено договором страхования.

6.14. Моментом уплаты страховой премии (взноса) считается:

- при уплате безналичным расчетом - день поступления денежных средств на расчетный счет Страховщика;
- при уплате наличным расчетом - день уплаты премии (взноса) наличными деньгами в кассу Страховщика.

6.15. Страхователь обязан сохранять документы, подтверждающие уплату им страховой премии и предъявлять их по требованию Страховщика.

6.16. В случае неуплаты Страхователем в установленный договором страхования срок страховой премии (при уплате страховой премии единовременно) или первого взноса (при уплате страховой премии в рассрочку) договор страхования считается не вступившим в силу.

6.17. При заключении договора страхования на срок более одного года, страховая премия рассчитывается Страховщиком за весь период действия договора страхования. По соглашению сторон страховая премия может быть уплачена Страхователем единовременным платежом или в рассрочку. Страховая премия уплачивается Страхователем в порядке и сроки, предусмотренные договором страхования. Тарифная ставка при страховании на срок более одного года определяется путем умножения базовой годовой тарифной ставки на количество лет страхования. К полученной тарифной ставке Страховщик вправе применять повышающие или понижающие коэффициенты в зависимости от результатов оценки Страховщиком страхового риска.

6.18. Если размер страховой премии по заключенному договору страхования подлежит увеличению (в связи с увеличением степени страхового риска, срока страхования и т.д.), сумма дополнительной страховой премии рассчитывается по следующей формуле:

$$\text{ДСП} = \text{СП}_н - \text{СП}_с, \text{ где:}$$

ДСП — сумма дополнительной страховой премии,

СП<sub>с</sub> — страховая премия по договору страхования, исчисленная Страховщиком до внесения в него изменений,

СП<sub>н</sub> — страховая премия, подлежащая уплате Страхователем по договору страхования после внесения в него изменений, — исчисляется по следующей формуле:

$$\text{СП}_н = \sum_{i=1}^n \left( \text{СП}_i \times \frac{M_i}{N} \right), \text{ где:}$$

СП<sub>н</sub> — размер страховой премии, подлежащей уплате Страхователем по договору страхования,

$N$  — срок действия договора страхования (в сутках),

$n$  — количество частей срока действия договора страхования с различными условиями страхования,

$M_i$  —  $i$ -тая часть срока действия договора страхования (в сутках), в течение которой условия договора страхования неизменны ( $\sum_{i=1}^n M_i = N$ ),

СП <sub>$i$</sub>  — страховая премия, которая должна была бы быть уплачена, если бы договор страхования был заключен на срок страхования  $N$  и на условиях, действующих в течение  $i$ -той части срока действия договора страхования.

В частности, при необходимости увеличения страхового тарифа (например, в связи с увеличением степени страхового риска, оговоренной при заключении договора страхования) сумма дополнительной страховой премии рассчитывается по следующей формуле:

$$\text{ДСП} = 0,01 * \text{СС} * \text{УСТ} * M/N, \quad \text{где:}$$

ДСП — сумма дополнительной страховой премии,

СС — размер страховой суммы,

УСТ — размер увеличения страхового тарифа в абсолютном выражении (%) в сравнении с ранее установленным значением;

$N$  — срок действия договора страхования (в сутках),

$M$  — оставшийся срок действия договора страхования, считая с даты увеличения страхового тарифа (в сутках).

6.19. При увеличении (или восстановлении) в течение действия договора страхования страховой суммы сумма дополнительной страховой премии рассчитывается по следующей формуле:

$ДСП = 0,01 * УСС * СТ * (M / N) * Kв$ , где:

ДСП — сумма дополнительной страховой премии,

УСС — размер увеличения страховой суммы,

СТ — страховой тариф в %, исчисленный на срок страхования  $N$ ,

$N$  — срок действия договора страхования (в сутках),

$M$  — оставшийся срок действия договора страхования, считая с предполагаемой даты увеличения страховой суммы (в сутках);

$Kв$  - повышающий коэффициент, применяемый Страховщиком при восстановлении страховой суммы после страховой выплаты (при увеличении страховой суммы по иным причинам  $Kв = 1$ ).

6.20. При увеличении срока страхования Страховщик вправе исчислить сумму дополнительной страховой премии пропорционально увеличению срока страхования, исходя из размера суммы годовой страховой премии:

$ДСП = СП_{год} * N / 365 = СП_{год} * n / 12$ , где:

ДСП — сумма дополнительной страховой премии,

$СП_{год} = 0,01 * СС * Ти_{год}$  — сумма годовой страховой премии, где СС — страховая сумма,  $Ти_{год}$  — годовой страховой тариф в %;

$N$  — увеличение срока страхования в абсолютном выражении (в сутках);

$n$  — увеличение срока страхования в абсолютном выражении (в месяцах).

6.22. Если размер страховой премии по заключенному договору страхования подлежит уменьшению (в связи с уменьшением степени страхового риска, срока страхования, размера страховой суммы и т.д.), Страховщик возвращает Страхователю излишне уплаченную часть страховой премии за неистекший срок действия страхования; при исчислении размера возвращаемой суммы Страховщик учитывает понесенные им расходы и отчисления, предусмотренные структурой тарифной ставки, а также заявленные претензии и произведенные страховые выплаты по данному договору страхования.

6.22. Страховщик вправе предусмотреть в локальных нормативных документах группы обстоятельств, касающихся рода деятельности, условий работы, образа жизни Застрахованного лица и иные факторы имеющие значение для определения степени вероятности наступления страхового случая и(или) размера убытков от его наступления, согласно которым принимаются решения о заключении договора страхования, а также порядок определения страховых тарифов и использования коэффициентов риска при заключении договоров страхования.

6.23. В зависимости от результатов предварительного медицинского осмотра (при его назначении Страховщиком) или по медицинским данным, сведениям о роде деятельности, условиях работы, образе жизни и иных факторах имеющих значение для определения степени вероятности наступления страхового случая и(или) размера убытков от его наступления, полученным о Застрахованном лице, Страховщик вправе присвоить Застрахованному лицу соответствующую группу риска и использовать повышающие или понижающие коэффициенты к страховым тарифам. При коллективном страховании решение о применении повышающих или понижающих коэффициентов может быть принято относительно всех Застрахованных лиц,

или их части; при этом могут быть использованы усредненные показатели по всем Застрахованным лицам, или их части.

## **7. ПОРЯДОК ЗАКЛЮЧЕНИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ**

7.1. Договор страхования заключается в письменной форме, несоблюдение которой влечет его недействительность.

7.2. Страхователи - юридические лица или индивидуальные предприниматели заключают со Страховщиком договоры страхования определенных в них физических лиц (Застрахованных лиц) в пользу последних, в том числе иностранные юридические лица.

7.3. Страхователи - физические лица, в том числе иностранные граждане и лица без гражданства, заключают со Страховщиком договоры страхования в свою пользу, или в пользу определенных в договоре третьих лиц (Застрахованных лиц).

7.4. В соответствии с договором страхования Страховщик принимает на себя обязательство организовать и оплатить медицинские и иные услуги, оказанные Застрахованным лицам в соответствии с программой страхования в медицинских и (или) аптечных организациях, и оплатить организацию их оказания, в пределах обусловленной в договоре страхования страховой суммы.

7.5. При заключении договора страхования между Страхователем и Страховщиком должно быть достигнуто соглашение по следующим существенным условиям:

- о Застрахованном(ых) лице(ах) и их численности;
- о характере событий, на случай наступления которых осуществляется страхование (страховых случаях);
- о сроке действия договора;
- о размере страховой суммы;
- о размере страховой премии, сроках и порядке оплаты страховой премии или страховых взносов;
- об объеме медицинских и иных услуг, которые Застрахованные лица могут получить в рамках договора (программы(мм) страхования);
- о правах, обязанностях, ответственности сторон;

Договор страхования может содержать другие условия, не противоречащие законодательству Российской Федерации.

7.6. При заключении договора страхования Страхователь обязан сообщить Страховщику известные Страхователю обстоятельства, имеющие существенное значение для определения вероятности наступления страхового случая и размера возможных убытков от его наступления, если эти обстоятельства не известны и не могут быть известны Страховщику. При этом существенными признаются обстоятельства, оговоренные Страховщиком в настоящих Правилах и заявлении о заключении договора страхования.

К заявлению, по требованию Страховщика, может быть приложена декларация здоровья (медицинская анкета), заполненная лицами, в отношении которых заключается договор страхования. При необходимости Страховщик может потребовать предварительного медицинского освидетельствования этих лиц, которое проводится за счет Страхователя.

7.7. При заключении договора страхования до получения ответов Страхователя на поставленные Страховщиком вопросы, последний не может впоследствии требовать расторжения договора либо признания его недействительным на том основании, что соответствующие обстоятельства не были сообщены Страхователем.

### 7.8. Порядок заключения договора страхования.

7.8.1. Договор страхования заключается на основании устного или письменного (по установленной Страховщиком форме) заявления Страхователя или его представителя. По просьбе страхователя и с его слов заявление о заключении договора страхования и прилагаемые к нему документы (списки, анкеты и т.п.) могут быть заполнены представителем страховщика с соблюдением следующих требований:

- использование формулировок, не допускающих неоднозначного толкования;
- при заполнении от руки – разборчивое заполнение.

В случае заполнения заявления в письменной форме оно должно быть подписано страхователем или его уполномоченным представителем. При заключении Договора страхования на основании письменного заявления Страхователя, заявление является неотъемлемой частью Договора страхования. Одновременно с заявлением Страховщик вправе запросить у Страхователя следующие документы:

- Документы, удостоверяющие личность Страхователя, Застрахованных лиц.

Если Страхователем является физическое лицо, то он должен предоставить паспорт или данные основного документа, удостоверяющего личность трудового мигранта (для иностранных граждан и лиц без гражданства указываются вид и данные документа, предусмотренного федеральным законом или признаваемого в соответствии с международным договором Российской Федерации в качестве документа, удостоверяющего личность иностранного гражданина или лица без гражданства), если Страхователем выступает юридическое лицо, то доверенное лицо предоставляет надлежащим образом оформленную доверенность на ведение дел в страховой компании, карту партнера;

- Анкета и/или заявление Застрахованного;

- Результаты медицинского освидетельствования: клинический анализ мочи; клинический и/или биохимический анализ крови; исследование крови на маркеры вирусов гепатитов «В», «С», «Д», «Е»; исследование крови на ВИЧ; заключение ЭКГ; ЭХО-кардиография; ультразвуковое исследование органов брюшной полости и почек; ультразвуковое исследование молочных желез или маммография;

- другие документы, относящиеся к принимаемому на страхование риску.

Указанные документы предоставляются Страховщику в оригиналах, либо нотариально заверенные копии.

Так же в заявлении Страхователя должны быть указаны:

- наименование и юридический адрес Страхователя, его банковские реквизиты, если Страхователь – юридическое лицо или индивидуальный предприниматель, или фамилия, имя и отчество Страхователя, его место жительства, паспортные данные, если Страхователь – физическое лицо;

- выбранная программа (программы) страхования;
- срок действия договора страхования;
- другие данные, имеющие значение для установления размера страховой суммы и страхового тарифа.

7.8.2. При заключении индивидуального договора страхования в заявлении указываются фамилия, имя, отчество, дата рождения, место жительства, программа страхования, страховая сумма и иные необходимые сведения о Застрахованном лице.

При заключении коллективного договора страхования в списке лиц, подлежащих страхованию, указываются: фамилия, имя, отчество, дата рождения, место жительства, программа страхования, страховая сумма (в случае, если она устанавливается для каждого Застрахованного лица в отдельности) и иные необходимые сведения о каждом Застрахованном лице и общая страховая сумма по списку.

Список лиц, подлежащих страхованию по договору с юридическим лицом или индивидуальным предпринимателем заверяется подписью уполномоченного лица

Страхователя и печатью Страхователя (если Страхователь имеет печать) и прилагается к Договору страхования.

Список лиц, подлежащих страхованию по договору с физическим лицом заверяется подписью Страхователя и прилагается к Договору страхования. При страховании одного физического лица по индивидуальному договору список застрахованных лиц может не прилагаться к договору, а все данные застрахованного лица могут быть указаны непосредственно в договоре.

7.8.3. При заключении коллективных договоров на страхование принимается любое количество работников юридического лица или индивидуального предпринимателя, членов их семей, а также иных лиц, определенных Страхователем.

7.8.4. В случае расширения списка Застрахованных лиц в период действия договора страхования Страхователь представляет Страховщику предусмотренные настоящими Правилами сведения о включаемых в список лицах и уплачивает за них страховую премию (взносы) за период с момента включения в список Застрахованных лиц до окончания договора страхования. При этом страховой взнос за неполный месяц уплачивается как за полный.

7.9. Страховщик принимает решение о возможности заключения договора страхования в течение пяти дней со дня подачи заявления Страхователем.

7.10. Договор страхования может быть оформлен путем составления одного документа (Приложение 3 к настоящим Правилам), либо вручения Страхователю страхового Полиса (Приложение 4 к настоящим Правилам), подписанного Страховщиком, с приложением Правил, программы (программ) страхования и перечня медицинских и (или) аптечных организаций, в которые могут обратиться Застрахованные лица за получением медицинских и иных услуг. В последнем случае согласие Страхователя заключить договор на предложенных Страховщиком условиях подтверждается принятием от Страховщика полиса.

7.11. Страховщик выдает страховые полисы на каждое Застрахованное лицо непосредственно Застрахованным лицам или Страхователю (для передачи в оговариваемые сроки Застрахованным лицам с последующим подтверждением от Страхователя) в следующие сроки (если иные сроки не установлены договором):

- при заключении коллективного договора страхования - в течение 10 рабочих дней после вступления договора в силу, либо после предоставления Страхователем списка Застрахованных лиц, - в зависимости от того, какое событие наступит позже;
- при заключении индивидуального договора страхования - в течение 10 рабочих дней после вступления договора в силу. Страховой полис на застрахованное лицо может не выдаваться в случае, если договор страхования заключен путем вручения Страхователю страхового Полиса.

7.12. Страховой полис Застрахованного лица может быть выдан:

- на весь срок действия договора или отдельно на каждый период страхования, установленный договором страхования;
- на все программы страхования, предусмотренные договором страхования или отдельно по программам страхования;
- на все виды медицинских и иных услуг, предусмотренных договором страхования или отдельно по видам услуг.

7.13. Заключая договор страхования на основании настоящих Правил, Страхователь подтверждает получение согласия Застрахованных лиц на обработку их персональных данных Страховщиком, медицинскими и аптечными организациями, врачами-экспертами в целях исполнения договора страхования, в том числе для решения вопросов, связанных с оплатой услуг, контролем качества медицинских услуг и защитой прав застрахованного. Порядок

подтверждения определяется по согласованию между Страхователем и Страховщиком, с учетом действующего законодательства РФ. При указанном подтверждении может использоваться письменная форма подтверждения, образец которой приведен в Приложении 7 к настоящим Правилам.

7.14. В случае отзыва Застрахованным лицом своего согласия на обработку персональных данных действие договора страхования в отношении такого лица прекращается, а уплаченная Страховщику страховая премия за данное застрахованное лицо не подлежит возврату Страхователю или зачету при последующем страховании новых лиц.

## **8. СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ**

8.1. Договор страхования заключается на срок 1 год, если условиями договора не предусмотрено иное.

8.2. Договор страхования вступает в силу с момента уплаты страховой премии или первого страхового взноса (при уплате страховой премии в рассрочку):

- При безналичном расчете – с 00 часов дня следующего за днем поступления страховой премии (первого страхового взноса) на расчетный счет Страховщика;
- При наличном расчете – с 00 часов дня следующего за днем оплаты страховой премии (первого страхового взноса).

8.3. Договором страхования могут быть предусмотрены иные сроки вступления в силу.

8.4. Если к сроку, установленному в договоре страхования, условия вступления в силу по которому соответствуют п.п.8.2.1. или 8.2.2. настоящих Правил, страховая премия при единовременном платеже или первый страховой взнос при рассроченном платеже не уплачен, то договор считается не вступившим в силу, страховые выплаты по этому договору страхования не производятся.

8.5. Если в договоре страхования предусмотрен выжидательный период, Страховщик несет обязательства только по страховым случаям, произошедшим вне выжидательного периода.

## **9. ПОРЯДОК ИСПОЛНЕНИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ**

9.1. Для получения медицинских и иных услуг Застрахованное лицо обращается в медицинские, аптечные или сервисные организации, предусмотренные договором страхования, или к Страховщику в порядке, указанном в страховом Полисе.

9.2. Медицинская, аптечная или сервисная организация, с которой Страховщик заключил соответствующий договор на оказание Застрахованным лицам услуг, в случае отсутствия у него по преysкуранту и (или) роду деятельности (специализации) соответствующих услуг может организовать оказание их в других медицинских или аптечных организациях. При этом соответствующая организация, в рамках процедуры получения письменного согласия Страховщика, предоставляет заверенную организацией, которой предполагается оказание соответствующих услуг Застрахованным лицам, копию преysкуранта на ее услуги. Получение письменного согласия Страховщика является обязательным, если иное не предусмотрено договором между Страховщиком и медицинской, аптечной или сервисной организацией.

9.3. Если Застрахованному лицу показаны лечебно-диагностические мероприятия, выходящие за рамки программы страхования, обусловленной договором, лечащий врач должен поставить его об этом в известность. Страховщик не несет обязанностей по решению вопросов их назначения и финансирования.

9.4. Вся медицинская документация выдается медицинскими организациями Застрахованным лицам на общих основаниях согласно действующему законодательству Российской Федерации.

## 10. СТРАХОВАЯ ВЫПЛАТА

10.1. Страховая выплата осуществляется в пределах страховой суммы в виде:

10.1.1. оплаты медицинских и иных услуг, оказанных при наступлении страхового случая и предусмотренных программой и (или) договором страхования, и оплаты организации их оказания, медицинским и (или) аптечным организациям, перечисленным в договоре страхования;

10.1.2. компенсации расходов Застрахованного лица (Страхователя), понесенных им при получении медицинских и иных услуг, оказанных при наступлении страхового случая и предусмотренных программой и (или) договором страхования, Страховщик производит оплату услуг только по тем страховым случаям, которые предусмотрены программой и (или) договором страхования, при предоставлении соответствующих документов.

Договор страхования может предусматривать осуществление страховой выплаты как в виде, установленном п.10.1.1. так и в видах, установленных п.п. 10.1.1. и 10.1.2. одновременно.

Выбор вида осуществления страховой выплаты производится при заключении договора страхования.

10.2. Порядок и условия осуществления страховых выплат медицинским и (или) аптечным организациям определяются соответствующими договорами, заключенными Страховщиком с ними.

10.3. Для получения страховой выплаты в форме компенсации расходов, понесенных с целью получения медицинских и иных услуг, Застрахованное лицо (Страхователь) обращается к Страховщику с заявлением (образец приведен в Приложении 5) и предъявляет договор страхования или страховой Полис, а также документ, удостоверяющий его личность.

К заявлению должны быть приложены:

а) документы, подтверждающие оказание Застрахованному лицу соответствующих услуг (акт об оказании медицинских и иных услуг, счет-реестр медицинской организации, или заключение о проведенном обследовании или лечении, выписка из истории болезни, результаты обследования, амбулаторная карта, рецепты лечащего врача и др.);

б) документ, свидетельствующий об оплате Застрахованным лицом или Страхователем медицинских и иных услуг, предусмотренных программой страхования (копии платежных поручений, приходные ордера, кассовые и товарные чеки и др.).

в) заверенная организацией, которой были оказаны соответствующие услуги Застрахованному лицу, копия прейскуранта на ее услуги.

10.4. Размер страховой выплаты равен стоимости медицинских и иных услуг, оказанных в соответствии с программой страхования, и стоимости организации их оказания, за вычетом франшизы (если она предусмотрена договором страхования), но не превышает страховой суммы.

10.4.1. Страховая выплата Страхователю (Застрахованному лицу), при осуществлении выплаты в соответствии с п. 10.1.2. Правил, производится на основании страхового акта, утвержденного Страховщиком.

Страховщик составляет и утверждает страховой акт в течение 20 (двадцати) рабочих дней после получения Страховщиком всех документов, необходимых и достаточных для установления факта, причин, обстоятельств страхового случая и размера убытка.

Страховая выплата производится Страхователю (Застрахованному лицу) в течение 15 (пятнадцати) рабочих дней после утверждения страхового акта.

10.4.2. в случае принятия решения об отказе в выплате страхового возмещения (в течение 20 рабочих дней с даты получения всех необходимых документов для принятия решения в соответствии с положениями настоящих Правил) сообщить об этом Страхователю в течение трех рабочих дней после принятия решения об отказе в письменном виде с мотивированным обоснованием причин отказа. Указанная информация предоставляется в том объеме, в каком это не противоречит действующему законодательству. Страховщик по письменному запросу Страхователя в срок, не превышающий тридцати дней, предоставляет документы (в том числе копии документов и (или) выписки из них), обосновывающие решение об отказе, бесплатно один раз по одному событию, за исключением документов, которые свидетельствуют о возможных противоправных действиях Страхователя, направленных на получение страховой выплаты.

10.4.3. При обращении в соответствии с пунктом 10.1.2. настоящих Правил если получателем страховой выплаты не является лицо, обратившееся к Страховщику с заявлением на страховую выплату, Страховщик устанавливает требование о предоставлении документа, удостоверяющего личность получателя выплаты. В этом случае срок принятия решения (единый срок урегулирования требования о страховой выплате) начинает течь не ранее получения Страховщиком данного документа в составе всех документов по страховой выплате.

10.4.4. Страховщик уведомляет Страхователя (Выгодоприобретателя) о приостановке срока осуществления страховой выплаты при предоставлении документов, недостаточных для принятия решения об осуществлении страховой выплаты, ненадлежащим образом оформленных документов, непредставлении сведений (в т. ч. банковских реквизитов), необходимых для осуществления выплаты, до получения указанных сведений. в сроки, не превышающие 15 рабочих дней с момента получения заявления.

10.4.5. Претензии Страхователя (Застрахованного лица) по страховой выплате должны быть представлены Страховщику в письменном виде, в порядке и сроки, установленные действующим законодательством РФ.

10.4.6. Требования о выплате страховой суммы могут быть предъявлены Страховщику в течении трех лет со дня страхового случая.

10.4.7. Документы на страховую выплату могут быть поданы Страхователем (Выгодоприобретателем):

- при личном обращении.
- почтовым отправлением
- в форме электронного документа.

При личном обращении Страховщик принимает документы на страховую выплату по описи, реестру или акту приема-передачи. Опись, реестр или акт приема-передачи подписывается Страховщиком и Страхователем (Выгодоприобретателем) с указанием даты приема документов.

При получении документов на страховую выплату почтовым отправлением или в форме электронного документа Страховщик проверяет комплектность документов (соответствие требованиям правил страхования и (или) договора страхования) и правильность их оформления.

В случае если документы на страховую выплату были направлены без сопроводительного письма, содержащего перечень представленных документов или опись, Страховщик не имеет права отказать в их приеме. В случае выявления факта предоставления Страхователем (Выгодоприобретателем) документов, недостаточных для принятия Страховщиком решения об осуществлении страховой выплаты, и (или) ненадлежащим образом оформленных документов в соответствии с требованиями Правил страхования и (или) договора страхования, Страховщик обязан:

- принять их, при этом срок принятия решения или единый срок урегулирования требования о страховой выплате не начинается течь до предоставления последнего из необходимых и надлежащим образом оформленных документов;

- уведомить об этом Страхователя (Выгодоприобретателя) с указанием перечня недостающих и (или) ненадлежащим образом оформленных документов. Страховщик не имеет права отказать в страховой выплате по причине утраты им представленных документов на страховую выплату (какого-либо из них), если имеются доказательства получения страховщиком указанных документов.

В случае, если Страховщик утратил документы на страховую выплату, он не вправе повторно требовать их предоставления от подавшего лица.

10.5. При первичном выявлении заболеваний, указанных в списке исключений из страхового покрытия, или установлении Застрахованному лицу I, II или III группы инвалидности в течение срока действия договора страхования, Страховщик оплачивает стоимость медицинских и иных услуг, оказанных Застрахованному лицу до момента установления диагноза, либо установления инвалидности. В дальнейшем, оказание медицинских и иных услуг по выявленному заболеванию может быть исключено Страховщиком из страхового покрытия в отношении данного Застрахованного лица с уведомлением Страхователя и Застрахованного лица и заключением соответствующего дополнительного соглашения к договору, либо договор страхования может быть расторгнут Страховщиком в отношении данных лиц с момента установления диагноза.

10.6. Если срок действия договора страхования закончился, а лечение по текущему заболеванию Застрахованного лица не завершено, Страховщик оплачивает стоимость оказанных медицинских и иных услуг, и организации их оказания: при амбулаторном лечении – до окончания острого периода заболевания; при госпитализации – до выписки из стационара, но не более чем в течение 10 дней. Плановая госпитализация осуществляется не менее чем за 20 дней до окончания действия последнего установленного договором периода страхования.

10.7. Если стоимость медицинских и иных услуг (за вычетом франшизы) превышает страховую сумму, оказанные услуги оплачиваются в пределах страховой суммы.

10.8. Страховая выплата или уведомление об отказе в выплате производятся в течение 20-ти рабочих дней после получения Страховщиком необходимых документов (если договором страхования не установлен иной срок). Уведомление об отказе в страховой выплате направляется Застрахованному лицу (Страхователю), либо медицинской организации, либо аптечной организации, в зависимости от того, кто обратился за получением страховой выплаты.

10.9. Если страховая выплата не осуществлена в установленный срок по вине Страховщика, для него наступают последствия, предусмотренные законодательством Российской Федерации.

## **11. СЛУЧАИ ОТКАЗА В СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЕ**

11.1. Страховщик вправе отказать в страховой выплате в следующих случаях:

11.2. Установлен факт передачи страхового полиса Застрахованного лица другому лицу для получения им медицинских и иных услуг;

11.3. Страхователь предоставил ложные или искаженные сведения о Застрахованном лице при заключении договора страхования;

11.4. Страховщик не был извещен в установленный в настоящих Правилах срок о страховом случае, если не будет доказано, что Страховщик своевременно узнал о наступлении страхового случая либо что отсутствие у Страховщика сведений об этом не могло сказаться на его обязанности произвести страховую выплату;

11.5. Требование выплаты предъявлено по событиям, подпадающим под перечень исключений, установленных настоящими Правилами, договором и программами страхования.

11.6. Застрахованное лицо нарушало установленный медицинской организацией, из числа предусмотренных договором страхования, лечебный режим.

11.7. Застрахованное лицо отказывает Страховщику в праве ознакомиться с медицинской документацией, отражающей его историю заболевания, физическое и психическое состояние, диагноз и ход лечения.

11.8. Страхователь (Застрахованное лицо), медицинская организация или аптечная организация не предоставили Страховщику документы, необходимые для осуществления страховой выплаты.

11.9. Решение об отказе в страховой выплате сообщается в письменной форме с мотивированным обоснованием причин отказа в течение 20-ти рабочих дней после предоставления Страхователем (Застрахованным лицом), медицинской или аптечной организацией всех необходимых документов.

## **12. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН**

### **12.1. Страхователь имеет право:**

12.1.1. Требовать предоставления Застрахованным лицам медицинских и иных услуг в медицинских и (или) аптечных организациях, определенных в договоре страхования, в соответствии с договором и программами страхования.

12.1.2. При наступлении страхового случая требовать осуществления страховой выплаты в порядке, предусмотренном договором страхования.

12.1.3. Проверять соблюдение Страховщиком условий договора страхования.

12.1.4. Изменить условия договора страхования в течение срока его действия по согласованию со Страховщиком, в том числе:

12.1.5.увеличить страховую сумму, расширив перечень медицинских и иных услуг, предоставляемых по договору страхования, либо иным способом повысить уровень страхового обеспечения, заключив при этом дополнительное соглашение к договору страхования и уплатив дополнительный страховой взнос;

12.1.6. уменьшить страховую сумму и страховую премию по договору страхования по соглашению сторон и получить неиспользованную часть страховой премии за вычетом расходов Страховщика;

12.1.7. заявлять о внесении изменений в списки Застрахованных лиц (об исключении отдельных лиц из списков, о дополнении списков новыми лицами).

12.1.8. Расторгнуть договор страхования, обратившись к Страховщику с письменным заявлением об отказе от страхования, не менее чем за 3 месяца до предполагаемой даты расторжения.

12.1.9. Получить дубликат страхового Полиса в случае его утраты. При утрате Полиса (или его дубликата) Застрахованное лицо, по требованию Страховщика, оплачивает стоимость изготовления дубликата Полиса. Стоимость изготовления дубликата Полиса устанавливается внутренними распорядительными документами Страховщика.

12.1.10. Запросить информацию о размере вознаграждения, выплачиваемого страховому агенту или страховому брокеру.

### **12.2. Страхователь обязан:**

12.2.1. Своевременно и в полном объеме уплачивать обусловленные договором страхования страховую премию (страховые взносы).

12.2.2. Ознакомить Застрахованных лиц с условиями договора страхования и настоящими Правилами и выдать Застрахованным лицам переданные Страховщиком страховые полисы.

12.2.3. Обеспечить сохранность документов по договору страхования.

12.2.4. В течение 30-ти календарных дней, если договором страхования не предусмотрено иное, известить Страховщика о наступлении события, которое может быть квалифицировано как страховой случай, предусматривающий компенсацию расходов Застрахованного лица (Страхователя) понесенных им при получении медицинских и иных услуг, в том случае, когда договором страхования предусмотрена страховая выплата в форме полной или частичной компенсации расходов Застрахованного лица (Страхователя) понесенных им при получении медицинских и иных услуг.

12.2.5. При заключении договора страхования сообщить Страховщику известные Страхователю обстоятельства, имеющие существенное значение для определения вероятности наступления страхового случая и (или) размера возможных убытков от его наступления. Не позднее десяти рабочих дней с момента изменения вышеуказанных обстоятельств, известить Страховщика о произошедших изменениях (ухудшение здоровья, перевод на производство с вредными условиями труда и т.п.).

12.2.6. Известить Страховщика о непредоставлении, несвоевременном, неполном или некачественном предоставлении медицинских и иных услуг, предусмотренных договором страхования, в течение 3-х дней с момента возникновения указанных обстоятельств.

12.2.7. Исполнение обязанностей Страхователя по п.п. 12.2.4 – 12.2.6 договором страхования может быть возложено на Застрахованное лицо.

12.2.8. Возместить по требованию Страховщика расходы, понесенные им в случае оплаты счетов за медицинские и иные услуги, оказанные незастрахованному лицу по вине Страхователя или Застрахованного лица.

12.2.9. Получить от Застрахованных лиц письменные согласия на обработку их персональных данных в целях исполнения договора страхования, в соответствии с пунктом 15.1. настоящих Правил и требованиями действующего законодательства Российской Федерации.

12.2.10. По запросу Страховщика предоставить ему указанные в п.12.2.9. настоящих Правил письменные согласия Застрахованных лиц.

12.2.11. Исполнять обязанности или возложить их на Застрахованное лицо, возложенные на Страхователя пунктом 13 настоящих Правил.

12.2.12. Страховщик обязан обеспечить возможность взаимодействия со Страхователем любыми доступными способами: по телефону, факсу, электронной почте и/или почтовой связью.

12.2.13. при заключении договора страхования Страховщик обязан проинформировать Страхователя об адресах мест приема документов при наступлении событий, имеющих признаки страхового случая, в том числе о возможности приема таких документов в электронной форме, если такая возможность предусмотрена условиями договора, а также своевременно информировать Страхователя об изменениях таких адресов на официальном сайте, а также непосредственно Страхователя при его обращении.

### 12.3. Застрахованное лицо имеет право:

12.3.1. Требовать предоставления медицинских и иных услуг в соответствии с условиями договора страхования в перечисленных в нем медицинских и (или) аптечных организациях.

12.3.2. Выбрать для прикрепления любую медицинскую / аптечную организацию из перечисленных в договоре страхования, лечащего врача из числа врачей, привлекаемых для

осуществления программы страхования, и менять их не чаще одного раза в квартал, если договором не предусмотрено иное.

12.3.3. Обращаться к Страховщику за разъяснениями по особенностям оказания медицинских и иных услуг, а также при возникновении спорных ситуаций в связи с оказанием таких услуг.

12.3.4. Исполнить обязанности Страхователя по оплате страховой премии (взноса) частично или полностью.

12.3.5. Выполнить обязанности Страхователя, предусмотренные п.п. 12.2.4 – 12.2.6 настоящих Правил.

12.3.6. Принять на себя обязанности Страхователя, а также приобрести все его права в случае смерти Страхователя - физического лица, ликвидации Страхователя - юридического лица или индивидуального предпринимателя в порядке, предусмотренном законодательством.

12.3.7. Получить дубликат страхового Полиса в случае его утраты. При утрате Полиса (или его дубликата) Застрахованное лицо оплачивает Страховщику стоимость изготовления дубликата Полиса. Стоимость изготовления дубликата Полиса устанавливается внутренними распорядительными документами Страховщика.

12.3.8. Получить доступ к своим персональным данным, обрабатываемым Страховщиком.

#### 12.4. Застрахованное лицо обязано:

12.4.1. При заключении договора страхования пройти предварительное медицинское освидетельствование, если на это есть требование Страховщика. В случае отказа Застрахованного лица от исполнения этой обязанности Страховщик вправе отказаться от заключения договора страхования.

12.4.2. Соблюдать предписания лечащего врача, полученные в ходе предоставления медицинских и иных услуг.

12.4.3. Заботиться о сохранности страховых документов и не передавать их другим лицам с целью получения ими медицинских и иных услуг.

12.4.4. Застрахованное лицо, при прохождении медицинского освидетельствования, освобождает обследующего врача от обязательств конфиденциальности перед Страховщиком.

12.4.5. Незамедлительно известить Страховщика об утрате страхового полиса. Утраченный документ признается недействительным и не может являться основанием для получения медицинских и иных услуг в соответствии с договором страхования.

12.4.6. Исполнить обязанности Страхователя, предусмотренные п.п. 12.2.4 – 12.2.6, если они возложены на него договором страхования.

#### 12.5. Страховщик имеет право:

12.5.1. При заключении договора страхования потребовать представления лицами, подлежащими страхованию, сведений, позволяющих судить о степени вероятности наступления страхового случая и(или) размера убытков от его наступления по заключаемому договору, в том числе о состоянии их здоровья.

12.5.2. Проверить достоверность сведений, предоставленных при заключении договора Страхователем или лицом, в отношении которого заключается договор страхования.

12.5.3. Отказать Страхователю в заключении договора страхования в случае предоставления Страхователем или лицом, в отношении которого заключается договор страхования, ложных, неточных или неполных сведений.

12.5.4. Если после заключения договора страхования будет установлено, что Страхователь (Застрахованное лицо) при заключении договора сообщил Страховщику заведомо ложные сведения, Страховщик вправе потребовать признания договора недействительным и применения последствий его недействительности, за исключением случая, когда обстоятельства, о которых умолчал Страхователь (Застрахованное лицо), уже отпали.

12.5.5. Ознакомиться с медицинской документацией Застрахованного лица, отражающей историю его заболевания, физическое и психическое состояние, диагноз, и ход лечения, а также использовать данную информацию для решения вопросов, связанных с реализацией Договора страхования, оплатой оказанных Застрахованному лицу медицинских и иных услуг, их организации, защитой прав Застрахованного лица.

12.5.6. Страховщик оставляет за собой право потребовать проведение медицинского освидетельствования физического лица, или части лиц выборочно или же всех лиц из списка, предоставленного юридическим лицом, желающим заключить договор Добровольного медицинского страхования, до заключения договора, в медицинском учреждении, указанном Страховщиком. Объем медицинских услуг, на основании которых проводится освидетельствование определяет Страховщик. На основании данных, полученных при освидетельствовании, Страховщик имеет право отказать в заключении договора. В любом случае затраты на проведение медицинского освидетельствования ложатся на Страхователя и договором страхования, в случае заключения такового, не компенсируются.

12.5.6.1. Согласование места и времени проведения медицинского освидетельствования Застрахованного лица должно быть зафиксировано Страховщиком посредством:

- заключения соглашения о месте и времени проведения освидетельствования Застрахованного лица по разработанной страховщиком форме;
- направления Страховщиком в адрес Страхователя или Застрахованного лица заказным письмом с уведомлением сообщения с указанием места и времени проведения освидетельствования Застрахованного лица.

Если Застрахованное лицо не прошло освидетельствование в согласованную дату, Страховщик согласовывает с этим лицом другую дату освидетельствования при его обращении к Страховщику.

12.5.7. Если в течение срока действия договора страхования у Застрахованных лиц выявляются заболевания или состояния, указанные в п. 4.1 настоящих Правил, а также в исключениях из страхового покрытия, установленных программами страхования, то оказание медицинских и иных услуг по выявленному заболеванию может быть исключено Страховщиком из страхового покрытия в отношении данного Застрахованного лица с уведомлением Страхователя и Застрахованного лица и заключением соответствующего дополнительного соглашения к договору, либо договор страхования может быть расторгнут Страховщиком в отношении данных лиц с момента установления диагноза.

12.5.8. Проверять исполнение Страхователем и Застрахованным лицом требований договора страхования.

12.5.9. Проводить экспертизу обоснованности, объема и качества оказанных медицинских услуг, включая экспертизу соответствия лекарственной помощи стандартам медикаментозного лечения.

12.5.10. Потребовать изменения условий договора страхования или уплаты дополнительной страховой премии при получении уведомления об обстоятельствах, влекущих увеличение вероятности наступления страхового случая и(или) размера убытков от его наступления. Если Страхователь возражает против изменения условий договора страхования или доплаты страховой премии, Страховщик вправе потребовать расторжения договора и возмещения убытков, причиненных его расторжением и увеличением степени риска.

12.5.11. Отказать в оплате медицинских и иных услуг, и их организации в случаях, предусмотренных настоящими Правилами или договором страхования.

12.5.12. Отложить решение вопроса о производстве или отказе в страховой выплате в случае возбуждения уголовного дела в отношении Застрахованного лица по факту событий, приведших к травматическому повреждению или иному расстройству здоровья Застрахованного лица, до принятия решения органами государственной власти.

12.5.13. При наличии обоснованных сомнений в подлинности документов, подтверждающих наступление страхового случая, отложить решение вопроса о страховой выплате до установления подлинности указанных документов.

12.5.14. Досрочно прекратить действие договора страхования в отношении Застрахованного лица в случае выявления факта передачи им другому лицу страхового Полиса (договора страхования) с целью получения последним медицинских и иных услуг. Возврат страховых взносов в этом случае не производится.

12.5.15. Расторгнуть договор страхования в случае неисполнения Страхователем (Застрахованным лицом) обязанности по сообщению Страховщику сведений об обстоятельствах, влекущих увеличение вероятности наступления страхового случая и(или) размера убытков от его наступления. Страховщик не вправе требовать расторжения договора, если вышеуказанные обстоятельства уже отпали.

#### 12.6. Страховщик обязан:

12.6.1. До заключения договора страхования ознакомить Страхователя с Правилами и программами страхования.

12.6.2. При заключении договора коллективного страхования в течение 10 рабочих дней с момента вступления договора коллективного страхования в силу выдать на каждое Застрахованное лицо страховой Полис с приложением Правил и программ страхования, списка медицинских и (или) аптечных организаций, в которые Застрахованное лицо может обратиться за оказанием медицинских и иных услуг;

12.6.3. Защищать права Застрахованных лиц в отношениях с медицинскими / аптечными организациями в рамках договора страхования.

12.6.4. При наступлении страхового случая произвести:

– оплату медицинских и иных услуг, предусмотренных программой (программами) страхования, медицинской/аптечной/сервисной организации, оказавшей такие услуги, и организации их оказания;

– либо возместить Застрахованному лицу (Страхователю) расходы, понесенные им для получения медицинских и иных услуг, предусмотренных программой (программами) страхования.

12.6.5. В случае отсутствия возможности предоставления Застрахованному лицу медицинских и иных услуг, предусмотренных программой страхования в медицинской и (или) аптечной организации, определенной Договором страхования, организовать предоставление необходимых и соответствующих по объему и качеству услуг Застрахованному лицу на базе иных медицинских и (или) аптечных организаций соответствующего профиля, имеющих договорные отношения со Страховщиком и определенных по усмотрению Страховщика.

12.6.6. Соблюдать тайну страхования. Страховщик несет ответственность за разглашение тайны страхования, включая врачебную тайну, его работниками в соответствии с законодательством Российской Федерации.

### **13. ПОСЛЕДСТВИЯ ИЗМЕНЕНИЯ СТЕПЕНИ СТРАХОВОГО РИСК**

13.1. В период действия договора страхования Страхователь (Лицо, чья ответственность застрахована) обязан незамедлительно (как только это станет ему известно) уведомлять Страховщика любым доступным способом (с обязательным последующим письменным подтверждением сообщения) о ставших ему известными значительных изменениях в обстоятельствах, сообщенных Страховщику при заключении договора, если эти изменения могут существенно повлиять на увеличение степени страхового риска.

13.2. В случаях, если Страхователь (Лицо, чья ответственность застрахована) сомневается, являются ли произошедшие изменения значительными, он обязан уведомить Страховщика об этих изменениях. В общем случае значительными являются изменения в сведениях, указанных Страхователем при заключении договора страхования.

13.3. Письменное подтверждение сообщения об изменении обстоятельств риска должно быть направлено в адрес Страховщика (с учетом реквизитов Страховщика согласно информации, содержащейся в договоре страхования) посредством почтовой или телеграфной связи, современных средств быстрой связи или вручено представителю Страховщика непосредственно в течение 3 рабочих дней (если иной срок не предусмотрен условиями договора страхования) с даты, когда Страхователю стало известно об изменении соответствующих обстоятельств. Факт надлежащего исполнения данной обязанности, в случае возникновения спора, может быть подтвержден письменным доказательством (квитанцией, распиской, подтверждением получения сообщения по электронной почте и т.д.).

13.4. Страховщик, уведомленный об обстоятельствах, влекущих увеличение степени страхового риска, вправе потребовать изменения условий договора страхования или уплаты дополнительной страховой премии соразмерно увеличению степени риска. Требование направляется Страхователю Страховщиком в письменном виде с обеспечением получения Страховщиком письменного подтверждения вручения Страхователю.

13.5. Если Страхователь возражает против изменения условий договора страхования или доплаты страховой премии, то Страховщик вправе потребовать расторжения договора в порядке, предусмотренном гражданским законодательством Российской Федерации. В частности, соглашение о расторжении договора совершается в той же форме, что и договор, обязательства сторон прекращаются с момента заключения соглашения о расторжении договора, а при его расторжении в судебном порядке – с момента вступления в законную силу решения суда о расторжении договора. Стороны не вправе требовать возвращения того, что было исполнено ими по обязательству до момента расторжения договора, если иное не установлено законом.

13.6. Страховщик, уведомленный об обстоятельствах, влекущих увеличение страхового риска, в том числе при первичном выявлении в течение срока действия Договора страхования, заболеваний из числа указанных в п.1.2.18 Правил, вправе потребовать изменения условий Договора страхования или уплаты дополнительной страховой премии соразмерно увеличению риска, что оформляется дополнительным соглашением к Договору страхования. Если Страхователь возражает против изменения условий Договора страхования или доплаты страховой премии, Страховщик вправе потребовать расторжения Договора страхования, и возмещения убытков, причиненных расторжением договора в соответствии с законодательством РФ.

13.7. При неисполнении Страхователем (Лицом, чья ответственность застрахована) обязанности, предусмотренной в п.13.1 настоящих Правил, Страховщик вправе потребовать расторжения договора и возмещения убытков, причиненных расторжением договора, если иное не предусмотрено действующим законодательством РФ. Страховая премия полностью остается за Страховщиком, если Страхователь или Выгодоприобретатель не докажет, что неисполнение указанной обязанности произошло не по его вине.

13.8. Страховщик не вправе требовать расторжения договора страхования после того, как обстоятельства, влекущие увеличение степени страхового риска, стали неактуальными.

#### **14. ПРЕКРАЩЕНИЕ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ**

14.1. Договор страхования прекращает действие в следующих случаях:

14.1.1. Окончание срока действия договора;

14.1.2. Исполнение Страховщиком обязательств по договору в полном объеме;

14.1.3. Смерть Застрахованного лица (при индивидуальном договоре страхования);

14.1.4. Смерть Страхователя – физического лица, являющегося одновременно Застрахованным лицом;

14.1.5. Смерть Страхователя – физического лица, заключившего договор о страховании третьего лица, если Застрахованное или иное лицо не приняли на себя исполнение обязанностей Страхователя по уплате страховых взносов;

14.1.6. Ликвидация Страхователя – юридического лица или индивидуального предпринимателя, если Застрахованное или иное лицо не приняли на себя исполнение обязанностей Страхователя по уплате страховых взносов;

14.1.7. Ликвидация Страховщика;

14.1.8. Отказ Страхователя от уплаты дополнительной страховой премии при увеличении вероятности наступления страхового случая и(или) размера убытков от его наступления;

14.1.9. По соглашению сторон;

14.1.10. По требованию одной из сторон;

14.1.11. Если иное не предусмотрено договором, то

14.1.11.1. Страхователь - физическое лицо имеет право отказаться от договора страхования в течении четырнадцати календарных дней со дня его заключения, при отсутствии в данном периоде событий, имеющих признаки страхового случая.

14.1.11.2. В случае если Страхователь отказался от договора страхования в течение четырнадцати календарных дней со дня его заключения, но до возникновения обязательств Страховщика, уплаченная страховая премия возвращается в полном объеме.

14.1.11.3. Если Страхователь отказался от договора страхования в течении четырнадцати календарных дней со дня его заключения, но после даты возникновения обязательств Страховщика, при возврате уплаченной страховой премии Страховщик удерживает ее часть пропорционально сроку действия договора.

14.1.11.4. Договор страхования прекращает свое действие с даты получения Страховщиком письменного заявления Страхователя об отказе от договора. Возврат страховой премии осуществляется в течение 10 рабочих дней со дня получения заявления.

14.1.12. В других случаях, предусмотренных законодательством Российской Федерации и настоящими Правилами.

14.2. Действие договора страхования прекращается до наступления срока, на который он был заключен, если после его вступления в силу возможность наступления страхового случая отпала, и существование страхового риска прекратилось по обстоятельствам иным, чем страховой случай.

14.3. Действие коллективного договора страхования может быть прекращено в отношении отдельного Застрахованного лица (в случае отказа от страхования, увольнения и т.д.) при продолжении действия в отношении других Застрахованных лиц, если договором страхования не предусмотрено иное.

В случае досрочного прекращения действия коллективного договора страхования в части одного или нескольких застрахованных лиц по инициативе Страхователя, неиспользованная страховая премия за этих лиц определяется как страховая премия за этих лиц за оставшийся до окончания действия договора срок, за вычетом расходов Страховщика, если договором страхования не предусмотрено иное.

В случае досрочного прекращения действия коллективного договора страхования в части одного или нескольких застрахованных лиц по инициативе Страхователя, неиспользованная страховая премия за этих лиц возврату не подлежит, но может быть зачтена Страховщиком при последующем страховании новых лиц в рамках этого же действующего договора страхования и/или учтена им при оплате последующих страховых взносов по тому же договору, если договором страхования не предусмотрено иное.

14.4. При досрочном прекращении действия договора страхования по основаниям, указанным в п.п. 14.1.3, 14.1.6, 14.1.7, 14.1.9, 14.1.10, 14.2, 14.3 Страховщик возвращает Страхователю часть страховой премии пропорционально времени, в течение которого действовало страхование за вычетом расходов Страховщика на ведение дел по Договору в размере 20% от фактически уплаченной страховой премии, а также выплаченных и (или) подлежащих выплате убытков по данному договору, если иное не предусмотрено договором или соглашением Сторон. Исчисление неистекшего срока действия договора начинается со дня, следующего за датой досрочного прекращения действия договора страхования, если договором страхования не предусмотрено иное.

При досрочном отказе Страхователя от договора страхования уплаченная Страховщику страховая премия не подлежит возврату, если договором страхования не предусмотрено иное.

14.5. При досрочном прекращении действия договора страхования по основаниям, указанным в п.п. 14.1.4, 14.1.5. Страховщик возвращает Страхователю часть страховой премии пропорционально времени, в течение которого действовало страхование за вычетом расходов Страховщика на ведение дел по Договору в размере 20% от фактически уплаченной страховой премии, а также выплаченных и (или) подлежащих выплате убытков по данному договору, если иное не предусмотрено договором или соглашением Сторон. Исчисление неистекшего срока действия договора начинается со дня, следующего за датой досрочного прекращения действия договора страхования законным наследникам Страхователя, если это предусмотрено договором страхования.

Под расходами Страховщика в рамках п.14.4, 14.5 понимаются расходы на ранее оплаченное по договору страховое покрытие и расходы на ведение дел, понесенные Страховщиков в период действия договора.

14.6. Если требование Страховщика о расторжении договора страхования обусловлено нарушением Страхователем условий договора страхования или при неуплате (неполной уплате) страховой премии (или ее первого взноса при уплате в рассрочку) в сроки, установленные договором страхования, возврат уплаченной страховой премии не производится.

14.7. При прекращении действия договора страхования по основаниям, указанным в п. 14.1.11. до начала периода страхования, Страховщик вправе вернуть Страхователю оплаченную им страховую премию за данный период в полном размере.

14.8. Во всех случаях прекращения договора страхования Страхователь обязан вернуть Страховщику страховые полисы.

## **15. НЕДЕЙСТВИТЕЛЬНОСТЬ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ**

15.1. Договор страхования может быть признан недействительным с момента его заключения по основаниям, предусмотренным Гражданским Кодексом Российской Федерации.

15.2. При недействительности договора страхования каждая из сторон обязана возвратить другой все полученное по нему, если иные последствия недействительности договора не предусмотрены законом.

15.3. Признание договора страхования недействительным осуществляется в соответствии с нормами гражданского законодательства Российской Федерации.

## **16. ПОРЯДОК РАЗРЕШЕНИЯ СПОРОВ**

16.1. Качество оказания медицинских и иных услуг, соответствие их условиям, предусмотренным в договоре страхования, контролируется Страховщиком.

16.2. В случае отказа медицинской и (или) аптечной организации от оказания медицинских и иных услуг, некачественного оказания таких услуг, Застрахованное лицо (Страхователь) может обратиться к Страховщику с заявлением о нарушении его прав по договору страхования. Заявление Застрахованного лица (Страхователя) рассматривается в соответствии с локальными нормативными документами Страховщика. При недостижении согласия по результатам рассмотрения заявления может быть создана согласительная комиссия из представителей Страховщика и медицинской и(или) аптечной организации. По требованию одной из сторон к участию в рассмотрении заявления могут быть привлечены независимые эксперты.

16.3. В других случаях споры, связанные с исполнением договора страхования, разрешаются в порядке, установленном действующим законодательством Российской Федерации. Процесс досудебного урегулирования споров между потребителями страховых услуг и страховой организацией осуществляется с учетом норм установленных Федеральным законом от 04.06.2018 №123-ФЗ. «Об уполномоченном по правам потребителей финансовых услуг».

16.4. Иск по требованиям, вытекающим из договора страхования, может быть предъявлен Страховщику в сроки, предусмотренные гражданским законодательством Российской Федерации.

## **17. ПЕРСОНАЛЬНЫЕ ДАННЫЕ**

На основании настоящих Правил, в соответствии с Федеральным законом «О персональных данных», Страхователь (Выгодоприобретатель) принимает решение о предоставлении его персональных данных Страховщику и дает согласие на их обработку в течение срока действия договора страхования, а также в сроки, установленные законодательством РФ в области персональных данных и ст. 6. Федерального закона от 27.11.1992 №4015-1 «Об организации страхового дела в РФ» (с изменениями), если иное не предусмотрено федеральными законами.

В соответствии с Федеральным законом «О персональных данных» персональные данные - любая информация, относящаяся к прямо или косвенно определенному или определяемому физическому лицу (субъекту персональных данных), в том числе фамилия, имя, отчество, год, месяц, дата и место рождения, адрес, номер телефона, адрес электронной почты, семейное, социальное, имущественное положение, наличие детей, образование, профессия, доходы, номер основного документа, удостоверяющего его личность, сведения о дате выдачи указанного документа и выдавшем его органе.

Под обработкой персональных данных понимается - любое действие (операция) или совокупность действий (операций), совершаемых с использованием средств автоматизации или без использования таких средств с персональными данными, включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (распространение, предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение персональных данных в целях заключения, изменения, продления, досрочного прекращения, исполнения договора страхования, стороной которого является Страхователь (Выгодоприобретатель), продвижения услуг Страховщика на рынке путем осуществления прямых контактов со Страхователем (Выгодоприобретателем) с помощью средств связи, в статистических и иных исследовательских целях, в т.ч. в целях проведения анализа страховых рисков, а также в целях информирования о других продуктах и услугах Страховщика, получения рассылок, направленных на повышение уровня клиент ориентированности и лояльности, включая проведение исследований (опросов) в области сервисных услуг и их качества, предоставляемых Страховщиком по договору страхования, а также об условиях продления правоотношений со Страховщиком с соблюдением требований Федерального закона от 27.07.2006 г. №152-ФЗ «О персональных данных», иных федеральных законов, определяющих случаи и особенности обработки персональных данных.

Заклячая договор страхования на основании настоящих Правил, Страхователь соглашается с передачей Страховщиком персональных данных Страхователя и данных о наличии других договоров страхования, необходимых для расчета суммы страховой премии, оценки рисков или иных целей, связанных с заключением или исполнением договора страхования, ставших ему известными в связи с заключением и исполнением договора страхования, третьим лицам, с которыми у Страховщика заключены соответствующие соглашения, обеспечивающие надежное хранение и предотвращение незаконного разглашения (конфиденциальность) персональных данных, включая третьих лиц, проводящих работу по передаче или записи информации в информационную систему Страховщика, при этом Страховщик обязуется обеспечивать сохранность и неразглашение персональных данных Страхователя.

Согласие на обработку персональных данных может быть отозвано субъектом персональных данных путем направления письменного заявления Страховщику способом, позволяющим достоверно установить дату получения, данного заявления Страховщиком.

В случае полного отзыва субъектом персональных данных своего согласия на обработку персональных данных, действие договора страхования в отношении такого лица прекращается, а в случае отзыва такого согласия субъектом персональных данных, являющимся Страхователем, договор страхования прекращается полностью, за исключением случаев, когда, согласно законодательству Российской Федерации, получение согласия субъекта персональных данных на их обработку не требуется. При этом действие договора страхования прекращается досрочно с даты получения Страховщиком соответствующего заявления об отзыве согласия на обработку персональных данных. После прекращения действия договора страхования (в том числе при его расторжении), а также в случае отзыва субъектом персональных данных согласия на обработку своих персональных данных, Страховщик обязуется уничтожить такие персональные данные в сроки, установленные законодательством РФ в области персональных данных, установленные ст. 6. Федерального закона от 27.11.1992 №4015-1 «Об организации страхового дела в РФ» (с изменениями), если иное не предусмотрено федеральными законами.

Страхователь (выгодоприобретатель), заключая договор страхования на основании настоящих Правил страхования, в соответствии с Федеральным законом «О рекламе» выражает свое согласие на получение информации о специальных предложениях, акциях и рекламы Страховщика любыми способами (в том числе по сетям электросвязи, в частности посредством использования телефонной, факсимильной, подвижной радиотелефонной связи, путем направления сообщений на электронную почту и сообщений на мобильный телефон). Согласие может быть отозвано путем направления Страховщику соответствующего заявления в письменной форме, способом, позволяющим достоверно установить дату получения, данного заявления Страховщиком.

## ПРИЛОЖЕНИЕ 1

## к правилам добровольного медицинского страхования

Программы страхования

Программа	Амбулаторно-поликлиническая помощь
Страховой случай	<p>Страховым случаем является обращение Застрахованного лица в медицинскую организацию, оказывающую амбулаторно-поликлиническую помощь, в том числе на дому, за получением медицинских услуг, в пределах перечня, предусмотренного настоящей программой страхования, при острых и обострении хронических заболеваний, относящихся к одному или нескольким классам МКБ, за исключением V, XV, XVI, XVII, XX, XXI и повлекшее за собой возникновение обязательств Страховщика произвести оплату оказанных медицинских и иных услуг, предусмотренных настоящей программой страхования, и организации их оказания в пределах страховой суммы.</p>
Застрахованные лица	лица обоих полов от 16 до 70 лет
Услуги	<p>1. Приемы, консультации и другие профессиональные услуги врачей и иных медицинских работников следующих специальностей (по медицинским показаниям): аллерголог, гастроэнтеролог, гинеколог, дерматолог, иммунолог, инфекционист, кардиолог, невролог, травматолог-ортопед (только по медицинским показаниям, после несчастного случая (травмы), произошедшего в период действия договора страхования), отоларинголог, офтальмолог, проктолог, пульмонолог, ревматолог, терапевт, травматолог, уролог, хирург, эндокринолог, маммолог, нефролог, сердечно-сосудистый хирург, физиотерапевт, вертеброневролог;</p> <p>2. Лабораторная диагностика по медицинским показаниям: общеклинические исследования, биохимические исследования, бактериологические исследования, иммунно-серологические исследования, цитологические исследования;</p> <p>3. Инструментальная диагностика по медицинским показаниям: ультразвуковая диагностика; функциональная диагностика; лучевая диагностика (в том числе рентгеновская компьютерная томография); ядерно-магнитно-резонансные исследования, эндоскопические методы исследования;</p> <p>4. Физиотерапевтическое лечение по медицинским показаниям: гальванизация, электрофорез, фонофорез, магнитотерапия, лазеротерапия, СВЧ-терапия, УЗ-терапия, теплотечение, УВЧ-терапия, УФО-терапия; лечебный массаж, ЛФК;</p> <p>5. Экспертиза временной потери трудоспособности;</p> <p>6. Динамическое наблюдение лечащего врача;</p> <p>7. Вызов врача и медицинской сестры на дом;</p> <p>8. Дополнительные медицинские консультации специалистов – докторов и кандидатов медицинских наук;</p> <p>9. Выдача листков нетрудоспособности, медицинских справок, выписывание рецептов на приобретение лекарственных препаратов, кроме рецептов на бесплатное получение медикаментов по государственным программам.</p> <p>Вызов врача и медицинской сестры на дом может быть исключен из программы страхования, о чем делается соответствующая запись в</p>

	договоре страхования.
Ограничения	<p>Страховщик имеет право ограничить объем услуг, предоставляемых в рамках настоящей программы страхования, по количеству и стоимости, в том числе в соответствии с договором оказания медицинских услуг, заключенным с медицинской организацией.</p>
Исключения	<p>В рамках настоящей программы страхования Страховщик не рассматривает в качестве страхового случая и не компенсирует затраты на следующие медицинские услуги:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Любые назначения без медицинских показаний, либо предписанные медицинскими работниками медицинских организаций, не включенных в договор страхования;</li> <li>2) Осмотры и консультации врачей-специалистов, не перечисленных в программе страхования, в том числе онколога, психоаналитика, психиатра, нарколога, генетика, логопеда, диетолога, врачей центров народной и традиционной медицины, экстрасенса, сексопатолога, гомеопата, косметолога;</li> <li>3) Медицинский уход на дому;</li> <li>4) Все виды медицинской помощи (в том числе лабораторная и инструментальная диагностика) в объеме, превышающем указанный в договоре на оказание медицинских услуг;</li> <li>5) Лечение, являющееся по характеру экспериментальным или исследовательским (в т.ч. гипноз);</li> <li>6) Компьютерная скрининг-диагностика общей патологии, методы традиционной диагностики: иридодиагностика, аурикулодиагностика, пульсодиагностика, диагностика по методу Фолля, дерматоглифика, мониторинговое исследование сна, электроакупунктура, термопунктура и т.д.;</li> <li>7) Лечение методами традиционной медицины: ароматерапия, энергоинформатика, цуботерапия, гомеопатия, дзю-терапия, Су-Джок терапия, механотерапия, мониторинговая очистка кишечника и т.д.;</li> <li>8) Методы традиционной диагностики и лечения: акупунктурная диагностика, иглорефлексотерапия, гирудотерапия, фитотерапия, мануальная терапия, профилактический массаж, солярий, водолечение, сауна, альфа-капсула, занятия на тренажерах, и т.д.;</li> <li>9) Экстракорпоральные методы лечения (лазерное, ультрафиолетовое облучение крови, внутривенная озонотерапия и пр.), программный гемодиализ, плазмаферез, гемосорбция, гипо-, нормо- и гипербарическая оксигенация, ударно-волновая терапия, усиленная наружная контрпульсация;</li> <li>10) Устранение косметических дефектов лица, тела, конечностей независимо от времени их возникновения, удаление доброкачественных новообразований кожи (родинки, бородавки, невусы, папилломы, кондиломы и пр.), за исключением воспаленных или травмированных элементов;</li> <li>11) Коррекция веса, речи; коррекция зрения или его исследование с целью назначения линз или очков или их подбора, кроме фактов нарушения зрения в результате травмы (несчастного случая); лечение косоглазия, лечение с использованием аппаратно-программных комплексов в офтальмологии, коррекция слуха с помощью слуховых аппаратов, их имплантации;</li> <li>12) Лечение онкологических заболеваний, в том числе злокачественных заболеваний крови и лимфы, а также обусловленных</li> </ol>

	<p>ими осложнений (кроме первичной диагностики), в том числе лечение объемных образований центральной нервной системы независимо от характера новообразования;</p> <p>13) Лечение приобретенного иммунодефицита, подтвержденных иммунодефицитных состояний, ВИЧ-инфекции (кроме первичной диагностики);</p> <p>14) Лечение особо опасных инфекций;</p> <p>15) Лечение туберкулеза, орфанных заболеваний; чесотки, педикулеза, псориаза, глубоких микозов, генерализованных форм хламидиоза, герпеса, цитомегаловирусной инфекции, хронического активного гепатита В, С, D и E (кроме первичной диагностики);</p> <p>16) Лечение венерических заболеваний, генерализованных и повторных негенерализованных форм заболеваний, передающихся половым путем;</p> <p>17) Лечение психических заболеваний, эпилепсии, а также травм и соматических заболеваний, вызванных психическими расстройствами, рассеянного склероза;</p> <p>18) Лечение травм и соматических состояний, вызванных алкогольным опьянением.</p> <p>19) Лечение профессиональных заболеваний и их осложнений, вызванных воздействием химических, физических, биологических производственных факторов; лазерного излучения; острой и хронической лучевой болезни;</p> <p>20) Лечение заболеваний полости рта и зубов;</p> <p>21) Лечение заболеваний, сопровождающихся хронической печеночной или почечной недостаточностью, требующих проведения планового гемодиализа;</p> <p>22) Услуги по планированию семьи, подбор методов контрацепции, в том числе введение и удаление ВМС (кроме случаев удаления по медицинским показаниям), определение уровня половых гормонов, диагностики и лечение бесплодия и других репродуктивных расстройств, операции оплодотворения, аборт (за исключением вынужденного прерывания беременности вследствие несчастного случая или по медицинским показаниям);</p> <p>23) Лечение сахарного диабета 1 и 2 типа (кроме первичной диагностики) и его осложнений;</p> <p>24) Медицинские услуги при беременности и ее осложнениях, за исключением заболеваний, не связанных с течением беременности и родов, родовспоможение;</p> <p>25) Лечение наследственных заболеваний (в т.ч. врожденных пороков развития), деформаций и хромосомных нарушений;</p> <p>26) Лечение системных заболеваний соединительной ткани;</p> <p>27) Лечение демиелинизирующих заболеваний нервной системы;</p> <p>28) Лечение в стационаре, в том числе дневном.</p> <p>29) Выписка льготных рецептов, медицинское освидетельствование с целью выдачи справок на автовождение, на право ношения оружия, для посещения спортивно-оздоровительных мероприятий; для поступления в учебные заведения; для оформления выезда за рубеж; оформление документов на МСЭЖ и т.п.;</p> <p>30) Лекарственное обеспечение;</p> <p>31) Расходы на медицинские оборудование, очки, контактные линзы, слуховые аппараты, импланты, наборы для остеосинтеза и фиксации, приведения ангиографии, ангиопластики, стентирования,</p>
--	--

	<p>аортокоронарного шунтирования, электростимуляции сердца, расходные материалы – стенты, сосудистые протезы, кава-фильтры и др., а также других коррегирующих медицинских устройств, приспособлений, включая расходы на их подгонку;</p> <p>32) Экстренная медицинская помощь;</p> <p>33) Иные исключения, предусмотренные правилами либо договором страхования.</p>
--	---

Программа	Стационарная помощь
Страховой случай	<p>Страховым случаем является обращение Застрахованного лица в медицинскую организацию, оказывающую стационарную помощь, за получением медицинских услуг, в пределах перечня, предусмотренного настоящей программой страхования, при острых и обострении хронических заболеваний, относящихся к одному или нескольким классам МКБ, за исключением V, XV, XVI, XVII, XX, XXI и повлекшее за собой возникновение обязательств Страховщика произвести оплату оказанных медицинских и иных услуг, предусмотренных настоящей программой страхования, и организации их оказания в пределах страховой суммы.</p>
Застрахованные лица	лица обоих полов от 16 до 70 лет
Услуги	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Плановая и неотложная госпитализация (при наличии показаний) для стационарного обследования и лечения в профильных больницах, клиниках, отделениях: гинекологических; гастроэнтерологических; кардиологических; реанимации (или кардиореанимации); терапевтических; нефрологических; урологических; пульмонологических; эндокринологических; хирургических; гнойной хирургии; проктологических; инфекционных; неврологических; офтальмологических; ЛОР; аллергологических; гематологических;</li> <li>2. Лечение в круглосуточном стационаре;</li> <li>3. диагностические, инструментальные, лабораторные исследования в рамках стандартов оказания медицинской помощи по соответствующей нозологии;</li> <li>4. ведение палатным врачом, необходимые консультации специалистов по профилю заболевания и другие профессиональные услуги врачей;</li> <li>5. реанимационные мероприятия, лечение в отделении интенсивной терапии по показаниям;</li> <li>6. физиотерапевтическое лечение по медицинским показаниям: гальванизация, электрофорез, фонофорез, магнитотерапия, лазеротерапия, СВЧ-терапия, УЗ-терапия, теплотечение, УВЧ-терапия, УФО-терапия; лечебный массаж, ЛФК;</li> <li>7. Дополнительные медицинские консультации специалистов – докторов и кандидатов медицинских наук,</li> <li>8. Выдача листков нетрудоспособности, медицинских справок.</li> </ol>
Ограничения	<p>Страховщик имеет право ограничить объем услуг, предоставляемых в рамках настоящей программы страхования, по количеству и стоимости, в том числе в соответствии с договором оказания медицинских услуг, заключенным с медицинской организацией.</p>

Исключения	<p>В рамках настоящей программы страхования Страховщик не рассматривает в качестве страхового случая и не компенсирует затраты на следующие медицинские услуги:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Любые назначения без медицинских показаний, либо предписанные медицинскими работниками медицинских организаций, не включенных в договор страхования;</li> <li>2) Осмотры и консультации врачей-специалистов, не перечисленных в программе страхования, в том числе онколога, психоаналитика, психиатра, нарколога, генетика, логопеда, диетолога, врачей центров народной и традиционной медицины, экстрасенса, сексопатолога, гомеопата, косметолога;</li> <li>3) Медицинский уход на дому, выполнение медицинских услуг на дому;</li> <li>4) Все виды медицинской помощи (в том числе лабораторная и инструментальная диагностика) в объеме, превышающем указанный в договоре на оказание медицинских услуг;</li> <li>5) Лечение, являющееся по характеру экспериментальным или исследовательским (в т.ч. гипноз);</li> <li>6) Компьютерная скрининг-диагностика общей патологии, методы традиционной диагностики: иридодиагностика, аурикулодиагностика, пульсодиагностика, диагностика по методу Фолля, дерматоглифика, мониторинговое исследование сна, электроакупунктура, термопунктура и т.д.;</li> <li>7) Лечение методами традиционной медицины: ароматерапия, энергоинформатика, цуботерапия, гомеопатия, дзю-терапия, Су-Джок терапия, механотерапия, мониторинговая очистка кишечника и т.д.;</li> <li>8) Методы традиционной диагностики и лечения: акупунктурная диагностика, иглорефлексотерапия, гирудотерапия, фитотерапия, мануальная терапия, профилактический массаж, солярий, водолечение, сауна, альфа-капсула, занятия на тренажерах, и т.д.;</li> <li>9) Экстракорпоральные методы лечения (лазерное, ультрафиолетовое облучение крови, внутривенная озонотерапия и пр.), программный гемодиализ, плазмаферез, гемосорбция, гипо-, нормо- и гипербарическая оксигенация, ударно-волновая терапия, усиленная наружная контрпульсация;</li> <li>10) Устранение косметических дефектов лица, тела, конечностей независимо от времени их возникновения, удаление доброкачественных новообразований кожи (родинки, бородавки, невусы, папилломы, кондиломы и пр.), за исключением воспаленных или травмированных элементов;</li> <li>11) Коррекция веса, речи; коррекция зрения или его исследование с целью назначения линз или очков, или их подбора, кроме фактов нарушения зрения в результате травмы (несчастного случая); лечение косоглазия, лечение с использованием аппаратно-программных комплексов в офтальмологии, коррекция слуха с помощью слуховых аппаратов, их имплантации;</li> <li>12) Лечение онкологических заболеваний, в том числе злокачественных заболеваний крови и лимфы, а также обусловленных ими осложнений (кроме первичной диагностики), в том числе лечение объемных образований центральной нервной системы независимо от характера новообразования;</li> <li>13) Лечение приобретенного иммунодефицита, подтвержденных</li> </ol>
------------	--

	<p>иммунодефицитных состояний, ВИЧ-инфекции (кроме первичной диагностики);</p> <p>14) Лечение особо опасных инфекций;</p> <p>15) Лечение туберкулеза, орфанных заболеваний; чесотки, педикулеза, псориаза, глубоких микозов, генерализованных форм хламидиоза, герпеса, цитомегаловирусной инфекции, хронического активного гепатита В, С, D и E (кроме первичной диагностики);</p> <p>16) Лечение венерических заболеваний, генерализованных и повторных негенерализованных форм заболеваний, передающихся половым путем;</p> <p>17) Лечение психических заболеваний, эпилепсии, а также травм и соматических заболеваний, вызванных психическими расстройствами, рассеянного склероза;</p> <p>18) Лечение травм и соматических состояний, вызванных алкогольным опьянением.</p> <p>19) Лечение профессиональных заболеваний и их осложнений, вызванных воздействием химических, физических, биологических производственных факторов; лазерного излучения; острой и хронической лучевой болезни;</p> <p>20) Лечение заболеваний полости рта и зубов;</p> <p>21) Лечение заболеваний, сопровождающихся хронической печеночной или почечной недостаточностью, требующих проведения планового гемодиализа;</p> <p>22) Услуги по планированию семьи, подбор методов контрацепции, в том числе введение и удаление ВМС (кроме случаев удаления по медицинским показаниям), определение уровня половых гормонов, диагностики и лечение бесплодия и других репродуктивных расстройств, операции оплодотворения, аборт (за исключением вынужденного прерывания беременности вследствие несчастного случая или по медицинским показаниям);</p> <p>23) Лечение сахарного диабета 1 и 2 типа (кроме первичной диагностики) и его осложнений;</p> <p>24) Медицинские услуги при беременности и ее осложнениях, за исключением заболеваний, не связанных с течением беременности и родов, родовспоможение;</p> <p>25) Лечение наследственных заболеваний (в т.ч. врожденных пороков развития), деформаций и хромосомных нарушений;</p> <p>26) Лечение системных заболеваний соединительной ткани;</p> <p>27) Лечение демиелинизирующих заболеваний нервной системы;</p> <p>28) Выписка льготных рецептов, медицинское освидетельствование с целью выдачи справок на автовождение, на право ношения оружия, для посещения спортивно-оздоровительных мероприятий; для поступления в учебные заведения; для оформления выезда за рубеж; оформление документов на МСЭК и т.п.;</p> <p>29) Лекарственное обеспечение;</p> <p>30) Расходы на медицинские оборудование, очки, контактные линзы, слуховые аппараты, импланты, наборы для остеосинтеза и фиксации, приведения ангиографии, ангиопластики, стентирования, аортокоронарного шунтирования, электростимуляции сердца, расходные материалы – стенты, сосудистые протезы, кава-фильтры и др., а также других корректирующих медицинских устройств, приспособлений, включая расходы на их подгонку;</p> <p>31) Экстренная медицинская помощь;</p>
--	---

	32)Иные исключения, предусмотренные правилами либо договором страхования.
Программа	Скорая помощь
Страховой случай	Страховым случаем является обращение Застрахованного лица в медицинскую организацию, оказывающую скорую медицинскую помощь, при возникновении состояний, требующих неотложного медицинского вмешательства, неотложной госпитализации за получением медицинских и иных услуг, в пределах перечня, предусмотренного настоящей программой страхования, при расстройствах здоровья застрахованного лица, относящихся к одному или нескольким классам МКБ, за исключением II, V, XVI, XVII, XVIII, XX, XXI и повлекшее за собой возникновение обязательств Страховщика произвести оплату оказанных медицинских и иных услуг, предусмотренных настоящей программой страхования, и организации их оказания в пределах страховой суммы.
Застрахованные лица	лица обоих полов от 16 до 70 лет
Услуги	1.Выезд бригады скорой медицинской помощи; 2.Первичный осмотр больного, диагностические мероприятия; 3.Неотложные лечебные мероприятия: купирование неотложных состояний, введение лекарственных препаратов, перевязка, иммобилизация и т.п; 4.Неотложная транспортировка в стационар. 5.Иные услуги: медико-социальные, медико-транспортные, транспортные, сервисные услуги и др.
Ограничения	Страховщик имеет право ограничить объем услуг, предоставляемых в рамках настоящей программы страхования, по количеству и стоимости, в том числе в соответствии с договором оказания медицинских услуг, заключенным с медицинской организацией.
Исключения	В рамках настоящей программы страхования Страховщик не рассматривает в качестве страхового случая и не компенсирует затраты на следующие медицинские услуги: 1.Любые назначения без медицинских показаний, либо предписанные медицинскими работниками организаций, не включенных договор страхования; 2.Необоснованный вызов скорой помощи. Вызов скорой помощи считается необоснованным, если: ○ вызов осуществлен Застрахованным лицом для медицинского обслуживания незастрахованного лица; ○ при вызове, осуществленном Застрахованным или лицом, действующим в его интересах, преднамеренно представлена искаженная информация, касающаяся необходимости медицинского обслуживания и/или места пребывания Застрахованного лица; ○ вызов осуществлен не в медицинских целях; ○ вызов осуществлен к Застрахованному лицу, находящемуся в состоянии алкогольного, наркотического, токсического опьянения или абстинентного синдрома; ○ при вызове Застрахованное лицо отсутствует по указанному

	<p>адресу или отказывается от осмотра;</p> <p>В случае необоснованного вызова скорой помощи стоимость вызова оплачивается медицинской организации из внесенного страхового взноса, при этом страховая сумма уменьшается в соответствии с фактическими остатками поступившей страховой премии</p> <p>3. Все виды медицинской помощи (в том числе лабораторная и инструментальная диагностика) в объеме, превышающем указанный в договоре на оказание медицинских услуг;</p> <p>4. Лекарственное обеспечение;</p> <p>5. Экстренная медицинская помощь;</p> <p>6. Иные исключения, предусмотренные правилами либо договором страхования</p>
--	--

### **Программа добровольного медицинского страхования (ДМС) трудовых мигрантов «Мигрант» (далее - Программа)**

1. Настоящая Программа разработана Страховщиком в соответствии с Правилами ДМС (далее - Правила или Правила страхования), определяет условия и порядок осуществления добровольного медицинского страхования (ДМС) трудовых мигрантов и направлена на обеспечение получения трудовым мигрантом, являющимся Застрахованным лицом, первичной медико-санитарной помощи и специализированной медицинской помощи в неотложной форме в случаях заболеваний и состояний, входящих согласно части 6 статьи 35 Федерального закона от 29.11.2010 № 326-ФЗ "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации" в базовую программу обязательного медицинского страхования с учетом особенностей, установленных пунктом 3 настоящей Программы<sup>1</sup>.

В рамках Программы Страховщик оплачивает только застрахованные медицинские услуги (медицинскую помощь), оказанные Застрахованному лицу, то есть лишь те виды (разновидности) и формы полученных Застрахованным лицом медицинских услуг (медицинской помощи) и лишь на тех условиях, которые оговорены в Программе с учетом Приложений к ней.

Перечень медицинских услуг, оплачиваемых Страховщиком по настоящей Программе - перечень застрахованных медицинских услуг - определяется исходя из содержания пунктов 2 и 3 настоящей Программы.

Подтверждением заключения договора ДМС трудового мигранта является Полис ДМС трудового мигранта (далее - Полис).

2. По настоящей Программе Страховщик, с учетом исключений из страхового покрытия, установленных пунктом 3 настоящей Программы, оплачивает оказанные Застрахованному лицу медицинские услуги, обеспечивающие получение Застрахованным лицом в неотложной форме:

- первичной медико-санитарной помощи, исключая профилактическую помощь,
- специализированной медицинской помощи, исключая высокотехнологичную медицинскую помощь.

Указанные виды помощи предоставляются в случаях следующих заболеваний и состояний:

- 1) инфекционные и паразитарные болезни, за исключением заболеваний, передаваемых половым путем, туберкулеза, ВИЧ-инфекции и синдрома приобретенного иммунодефицита;
- 2) новообразования;
- 3) болезни эндокринной системы;
- 4) расстройства питания и нарушения обмена веществ;
- 5) болезни нервной системы;

<sup>1</sup> на основании пункта 3 Указания Банка России от 13.09.2015 № 3793-У «О минимальных (стандартных) требованиях к условиям и порядку осуществления медицинского страхования в части добровольного медицинского страхования иностранных граждан и лиц без гражданства, находящихся на территории Российской Федерации с целью осуществления ими трудовой деятельности»

- 6) болезни крови, кроветворных органов;
- 7) отдельные нарушения, вовлекающие иммунный механизм;
- 8) болезни глаза и его придаточного аппарата;
- 9) болезни уха и сосцевидного отростка;
- 10) болезни системы кровообращения;
- 11) болезни органов дыхания;
- 12) болезни органов пищеварения;
- 13) болезни мочеполовой системы;
- 14) болезни кожи и подкожной клетчатки;
- 15) болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани;
- 16) травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин;
- 17) врожденные аномалии (пороки развития);
- 18) деформации и хромосомные нарушения.

По настоящей Программе Страховщик также оплачивает расходы на используемые медицинским персоналом при оказании медицинской помощи в неотложной форме в соответствии со стандартами первичной медико-санитарной помощи и специализированной медицинской помощи в рамках Программы лекарственные препараты, включенные в утверждаемый Правительством Российской Федерации перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов для медицинского применения и медицинских изделий<sup>2</sup>, и медицинские изделия, включенные в утверждаемый Правительством Российской Федерации перечень медицинских изделий, имплантируемых в организм человека при оказании медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи<sup>3</sup>, в том числе оплату лечебного питания в стационаре и донорской крови и ее компонентов.

Дополнительно по настоящей Программе могут быть предусмотрены следующие услуги (дополнительные услуги):

- услуги по транспортировке (медицинской эвакуации), в том числе, по организации проезда, Застрахованного лица в медицинскую организацию и обратно, либо из одной организации в другую, включая необходимое медицинское сопровождение, если это требуется по состоянию его здоровья;
- сопровождение Застрахованного лица при проведении обследований и консультаций в медицинской организации персоналом медицинской организации;
- сопровождение несовершеннолетнего Застрахованного лица, Застрахованного лица, неспособного к самостоятельному передвижению и/или нуждающегося в посторонней помощи, родителем, опекуном, законным представителем или иным лицом при оказании Застрахованному лицу медицинской помощи;
- совместное нахождение родителя, опекуна, законного представителя или иного лица с несовершеннолетним Застрахованным лицом (ребенком) в стационарных условиях;
- создание условий повышенной комфортности при оказании медицинских и иных услуг;
- не входящие в состав медицинской услуги, но требующиеся при оказании Застрахованному лицу медицинских услуг, услуги по организации и предоставлению проживания и питания Застрахованного лица;
- услуги по репатриации тела в случае смерти Застрахованного лица.

В части, касающейся посмертной репатриации в случае смерти Застрахованного лица, действуют следующие условия:

- Во всех случаях посмертной репатриации в случае смерти Застрахованного лица,

<sup>2</sup> в соответствии с пунктом 6 статьи 4 Федерального закона от 12 апреля 2010 года № 61-ФЗ "Об обращении лекарственных средств", где под *перечнем жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов* понимается ежегодно утверждаемый Правительством Российской Федерации перечень лекарственных препаратов для медицинского применения, обеспечивающих приоритетные потребности здравоохранения в целях профилактики и лечения заболеваний, в том числе преобладающих в структуре заболеваемости в Российской Федерации

<sup>3</sup> в соответствии с частью 2.1 статьи 80 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации"

возмещению подлежат расходы по транспортировке Застрахованного лица/тела (останков) Застрахованного лица до транспортного узла (аэропорта, железнодорожной, автобусной станции) на территории страны постоянного проживания Застрахованного, ближайшего к месту постоянного проживания Застрахованного.

- Выбор вида транспорта производится Страховщиком и осуществляется только прямыми маршрутами без пересадок.

- Репатриация не производится с территории республики Дагестан, республики Ингушетия, Чеченской республики.

- Решение о необходимости сопровождения Застрахованного лица, которым является Ребенок-мигрант в случае репатриации в страну проживания и, который остался без попечения родителей/опекунов, принимается Страховщиком.

- Порядок оказания дополнительных услуг определяется соглашением сторон.

В части дополнительных услуг размер страховой выплаты (страховой суммы или ее части) определяется стоимостью услуг из числа вышеперечисленных, оказанных Застрахованному лицу, и не может превышать страховой суммы (лимита ответственности), согласованной сторонами в Договоре страхования.

3. По настоящей Программе не оплачиваются (исключаются из объема страхового покрытия) следующие медицинские услуги:

- а) по оказанию Застрахованному лицу услуг, не соответствующих критериям неотложной формы медицинской помощи;

- б) по оказанию Застрахованному лицу медицинской помощи, не назначенной врачом, оказывающим медицинскую помощь в рамках Программы;

- в) по оказанию Застрахованному лицу медицинской помощи при особо опасных инфекционных болезнях (натуральная оспа, полиомиелит, малярия ТОРС),

- г) по оказанию Застрахованному лицу медицинской помощи при заболеваниях, включенных в утверждаемый Правительством Российской Федерации перечень заболеваний, представляющих опасность для окружающих<sup>4</sup>,

- д) по оказанию Застрахованному лицу медицинской помощи при злокачественных новообразованиях, сахарном диабете, психических расстройствах и расстройствах поведения;

- е) по оказанию Застрахованному лицу высокотехнологичной медицинской помощи;

- ж) по оказанию Застрахованному лицу медицинской помощи при патологических состояниях, отравлениях и травмах, возникших у Застрахованного лица в состоянии алкогольного опьянения или под воздействием иных психоактивных веществ и (или) лекарственных препаратов, употребленных без назначения врача;

- з) по оказанию Застрахованному лицу медицинской помощи при возникновении травматических повреждений или иных нарушений здоровья, наступивших в результате совершения Застрахованным лицом умышленных противоправных действий;

- и) по оказанию Застрахованному лицу медицинской помощи при покушении Застрахованного лица на самоубийство, за исключением тех случаев, когда Застрахованное лицо было доведено до такого состояния противоправными действиями третьих лиц;

- к) по оказанию медицинской помощи при умышленном причинении себе телесных повреждений Застрахованным лицом;

- л) связанных с беременностью, родами, послеродовым периодом и абортами Застрахованного лица.

Также, если иное не предусмотрено договором, исключено из настоящей Программы возмещение расходов, вызванных смертью Застрахованного лица (расходов на репатриацию, ритуальные услуги, организацию похорон и т.д.).

<sup>4</sup> в соответствии с частью 2 статьи 43 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" и Постановлением Правительства Российской Федерации от 01.12.2004 № 715 (если упомянутый перечень не оговорен в иных актах применимого действующего законодательства)

4. По настоящей Программе установлен следующий порядок оказания Застрахованному лицу застрахованных медицинских услуг (медицинской помощи):

4.1. Страховщиком в рамках настоящей Программы организовано оказание Застрахованному лицу застрахованных медицинских услуг (медицинской помощи) в неотложной форме в медицинских организациях, указанных в прилагаемом к Программе «Перечне медицинских организаций по Программе ДМС трудовых мигрантов» (далее также - Список медицинских организаций, Приложение №1 к Программе).

4.2. Оказание Застрахованному лицу застрахованных медицинских услуг (медицинской помощи) производится при условии уведомления Застрахованным лицом Страховщика об обращении Застрахованного лица в случаях заболеваний и состояний, приведенных в пункте 2 Программы, в медицинскую организацию, предусмотренную Программой. Подтверждение дается Застрахованному лицу при телефонном звонке Страховщику в соответствии с контактной информацией, указанной в Полисе и/или Программе ДМС трудовых мигрантов.

Страховым случаем не является, и оплата за оказанные медицинские услуги (медицинскую помощь) Страховщиком не производится, если Застрахованное лицо получило медицинские услуги (медицинскую помощь) в медицинской организации, не предусмотренной Программой или в случаях, не предусмотренных Программой.

4.3. В соответствии с Правилами страхования настоящей Программой установлены следующие необходимые признаки страхового случая:

1) медицинская организация, в которую Застрахованное лицо обратилось за получением медицинских услуг (медицинской помощи), входит в прилагаемый к Программе Список медицинских организаций;

2) выданный Страховщиком в отношении Застрахованного лица Полис является действующим, то есть на момент обращения за получением медицинских услуг (медицинской помощи):

а) период страхования по Полису не истек;

б) агрегатная страховая сумма по Полису не исчерпана;

в) при уплате по Полису страховой премии в рассрочку - не просрочена уплата очередного страхового взноса;

3) необходимые Застрахованному лицу медицинские услуги имеют характер неотложной медицинской помощи и являются застрахованными в соответствии с условиями Полиса (пунктами 2 и 3 Программы);

4) Застрахованным лицом предъявлены в медицинскую организацию: действующий Полис, выданный Страховщиком в отношении данного Застрахованного лица, и направление Страховщика в данную медицинскую организацию на оказание застрахованных медицинских услуг (медицинской помощи) по данному страховому случаю.

При этом Страховщик оплачивает медицинские услуги, оказанные Застрахованному лицу медицинской организацией, в размере не более текущего размера агрегатной страховой суммы по Полису Застрахованного лица.

4.4. В связи с наступлением страхового случая с Застрахованным лицом Страховщик выплачивает страховое возмещение (в пределах текущего размера агрегатной страховой суммы по Полису данного Застрахованного лица) медицинской организации, оказавшей Застрахованному лицу в неотложной форме и в порядке, установленном настоящей Программой, застрахованные (предусмотренные Программой) медицинские услуги (медицинскую помощь).

При наступлении страхового(ых) события(й) по договору(ам) ДМС трудовых мигрантов Страховщик на основании счета, полученного от медицинской организации, входящей в Список медицинских организаций, в течение 30 рабочих дней с даты получения счета составляет акт медицинской экспертизы страхового(ых) события(й), фиксирующий принятие Страховщиком решения об осуществлении страховой выплаты (в той части, в которой оказанные медицинской организацией медицинские услуги входят в объем страхового



	<p>ультразвуковая диагностика; функциональная диагностика; лучевая диагностика (в том числе рентгеновская компьютерная томография); ядерно-магнитно-резонансные исследования эндоскопические методы исследования;</p> <p>4.Физиотерапевтическое лечение по медицинским показаниям: гальванизация, электрофорез, фонофорез, магнитотерапия, лазеротерапия, СВЧ-терапия, УЗ-терапия, теплолечение, УВЧ-терапия, УФО-терапия;</p> <p>5.Динамическое наблюдение лечащего врача;</p> <p>6.Плановая и неотложная госпитализация (при наличии показаний) для стационарного обследования и лечения в профильных больницах, клиниках, отделениях: гинекологических; гастроэнтерологических; кардиологических; реанимации (или кардиореанимации); терапевтических; нефрологических; урологических; пульмонологических; эндокринологических; хирургических; гнойной хирургии; проктологических; инфекционных; неврологических; офтальмологических; ЛОР; аллергологических; гематологических;</p> <p>7.Лечение в круглосуточном стационаре;</p> <p>8.Ведение палатным врачом, необходимые консультации специалистов по профилю заболевания;</p> <p>9.Реанимационные мероприятия, лечение в отделении интенсивной терапии по показаниям;</p> <p>10.Экспертиза временной потери трудоспособности;</p> <p>11.Выдача листков нетрудоспособности, медицинских справок, выписывание рецептов на приобретение лекарственных препаратов, кроме рецептов на бесплатное получение медикаментов по государственным программам.</p> <p>Оказание медицинской помощи в условиях стационара может быть исключено из программы страхования, о чем делается соответствующая запись в договоре страхования.</p>
Ограничения	<p>Страховщик имеет право ограничить объем услуг, предоставляемых в рамках настоящей программы страхования, по количеству и стоимости, в том числе в соответствии с договором оказания медицинских услуг, заключенным с медицинской организацией.</p>
Исключения	<p>В рамках настоящей программы страхования Страховщик не рассматривает в качестве страхового случая и не компенсирует затраты на следующие медицинские услуги:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1)Любые назначения без медицинских показаний, либо предписанные медицинскими работниками медицинских организаций, не включенных в договор страхования;</li> <li>2)Осмотры и консультации врачей-специалистов, не перечисленных в программе страхования, в том числе онколога, психоаналитика, психиатра, нарколога, генетика, логопеда, диетолога, врачей центров народной и традиционной медицины, экстрасенса, сексопатолога, гомеопата, косметолога;</li> <li>3)Медицинский уход на дому, выполнение медицинских услуг на дому;</li> <li>4)Все виды медицинской помощи (в том числе лабораторная и инструментальная диагностика) в объеме, превышающем указанный в договоре на оказание медицинских услуг;</li> <li>5)Лечение, являющееся по характеру экспериментальным или</li> </ol>

	<p>исследовательским (в т.ч. гипноз);</p> <p>6) Компьютерная скрининг-диагностика общей патологии, методы традиционной диагностики: иридодиагностика, аурикулодиагностика, пульсодиагностика, диагностика по методу Фолля, дерматоглифика, мониторинговое исследование сна, электроакупунктура, термпунктура и т.д.;</p> <p>7) Лечение методами традиционной медицины: ароматерапия, энергоинформатика, цуботерапия, гомеопатия, дзю-терапия, Су-Джок терапия, механотерапия, мониторинговая очистка кишечника и т.д.;</p> <p>8) Методы традиционной диагностики и лечения: акупунктурная диагностика, иглорефлексотерапия, гирудотерапия, фитотерапия, мануальная терапия, профилактический массаж, солярий, водолечение, сауна, альфа-капсула, занятия на тренажерах, и т.д.;</p> <p>9) Экстракорпоральные методы лечения (лазерное, ультрафиолетовое облучение крови, внутривенная озонотерапия и пр.), программный гемодиализ, плазмаферез, гемосорбция, гипо-, нормо- и гипербарическая оксигенация, ударно-волновая терапия, усиленная наружная контрпульсация;</p> <p>10) Устранение косметических дефектов лица, тела, конечностей независимо от времени их возникновения, удаление доброкачественных новообразований кожи (родинки, бородавки, невусы, папилломы, кондиломы и пр.), за исключением воспаленных или травмированных элементов;</p> <p>11) Коррекция веса, речи; коррекция зрения или его исследование с целью назначения линз или очков или их подбора, кроме фактов нарушения зрения в результате травмы (несчастного случая); лечение косоглазия, лечение с использованием аппаратно-программных комплексов в офтальмологии, коррекция слуха с помощью слуховых аппаратов, их имплантации;</p> <p>12) Лечение онкологических заболеваний, в том числе злокачественных заболеваний крови и лимфы, а также обусловленных ими осложнений (кроме первичной диагностики), в том числе лечение объемных образований центральной нервной системы независимо от характера новообразования;</p> <p>13) Лечение приобретенного иммунодефицита, подтвержденных иммунодефицитных состояний, ВИЧ-инфекции (кроме первичной диагностики);</p> <p>14) Лечение особо опасных инфекций;</p> <p>15) Лечение туберкулеза, орфанных заболеваний; чесотки, педикулеза, псориаза, глубоких микозов, генерализованных форм хламидиоза, герпеса, цитомегаловирусной инфекции, хронического активного гепатита В, С, D и E (кроме первичной диагностики);</p> <p>16) Лечение венерических заболеваний, генерализованных и повторных негенерализованных форм заболеваний, передающихся половым путем;</p> <p>17) Лечение психических заболеваний, эпилепсии, а также травм и соматических заболеваний, вызванных психическими расстройствами, рассеянного склероза;</p> <p>18) Лечение травм и соматических состояний, вызванных алкогольным опьянением.</p> <p>19) Лечение профессиональных заболеваний и их осложнений, вызванных воздействием химических, физических, биологических</p>
--	---

	<p>производственных факторов; лазерного излучения; острой и хронической лучевой болезни;</p> <p>20) Лечение заболеваний полости рта и зубов;</p> <p>21) Лечение заболеваний, сопровождающихся хронической печеночной или почечной недостаточностью, требующих проведения планового гемодиализа;</p> <p>22) Услуги по планированию семьи, подбор методов контрацепции, в том числе введение и удаление ВМС (кроме случаев удаления по медицинским показаниям), определение уровня половых гормонов, диагностики и лечение бесплодия и других репродуктивных расстройств, операции оплодотворения, аборт (за исключением вынужденного прерывания беременности вследствие несчастного случая или по медицинским показаниям);</p> <p>23) Лечение сахарного диабета 1 и 2 типа (кроме первичной диагностики) и его осложнений;</p> <p>24) Медицинские услуги при беременности и ее осложнениях, за исключением заболеваний, не связанных с течением беременности и родов, родовспоможение;</p> <p>25) Лечение наследственных заболеваний (в т.ч. врожденных пороков развития), деформаций и хромосомных нарушений;</p> <p>26) Лечение системных заболеваний соединительной ткани;</p> <p>27) Лечение демиелинизирующих заболеваний нервной системы;</p> <p>28) Выписка льготных рецептов, медицинское освидетельствование с целью выдачи справок на автовождение, на право ношения оружия, для посещения спортивно-оздоровительных мероприятий; для поступления в учебные заведения; для оформления выезда за рубеж; оформление документов на МСЭК и т.п.;</p> <p>29) Лекарственное обеспечение;</p> <p>30) Расходы на медицинские оборудование, очки, контактные линзы, слуховые аппараты, импланты, наборы для остеосинтеза и фиксации, приведения ангиографии, ангиопластики, стентирования, аорто-коронарного шунтирования, электростимуляции сердца, расходные материалы – стенты, сосудистые протезы, кава-фильтры и др., а так же других коррегирующих медицинских устройств, приспособлений, включая расходы на их подгонку;</p> <p>31) Экстренная медицинская помощь;</p> <p>32) Иные исключения, предусмотренные правилами либо договором страхования.</p>
--	---

Программа	Комплексная
Страховой случай	Страховым случаем является обращение Застрахованного лица в медицинские организации, оказывающие амбулаторно-поликлиническую помощь, стационарную медицинскую помощь за получением медицинских услуг, в пределах перечня, предусмотренного настоящей программой страхования, при острых и обострении хронических заболеваний, относящихся к одному или нескольким классам МКБ, за исключением V, XV, XVI, XVII, XVIII, XX, XXI и повлекшее за собой возникновение обязательств Страховщика произвести оплату оказанных медицинских и иных услуг, предусмотренных настоящей программой страхования, и организации их оказания в пределах страховой суммы.
Застрахованные лица	лица обоих полов от 16 до 70 лет
Услуги	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Приемы, консультации и другие профессиональные услуги врачей и иных медицинских работников следующих специальностей (по медицинским показаниям): аллерголог, гастроэнтеролог, гинеколог, дерматолог, иммунолог, инфекционист, кардиолог, невролог, травматолог-ортопед (только по медицинским показаниям, после несчастного случая (травмы), произошедшего в период действия договора страхования), отоларинголог, офтальмолог, проктолог, пульмонолог, ревматолог, терапевт, травматолог, уролог, хирург, эндокринолог, маммолог, нефролог, сердечно-сосудистый хирург, физиотерапевт, вертеброневролог;</li> <li>2. Лабораторная диагностика по медицинским показаниям: общеклинические исследования, биохимические исследования, бактериологические исследования, иммунно-серологические исследования, цитологические исследования;</li> <li>3. Инструментальная диагностика по медицинским показаниям: ультразвуковая диагностика; функциональная диагностика; лучевая диагностика (в том числе рентгеновская компьютерная томография); ядерно-магнитно-резонансные исследования эндоскопические методы исследования;</li> <li>4. Физиотерапевтическое лечение по медицинским показаниям: гальванизация, электрофорез, фонофорез, магнитотерапия, лазеротерапия, СВЧ-терапия, УЗ-терапия, теплотечение, УВЧ-терапия, УФО-терапия; лечебный массаж, ЛФК;</li> <li>5. Экспертиза временной потери трудоспособности;</li> <li>6. Динамическое наблюдение лечащего врача;</li> <li>7. Вызов врача и медицинской сестры на дом;</li> <li>8. Лечение в дневном стационаре;</li> <li>9. Плановая и неотложная госпитализация (при наличии показаний) для стационарного обследования и лечения в профильных больницах, клиниках, отделениях: гинекологических; гастроэнтерологических; кардиологических; реанимации (или кардиореанимации); терапевтических; нефрологических; урологических; пульмонологических; эндокринологических; хирургических; гнойной хирургии; проктологических; инфекционных; неврологических; офтальмологических; ЛОР; аллергологических; гематологических;</li> <li>10. Лечение в круглосуточном стационаре;</li> </ol>

	<p>11. Ведение палатным врачом, необходимые консультации специалистов по профилю заболевания;</p> <p>12. Реанимационные мероприятия, лечение в отделении интенсивной терапии по показаниям.</p> <p>13. Приемы, консультации и другие профессиональные услуги врачей-стоматологов следующих специальностей: терапевт, хирург, парадонтолог;</p> <p>14. Терапевтическое и хирургическое лечение стоматологических заболеваний в соответствии с медицинскими показаниями, в т.ч. с использованием светоотверждаемых материалов и материалов химического отверждения, нижеперечисленных нозологических форм (по международной классификации болезней 10 пересмотра):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Кариеса: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Дентина (К 02.1)</li> <li>○ Цементы (К 02.2)</li> <li>○ Другого и неуточненного (К 02.8, К 02.9)</li> </ul> </li> <li>✓ Чувствительного дентина (К 03.8)</li> <li>✓ Пульпита (К 04.0)</li> <li>✓ Некроза пульпы (К 04.1)</li> <li>✓ Острого апикального периодонтита пульпарного происхождения (К 04.4)</li> <li>✓ Периапикального абсцесса с полостью (К 04.6)</li> <li>✓ Периапикального абсцесса без полости (К 04.7)</li> <li>✓ Острого гингивита (К 05.0)</li> <li>✓ Острого периодонтита (К 05.2)</li> <li>✓ Поражения десны и беззубого альвеолярного края, обусловленных травмой (К 06.2)</li> <li>✓ Синдрома болевой дисфункции височно-нижнечелюстного сустава (К 07.6)</li> <li>✓ Альвеолярного остеоита (К 10.3)</li> <li>✓ Сиалоаденита (К 11.2)</li> <li>✓ Стоматита (К 12)</li> <li>✓ Болезней губ (К 13.0)</li> <li>✓ Глоссита (К14.0, К 14.2)</li> <li>✓ Растяжение и перенапряжение сустава (связок) челюсти (S.03.4)</li> </ul> <p>15. Дополнительные медицинские консультации специалистов – докторов и кандидатов медицинских наук;</p> <p>16. Иммунопрофилактика инфекционных заболеваний по медицинским показаниям;</p> <p>17. Выдача листков нетрудоспособности, медицинских справок, выписывание рецептов на приобретение лекарственных препаратов, кроме рецептов на бесплатное получение медикаментов по государственным программам;</p> <p>Вызов врача и медицинской сестры на дом может быть исключен из программы страхования, о чем делается соответствующая запись в договоре страхования.</p>
Ограничения	<p>Страховщик имеет право ограничить объем услуг, предоставляемых в рамках настоящей программы страхования, по количеству и стоимости, в том числе в соответствии с договором оказания медицинских услуг, заключенным с медицинской организацией.</p>
Исключения	<p>В рамках настоящей программы страхования Страховщик не рассматривает в качестве страхового случая и не компенсирует затраты на следующие медицинские услуги:</p>

	<p>1) Любые назначения без медицинских показаний, либо предписанные медицинскими работниками медицинских организаций, не включенных в договор страхования;</p> <p>2) Осмотры и консультации врачей-специалистов, не перечисленных в программе страхования;</p> <p>3) Медицинский уход на дому;</p> <p>4) Все виды медицинской помощи (в том числе лабораторная и инструментальная диагностика) в объеме, превышающем указанный в договоре на оказание медицинских услуг;</p> <p>5) Лечение, являющееся по характеру экспериментальным или исследовательским (в т.ч. гипноз);</p> <p>6) Компьютерная скрининг-диагностика общей патологии, методы традиционной диагностики: иридодиагностика, аурикулодиагностика, пульсодиагностика, диагностика по методу Фолля, дерматоглифика, мониторинговое исследование сна, электроакупунктура, термопунктура и т.д.;</p> <p>7) Лечение методами традиционной медицины: ароматерапия, энергоинформатика, цуботерапия, гомеопатия, дзю-терапия, Су-Джок терапия, механотерапия, мониторинговая очистка кишечника и т.д.;</p> <p>8) Методы традиционной диагностики и лечения: акупунктурная диагностика, иглорефлексотерапия, гирудотерапия, фитотерапия, мануальная терапия, профилактический массаж, солярий, водолечение, сауна, альфа-капсула, занятия на тренажерах, и т.д.;</p> <p>9) Устранение косметических дефектов лица, тела, конечностей независимо от времени их возникновения, удаление доброкачественных новообразований кожи (родинки, бородавки, невусы, папилломы, кондиломы и пр.), за исключением воспаленных или травмированных элементов;</p> <p>10) Коррекция веса, речи; коррекция зрения или его исследование с целью назначения линз или очков, или их подбора, кроме фактов нарушения зрения в результате травмы (несчастного случая); лечение косоглазия, лечение с использованием аппаратно-программных комплексов в офтальмологии, коррекция слуха с помощью слуховых аппаратов, их имплантации;</p> <p>11) Лечение приобретенного иммунодефицита, подтвержденных иммунодефицитных состояний, ВИЧ-инфекции (кроме первичной диагностики);</p> <p>12) Лечение особо опасных инфекций;</p> <p>13) Лечение венерических заболеваний, генерализованных и повторных негенерализованных форм заболеваний, передающихся половым путем;</p> <p>14) Лечение психических заболеваний, эпилепсии, а также травм и соматических заболеваний, вызванных психическими расстройствами, рассеянного склероза;</p> <p>15) Лечение травм и соматических состояний, вызванных алкогольным опьянением.</p> <p>16) Услуги по планированию семьи, подбор методов контрацепции, в том числе введение и удаление ВМС (кроме случаев удаления по медицинским показаниям), определение уровня половых гормонов, диагностики и лечение бесплодия и других репродуктивных расстройств, операции оплодотворения, аборт (за исключением вынужденного прерывания беременности вследствие несчастного</p>
--	--

	<p>случая или по медицинским показаниям);</p> <p>17) Медицинские услуги при беременности и ее осложнениях, за исключением заболеваний, не связанных с течением беременности и родов, родовспоможение;</p> <p>18) Лечение наследственных заболеваний (в т.ч. врожденных пороков развития), деформаций и хромосомных нарушений,</p> <p>19) Лечение демиелинизирующих заболеваний нервной системы;</p> <p>20) Выписка льготных рецептов, медицинское освидетельствование с целью выдачи справок на автовождение, на право ношения оружия, для посещения спортивно-оздоровительных мероприятий; для поступления в учебные заведения; для оформления выезда за рубеж; оформление документов на МСЭЖ и т.п.;</p> <p>21) Лекарственное обеспечение;</p> <p>22) Расходы на медицинские оборудование, свыше установленных договором страхования лимитов, очки, контактные линзы, слуховые аппараты, импланты, наборы для остеосинтеза и фиксации, приведения ангиографии, ангиопластики, стентирования, аортокоронарного шунтирования, электростимуляции сердца, расходные материалы – стенты, сосудистые протезы, кава-фильтры и др., а так же других корректирующих медицинских устройств, приспособлений, включая расходы на их подгонку;</p> <p>23) Экстренная медицинская помощь;</p> <p>24) Иные исключения, предусмотренные правилами либо договором страхования.</p>
--	---

Программа	Полная
Страховой случай	<p>Страховым случаем является обращение Застрахованного лица в медицинские организации, оказывающие амбулаторно-поликлиническую помощь, стационарную медицинскую помощь за получением медицинских услуг, в пределах перечня, предусмотренного настоящей программой страхования, при острых и обострении хронических заболеваний, относящихся к одному или нескольким классам МКБ, за исключением II, V, XV, XVI, XVII, XVIII, XX, XXI и повлекшее за собой возникновение обязательств Страховщика произвести оплату оказанных медицинских и иных услуг, предусмотренных настоящей программой страхования, и организации их оказания в пределах страховой суммы.</p>
Застрахованные лица	лица обоих полов от 16 до 70 лет
Услуги	<p>1. Приемы, консультации и другие профессиональные услуги врачей и иных медицинских работников следующих специальностей (по медицинским показаниям): аллерголог, гастроэнтеролог, гинеколог, дерматолог, иммунолог, инфекционист, кардиолог, невролог, травматолог-ортопед (только по медицинским показаниям, после несчастного случая (травмы), произошедшего в период действия договора страхования), отоларинголог, офтальмолог, проктолог, пульмонолог, ревматолог, терапевт, травматолог, уролог, хирург, эндокринолог, маммолог, нефролог, сердечно-сосудистый хирург, физиотерапевт, вертеброневролог;</p> <p>2. Лабораторная диагностика по медицинским показаниям: общеклинические исследования, биохимические исследования,</p>

бактериологические исследования, иммунно-серологические исследования, цитологические исследования;

3. Инструментальная диагностика по медицинским показаниям: ультразвуковая диагностика; функциональная диагностика; лучевая диагностика (в том числе рентгеновская компьютерная томография); ядерно-магнитно-резонансные исследования эндоскопические методы исследования;

4. Физиотерапевтическое лечение по медицинским показаниям: гальванизация, электрофорез, фонофорез, магнитотерапия, лазеротерапия, СВЧ-терапия, УЗ-терапия, теплолечение, УВЧ-терапия, УФО-терапия; лечебный массаж, ЛФК;

5. Экспертиза временной потери трудоспособности;

6. Динамическое наблюдение лечащего врача;

7. Вызов врача и медицинской сестры на дом;

8. Лечение в дневном стационаре;

9. Плановая и неотложная госпитализация (при наличии показаний) для стационарного обследования и лечения в профильных больницах, клиниках, отделениях: гинекологических; гастроэнтерологических; кардиологических; реанимации (или кардиореанимации); терапевтических; нефрологических; урологических; пульмонологических; эндокринологических; хирургических; гнойной хирургии; проктологических; инфекционных; неврологических; офтальмологических; ЛОР; аллергологических; гематологических;

10. Лечение в круглосуточном стационаре;

11. Ведение палатным врачом, необходимые консультации специалистов по профилю заболевания;

12. Реанимационные мероприятия, лечение в отделении интенсивной терапии по показаниям.

13. Приемы, консультации и другие профессиональные услуги врачей-стоматологов следующих специальностей: терапевт, хирург, парадонтолог;

14. Терапевтическое и хирургическое лечение стоматологических заболеваний в соответствии с медицинскими показаниями, в т.ч. с использованием светоотверждаемых материалов и материалов химического отверждения, нижеперечисленных нозологических форм (по международной классификации болезней 10 пересмотра):

- ✓ Кариеса:
  - Дентина (К 02.1)
  - Цементы (К 02.2)
  - Другого и неуточненного (К 02.8, К 02.9)
- ✓ Чувствительного дентина (К 03.8)
- ✓ Пульпита (К 04.0)
- ✓ Некроза пульпы (К 04.1)
- ✓ Острого апикального периодонтита пульпарного происхождения (К 04.4)
- ✓ Периапикального абсцесса с полостью (К 04.6)
- ✓ Периапикального абсцесса без полости (К 04.7)
- ✓ Острого гингивита (К 05.0)
- ✓ Острого периокоронита (К 05.2)
- ✓ Поражения десны и беззубого альвеолярного края, обусловленных травмой (К 06.2)
- ✓ Синдрома болевой дисфункции височно-нижнечелюстного

	<p>сустава (К 07.6)  ✓ Альвеолярного остеоита (К 10.3)  ✓ Сиалоаденита (К 11.2)  ✓ Стоматита (К 12)  ✓ Болезней губ (К 13.0)  ✓ Глоссита (К14.0, К 14.2)  ✓ Растяжение и перенапряжение сустава (связок) челюсти (S.03.4)</p> <p>15. Дополнительные медицинские консультации специалистов – докторов и кандидатов медицинских наук;  16. Иммунопрофилактика инфекционных заболеваний по медицинским показаниям;  17. Выдача листков нетрудоспособности, медицинских справок, выписывание рецептов на приобретение лекарственных препаратов, кроме рецептов на бесплатное получение медикаментов по государственным программам;  Вызов врача и медицинской сестры на дом может быть исключен из программы страхования, о чем делается соответствующая запись в договоре страхования.</p>
Ограничения	<p>Страховщик имеет право ограничить объем услуг, предоставляемых в рамках настоящей программы страхования, по количеству и стоимости, в том числе в соответствии с договором оказания медицинских услуг, заключенным с медицинской организацией.</p>
Исключения	<p>В рамках настоящей программы страхования Страховщик не рассматривает в качестве страхового случая и не компенсирует затраты на следующие медицинские услуги:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Любые назначения без медицинских показаний, либо предписанные медицинскими работниками медицинских организаций, не включенных в договор страхования;</li> <li>2) Осмотры и консультации врачей-специалистов, не перечисленных в программе страхования, в том числе онколога, психоаналитика, психиатра, нарколога, генетика, логопеда, диетолога, врачей центров народной и традиционной медицины, экстрасенса, сексопатолога, гомеопата, косметолога;</li> <li>3) Медицинский уход на дому;</li> <li>4) Все виды медицинской помощи (в том числе лабораторная и инструментальная диагностика) в объеме, превышающем указанный в договоре на оказание медицинских услуг;</li> <li>5) Лечение, являющееся по характеру экспериментальным или исследовательским (в т.ч. гипноз);</li> <li>6) Компьютерная скрининг-диагностика общей патологии, методы традиционной диагностики: иридодиагностика, аурикулодиагностика, пульсодиагностика, диагностика по методу Фолля, дерматоглифика, мониторинговое исследование сна, электроакупунктура, термопунктура и т.д.;</li> <li>7) Лечение методами традиционной медицины: аромотерапия, энергоинформатика, цуботерапия, гомеопатия, дзю-терапия, Су-Джок терапия, механотерапия, мониторинговая очистка кишечника и т.д.;</li> <li>8) Методы традиционной диагностики и лечения: акупунктурная диагностика, иглорефлексотерапия, гирудотерапия, фитотерапия, мануальная терапия, профилактический массаж, солярий,</li> </ol>

	<p>водолечение, сауна, альфа-капсула, занятия на тренажерах, и т.д.;</p> <p>9)Экстракорпоральные методы лечения (лазерное, ультрафиолетовое облучение крови, внутривенная озонотерапия и пр.), программный гемодиализ, плазмаферез, гемосорбция, гипо-, нормо- и гипербарическая оксигенация, ударно-волновая терапия, усиленная наружная контрпульсация;</p> <p>10)Устранение косметических дефектов лица, тела, конечностей независимо от времени их возникновения, удаление доброкачественных новообразований кожи (родинки, бородавки, невусы, папилломы, кондиломы и пр.), за исключением воспаленных или травмированных элементов;</p> <p>11)Коррекция веса, речи; коррекция зрения или его исследование с целью назначения линз или очков или их подбора, кроме фактов нарушения зрения в результате травмы (несчастного случая); лечение косоглазия, лечение с использованием аппаратно-программных комплексов в офтальмологии, коррекция слуха с помощью слуховых аппаратов, их имплантации;</p> <p>12)Лечение онкологических заболеваний, в том числе злокачественных заболеваний крови и лимфы, а также обусловленных ими осложнений (кроме первичной диагностики), в том числе лечение объемных образований центральной нервной системы независимо от характера новообразования;</p> <p>13)Лечение приобретенного иммунодефицита, подтвержденных иммунодефицитных состояний, ВИЧ-инфекции (кроме первичной диагностики);</p> <p>14)Лечение особо опасных инфекций;</p> <p>15)Лечение туберкулеза, орфанных заболеваний; чесотки, педикулеза, псориаза, глубоких микозов, генерализованных форм хламидиоза, герпеса, цитомегаловирусной инфекции, хронического активного гепатита В, С, D и E (кроме первичной диагностики);</p> <p>16)Лечение венерических заболеваний, генерализованных и повторных негенерализованных форм заболеваний, передающихся половым путем;</p> <p>17)Лечение психических заболеваний, эпилепсии, а также травм и соматических заболеваний, вызванных психическими расстройствами, рассеянного склероза;</p> <p>18)Лечение травм и соматических состояний, вызванных алкогольным опьянением.</p> <p>19)Лечение профессиональных заболеваний и их осложнений, вызванных воздействием химических, физических, биологических производственных факторов; лазерного излучения; острой и хронической лучевой болезни;</p> <p>20)Зубопротезирование; подготовка к зубопротезированию – удаление и депульпирование интактных зубов и установка анкерных штифтов; имплантация;</p> <p>21)Лечение хронического пародонтоза;</p> <p>22)Профилактическое снятие зубных отложений с зубов, не подлежащих лечению; замена старых пломб без медицинских показаний (с косметической или профилактической целью); санация полости рта (в том числе покрытие зубов фторлаком (кроме зубов, подлежащих лечению) и профилактическая чистка зубов); косметология в стоматологии;</p> <p>23)Лечение у ортодонта (кроме лечения последствия травм,</p>
--	---

	<p>произошедших в период действия договора страхования);</p> <p>24)Фторэлектрофорез;</p> <p>25)Восстановление разрушенной более чем на 50% коронки зуба;</p> <p>26)Хирургическое лечение заболеваний пародонта, в том числе проведение лоскутных операций, запечатывание фиссур герметиком, использование термофилов, коффердама;</p> <p>27)Цистэктомия, резекция верхушки корня зуба, лечение слюнных желез;</p> <p>28)Лечение заболеваний слизистой полости рта;</p> <p>29)Лечение заболеваний, сопровождающихся хронической печеночной или почечной недостаточностью, требующих проведения планового гемодиализа;</p> <p>30)Услуги по планированию семьи, подбор методов контрацепции, в том числе введение и удаление ВМС (кроме случаев удаления по медицинским показаниям), определение уровня половых гормонов, диагностики и лечение бесплодия и других репродуктивных расстройств, операции оплодотворения, аборты (за исключением вынужденного прерывания беременности вследствие несчастного случая или по медицинским показаниям);</p> <p>31)Лечение сахарного диабета 1 и 2 типа (кроме первичной диагностики) и его осложнений;</p> <p>32)Медицинские услуги при беременности и ее осложнениях, за исключением заболеваний, не связанных с течением беременности и родов, родовспоможение;</p> <p>33)Лечение наследственных заболеваний (в т.ч. врожденных пороков развития), деформаций и хромосомных нарушений,</p> <p>34)Лечение системных заболеваний соединительной ткани;</p> <p>35)Лечение демиелинизирующих заболеваний нервной системы;</p> <p>36)Выписка льготных рецептов, медицинское освидетельствование с целью выдачи справок на автовождение, на право ношения оружия, для посещения спортивно-оздоровительных мероприятий; для поступления в учебные заведения; для оформления выезда за рубеж; оформление документов на МСЭК и т.п.;</p> <p>37)Лекарственное обеспечение;</p> <p>38)Расходы на медицинские оборудование, очки, контактные линзы, слуховые аппараты, импланты, наборы для остеосинтеза и фиксации, приведения ангиографии, ангиопластики, стентирования, аорто-коронарного шунтирования, электростимуляции сердца, расходные материалы – стенты, сосудистые протезы, кава-фильтры и др., а так же других коррегирующих медицинских устройств, приспособлений, включая расходы на их подгонку;</p> <p>39)Экстренная медицинская помощь;</p> <p>40)Иные исключения, предусмотренные правилами либо договором страхования.</p>
--	--

Программа	Стоматология
Страховой случай	<p>Страховым случаем является обращение Застрахованного лица в медицинскую организацию, оказывающую амбулаторно-поликлиническую или стационарную стоматологическую помощь, за получением медицинских услуг, в пределах перечня, предусмотренного настоящей программой страхования, при заболеваниях, относящихся к одному или нескольким классам МКБ – XI, XIX, и повлекшее за собой возникновение обязательств Страховщика произвести оплату оказанных медицинских и иных услуг, предусмотренных настоящей программой страхования, и организации их оказания в пределах страховой суммы.</p>
Застрахованные лица	лица обоих полов от 18 до 70 лет
Услуги	<p>1. Приемы, консультации и другие профессиональные услуги врачей-стоматологов следующих специальностей: терапевт, хирург, парадонтолог;</p> <p>2. Терапевтическое и хирургическое лечение стоматологических заболеваний в соответствии с медицинскими показаниями, в т.ч. с использованием светоотверждаемых материалов и материалов химического отверждения, нижеперечисленных нозологических форм (по международной классификации болезней 10 пересмотра):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Кариеса: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Дентина (К 02.1)</li> <li>○ Цемента (К 02.2)</li> <li>○ Другого и неуточненного (К 02.8, К 02.9)</li> </ul> </li> <li>✓ Чувствительного дентина (К 03.8)</li> <li>✓ Пульпита (К 04.0)</li> <li>✓ Некроза пульпы (К 04.1)</li> <li>✓ Острого апикального периодонтита пульпарного происхождения (К 04.4)</li> <li>✓ Периапикального абсцесса с полостью (К 04.6)</li> <li>✓ Периапикального абсцесса без полости (К 04.7)</li> <li>✓ Острого гингивита (К 05.0)</li> <li>✓ Острого периокоронита (К 05.2)</li> <li>✓ Поражения десны и беззубого альвеолярного края, обусловленных травмой (К 06.2)</li> <li>✓ Синдрома болевой дисфункции височно-нижнечелюстного сустава (К 07.6)</li> <li>✓ Альвеолярного остейта (К 10.3)</li> <li>✓ Сиалоаденита (К 11.2)</li> <li>✓ Стоматита (К 12)</li> <li>✓ Болезней губ (К 13.0)</li> <li>✓ Глоссита (К14.0, К 14.2)</li> <li>✓ Растяжение и перенапряжение сустава (связок) челюсти (S.03.4)</li> </ul> <p>3. Лабораторная и инструментальная диагностика по медицинским показаниям;</p> <p>4. Физиотерапевтическое лечение по медицинским показаниям: гальванизация, электрофорез, фонофорез, магнитотерапия, лазеротерапия, СВЧ-терапия, УЗ-терапия, теплотечение, УВЧ-терапия, УФО-терапия;</p> <p>5. Выдача листов нетрудоспособности, медицинских справок,</p>

	выписывание рецептов на приобретение лекарственных препаратов, кроме рецептов на бесплатное получение медикаментов по государственным программам.
Ограничения	Страховщик имеет право ограничить объем услуг, предоставляемых в рамках настоящей программы страхования, по количеству и стоимости, в том числе в соответствии с договором оказания медицинских услуг, заключенным с медицинской организацией.
Исключения	<p>В рамках настоящей программы страхования Страховщик не рассматривает в качестве страхового случая и не компенсирует затраты на следующие медицинские услуги:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.Зубопротезирование; подготовка к зубопротезированию – удаление и депульпирование интактных зубов и установка анкерных штифтов; имплантация;</li> <li>2.Лечение хронического пародонтоза;</li> <li>3.Профилактическое снятие зубных отложений с зубов, не подлежащих лечению; замена старых пломб без медицинских показаний (с косметической или профилактической целью); санация полости рта (в том числе покрытие зубов фторлаком (кроме зубов, подлежащих лечению) и профилактическая чистка зубов); косметология в стоматологии;</li> <li>4.Лечение у ортодонта (кроме лечения последствия травм, произошедших в период действия договора страхования);</li> <li>5.Фторэлектрофорез;</li> <li>6.Восстановление разрушенной более чем на 50% коронки зуба;</li> <li>7.Хирургическое лечение заболеваний пародонта, в том числе проведение лоскутных операций, запечатывание фиссур герметиком, использование термофилов, коффердама;</li> <li>8.Цистэктомия, резекция верхушки корня зуба, лечение слюнных желез;</li> <li>9.Лечение заболеваний слизистой полости рта;</li> <li>10.Любые назначения без медицинских показаний, либо предписанные медицинскими работниками организаций, не включенных в договор страхования;</li> <li>11.Осмотры и консультации врачей-специалистов, не перечисленных в программе страхования, в том числе психоаналитика, психиатра, нарколога, врачей центров народной и традиционной медицины, экстрасенса, косметолога;</li> <li>12.Медицинский уход на дому, выполнение медицинских услуг на дому;</li> <li>13.Все виды медицинской помощи (в том числе лабораторная и инструментальная диагностика) в объеме, превышающем указанный в договоре на оказание медицинских услуг;</li> <li>14.Лечение, являющееся по характеру экспериментальным или исследовательским (в т.ч. гипноз);</li> <li>15.Лечение онкологических заболеваний, а также обусловленных ими осложнений (кроме первичной диагностики);</li> <li>16.Лечение психических заболеваний, а также травм и соматических заболеваний, вызванных психическими расстройствами;</li> <li>17.Лечение наследственных заболеваний (в т.ч. врожденных пороков развития), деформаций и хромосомных нарушений;</li> <li>18.Лекарственное обеспечение;</li> <li>19.Экстренная медицинская помощь;</li> </ol>

	20.Иные исключения, предусмотренные правилами либо договором страхования.
--	---

Программа	Педиатрия
Страховой случай	Страховым случаем является обращение Застрахованного лица (или его законных представителей) в специализированные медицинские организации (отделения), оказывающие амбулаторно-поликлиническую помощь, стационарную медицинскую помощь, стоматологическую помощь детям, скорую медицинскую помощь, за получением медицинских и иных услуг, в пределах перечня, предусмотренного настоящей программой страхования, при расстройствах здоровья застрахованного лица, относящихся к одному или нескольким классам МКБ, за исключением V, XV, XVI, XVII, XX и повлекшее за собой возникновение обязательств Страховщика произвести оплату оказанных медицинских и иных услуг, предусмотренных настоящей программой страхования, и организации их оказания в пределах страховой суммы.
Застрахованные лица	лица обоих полов от 0 до 17 лет
Услуги	<ol style="list-style-type: none"> <li>1.Первичный и повторные врачебные осмотры, и консультации педиатра, неонатолога, или семейного врача на дому и в поликлинике, разработка индивидуальной программы наблюдения;</li> <li>2.Приемы, консультации и другие профессиональные услуги врачей и иных медицинских работников следующих специальностей по направлению педиатра, неонатолога, или семейного врача: аллерголог, гастроэнтеролог, гинеколог, дерматолог, иммунолог; инфекционист, невролог, ортопедия (только по медицинским показаниям, после несчастного случая (травмы), произошедшего в период действия договора страхования), отоларинголог, офтальмолог, проктолог, пульмонолог, ревматолог, терапевт, травматолог, стоматолог, уролог, хирург, эндокринолог, и иные по медицинским показаниям.</li> <li>3.Лабораторная диагностика по медицинским показаниям: общеклинические исследования; биохимические исследования; бактериологические исследования; иммунно-серологические исследования; цитологические исследования; иные лабораторные методы исследования;</li> <li>4.Инструментальная диагностика по медицинским показаниям: ультразвуковая диагностика; функциональная диагностика; лучевая диагностика; рентгеновская компьютерная томография, ядерно-магнитно-резонансные исследования; эндоскопические методы исследования; иные инструментальные методы исследования.</li> <li>5.Проведение лечебных мероприятий и процедур по медицинским показаниям и направлению педиатра или семейного врача;</li> <li>6.Физиотерапевтическое лечение по медицинским показаниям: гальванизация, электрофорез, фонофорез, магнитотерапия, лазеротерапия, СВЧ-терапия, УЗ-терапия, теплотечение, УВЧ-терапия, УФО-терапия; лечебный массаж, ЛФК, мануальная терапия, иглорефлексотерапия; иные методы физиотерапевтического лечения.</li> <li>7.Вакцинация по медицинским показаниям;</li> <li>8.Стоматологическая помощь;</li> </ol>

	<p>9.Лечение в дневном стационаре;</p> <p>10.Динамическое наблюдение лечащего врача;</p> <p>11.Плановая и неотложная госпитализация (при наличии показаний), стационарное обследование и лечение в профильных больницах, клиниках, отделениях: гинекологических; гастроэнтерологических; кардиологических; реанимации (или кардиореанимации); терапевтических; нефрологических; урологических; пульмонологических; эндокринологических; хирургических; гнойной хирургии; проктологических; инфекционных; неврологических; офтальмологических; ЛОР; аллергологических; гематологических; иных, по медицинским показаниям;</p> <p>12.Дополнительные медицинские консультации специалистов – докторов и кандидатов медицинских наук;</p> <p>13.По скорой медицинской помощи: выезд бригады скорой медицинской помощи; первичный осмотр больного, диагностические мероприятия, неотложные лечебные мероприятия, купирование неотложных состояний, введение лекарственных препаратов, перевязка, иммобилизация и т.п.; неотложная транспортировка в стационар;</p> <p>14.Вызов врача и медицинской сестры на дом;</p> <p>15.Выдача листков нетрудоспособности, медицинских справок, выписывание рецептов на приобретение лекарственных препаратов, кроме рецептов на бесплатное получение медикаментов по государственным программам;</p> <p>16.Иные услуги: медико-социальные, медико-транспортные, транспортные, сервисные услуги и др.</p>
Ограничения	<p>Страховщик имеет право ограничить объем услуг, предоставляемых в рамках настоящей программы страхования, по количеству и стоимости, в том числе в соответствии с договором оказания медицинских услуг, заключенным с медицинской организацией.</p>
Исключения	<p>В рамках настоящей программы страхования Страховщик не рассматривает в качестве страхового случая и не компенсирует затраты на следующие медицинские услуги:</p> <p>1.Любые назначения без медицинских показаний, либо предписанные медицинскими работниками организаций, не включенных в договор страхования;</p> <p>2.Осмотры и консультации психоаналитика, психиатра, нарколога, врачей центров народной и традиционной медицины, экстрасенса, сексопатолога, гомеопата, косметолога;</p> <p>3.Медицинский уход на дому, выполнение медицинских услуг на дому при отсутствии медицинских показаний;</p> <p>4.Необоснованный вызов медицинских работников на дом, необоснованный вызов скорой медицинской помощи.</p> <p>✓ Вызов на дом медицинских работников, вызов скорой медицинской помощи считается необоснованным, если:</p> <p>✓ вызов осуществлен для медицинского обслуживания незастрахованного лица;</p> <p>✓ при вызове, осуществленном Застрахованным или лицом, действующим в его интересах, преднамеренно представлена искаженная информация, касающаяся необходимости медицинского обслуживания и/или места пребывания Застрахованного лица;</p> <p>✓ вызов осуществлен не в медицинских целях;</p>

	<p>✓ вызов осуществлен к Застрахованному лицу, находящемуся в состоянии алкогольного, наркотического, токсического опьянения или абстинентного синдрома;</p> <p>✓ при вызове Застрахованное лицо отсутствует по указанному адресу или отказывается от осмотра;</p> <p>Вызов скорой медицинской помощи считается необоснованным, если у застрахованного лица, в отношении которого произведен вызов, отсутствуют состояния, требующие неотложного медицинского вмешательства и/или неотложной госпитализации.</p> <p>В случае необоснованного вызова медицинского работника на дом, необоснованного вызова скорой медицинской помощи стоимость вызова оплачивается медицинской организации из внесенного страхового взноса, при этом страховая сумма уменьшается в соответствии с фактическими остатками поступившей страховой премии</p> <p>5. Все виды медицинской помощи (в том числе лабораторная и инструментальная диагностика) в объеме, превышающем указанный в договоре на оказание медицинских услуг;</p> <p>6. Лечение, являющееся по характеру экспериментальным или исследовательским (в т.ч. гипноз);</p> <p>7. Компьютерная скрининг-диагностика общей патологии, методы традиционной диагностики: иридодиагностика, аурикулодиагностика, пульсодиагностика, диагностика по методу Фолля, дерматоглифика, электроакупунктура, термопунктура и т.д.;</p> <p>8. Лечение методами традиционной медицины: ароматерапия, энергоинформатика, цуботерапия, гомеопатия, дзю-терапия, механотерапия и т.д.;</p> <p>9. Устранение косметических дефектов: удаление папиллом, бородавок, моллюсков и пр.;</p> <p>10. Коррекция веса, речи; коррекция зрения или его исследование с целью назначения линз или очков, или их подбора, кроме факторов нарушения зрения в результате несчастного случая или в других случаях, определенных прямыми медицинскими показаниями; коррекция слуха с помощью слуховых аппаратов, их имплантации;</p> <p>11. Лечение онкологических заболеваний, в том числе злокачественных заболеваний крови и лимфы, а также обусловленных ими осложнений (кроме первичной диагностики);</p> <p>12. Лечение приобретенного иммунодефицита, подтвержденных иммунодефицитных состояний, ВИЧ-инфекции (кроме первичной диагностики);</p> <p>13. Лечение особо опасных инфекций;</p> <p>14. Лечение туберкулеза, муковисцидоза; чесотки, педикулеза, псориаза, глубоких микозов, генерализованных форм хламидиоза, герпеса, цитомегаловирусной инфекции, хронического активного гепатита В, С и D (кроме первичной диагностики);</p> <p>15. Лечение венерических заболеваний, генерализованных и повторных негенерализованных форм заболеваний, передающихся половым путем;</p> <p>16. Лечение психических заболеваний, а также травм и соматических заболеваний, вызванных психическими расстройствами, рассеянного склероза;</p> <p>17. Лечение профессиональных заболеваний и их осложнений,</p>
--	--

	<p>вызванных воздействием химических, физических, биологических производственных факторов; лазерного излучения; лучевой болезни;</p> <p>18.Лечение заболеваний, сопровождающихся хронической печеночной или почечной недостаточностью, требующих проведения планового гемодиализа;</p> <p>19.Зубопротезирование; подготовка к зубопротезированию – депульпирование интактных зубов; лечение хронического пародонтита; профилактическое снятие зубных отложений с зубов, не подлежащих лечению; фторэлектрофорез; лечение у ортодонта (кроме лечения последствия травм); замена старых пломб без медицинских показаний; санация полости рта (в том числе покрытие зубов фторлаком (кроме зубов, подлежащих лечению) и профилактическая чистка зубов); косметология в стоматологии;</p> <p>20.Подбор методов контрацепции (в том числе введение и удаление внутриматочной спирали); стерилизация; искусственное оплодотворение; аборт (за исключением вынужденного прерывания беременности вследствие несчастного случая или медицинских показаний);</p> <p>21.Медицинские услуги при беременности и ее осложнениях, за исключением заболеваний, не связанных с течением беременности и родов;</p> <p>22.Лечение наследственных заболеваний (в т.ч. врожденных пороков развития), деформаций и хромосомных нарушений,</p> <p>23.Лечение системных заболеваний соединительной ткани;</p> <p>24.Лечение демиелинизирующих заболеваний нервной системы;</p> <p>25.Выписка льготных рецептов, медицинское освидетельствование с целью выдачи справок для посещения спортивно-оздоровительных мероприятий; для поступления в учебные заведения; для оформления выезда за рубеж; оформление документов на МСЭК и т.п.;</p> <p>26.Лекарственное обеспечение;</p> <p>27.Экстренная медицинская помощь;</p> <p>28.Иные исключения, предусмотренные правилами либо договором страхования.</p>
--	---

Программа	Дородовое наблюдение за беременными и родовспоможение
Страховой случай	<p>Страховым случаем является обращение Застрахованного лица в медицинскую организацию, оказывающую амбулаторно-поликлиническую и стационарную акушерскую помощь, скорую медицинскую помощь за получением медицинских и иных услуг, в пределах перечня, предусмотренного настоящей программой страхования, при расстройствах здоровья застрахованного лица, относящихся к следующему XV классу МКБ или состояниях физического лица, непосредственно связанных с течением беременности, родов и послеродового периода, требующих организации и оказания услуг, предусмотренных настоящей программой страхования, повлекшее за собой возникновение обязательств Страховщика произвести оплату оказанных медицинских и иных услуг, предусмотренных настоящей программой страхования, и организации их оказания в пределах страховой суммы.</p> <p>Договор страхования может быть заключен на следующих</p>

	<p>условиях (и/или):</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ведение беременности до родов;</li> <li>2. Родовспоможение и послеродовое наблюдение;</li> </ol>
Застрахованные лица	лица женского пола от 18 до 45 лет
Услуги	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Регулярное наблюдение акушером-гинекологом с момента установления беременности до родов;</li> <li>2. Осмотр и консультации специалистов - терапевта, стоматолога, отоларинголога, офтальмолога и других – по медицинским показаниям;</li> <li>3. Ультразвуковое исследование в каждом триместре беременности;</li> <li>4. Лабораторно-диагностические исследования, включающие ЭКГ, клинические анализы крови, мочи, исследования на носительство Hbs-антигена, RW, ВИЧ, вагинальную флору, инфекции половых путей, и др;</li> <li>5. Стационарное, в т.ч. в условиях дневного стационара, физиотерапевтическое и иное лечение;</li> <li>6. По скорой медицинской помощи: выезд бригады скорой медицинской помощи; первичный осмотр больного, диагностические мероприятия, неотложные лечебные мероприятия, купирование неотложных состояний, введение лекарственных препаратов, перевязка, иммобилизация и т.п.; неотложная транспортировка в стационар.</li> <li>7. При заключении договора страхования на условиях «Родовспоможение и послеродовое наблюдение»: родовспоможение и послеродовое наблюдение за родильницей в течении послеродового периода, но не более 28 дней.</li> <li>8. Иные услуги: медико-социальные, медико-транспортные, транспортные, сервисные услуги и др.</li> </ol>
Ограничения	<p>Страховщик имеет право ограничить объем услуг, предоставляемых в рамках настоящей программы страхования, по количеству и стоимости, в том числе в соответствии с договором оказания медицинских услуг, заключенным с медицинской организацией.</p>
Исключения	<p>В рамках настоящей программы страхования Страховщик не рассматривает в качестве страхового случая и не компенсирует затраты на следующие медицинские услуги:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Любые назначения без медицинских показаний, либо предписанные медицинскими работниками организаций, не включенных в договор страхования;</li> <li>2. Осмотры и консультации психолога, психиатра, нарколога, врачей центров народной и традиционной медицины, экстрасенса, сексопатолога, гомеопата, косметолога;</li> <li>3. Медицинский уход на дому, выполнение медицинских услуг на дому при отсутствии медицинских показаний;</li> <li>4. Необоснованный вызов скорой медицинской помощи.</li> </ol> <p>✓ Вызов скорой медицинской помощи считается необоснованным, если:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ вызов осуществлен для медицинского обслуживания незастрахованного лица;</li> <li>✓ при вызове, осуществленном Застрахованным или лицом, действующим в его интересах, преднамеренно представлена искаженная информация, касающаяся необходимости медицинского</li> </ul>

	<p>обслуживания и/или места пребывания Застрахованного лица;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ вызов осуществлен не в медицинских целях;</li> <li>✓ вызов осуществлен к Застрахованному лицу, находящемуся в состоянии алкогольного, наркотического, токсического опьянения или абстинентного синдрома;</li> <li>✓ при вызове Застрахованное лицо отсутствует по указанному адресу или отказывается от осмотра;</li> </ul> <p>Вызов скорой медицинской помощи считается необоснованным, если у застрахованного лица, в отношении которого произведен вызов, отсутствуют состояния, требующие неотложного медицинского вмешательства и/или неотложной госпитализации.</p> <p>В случае необоснованного вызова скорой медицинской помощи стоимость вызова оплачивается медицинской организации из внесенного страхового взноса, при этом страховая сумма уменьшается в соответствии с фактическими остатками поступившей страховой премии</p> <p>5. Все виды медицинской помощи (в том числе лабораторная и инструментальная диагностика) в объеме, превышающем указанный в договоре на оказание медицинских услуг;</p> <p>6. Лечение, являющееся по характеру экспериментальным или исследовательским (в т.ч. гипноз);</p> <p>7. Компьютерная скрининг-диагностика общей патологии, методы традиционной диагностики: иридодиагностика, аурикулодиагностика, пульсодиагностика, диагностика по методу Фолля, дерматоглифика, мониторинговое исследование сна, электроакупунктура, термпунктура и т.д.;</p> <p>8. Лечение методами традиционной медицины: ароматерапия, энергоинформатика, цуботерапия, гомеопатия, дзю-терапия, механотерапия, мониторинговая очистка кишечника и т.д.;</p> <p>9. Устранение косметических дефектов: удаление папиллом, бородавок, моллюсков и пр.;</p> <p>10. Коррекция веса, речи; коррекция зрения или его исследование с целью назначения линз или очков, или их подбора; коррекция слуха с помощью слуховых аппаратов, их имплантации;</p> <p>11. Лечение приобретенного иммунодефицита, подтвержденных иммунодефицитных состояний, ВИЧ-инфекции (кроме первичной диагностики);</p> <p>12. Лечение герпеса, цитомегаловирусной инфекции, хронического гепатита В, С и D (кроме первичной диагностики);</p> <p>13. Лечение венерических заболеваний, генерализованных и повторных негенерализованных форм заболеваний, передающихся половым путем;</p> <p>14. Лечение психических заболеваний, а также травм и соматических заболеваний, вызванных психическими расстройствами, рассеянного склероза;</p> <p>15. Лечение профессиональных заболеваний и их осложнений, вызванных воздействием химических, физических, биологических производственных факторов; лазерного излучения; лучевой болезни;</p> <p>16. Лечение заболеваний полости рта и зубов;</p> <p>17. Лечение заболеваний, сопровождающихся хронической печеночной или почечной недостаточностью, требующих проведения планового гемодиализа;</p> <p>18. Лечение наследственных заболеваний (в т.ч. врожденных пороков</p>
--	--

	<p>развития), деформаций и хромосомных нарушений,</p> <p>19.Выписка льготных рецептов, медицинское освидетельствование с целью выдачи справок на автовождение, на право ношения оружия, для посещения спортивно-оздоровительных мероприятий; для поступления в учебные заведения; для оформления выезда за рубеж; оформление документов на МСЭК и т.п.;</p> <p>20.Лекарственное обеспечение;</p> <p>21.Экстренная медицинская помощь;</p> <p>22.Иные исключения, предусмотренные правилами либо договором страхования.</p>
--	--

Программа	Травматология
Страховой случай	<p>Страховым случаем является обращение Застрахованного лица в медицинские организации, оказывающие помощь при травмах за получением медицинских и иных услуг по диагностике, лечению, реабилитации и оздоровлению, в пределах перечня, предусмотренного настоящей программой страхования, при расстройствах здоровья застрахованного лица, относящихся к:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Травмы головы</li> <li>✓ Травмы шеи</li> <li>✓ Травмы грудной клетки</li> <li>✓ Травмы живота, нижней части спины, поясничного отдела позвоночника и таза</li> <li>✓ Травмы плечевого пояса и плеча</li> <li>✓ Травмы локтя и предплечья</li> <li>✓ Травмы запястья и кисти</li> <li>✓ Травмы области тазобедренного сустава и бедра</li> <li>✓ Травмы колена и голени</li> <li>✓ Травмы области голеностопного сустава и стопы</li> <li>✓ Травмы, захватывающие несколько областей тела</li> <li>✓ Травмы неуточненной части туловища, конечности или области тела</li> <li>✓ Последствия проникновения инородного тела через естественные отверстия</li> <li>✓ Термические и химические ожоги</li> <li>✓ Отморожение</li> </ul> <p>повлекшее за собой возникновение обязательств Страховщика произвести оплату оказанных медицинских и иных услуг, предусмотренных настоящей программой страхования, и организации их оказания в пределах страховой суммы.</p>
Застрахованные лица	лица обоих полов от 18 до 70 лет
Услуги	<p>Вызов бригады скорой медицинской помощи и связанные с этим мероприятия: первичный осмотр больного, диагностика, неотложные лечебные мероприятия, неотложная транспортировка в стационар.</p> <p>Неотложная госпитализация (при наличии показаний) для стационарного обследования и лечения в профильных больницах, клиниках (отделениях);</p> <p>травматологии, хирургии, гнойной хирургии, стоматологии; челюстно-лицевой хирургии, нейрохирургии;</p> <p>Приемы, консультации и другие профессиональные услуги врачей, следующих специальностей (только по поводу основного</p>

	<p>заболевания):          травматолог, хирург, рентгенолог, гинеколог, офтальмолог, нейрохирург, стоматолог (хирург);          Лабораторная диагностика по медицинским показаниям:          ✓ общеклинические исследования          ✓ биохимические исследования          ✓ бактериологические исследования          ✓ иммунно-серологические исследования          ✓ цитологические исследования          ✓ иные лабораторные методы исследования          Инструментальная диагностика по медицинским показаниям:          ✓ ультразвуковая диагностика;          ✓ функциональная диагностика;          ✓ лучевая диагностика;          ✓ эндоскопические методы исследования;          ✓ рентгеновская компьютерная томография, ядерно-магнитно-резонансные исследования;          ✓ иные инструментальные методы исследования          Хирургические операции и иные врачебные манипуляции;          Дополнительные медицинские консультации врачей-специалистов, докторов и кандидатов медицинских наук, следующих специальностей:          Хирург, травматолог, невропатолог, физиотерапевт, а также врач любой другой специальности по назначению лечащего врача;          Медицинская реабилитация больных с помощью физиотерапевтических методов лечения по медицинским показаниям:          ✓ разных видов массажа;          ✓ лечебной физкультуры (гигиенической, лечебной гимнастики, оздоровительного бега, физических упражнений в воде и т.п.);          ✓ водных процедур (кислородных, хвойных, йодобромных, сероводородных ванн, циркулярного душа, подводного душ-массажа и т.п.);          ✓ рефлексотерапии;          ✓ аппаратной физиотерапии (лазеротерапии, магнитотерапии, гальванизации, электрофореза, электросна, амплипульса и т.п.);          ✓ пелоидотерапии (грязелечения, лечения глиной, парафином, озокеритом);          ✓ фитотерапии;          ✓ диетотерапии;          ✓ ингаляций;          ✓ термотерапии (сауна);          ✓ барокамеры          ✓ иных физиотерапевтических методов и процедур.          Выдача листков нетрудоспособности, медицинских справок, выписывание рецептов на приобретение лекарственных препаратов (только по поводу основного заболевания).          Иные услуги: медико-социальные, медико-транспортные, транспортные, сервисные услуги и др.</p>
Ограничения	<p>Страховщик имеет право ограничить объем услуг, предоставляемых в рамках настоящей программы страхования, по количеству и стоимости, в том числе в соответствии с договором оказания медицинских услуг, заключенным с медицинской</p>

	организацией.
Исключения	<p>В рамках настоящей программы страхования Страховщик не рассматривает в качестве страхового случая и не компенсирует затраты на следующие медицинские услуги:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Любые назначения без медицинских показаний, либо предписанные медицинскими работниками организаций, не включенных в договор страхования;</li> <li>2. Осмотры и консультации психоаналитика, психиатра, нарколога, врачей центров народной и традиционной медицины, экстрасенса, сексопатолога, гомеопата, косметолога;</li> <li>3. Все виды медицинской помощи (в том числе лабораторная и инструментальная диагностика) в объеме, превышающем указанный в договоре на оказание медицинских услуг;</li> <li>4. Компьютерная скрининг-диагностика общей патологии, методы традиционной диагностики: иридодиагностика, аурикулодиагностика, пульсодиагностика, диагностика по методу Фолля, дерматоглифика, мониторинговое исследование сна, электроакупунктура, термопунктура и т.д.;</li> <li>5. Лечение методами традиционной медицины: ароматерапия, энергоинформатика, цуботерапия, гомеопатия, гипноз, дзю-терапия, механотерапия, мониторинговая очистка кишечника и т.д.;</li> <li>6. Устранение косметических дефектов: удаление папиллом, бородавок, моллюсков и пр.;</li> <li>7. Коррекция веса, речи; коррекция зрения или его исследование с целью назначения линз или очков, или их подбора, кроме факторов нарушения зрения в результате несчастного случая или в других случаях, определенных прямыми медицинскими показаниями; коррекция слуха с помощью слуховых аппаратов, их имплантации;</li> <li>8. Лечение онкологических заболеваний, в том числе злокачественных заболеваний крови и лимфы, а также обусловленных ими осложнений (кроме первичной диагностики);</li> <li>9. Лечение психических заболеваний, а также травм и соматических заболеваний, вызванных психическими расстройствами;</li> <li>10. Лечение профессиональных заболеваний и их осложнений, вызванных воздействием химических, физических, биологических производственных факторов; лазерного излучения; лучевой болезни;</li> <li>11. Лечение заболеваний полости рта и зубов;</li> <li>12. Лечение наследственных заболеваний (в т.ч. врожденных пороков развития), деформаций и хромосомных нарушений,</li> <li>13. Выписка льготных рецептов, медицинское освидетельствование с целью выдачи справок на автовождение, на право ношения оружия, для посещения спортивно-оздоровительных мероприятий; для поступления в учебные заведения; для оформления выезда за рубеж; оформление документов на МСЭК и т.п.;</li> <li>14. Лекарственное обеспечение;</li> <li>15. Экстренная медицинская помощь;</li> <li>16. Иные исключения, предусмотренные правилами либо договором страхования.</li> </ol>

Программа	Лекарственное обеспечение
Страховой случай	<p>Страховым случаем является обращение Застрахованного лица в аптечную организацию, предусмотренную договором страхования, за получением лекарственных средств по рецепту врача, выданному медицинской организацией, указанной в договоре страхования, с целью лечения заболевания(й), относящегося(ихся) к одному или нескольким согласно МКБ, за исключением V, XV, XVI, XVII, XX классов, а так же в целях проведения профилактических мероприятий, снижающих степень опасных для жизни или здоровья застрахованного лица угроз и (или) устраняющих их, повлекшее за собой возникновение обязательств Страховщика произвести оплату оказанной лекарственной помощи, предусмотренной настоящей программой страхования, и организации её оказания в пределах страховой суммы.</p>
Застрахованные лица	лица обоих полов от 18 до 70 лет
Услуги	<p>1. Получение лекарственных средств (веществ, применяемые для профилактики, диагностики и лечения согласно Государственному реестру лекарственных средств (медикаментов)) на основании выписанных лечащим врачом рецептов, по следующим клинико-фармацевтическим группам:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>•сердечно-сосудистые средства;</li> <li>•диуретики и препараты с диуретическим эффектом;</li> <li>•средства, применяемые в неврологии;</li> <li>•анальгетики (кроме наркотических);</li> <li>•противовоспалительные средства; антибиотики;</li> <li>•противомикробные средства;</li> <li>•противовирусные средства;</li> <li>•противопротозойные средства;</li> <li>•противопаразитарные средства;</li> <li>•противогрибковые средства;</li> <li>•средства, применяемые в гастроэнтерологии и гепатологии;</li> <li>•противоаллергические средства;</li> <li>•бронхолегочные средства;</li> <li>•анаболические стероиды.</li> <li>•гормоны гипофиза и их аналоги;</li> <li>•кортикотропины;</li> <li>•средства, влияющие на различные виды обмена;</li> <li>•средства для лечения заболеваний щитовидной железы;</li> <li>•средства, влияющие на гемопоэз, гемостаз, гомеостаз;</li> <li>•витамины и их аналоги, поливитамины,</li> <li>•микроэлементы для системного применения;</li> <li>•средства, влияющие на иммунитет;</li> <li>•препараты иммуноглобулинов;</li> <li>•средства, влияющие на тонус и сократительную активность миометрия;</li> <li>•средства, применяемые в гинекологии;</li> <li>•средства, применяемые в отоларингологии;</li> <li>•средства, применяемые в офтальмологии;</li> <li>•средства, применяемые в проктологии;</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• средства, применяемые в урологии;</li> <li>• средства для наружного применения;</li> <li>• средства, применяемые в дерматологии;</li> <li>• средства с дезинфицирующим и антисептическим действием;</li> </ul> <p>2. Компенсация расходов застрахованных лиц на приобретение лекарственных средств в соответствии с п.п. 1., производится в случае, если страховые выплаты в виде компенсации расходов предусмотрены договором страхования.</p>
Ограничения	<p>Страховщик имеет право ограничить объем услуг, предоставляемых в рамках настоящей программы страхования, по количеству и стоимости, в том числе в соответствии с договором оказания медицинских услуг, заключенным с медицинской организацией.</p>
Исключения	<p>В рамках настоящей программы страхования Страховщик не рассматривает в качестве страхового случая и не компенсирует затраты на лекарственную помощь:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Любые назначения произведены без медицинских показаний, либо предписаны медицинскими работниками организаций, не включенных в договор страхования;</li> <li>2. Рецепт на лекарственные средства не соответствует установленному образцу или оформлен с нарушением действующих правил выписки рецептов;</li> <li>3. Лекарственные средства получены по рецепту (письменным рекомендациям лечащего врача) с истекшим сроком действия;</li> <li>4. Приобретение лекарственных средств, назначенных при лечении, являющемся по характеру экспериментальным или исследовательским;</li> <li>5. Приобретение лекарственных средств для устранения косметических дефектов (папиллом, бородавок, моллюсков и пр.);</li> <li>6. Приобретение лекарственных средств для коррекции веса, речи; зрения (линз или очков), кроме факторов нарушения зрения в результате несчастного случая или в других случаях, определенных прямыми медицинскими показаниями; слуховых аппаратов;</li> <li>7. Приобретение лекарственных средств для лечения онкологических заболеваний, в том числе злокачественных заболеваний крови и лимфы, а также обусловленных ими осложнений (кроме первичной диагностики);</li> <li>8. Приобретение лекарственных средств для лечения приобретенного иммунодефицита, подтвержденных иммунодефицита состояний, ВИЧ-инфекции (кроме первичной диагностики);</li> <li>9. Приобретение лекарственных средств для лечения особо опасных инфекций;</li> <li>10. Приобретение лекарственных средств для лечения туберкулеза, муковисцидоза; чесотки, педикулеза, псориаза, глубоких микозов, генерализованных форм хламидиоза, герпеса, цитомегаловирусной инфекции, хронического активного гепатита В, С и D (кроме первичной диагностики);</li> <li>11. Приобретение лекарственных средств для лечения венерических заболеваний, генерализованных и повторных нецентрализованных форм заболеваний, передающихся половым путем;</li> <li>12. Приобретение лекарственных средств для лечения психических заболеваний, а также травм и соматических заболеваний, вызванных</li> </ol>

	<p>психическими расстройствами; рассеянного склероза.</p> <p>13. Приобретение лекарственных средств для лечения профессиональных заболеваний и их осложнений, вызванных воздействием химических, физических, биологических производственных факторов; лазерного излучения; лучевой болезни;</p> <p>14. Приобретение лекарственных средств для лечения сахарного диабета 1 и 2 типа (кроме первичной диагностики) и его осложнений;</p> <p>15. Приобретение лекарственных средств для лечения заболеваний, сопровождающихся хронической печеночной или почечной недостаточностью, требующей проведения гемодиализа;</p> <p>16. Приобретение лекарственных средств для контрацепции (в том числе внутриматочной спирали); стерилизации; искусственного оплодотворения; аборта (за исключением вынужденного прерывания беременности вследствие несчастного случая или медицинских показаний); лечения бесплодия; импотенции;</p> <p>17. Приобретение лекарственных средств для лечения методами традиционной медицины: ароматерапия, энергоинформатика, цуботерапия, гомеопатия, дзю-терапия, механотерапия, мониторинговая очистка кишечника и т.д.;</p> <p>18. Приобретение лекарственных средств для ведения беременности и ее осложнений, за исключением заболеваний, не связанных с течением беременности и родов;</p> <p>19. Приобретение лекарственных средств для лечения наследственных заболеваний (в т.ч. врожденных пороков развития), деформаций и хромосомных нарушений,</p> <p>20. Приобретение лекарственных средств для лечения системных заболеваний соединительной ткани;</p> <p>21. Приобретение лекарственных средств для лечения демиелинизирующих заболеваний нервной системы;</p> <p>22. Приобретение лекарственных средств для оказания экстренной медицинской помощи;</p> <p>23. Другие исключения, предусмотренные правилами либо договором страхования.</p>
--	--

**ПРИЛОЖЕНИЕ 2**  
**к правилам добровольного медицинского страхования**

Страховые тарифы, поправочные коэффициенты и коэффициенты риска

В данном Приложении приведены тарифные ставки и коэффициенты риска.

Таблица П 2.1 – базовые тарифы (на срок страхования – 1 год)

Полное наименование программы страхования	тариф (%)
Амбулаторно-поликлиническая помощь	
включая выезд на дом	10.0
исключая выезд на дом	7.0
Стационарная помощь	5.0
Скорая помощь	6.0
Базовая	
включая оказание медицинской помощи в условиях стационара	10.0
исключая оказание медицинской помощи в условиях стационара	6.0
Комплексная	90.2
Полная	
включая выезд на дом	16.0
исключая выезд на дом	14.0
Стоматология	9.0
Педиатрия	
Новорожденные и дети первого года жизни	45.7
Дети от 1 до 14 лет (включительно)	50.7
Подростки от 15 до 17 лет (включительно)	54.1
Дородовое наблюдение за беременными и родовспоможение	
Ведение беременности до родов	35.7
Родовспоможение и послеродовое наблюдение	50.0
Травматология	9.4
Лекарственное обеспечение	35.1
Мигрант	3.3

Таблица П 2.2 – коэффициент, связанный со сроком страхования

Срок страхования (в месяцах)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Коэффициент	0.25	0.35	0.40	0.50	0.60	0.70	0.75	0.80	0.85	0.90	0.95

Таблица П 2.3 – поправочные коэффициенты и коэффициенты риска

Наименование коэффициента	Диапазон значений
Поправочный коэффициент, связанный с порядком уплаты страховой премии	1-1.2
Коэффициент риска, применяемый при исключении из программы покрытия классов заболеваний	0.74-1
Коэффициент риска, применяемый при расширении/сокращении перечня услуг	0.6-2
Коэффициента риска, зависящий от возраста Застрахованного лица	1-3.5
Коэффициент риска, зависящий от профессии и рода деятельности Застрахованного лица	0.7-3
Коэффициента риска, учитывающий результаты предварительного медицинского осмотра и (или) данных медицинской анкеты	0.7-3
Коэффициент риска, применяемый при страховании группы лиц	0.8-1
Поправочный коэффициент, применяемый в случае снижения комиссионного вознаграждения	0.9-1
Коэффициент риска, связанный со страхованием в валютном эквиваленте	1.02-1.26
Коэффициент риска, применяемый при установлении лимитов	0.67-1
Коэффициент риска, применяемый при наличии важных факторов, влияющих на наступление страхового события	0.7-2
Коэффициент риска, зависящий от наличия предусмотренной договором франшизы	Усл. 0.85-0.98 Безусл. 0.8-0.95
Поправочный коэффициент, применяемый в зависимости от характеристик компаний, сервис и услуги которых предусмотрены договором	0.6-3
Коэффициент риска, применяемый в зависимости от региона страхования	0.8-3
Коэффициент риска, применяемый при включении в программу «Мигрант» дополнительных услуг	1.2-3