

**ОБЩЕСТВО С ОГРАНИЧЕННОЙ ОТВЕТСТВЕННОСТЬЮ
«СТРАХОВАЯ КОМПАНИЯ ЕКАТЕРИНБУРГ»**

УТВЕРЖДЕНЫ
Генеральным директором
ООО «СК Екатеринбург»

01 апреля 2018 г.
Приказ № 19 от 30 марта 2018 г.

Предыдущие редакции:
от 01 января 2017 г. Приказ № 97 от 26.12.2016 г.
от 28 октября 2009 г. Приказ № 29 от 27.10.2009 г.

**ПРАВИЛА № 15
ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ**

СОДЕРЖАНИЕ

1. Общие положения
2. Субъекты страхования
3. Объект страхования
4. Страховой случай
5. Страховая сумма
6. Франшиза
7. Страховая премия (страховые взносы). Страховой тариф.
Порядок применения повышающих и понижающих коэффициентов
8. Срок страхования. Порядок заключения и исполнения договора страхования
9. Порядок прекращения договора страхования
10. Изменение страхового риска
11. Права и обязанности сторон
12. Порядок и условия осуществления страховой выплаты
13. Отказ в страховой выплате
14. Порядок разрешения споров

1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

- 1.1. В соответствии с действующим с гражданским законодательством РФ, Законом РФ «Об организации страхового дела в Российской Федерации», нормативными документами органа страхового надзора и настоящими Правилами добровольного медицинского страхования (далее – Правила, Правила страхования) Общество с ограниченной ответственностью «Страховая компания Екатеринбург» (далее – Страховщик) заключает договоры добровольного медицинского страхования, по условиям которых Застрахованным лицам гарантируется организация и финансирование медицинских и иных услуг определенного перечня в объеме Программ добровольного медицинского страхования, разрабатываемых Страховщиком и являющихся неотъемлемой частью настоящих Правил (Приложение № 1 к Правилам).
- 1.2. Основные термины, используемые в настоящих Правилах.
- Медицинские учреждения – имеющие лицензию лечебно-профилактические учреждения, научно-исследовательские и медицинские институты, другие, в том числе реабилитационные и санаторно-профилактические учреждения, а также физические лица, осуществляющие медицинскую деятельность на основании лицензии, на территории Российской Федерации и за ее пределами, оказывающие в соответствии с договором со Страховщиком лечебно-профилактическую помощь (медицинские услуги) по добровольному медицинскому страхованию.
- Сервисные компании – сервисные или ассистанские компании и учреждения, имеющие договоры со Страховщиком по организации медицинских, экспертных, медико-транспортных и иных (в том числе медико-социальных) услуг, и оказывающие помощь по репатриации.
- Аптечные учреждения – организации, осуществляющие розничную торговлю лекарственными средствами, изготовление и отпуск лекарственных средств в соответствии с требованиями законодательства РФ, имеющие лицензию на осуществление фармацевтической деятельности, оказывающие услуги Застрахованным по лекарственному обеспечению и обеспечению изделиями медицинского назначения.
- Медицинские услуги – мероприятия или комплекс мероприятий, направленных на профилактику заболеваний, их диагностику и лечение, имеющих самостоятельное законченное значение и определенную стоимость.
- Медицинская помощь – комплекс мероприятий, включающих медицинские и иные услуги, организационно-технические мероприятия, лекарственное обеспечение, обеспечение изделиями медицинского назначения, санаторно-курортное лечение, направленных на удовлетворение потребностей Застрахованных в поддержании и восстановлении здоровья.
- Лекарственное обеспечение – оплата Страховщиком стоимости медикаментозного лечения, т.е. оплату лекарственных средств (и при необходимости их доставку), включенных в Программу и выписанных лечащим врачом амбулаторно-поликлинического медицинского учреждения либо назначенных лечащим врачом стационарного медицинского учреждения.
- Обеспечение изделиями медицинского назначения – оплата Страховщиком стоимости протезно-ортопедических изделий, очков, слуховых аппаратов, контактных линз, имплантатов и др. (и при необходимости их доставку), включенных в Программу и выписанных (назначенных) лечащим врачом амбулаторно-поликлинического медицинского учреждения либо выписанных (назначенных) лечащим врачом стационарного медицинского учреждения.
- Иные услуги – услуги, связанные с оказанием или организацией оказания

медицинской помощи и включенные в Программу, в том числе: сервисные услуги (дополнительное питание и др.); питание и проживание (нахождение) при стационарном, санаторно-курортном лечении, если оно не входит в стоимость медицинской услуги (стоимости койко-дня); оформление медицинским и иным учреждением различной медицинской документации; услуги по организации медицинской помощи в других медицинских и иных учреждениях; информационные услуги, связанные с оказанием или организацией оказания медицинской помощи; медико-транспортные услуги, в том числе услуги эвакуации и репатриации, услуги по сопровождению Застрахованного.

Медико-транспортные услуги включают в себя транспортировку Застрахованного в ближайшее медицинское учреждение, в котором может быть предоставлено необходимое лечение, если оно недоступно в месте его нахождения. Медико-транспортные услуги также предусматривают возможность возвращения Застрахованного в место постоянного жительства, если лечение недоступно в месте его пребывания и транспортировку тела Застрахованного (согласно требованиям и ограничениям авиакомпании) в место его постоянного жительства или иное место, определенное договором страхования, в случае смерти во время пребывания за пределами места жительства Застрахованного.

Место жительства – место, где Застрахованный постоянно или преимущественно проживает.

Репатриация – возвращение к месту жительства Застрахованного при наступлении страхового случая (в т.ч. после смерти Застрахованного).

Программа добровольного медицинского страхования (программа страхования) – определяет виды, объёмы и перечень медицинских и иных услуг, связанных с оказанием медицинской помощи, в том числе дополнительного лекарственного обеспечения, оказываемых Застрахованным по договору страхования, заключённому между Страхователем и Страховщиком, и которая является неотъемлемой частью договора страхования.

Договор добровольного медицинского страхования – письменное соглашение между Страховщиком и Страхователем о том, что Страховщик обязуется в период действия Договора страхования при наступлении страхового случая организовать и оплатить предоставление Застрахованному в пределах установленной страховой суммы медицинских, медико-транспортных услуг, услуг по репатриации, а также иных услуг, предусмотренных Договором страхования, а Страхователь обязуется уплатить страховую премию (страховые взносы) в установленные Договором страхования сроки и в соответствующем размере. Договоры страхования могут быть индивидуальными или коллективными.

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

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

Страховой тариф – ставка страховой премии с единицы страховой суммы с учетом объекта страхования и характера страхового риска.

Страховой случай – совершившееся событие, предусмотренное договором страхования, с наступлением которого возникает обязанность Страховщика произвести страховую выплату.

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

Выжидательный период – промежуток времени, по истечении которого

свершившееся событие, предусмотренное договором страхования, может быть рассмотрено в качестве страхового случая.

- 1.3. Не допускается страхование:
 - противоправных интересов, а также интересов, которые не являются противоправными, но страхование, которых запрещено законом;
 - расходов, к которым лицо может быть принуждено в целях освобождения заложников;
 - убытков от участия в играх, лотереях и пари.
- 1.4. Страховщик не вправе разглашать полученные им в результате своей профессиональной деятельности сведения о Страхователе, Застрахованном, состоянии их здоровья и имущественном положении.
За нарушение тайны страхования Страховщик в зависимости от рода нарушенных прав и характера нарушения несет ответственность в порядке, предусмотренном гражданским законодательством Российской Федерации.
- 1.5. Страховая защита, предоставляемая в соответствии с настоящими Правилами, действует в пределах Российской Федерации (территория страхования), если условиями конкретного договора страхования не предусмотрено иное.
- 1.6. Если страховое событие произошло за пределами территории Российской Федерации, то Страховщику должны быть предоставлены медицинские и иные документы, позволяющие идентифицировать факт страхового случая. Документы на иностранном языке должны подтверждаться предоставлением нотариально заверенного перевода. Расходы по сбору указанных документов и их переводу оплачивает Страхователь (Застрахованный).

2. СУБЪЕКТЫ СТРАХОВАНИЯ

- 2.1. Страхователями по договору страхования могут выступать российские и иностранные юридические лица всех форм собственности, заключившие договор страхования в пользу третьих лиц, дееспособные граждане РФ (в т.ч. индивидуальные предприниматели), иностранные граждане или лица без гражданства, заключившие договор страхования в свою пользу или в пользу третьих лиц (далее по тексту – Застрахованные лица).
- 2.2. Страховщик – Общество с ограниченной ответственностью «Страховая компания Екатеринбург» страховая организация, созданная в соответствии с законодательством Российской Федерации для осуществления деятельности по страхованию и получившая лицензию на осуществление соответствующих видов страховой деятельности в установленном законодательстве порядке.
- 2.3. Договоры страхования заключаются в пользу граждан от 1 года до 70 лет (если иное не предусмотрено договором). Договоры страхования могут заключаться как без предварительного медицинского освидетельствования, так и с предварительным медицинским освидетельствованием Застрахованных в целях определения их принадлежности к группам риска для применения поправочных коэффициентов при расчете размеров страховой премии (страхового взноса).
- 2.4. Если иное не предусмотрено договором, не подлежат страхованию лица, которые на момент заключения договора страхования:

- а) состоят на учете в наркологических, психоневрологических, туберкулезных, кожно-венерологических диспансерах;
- б) ВИЧ-инфицированы;
- в) имеют злокачественные новообразования, в том числе заболевания крови;
- г) госпитализированы;
- д) больные системными заболеваниями;
- е) инвалиды I и II группы.

3. ОБЪЕКТЫ СТРАХОВАНИЯ

- 3.1. Объектом добровольного медицинского страхования является имущественный интерес Застрахованного лица, связанный с оплатой организации и оказания медицинской и лекарственной помощи (медицинских услуг) и иных услуг вследствие расстройства здоровья или состояния, требующего организации и оказания таких услуг, а также проведения профилактических мероприятий, снижающих степень опасных для жизни или здоровья угроз, осложнений и (или) устраняющих их в объеме и на условиях, указанных в Программе добровольного медицинского страхования.
- 3.2. Объектом страхования также являются имущественные интересы, связанные с риском возникновения непредвиденных расходов в связи с оплатой организации медико-транспортных услуг, в т.ч. включающих в себя организацию репатриации Застрахованного к месту жительства.

4. СТРАХОВОЙ СЛУЧАЙ

- 4.1. Страховым риском является предполагаемое событие, на случай наступления которого проводится страхование. Событие, рассматриваемое в качестве страхового риска, должно обладать признаками вероятности и случайности его наступления. Страховым случаем является совершившееся событие, предусмотренное договором страхования, с наступлением которого возникает обязанность Страховщика осуществить страховую выплату.
- 4.2. В соответствии с настоящими Правилами страховым случаем является обращение Застрахованного (в течение периода действия договора страхования) в медицинское учреждение при остром заболевании, обострении хронического заболевания, инфекции, травме, отравлении, при родах и других состояниях за получением консультативной, диагностической, лечебной, профилактической, восстановительной, медикаментозной, лекарственной помощью и иными услугами, предусмотренными договором страхования, программами страхования и оказание данными медицинскими учреждениями медицинских и иных услуг.
- 4.3. Иными услугами согласно п. 3.1. и 4.2. Правил являются услуги включенные в программы добровольного медицинского страхования – «Наступление негативных последствий для здоровья Застрахованного в результате обращения в медицинское учреждение» и «Непредвиденные расходы, связанные с оплатой организации медико-транспортных услуг».
- 4.3.1. Услуга «Наступление негативных последствий для здоровья Застрахованного в результате обращения в медицинское учреждение» и в связи с этим предоставление и оплата медицинских услуг, включает в себя лечение осложнений, возникших в результате медицинских манипуляций:
 - осложнений, возникших после катетеризации центральных вен, связанных с хирургическим вмешательством;

- послеоперационных осложнений, связанных с нарушением свертывающей системы крови;
- проведение повторных операций, связанных с ранними послеоперационными осложнениями;
- сепсиса;
- инфицирования гепатитом В, С;
- анафилактического шока;
- электротравмы;
- травм конечностей, переломов ребер;
- осложнений, возникших вследствие нарушения правил проведения медицинских манипуляций;
- иных осложнений в результате медицинских действий (манипуляций).

4.3.1.1. При наступлении событий предусмотренных п. 4.3.1. настоящих Правил оказываются медицинские услуги, которые включают в себя:

- оказание консультативной помощи у специалистов с предоставлением медицинских услуг, необходимых для лечения осложнений;
- дополнительные диагностические исследования в амбулаторных и стационарных условиях для лечения осложнений.

4.3.2. Услуга «Непредвиденные расходы, связанные с оплатой организации медико-транспортных услуг» включает транспортировку Застрахованного в ближайшее медицинское учреждение, в котором может быть предоставлено необходимое лечение, если оно недоступно в месте его нахождения. Медико-транспортные услуги также предусматривают возможность возвращения Застрахованного в место постоянного жительства, если лечение недоступно в месте его пребывания и транспортировку тела Застрахованного (согласно требованиям и ограничениям авиакомпании) в место его постоянного жительства или иное место, определенное договором страхования, в случае смерти во время пребывания за пределами места жительства Застрахованного.

4.4. События, предусмотренные п. 4.3.1. настоящих Правил признаются Страховщиком страховыми случаями на основании вступившего в силу решения суда.

4.5. В договоре страхования может быть установлен выжидательный период – промежуток времени, в течение которого обращение Застрахованного за медицинской помощью не рассматривается в качестве страхового случая. При таком условии обязательства Страховщика по договору страхования возникают по окончании выжидательного периода.

4.6. Не признаются страховыми событиями и не покрываются настоящим страхованием случаи, а так же любые их последствия, которые прямо или косвенно, непосредственно или отдаленно произошли, прослеживаются или возникли в связи с:

- получением травматического повреждения или иного расстройства здоровья в состоянии алкогольного, наркотического или токсического опьянения кроме случаев, когда наркотические средства являлись частью лечения и были предписаны лечащим врачом, но не для лечения наркологических расстройств;
- умышленным нарушением Страхователем или Застрахованным лицом закона, находящимся в прямой причинно-следственной связи с последующими медицинскими расходами;
- получения травм или иного расстройства здоровья при покушении на самоубийство за исключением тех случаев, когда Застрахованное лицо было доведено до такого состояния противоправными действиями третьих лиц;

- умышленного причинения себе телесных повреждений (членовредительство);

4.7. Страховщик имеет право не оплачивать услуги, оказанные Застрахованному лицу, в связи с:

- занятием профессиональным спортом, если иное не предусмотрено в договоре страхования;
- профессиональными заболеваниями или травмами в связи с несоблюдением требований техники безопасности;
- лечением, услугами или обеспечением, которые не являются обоснованными и необходимыми с медицинской точки зрения или не имеют лечебных целей;
- консультациями врача по телефону (если иное не предусмотрено в договоре страхования);
- любыми повторными медицинскими услугами аналогичными проведенным ранее в другом лечебном учреждении в отношении одних и тех же жалоб, симптомов, синдромов или состояний, кроме случаев, одобренных Страховщиком;
- в связи с оплатой услуг, препаратов, лечения, включая любой период пребывания в стационаре или амбулаторного лечения, которые не были рекомендованы, письменно засвидетельствованы уполномоченным представителем Страховщика или лечащим врачом Застрахованного как необходимые и разумные меры;
- любыми услугами, если Застрахованное лицо (Страхователь) не следовал предписанным лечебным назначениям или не явился на назначенный прием к врачу;
- любыми медицинскими услугами, процедурами, консультациями и т.д., которые носят сугубо исследовательский или экспериментальный характер;
- операциями сугубо в эстетических или косметических целях, кроме реконструктивной хирургии, когда такая операция оказалась частью или следовала за начальной операцией, которая была произведена в связи со страховым случаем;
- любым лечением или процедурой, которые способствуют или предотвращают половое зачатие, включая но, не ограничиваясь: искусственное оплодотворение, лечение бесплодия или импотенции, стерилизация или де-стерилизация, кроме случаев, когда лечение бесплодия стало следствием заболевания или травмы, входящих в программу страхования и наступивших в период действия договора страхования;
- абортom или преждевременным родоразрешением, за исключением случаев, когда здоровью матери или плода угрожает опасность;
- расходами на очки, контактные линзы, слуховые аппараты, слуховые имплантанты, визуальную терапию, или на любой осмотр или подбор подобных устройств, кроме случаев нарушения зрения и/или слуха в результате несчастного случая или других случаях, определенных прямыми медицинскими показаниями;
- хирургией глаза, когда первичной целью является коррекция близорукости, дальнозоркости или астигматизма;
- лечением венерических заболеваний и заболеваний, передающихся половым путем;
- пересадкой органов, а также сами органы, кроме случаев лечения травм или последствий травм, а также иных случаев, предусмотренных договором страхования;
- пересадкой тканей, а также сами ткани, за исключением лечения ожогов и травм, а также иных случаев, предусмотренных договором страхования;
- уходом и лечением при выпадении волос, включая парики, пересадку волос или любые препараты, которые способствуют росту волос, вне зависимости от того, предписаны врачом или нет;
- лечением, необходимым в результате осложнений или последствий предыдущего лечения, которое не было включено в медицинскую программу;
- психическими и невротическими состояниями и расстройствами, если в договоре не предусмотрено иное;

- лечением, связанным с инфицированием вирусом иммунодефицита человека.
- лечением онкологических заболеваний (злокачественных новообразований, в т.ч. кроветворной и лимфатической тканей, доброкачественных новообразований злокачественного течения) и их осложнений;
- лечением врожденных и наследственных заболеваний крови и кроветворных органов, а также врожденных аномалий развития органов и их осложнений;
- лечением особо опасных инфекций, вирусных геморрагических лихорадок;
- лечением демиелинизирующих заболеваний нервной системы;
- лечением сахарного диабета с осложненным течением;
- лечением профессиональных заболеваний, острой и хронической лучевой болезни;
- лечением заболеваний, сопровождающихся хронической почечной и/или печеночной недостаточностью, требующих проведения гемодиализа;
- лечением системной красной волчанки; туберкулеза, саркоидоза, муковисцедоза; псориаза; глубоких микозов;
- лечением бесплодия (мужского и женского), импотенции.

4.7.1. Страховщиком не оплачиваются:

- стоимость трансплантатов, эндопротезов, протезов, имплантантов, если иное не предусмотрено в договоре страхования;
- расходы на приобретение медицинского оборудования, изделий медицинского назначения и предметов по уходу за больными при любых заболеваниях, услуги частных медсестер, дополнительные гонорары врачам и т.д.

По согласованию сторон договор страхования может предусматривать обязанность Страховщика организовать, оплатить или возместить расходы на медицинские услуги в случаях, указанных в п. 4.7. настоящих Правил страхования. При этом соответствующие события должны быть прямо определены в договоре страхования.

4.8. Страховщик не организывает и не оплачивает медицинские услуги, оказанные Застрахованным лицам, в связи с заболеваниями и травмами вызванными:

- а) воздействием ядерного взрыва, радиации или радиоактивного заражения;
- б) военными действиями, а также маневрами или иными военными мероприятиями;
- в) гражданской войной, народными волнениями всякого рода или забастовками;
- г) стихийными бедствиями, экологическими катастрофами.

4.9. При несогласии Застрахованного лица с решением Страховщика об отказе в оплате услуг медицинских учреждений это решение может быть оспорено в порядке, предусмотренном законодательством Российской Федерации.

4.10. Страховщик вправе на основе настоящих Правил разрабатывать дополнительные Программы страхования (конкретные условия, Акции и т.п.), уточняющие и конкретизирующие объем медицинской помощи и иных услуг в рамках указанных Программ страхования путем внесения изменений, дополнений, исключений в соответствующие положения Программ страхования. Перечень медицинских и иных услуг по Договору страхования в рамках конкретной Программы страхования, а также любое сочетание Программ страхования может иметь оригинальное название. Программа страхования, являющаяся приложением к Договору страхования, может иметь текстовое изложение, отличное от текстового изложения Программ страхования, являющихся приложением к настоящим Правилам. Страховщик вправе присваивать маркетинговые названия Программам страхования, разработанным на основании настоящих Правил.

5. СТРАХОВАЯ СУММА

- 5.1. Страховой суммой является определенная договором страхования денежная сумма, исходя из которой устанавливаются размер страховой премии и размер страховой выплаты при наступлении страхового случая.
- 5.2. Страховой суммой является предельный уровень страховой выплаты по договору медицинского страхования, которая определяется по соглашению между Страхователем и Страховщиком в соответствии с выбранной Программой добровольного медицинского страхования и стоимостью медицинских услуг в медицинских учреждениях, привлекаемых для обеспечения этой Программы.
- 5.3. При заключении Договора страхования в пределах общей страховой суммы могут устанавливаться лимиты ответственности по страховым рискам, иным услугам, отдельным Программам, на одного Застрахованного или по группам Застрахованных и т.п.
- 5.4. Лимит ответственности Страховщика по иным услугам согласно п. 4.3. Правил устанавливается по каждой из них в размере не более 10% от страховой суммы на одного Застрахованного по договору страхования.
- 5.5. В период действия договора страхования Страхователь по соглашению со Страховщиком может изменить страховую сумму и/или расширить перечень предоставляемых медицинских услуг путем оформления письменного дополнительного соглашения к договору страхования.
- 5.6. Стоимость медицинских услуг, возмещаемых Страховщиком по договору страхования, не может превышать страховую сумму или соответствующего лимита ответственности.
- 5.7. В период действия договора страхования Страхователь по согласованию со Страховщиком вправе изменить страховую сумму при изменении цен на стоимость медицинских услуг, перечень медицинских услуг (Программы медицинского страхования), а также поменять медицинские учреждения, предоставляющие медицинскую помощь по договору страхования.
Указанные изменения оформляются в письменном виде путем подписания дополнительного соглашения к договору страхования с соответствующим перерасчетом страховой премии.
В этом случае Страхователь обязан уплатить дополнительный взнос (при коллективном страховании – в отношении всех Застрахованных лиц), соответствующий увеличению страховой суммы, пропорционально оставшемуся периоду действия договора страхования, а при расширении перечня медицинских услуг пропорционально увеличению объема ответственности Страховщика.
О предполагаемом изменении стоимости медицинских услуг, гарантированных Программами добровольного медицинского страхования, Страховщик уведомляет Страхователя за 30 дней до предполагаемого введения новых цен.
- 5.8. При заключении договора по нескольким Программам страхования одновременно Страховщик несет обязательства по оплате медицинских и иных услуг в пределах страховой суммы по каждой из Программ.

6. ФРАНШИЗА

- 6.1. Условиями договора страхования по соглашению сторон может устанавливаться

франшиза – неоплачиваемая Страховщиком часть затрат, связанная с получением Застрахованными медицинских услуг, предусмотренных соответствующей Программой медицинского страхования.

- 6.2. Франшиза – часть убытков, которая определена договором страхования и не подлежит возмещению Страховщиком Страхователю или иному лицу, интерес которого застрахован в соответствии с условиями договора страхования.
В соответствии с условиями страхования франшиза может быть условной (Страховщик освобождается от возмещения убытка, если его размер не превышает размер франшизы, однако возмещает его полностью в случае, если размер убытка превышает размер франшизы) и безусловной (размер страховой выплаты определяется как разница между размером убытка и размером франшизы).
- 6.3. Если договором страхования предусмотрена франшиза, но не указан ее вид, то считается, что установлена безусловная франшиза.
- 6.4. Договором страхования могут быть предусмотрены иные виды франшизы.

7. СТРАХОВАЯ ПРЕМИЯ (СТРАХОВЫЕ ВЗНОСЫ). СТРАХОВОЙ ТАРИФ. ПОРЯДОК ПРИМЕНЕНИЯ ПОВЫШАЮЩИХ И ПОНИЖАЮЩИХ КОЭФФИЦИЕНТОВ

- 7.1. Под страховой премией понимается плата за страхование, которую Страхователь обязан уплатить Страховщику в порядке и в сроки, установленные договором страхования.
Страховая премия (страховые взносы) уплачивается Страхователем в валюте Российской Федерации.
- 7.1.1. При установлении страховой суммы и страховой премии в эквиваленте иностранной валюты (в соответствии со ст. 317 ГК РФ) страховая премия уплачивается в рублях по официальному курсу ЦБ РФ соответствующей валюты на дату оплаты страховой премии (первого страхового взноса), если иное не предусмотрено условиями договора.
- 7.2. При заключении конкретного договора страхования Страховщик применяет рассчитанные им базовые страховые тарифы (Приложение № 2 к настоящим Правилам), определяющие страховую премию, взимаемую с единицы страховой суммы, с учетом условий договора страхования, выбранной Страхователем Программы медицинского страхования, категории медицинского учреждения (в зависимости от цен на оказание медицинских услуг в медицинском учреждении, предусмотренном договором страхования), срока страхования.
Основываясь на базовых тарифных ставках, Страховщик, в каждом конкретном случае при заключении договора страхования, для определения реальной тарифной ставки, учитывающей степень страхового риска и особенности имущественных интересов Застрахованного лица, вправе применять к базовым тарифным ставкам повышающие и понижающие коэффициенты.
Наличие минимальных и максимальных значений повышающих/понижающих коэффициентов позволяет Страховщику более полно учитывать особенности объекта страхования, возможные факторы риска и определять наиболее реальную тарифную ставку по конкретному договору страхования, что является одним из условий обеспечения финансовой устойчивости Страховщика.
В связи с отсутствием какой-либо утвержденной методики (рекомендаций) экономического обоснования повышающих и понижающих коэффициентов,

применяемых при определении конкретного страхового тарифа по конкретному договору добровольного страхования, их минимальные и максимальные значения, диапазоны применения, а также основные факторы риска, определены экспертным путем с учетом многолетней практики применения системы повышающих (понижающих) коэффициентов российскими страховыми организациями.

- 7.3. 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 и заключений экспертов, которые позволяют Страховщику в совокупности выявить факторы риска, повышающие или понижающие вероятность наступления страхового случая по каждому из условий, включаемых в договор страхования.
- При наличии факторов риска увеличивающих вероятность наступления страхового события 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 наступление страхового случая, Страховщик применяет к базовой тарифной ставке понижающие коэффициенты.
- При этом Страховщик руководствуется правом, предоставленным ему Гражданским кодексом РФ и Законом РФ «Об организации страхового дела в Российской Федерации» на оценку страхового риска.
- 7.4. Конкретный размер страхового тарифа определяется договором страхования по соглашению сторон.
- 7.5. При заключении договора по нескольким Программам страхования общий размер страховой премии определяется путем суммирования премий по этим Программам.
- 7.6. Уплата страховой премии производится:
- 7.6.1. Наличными деньгами представителю Страховщика или в кассу Страховщика в день заключения договора страхования.
- 7.6.2. Путем безналичного перечисления на расчетный счет Страховщика в течение 5-ти рабочих дней с даты подписания договора страхования, если условиями договора не предусмотрено иное.
- 7.7. При заключении договора страхования Страхователю может быть предоставлено право уплаты страховой премии в рассрочку по договорам, заключенным на срок не менее 12 месяцев. При этом первый страховой взнос не должен быть менее 50% от исчисленной страховой премии, а остальная часть должна быть уплачена не позднее половины срока, прошедшего с начала страхования. При заключении договора страхования стороны могут оговорить иной порядок и срок уплаты рассроченной страховой премии.
- Страхователь обязан уплачивать рассроченные взносы в сроки, предусмотренные договором страхования, и в полном объеме. В договоре страхования указывается конкретный порядок уплаты страховой премии.
- Страхователь вправе поручить оплату страховой премии или её части любому третьему лицу. В этом случае ответственность за действия такого лица несёт Страхователь (ответственность по договору страхования за неуплату в срок или

неуплату в необходимом объёме).

- 7.8. Если договором страхования предусмотрено внесение страховой премии в рассрочку, то в договоре могут быть определены последствия неуплаты в установленные сроки остатка страховой премии.
- 7.9. 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.
При неуплате очередного взноса (при уплате страховой премии в рассрочку) договор страхования считается прекращенным со дня, следующего за днем уплаты очередного взноса, уплата которого просрочена, если стороны не договорились об отсрочке уплаты очередного взноса (договоренность об отсрочке страхового взноса оформляется дополнительным соглашением к договору страхования).
До момента зачисления суммы просроченного страхового взноса на расчетный счет Страховщика (уплаты в кассу или представителю Страховщика) медицинские услуги Застрахованному лицу не оказываются.
При этом стороны не вправе требовать возвращения того, что было исполнено ими по обязательству до момента прекращения договора.
О прекращении договора страхования Страховщик вправе поставить в известность Страхователя в письменной форме.
- 7.10. Страховщик обязан вернуть Страхователю уплаченную страховую премию (страховой взнос) в случае отказа Страхователя от договора страхования в течение 14-ти календарных дней со дня его заключения независимо от момента уплаты страховой премии (взноса), при отсутствии в данном периоде событий, имеющих признаки страхового случая.
- 7.11. В случае если Страхователь отказался от договора страхования в срок, установленный п. 7.10. настоящих Правил, и до даты начала действия страхования, уплаченная страховая премия (взнос) подлежит возврату Страхователю в полном объеме.
- 7.12. Возврат Страхователю страховой премии (взноса) осуществляется Страховщиком наличными деньгами или в безналичном порядке в зависимости от формы оплаты страховой премии (взноса) в срок, не превышающий 10-ти рабочих дней со дня получения письменного заявления Страхователя об отказе от договора страхования.

8. СРОК СТРАХОВАНИЯ. ПОРЯДОК ЗАКЛЮЧЕНИЯ И ИСПОЛНЕНИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ

- 8.1. Договор страхования может быть заключен на срок до одного года, на год и более года.
- 8.2. По договору страхования, заключенному на срок менее 1 года, страховая премия уплачивается в следующих размерах от суммы годовой страховой премии, при этом страховая премия за неполный месяц уплачивается как за полный: при страховании до 7 дней включительно – 0,1%, до 15 дней включительно – 0,15%, на 1 месяц – 20%, 2 месяца – 30%, 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%.

При страховании на срок более одного года общая страховая премия по договору страхования в целом устанавливается как сумма страховых премий за каждый год. Если срок страхования устанавливается как год (несколько лет) и несколько месяцев, то страховая премия за указанные месяцы определяется как часть страхового взноса за год пропорционально полным месяцам последнего страхового периода.

- 8.3. При заключении и исполнении договора страхования Страхователь в целях исполнения Федерального закона «О ПОД/ФТ» № 115-ФЗ от 07.08.2001 г. обязан сообщить Страховщику необходимые сведения о Страхователе (Застрахованном лице), представителе Страхователя, Выгодоприобретателе и бенефициарном владельце.
- 8.4. Основанием для заключения договора страхования является устное или письменное заявление Страхователя.
- 8.4.1. Если Страхователем является физическое лицо, Страховщику предъявляются документы, позволяющие установить следующие сведения:
- фамилия, имя, а также отчество (если иное не вытекает из закона или национального обычая);
 - гражданство;
 - дата и место рождения;
 - возраст Застрахованного лица;
 - реквизиты документа, удостоверяющего личность;
 - условия, срок страхования, размер страховой суммы;
 - предполагаемый перечень медицинских услуг (программы медицинского страхования);
 - данные миграционной карты, документа, подтверждающего право иностранного гражданина или лица без гражданства на пребывание (проживание) в Российской Федерации;
 - адрес места жительства (регистрации) и места пребывания, контактные телефоны;
 - идентификационный номер налогоплательщика (ИНН) и СНИЛС (при их наличии);
 - о бенефициарном владельце;
 - является ли Страхователь иностранным публичным должностным лицом (ИПДЛ), российским должностным лицом (РПДЛ), лицом публичной международной организации, супругом, родственником ИПДЛ, РПДЛ;
 - выступает ли от имени должностного лица публичной международной организации.
- 8.4.2. Страхователи – индивидуальные предприниматели (ИП) предъявляют Страховщику документы, позволяющие установить следующие сведения:
- фамилия, имя, а также отчество (если иное не вытекает из закона или национального обычая);
 - гражданство;
 - дата и место рождения;
 - возраст Застрахованного лица;
 - реквизиты документа, удостоверяющего личность;
 - условия, срок страхования, размер страховой суммы;
 - предполагаемый перечень медицинских услуг (программы медицинского страхования);
 - данные миграционной карты, документа, подтверждающего право иностранного гражданина или лица без гражданства на пребывание (проживание) в Российской Федерации;
 - идентификационный номер налогоплательщика (ИНН) и СНИЛС (при их наличии);
 - о бенефициарном владельце;

- является ли Страхователь иностранным публичным должностным лицом (ИПДЛ), российским должностным лицом (РПДЛ), лицом публичной международной организации, супругом, родственником ИПДЛ, РПДЛ;
- выступает ли от имени должностного лица публичной международной организации.
- государственный регистрационный номер ИП (данные из ОГРНИП);
- дата и место государственной регистрации ИП (данные из ОГРНИП);
- наименование регистрирующего органа (данные из ОГРНИП);
- адрес местонахождения;
- адрес места регистрации;
- почтовый адрес;
- а также сообщают фамилию, имя отчество контактного лица, телефон, адрес электронной почты.

8.4.3. Страхователи – юридические лица предъявляют Страховщику документы для установления сведений:

- наименование (полное и сокращенное);
- идентификационный номер налогоплательщика или код иностранной организации;
- государственный регистрационный номер (ОГРН);
- дата и место государственной регистрации;
- наименование регистрирующего органа;
- адрес местонахождения (юридический адрес);
- фактический адрес;
- почтовый адрес;
- бенефициарных владельцев (в объеме сведений, предусмотренных для физического лица);
- единоличного исполнительного органа (в объеме сведений, предусмотренных для физических лиц);
- резидент / не резидент РФ (в случае, если лицо не является резидентом, необходимо указать, резидентом какого государства оно является);
- а также сообщают фамилию, имя отчество контактного лица, телефон, адрес электронной почты.
- условия, срок страхования, размер страховой суммы;
- предполагаемый перечень медицинских услуг (программы медицинского страхования);
- число лиц, подлежащих страхованию.

К заявлению Страхователь должен приложить список Застрахованных лиц по форме, установленной Страховщиком.

В случае прекращения трудовых отношений между Страхователем и Застрахованным лицом, действие договора страхования в отношении такого Застрахованного прекращается, если иное не предусмотрено условиями договора. Однако Страхователь имеет право по согласованию со Страховщиком включить вместо него в число Застрахованных лиц другого работника. Все изменения в списках Застрахованных лиц оформляются дополнительным соглашением к договору.

При желании увеличить число Застрахованных лиц по договору со Страхователем – юридическим лицом договор страхования может быть изменен путем внесения дополнений в список Застрахованных лиц с доплатой страховой премии за неистекший период действия договора. Страховая премия в этом случае уплачивается из расчета 1/12 части годовой премии за каждый полный и неполный месяц, оставшийся до конца срока действия основного договора страхования.

8.5. Страховщик вправе изменить перечень сведений указанных в п. 8.4. Правил.

- 8.6. Все права и обязанности по Договору страхования Застрахованных в возрасте до 14 лет, за исключением права на получение услуг в соответствии с Договором страхования, осуществляют от их имени и в их интересах, в соответствии с законодательством РФ, их законные представители.
Застрахованные в возрасте от 14 до 18 лет осуществляют права и обязанности в соответствии с Договором страхования при наличии письменного согласия законных представителей.
- 8.7. Договор страхования может быть заключен на условиях организации оказания медицинской помощи и связанных с ней услуг, предоставляемых Застрахованным в рамках Программ добровольного медицинского страхования, приведенных в Приложении № 1 к настоящим Правилам.
- 8.8. Договор страхования может быть заключен на условиях одной программы, или по совокупности различных программ.
- 8.9. Договор страхования может заключаться как без предварительного медицинского освидетельствования, так и с предварительным медицинским освидетельствованием Застрахованных в целях определения их принадлежности к группам риска для применения поправочных коэффициентов при расчете размеров страховой премии (страховых взносов).
- 8.10. В зависимости от результатов предварительного медицинского освидетельствования Застрахованному устанавливается соответствующая группа здоровья:
группа здоровья I – практически здоровые лица без отягощенной наследственности, имеющие в анамнезе детские болезни, простудные заболевания, аппендицит, грыжу; без вредных привычек или при их умеренной выраженности, не работающие на производстве с особо вредными условиями труда;
группа здоровья II – практически здоровые лица с повышенным риском заболевания, отягощенной наследственностью по диабету, сердечно-сосудистыми, почечно-желчнокаменной болезнями, психическими заболеваниями. В анамнезе – черепно-мозговые травмы, осложненные детские болезни, злоупотребление алкоголем, курение, работавшие или работающие на производстве с особо вредными условиями труда. Женщины детородного возраста;
группа здоровья III – лица трудоспособного возраста, имеющие хронические заболевания с тенденцией к обострению чаще двух раз в году, злоупотребляющие алкоголем, систематически употребляющие транквилизаторы, снотворные, страдающие выраженными неврозами, психопатиями, гипертонической болезнью I и II степени, ИБС без выраженной стенокардии, перенесшие полостные операции.
Дети от 1 года до 5 лет и лица старше 60 лет.
- 8.11. Страховщик имеет право проверить достоверность указанных Страхователем сведений. В случае установления того, что Страхователь сообщил о себе или Застрахованном ложные сведения, Страховщик имеет право отказать Страхователю в заключении договора.
- 8.12. 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 (страхового риска), если эти обстоятельства не известны и не должны быть известны Страховщику. При этом существенными могут быть

признаны обстоятельства определенно оговоренные Страховщиком в договоре страхования (страховом полисе) или в его письменном запросе.

Если договор страхования заключен при отсутствии ответов Страхователя на какие-либо вопросы Страховщика, Страховщик не может впоследствии требовать расторжения договора либо признания его недействительным на том основании, что соответствующие обстоятельства не были сообщены Страхователем.

Если после заключения договора страхования будет установлено, что Страхователь сообщил заведомо ложные сведения об обстоятельствах, имеющих существенное значение для определения вероятности наступления страхового случая и размера возможных убытков от его наступления, Страховщик вправе потребовать признания договора недействительным и применения последствий в соответствии с законодательством Российской Федерации, за исключением случая, когда обстоятельства, о которых умолчал Страхователь, уже отпали.

- 8.13. Отношения между Страховщиком и Страхователем оформляются в письменной форме путем составления договора страхования, подписанного сторонами, и вручения Страхователю страхового полиса (по его просьбе), подписанного Страховщиком, подтверждающего факт заключения договора страхования.
- 8.14. Условия, содержащиеся в настоящих Правилах страхования и не включенные в текст договора страхования (страхового полиса), обязательны для Страхователя (Выгодоприобретателя), если в договоре (страховом полисе) прямо указывается на применение таких Правил и сами Правила изложены в одном документе с договором (страховым полисом) или на его оборотной стороне либо приложены к нему. В последнем случае вручение Страхователю при заключении договора Правил страхования должно быть удостоверено записью в договоре.
- 8.15. Договор страхования вступает в силу с 00 часов дня, следующего за днем уплаты страховой премии или первого взноса страховой премии наличными деньгами представителю Страховщика или в кассу Страховщика, а при безналичном расчете – с даты поступления страховой премии или первого взноса страховой премии на расчетный счет Страховщика.
- Условиями конкретного договора может быть предусмотрен другой порядок вступления в силу и период ответственности Страховщика. Момент поступления (зачисления) средств на счет Страховщика определяется временем их зачисления на счет в соответствии с установленными законодательством правилами ведения банковских операций.
- При пролонгации договор вступает в силу с 00 часов дня, следующего за днем окончания действия предыдущего договора страхования при условии досрочного внесения страховой премии по новому договору, если условиями договора не предусмотрено иное.
- 8.16. В течение 5 (Пяти) дней с даты поступления (зачисления) на счет Страховщика страховой премии (взноса) Страховщик обязан выдать Страхователю договор страхования (полис) с указанием дат начала и окончания действия договора страхования, если иное не предусмотрено условиями договора страхования. Фактом передачи полисов по договору страхования является оформление сторонами Акта приема-передачи.
- При наличном расчете договор (полис) вручается в момент уплаты страховой премии (взноса).
- 8.17. В случае утраты страхового договора (полиса) в период его действия Страхователю на

основании его письменного заявления выдается дубликат, после чего утраченный документ считается аннулированным и оплата медицинских услуг по нему не производится.

- 8.18. Право Застрахованного на получение и оплату медицинской, в том числе лекарственной, помощи, предусмотренной договором страхования, наступает с даты вступления договора страхования в силу, при условии выполнения обязательств Страхователя по уплате страховых взносов.
- 8.19. Предоставление медицинской (лекарственной) помощи, обусловленной договором страхования, осуществляется путем обращения Застрахованного (напрямую или по направлению Страховщика) в медицинские учреждения, с которыми Страховщик состоит в договорных отношениях.
При обращении Застрахованного в медицинское учреждение предъявляется страховой полис, выданный Страховщиком, паспорт либо другой документ, удостоверяющий личность Застрахованного.
При обращении Застрахованного (его представителя) в аптеку медицинского учреждения по поводу лекарственных средств, предъявляется рецепт, установленной формы, выписанный врачом медицинского учреждения.
В случае необходимости Застрахованный обращается по телефону, указанному в страховом полисе.
- 8.20. При отсутствии возможности оказания услуг, предусмотренных Программой страхования, в учреждении, определенном в договоре страхования, Страховщик организует ее выполнение в ином медицинском учреждении. При этом выбор медицинского учреждения производится Страховщиком.
- 8.21. В случае выявления у Застрахованного заболеваний и состояний, при которых лечение не может быть осуществлено в медицинских учреждениях, сотрудничающих со Страховщиком, Страховщик вправе оказать содействие в направлении Застрахованного в специализированное медицинское учреждение. При этом Страховщик не оплачивает расходы по оплате медицинских услуг, оказанных Застрахованному в этих медицинских учреждениях.
- 8.22. Не оплачиваются Страховщиком расходы, возникшие по окончании срока действия договора страхования, за исключением расходов, связанных с госпитализацией Застрахованного, начавшейся в течение срока действия Договора страхования, до момента устранения угрозы жизни Застрахованного.
- 8.23. Заключая договор страхования на основании настоящих Правил, Страхователь – физическое лицо, в т.ч. индивидуальный предприниматель, подтверждает своё согласие Страховщику на обработку в течение всего срока действия договора, а также в течение срока архивного хранения договоров Страховщиком своих персональных данных. Персональные данные включают в себя: фамилию, имя, отчество, адрес Страхователя, данные основного документа, удостоверяющего личность, и иную информацию о Страхователе указанную в договоре либо заявлении на страхование или полученную Страховщиком в ходе исполнения договора. Обработка персональных данных осуществляется в целях заключения и исполнения договора страхования, агентского договора, заключенного Страховщиком со страховым агентом, указанным в Заявлении на страхование, а также в целях операционного учета, проведения анализа страховых рисков и в статистических целях посредством выполнения действий, предусмотренных ст. 3 ФЗ

№ 152 – ФЗ от 27.07.2006 г. «О персональных данных», в том числе трансграничной передачи, как с использованием средств автоматизации, так и без таковых, посредством сбора, систематизации, накопления, хранения, уточнения (обновления, изменения), использования, распространения (в том числе, передачи), обезличивания, блокирования, уничтожения персональных данных, как на бумажных, так и на электронных носителях. Страховщик обязуется обеспечить конфиденциальность персональных данных и их безопасность при обработке. Согласие на обработку персональных данных может быть отозвано субъектом персональных данных путем направления Страховщику письменного уведомления. Обработка и хранение персональных данных осуществляется в течение действия договора страхования до достижения целей обработки или утраты необходимости или утраты необходимости в достижении этих целей, но не менее 5-ти лет с момента окончания его действия.

После прекращения 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, предусмотренные законодательством Российской Федерации.

9. ПОРЯДОК ПРЕКРАЩЕНИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ

- 9.1. Договор страхования прекращает действие и Застрахованный теряет право на получение медицинских и иных услуг по договору в случаях:
 - 9.1.1. Истечения срока его действия (в 24 часа 00 минут дня, определенного договором страхования в качестве даты окончания срока его действия).
 - 9.1.2. Исполнения Страховщиком обязательств перед Страхователем по договору страхования в полном объеме.
 - 9.1.3. Отказа Страхователя от договора страхования в течение 14-ти календарных дней со дня его заключения независимо от момента уплаты страховой премии (взноса), при отсутствии в данном периоде событий, имеющих признаки страхового случая;
- 9.2. Договор страхования прекращается досрочно в случаях:
 - 9.2.1. Неуплаты Страхователем очередного страхового взноса в установленный договором страхования срок, если стороны не договорились об отсрочке уплаты очередного взноса (с 00 часов 00 минут дня, следующего за днем, установленным в договоре как день уплаты очередного страхового взноса).

О прекращении договора страхования Страховщик вправе поставить в известность Страхователя в письменной форме.
 - 9.2.2. смерти Застрахованного (при заключении индивидуальных договоров);
 - 9.2.3. смерти Страхователя – физического лица, заключившего договор о страховании третьего лица, или ликвидации Страхователя – юридического лица, если Застрахованный или иное лицо в соответствии с действующим законодательством не приняли на себя исполнение обязанностей Страхователя по уплате страховой премии (страховых взносов);
 - 9.2.4. Ликвидации Страховщика в порядке, установленном законодательными актами Российской Федерации, при отсутствии согласия Страхователя на передачу договора другому Страховщику (с момента принятия учредителями Страховщика решения о его ликвидации).
 - 9.2.5. Расторжения договора страхования по соглашению сторон в порядке, предусмотренном Гражданским кодексом Российской Федерации (со дня, указанного сторонами в соглашении или заявлении о расторжении договора).
 - 9.2.6. принятия судом решения о признании договора недействительным;

- 9.2.7. в других случаях, предусмотренных законодательством Российской Федерации и настоящими Правилами.
- 9.3. Если Страхователь отказался от договора страхования в течение 14-ти календарных дней согласно п. 7.10. настоящих Правил, договор страхования считается прекратившим свое действие с даты получения Страховщиком письменного заявления Страхователя об отказе от договора страхования или иной даты, установленной по соглашению сторон.
- 9.4. В случае если Страхователь отказался от договора страхования в течение 14-ти календарных дней согласно п. 7.10. настоящих Правил, но после даты начала действия страхования, Страховщик при возврате уплаченной страховой премии (страхового взноса) вправе удержать ее часть пропорционально сроку действия договора страхования, прошедшему с даты начала действия страхования до даты прекращения действия договора страхования.
- 9.5. Договор страхования может быть расторгнут досрочно по требованию Страхователя, Страховщика или по взаимному согласию сторон, а также по обстоятельствам, предусмотренным гражданским законодательством Российской Федерации.
- 9.6. Страхователь вправе отказаться от договора страхования в любое время, если к моменту отказа возможность наступления страхового случая не отпала по обстоятельствам, указанным в ст. 958 Гражданского Кодекса Российской Федерации. В случаях непредусмотренных пп. 7.10., 7.11. настоящих Правил, уплаченная Страховщику страховая премия не подлежит возврату Страхователю, если договором не предусмотрено иное (конкретный размер части страховой премии, подлежащей в данном случае возврату Страхователю, определяется Страховщиком в каждом конкретном случае с учетом срока действия договора, наличия или отсутствия в этот период выплат, расходов на ведение дела Страховщика).
- 9.7. При страховании в эквиваленте иностранной валюты, в случае досрочного расторжения (прекращения) договора и возврата части страховой премии за истекший срок действия договора, расчет производится в рублях по официальному курсу ЦБ РФ, установленному для данной валюты на дату расторжения (прекращения) договора, но не более курса валюты страхования, установленного ЦБ РФ на дату оплаты страховой премии (первого взноса), если иное не предусмотрено в договоре страхования.
- 9.8. Изменение и расторжение сторонами договора страхования осуществляется в письменном виде в соответствии с положениями, предусмотренными Гражданским кодексом Российской Федерации и настоящими Правилами.
- 9.9. Договор страхования может быть признан недействительным с момента его заключения по основаниям, предусмотренным Гражданским кодексом Российской Федерации.
Признание договора страхования недействительным осуществляется в соответствии с нормами гражданского законодательства Российской Федерации.

10. ИЗМЕНЕНИЕ СТРАХОВОГО РИСКА

- 10.1. В период действия договора страхования Страхователь (Застрахованное лицо) обязан незамедлительно сообщать Страховщику о ставших ему известными

значительных изменениях в обстоятельствах, сообщенных Страховщику при заключении договора страхования, если эти изменения могут существенно повлиять на увеличение страхового риска.

- 10.2. Страховщик, уведомленный (Страхователем, Застрахованным, представителем медицинского учреждения и пр.) об обстоятельствах, влекущих увеличение страхового риска (в том числе в случае применения медицинским учреждением повышающих коэффициентов к стоимости медицинского обслуживания при наличии у Застрахованного хронического заболевания или группы инвалидности), вправе потребовать изменения условий договора страхования или уплаты дополнительной страховой премии соразмерно увеличению страхового риска. Если Страхователь возражает против изменения условий договора страхования или доплаты страховой премии, Страховщик вправе потребовать расторжения договора страхования.
- 10.3. Страховщик не вправе требовать расторжения договора страхования, если обстоятельства, влекущие увеличение страхового риска, уже отпали.

11. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

11.1. Страхователь имеет право:

- 11.1.1. проверять соблюдение Страховщиком требований условий договора страхования;
- 11.1.2. требовать предоставления Застрахованному оказания медицинских услуг в медицинских учреждениях, определенных в договоре страхования, в соответствии с условиями страхования и Программой добровольного медицинского страхования; В случае непредоставления таких медицинских услуг, несвоевременного, неполного или некачественного их предоставления Страхователь, Застрахованный или другие уполномоченные им лица должны немедленно поставить в известность об этом Страховщика;
- 11.1.3. изменить перечень медицинских и иных услуг, гарантируемых по договору страхования, или изменить уровень страхового обеспечения, заключив дополнительное соглашение к основному договору страхования и уплатив при этом дополнительный страховой взнос, если дополнительным соглашением не предусмотрено иное. Дополнительное соглашение к основному договору страхования начинает действовать в соответствии с п. 8.15. Правил;
- 11.1.4. получить дубликат страхового полиса в случае его утраты;
- 11.1.5. изменить список Застрахованных в соответствии с условиями, изложенными в настоящих Правилах;
- 11.1.6. отказаться от договора страхования согласно п. 7.10. настоящих Правил в течение 14-ти календарных дней со дня его заключения независимо от момента уплаты страховой премии (взноса), при отсутствии в данном периоде событий, имеющих признаки страхового случая;
- 11.1.7. досрочно расторгнуть договор страхования в порядке, предусмотренном настоящими Правилами страхования и гражданским законодательством РФ.

11.2. Застрахованный имеет право:

- 11.2.1. требовать предоставления медицинских услуг в соответствии с условиями договора страхования в перечисленных в нем медицинских учреждениях;
- 11.2.2. выбрать любую медицинскую организацию из числа, предложенных Страховщиком.
- 11.2.3. обращаться к Страховщику за разъяснениями по особенностям медицинского обеспечения, для получения медико-организационной помощи, а также при

возникновении спорных ситуаций в связи с оказанием медицинской помощи;

- 11.2.4. принять на себя обязанности Страхователя, а также приобрести все его права в случае смерти Страхователя – физического лица, ликвидации Страхователя – юридического лица в порядке, предусмотренном законодательством;
- 11.2.5. получить дубликат страхового полиса в случае его утраты.

11.3. Страховщик имеет право:

- 11.3.1. проверять сообщенную Страхователем информацию, а также выполнение Страхователем и Застрахованным требований договора страхования;
- 11.3.2. отказать в оплате медицинских и иных услуг при обстоятельствах, предусмотренных настоящими Правилами или договором страхования;
- 11.3.3. самостоятельно выяснять причины и обстоятельства страхового случая, включая направление запросов в соответствующие учреждения;
- 11.3.4. досрочно расторгнуть договор страхования в порядке, предусмотренном настоящими Правилами страхования и гражданским законодательством РФ;
- 11.3.5. отсрочить решение вопроса об оплате медицинских услуг или отказать в выплате в случае возбуждения уголовного дела в отношении Застрахованного по факту событий, приведших к травматическому повреждению или иному расстройству здоровья Застрахованного, до момента принятия соответствующего решения компетентными органами.

Если у Страховщика имеются мотивированные сомнения в подлинности документов, подтверждающих страховой случай, страховая выплата может быть отсрочена до тех пор, пока не будет подтверждена подлинность таких документов.

- 11.3.6. удержать при возврате уплаченной страховой премии (страхового взноса) часть страховой премии (страхового взноса) пропорционально сроку действия договора страхования, прошедшему с даты начала действия страхования до даты прекращения действия договора страхования, в случае если Страхователь отказался от договора страхования в течение 14-ти календарных дней согласно п. 7.10. настоящих Правил, но после даты начала действия страхования.
- 11.3.7. защищать права Застрахованных в отношениях с медицинскими организациями в рамках договора добровольного медицинского страхования.

11.4. Страхователь обязан:

- 11.4.1. своевременно и в полном объеме оплатить обусловленную договором страхования страховую премию (страховые взносы);
- 11.4.2. предоставлять Страховщику необходимые для заключения договора страхования сведения, а также иную необходимую информацию, связанную с действием договора страхования;
- 11.4.3. довести до сведения каждого Застрахованного условия страхования, определенные договором страхования. Ознакомить Застрахованного с настоящими Правилами;
- 11.4.4. обеспечить сохранность документов по договору страхования;
- 11.4.5. организовать заключение независимой медицинской экспертизы о признании наступления негативных последствий предусмотренных услугой «Наступление негативных последствий для здоровья Застрахованного в результате обращения в медицинское учреждение»;
- 11.4.6. направить в течение 30-ти дней с момента наступления негативных последствий предусмотренных услугой «Наступление негативных последствий для здоровья Застрахованного в результате обращения в медицинское учреждение» письменную претензию в медицинское учреждение, где наступили негативные последствия и обратиться с письменным заявлением к Страховщику по установленной им форме;
- 11.4.7. незамедлительно сообщать Страховщику об изменении любых сведений о Страхователе, представителе Страхователя, бенефициарном владельце, указанных в

договоре (полисе) страхования, заявлении на страхование и в иных представленных Страховщику документах.

11.4.8. соблюдать условия настоящих Правил и договора страхования.

11.5. Застрахованный обязан:

11.5.1. пройти предварительное медицинское освидетельствование, если это предусмотрено условиями договора страхования;

11.5.2. соблюдать предписания лечащего врача, полученные в ходе предоставления медицинской помощи, соблюдать распорядок, установленный медицинским учреждением;

11.5.3. организовать заключение независимой медицинской экспертизы о признании наступления негативных последствий предусмотренных услугой «Наступление негативных последствий для здоровья Застрахованного в результате обращения в медицинское учреждение»;

11.5.4. направить в течение 30-ти дней с момента наступления негативных последствий предусмотренных услугой «Наступление негативных последствий для здоровья Застрахованного в результате обращения в медицинское учреждение» письменную претензию в медицинское учреждение, где наступили негативные последствия и обратиться с письменным заявлением к Страховщику по установленной им форме.

11.5.5. заботиться о сохранности страховых документов и не передавать их другим лицам с целью получения ими медицинских услуг.

Если будет установлено, что Застрахованный передал другому лицу страховой полис с целью получения им медицинских услуг по договору страхования, Страховщик досрочно прекращает действие договора страхования в отношении такого Застрахованного. Возврат страховых взносов в этом случае не производится.

11.5.6. соблюдать условия настоящих Правил и договора страхования.

11.6. Страховщик обязан:

11.6.1. ознакомить Страхователя с Правилами и Программами страхования;

11.6.2. выдать договор страхования (полис) с приложением Правил и Программ медицинского страхования;

11.6.3. при наступлении страхового случая произвести в соответствии с договором, заключенным между Страховщиком и медицинским учреждением, оплату за оказанные медицинские и иные услуги либо возместить Застрахованному (Страхователю) расходы, понесенные им для получения медицинских и иных услуг, предусмотренных Программой добровольного медицинского страхования;

11.6.4. обеспечить конфиденциальность в отношении со Страхователем (Застрахованным). Страховщик несет ответственность за разглашение его работниками сведений о договоре страхования, включая врачебную тайну, в соответствии с законодательством;

11.6.5. вернуть Страхователю в полном объеме уплаченную страховую премию (взнос) в случае если Страхователь отказался от договора страхования в срок, установленный п. 7.10. настоящих Правил, и до даты начала действия страхования в порядке предусмотренном пп. 7.11, 7.12. настоящих Правил.

11.7. Страховщик, Страхователь, Застрахованное лицо вправе совершать другие действия, предусмотренные законодательством РФ, настоящими Правилами и договором страхования.

12. ПОРЯДОК И УСЛОВИЯ ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЫ

12.1. Страховой выплатой по настоящим Правилам является плата за медицинские и иные

услуги, предусмотренные Программами добровольного медицинского страхования, оказанные по наступившим страховым случаям Застрахованному лицу.

- 12.2. Страховая выплата по договорам страхования производится в валюте Российской Федерации.
- 12.2.1. При страховании с применением валютного эквивалента страховая выплата осуществляется в рублях по курсу ЦБ РФ, установленному для валюты, в которой выражена страховая сумма (валюта страхования), на дату страховой выплаты, но не более максимального курса для валют, под которым понимается курс валюты страхования, установленный ЦБ РФ на дату оплаты страховой премии (первого взноса), если иное не предусмотрено в договоре страхования.
- 12.3. Страховая выплата осуществляется в пределах страховой суммы или соответствующего лимита ответственности в виде:
 - оплаты медицинских и иных услуг, предусмотренных программой добровольного медицинского страхования, медицинским и иным (в т.ч. сервисным) организациям;
 - возмещения расходов Страхователя (Застрахованного), понесенных им для получения медицинских и иных услуг, предусмотренных Программой добровольного медицинского страхования.
- 12.4. Страховщик производит оплату медицинских и иных услуг только по тем страховым случаям, которые предусмотрены договором страхования, при предоставлении соответствующих документов.
- 12.5. Для получения медицинских услуг Страхователь (Застрахованный) обращается к Страховщику либо по согласованию со Страховщиком в медицинские учреждения, предусмотренные договором страхования.

К заявлению должны быть приложены:

 - а) копия направления лечащего врача на получение медицинских услуг, предусмотренных программой добровольного медицинского страхования, а в случае госпитализации – копии документов, послуживших основанием для госпитализации или врачебное заключение об установлении соответствующего диагноза, заверенное личной печатью врача и печатью лечебного учреждения;
 - б) документы, подтверждающие оказание Застрахованному соответствующих услуг (заключение о проведенном обследовании или лечении, выписку из истории болезни, результаты обследования, амбулаторную карту и т.д.);
 - в) иные документы, подтверждающие обращение в медицинское учреждение и оплату за медицинские услуги, предусмотренные программами страхования.
- 12.5.1. Медицинские услуги Застрахованному оказываются медицинскими учреждениями, сервисными организациями при условии предъявления им направления Страховщика, страхового полиса и документа, удостоверяющего его личность.
- 12.6. Страховые выплаты медицинским учреждениям и сервисным организациям за медицинские и иные услуги, оказанные Застрахованным, осуществляются в порядке и на условиях, установленных договором между Страховщиком и медицинским учреждением, сервисными организациями.
- 12.7. Оплата стоимости услуг, оказанных медицинскими учреждениями или сервисными организациями, производится Страховщиком исходя из фактических затрат на оказание медицинской помощи, медицинских услуг и иных услуг по ценам, согласованным между Страховщиком и медицинским учреждением, сервисными организациями, в пределах страховой суммы, установленной по договору

страхования, путем перечисления Страховщиком денежных средств на счет медицинского учреждения или сервисной организации.

По согласованию с медицинским учреждением Страховщик вправе производить предоплату в счет оплаты предоставленных медицинских услуг.

Перечисление производится после получения счета с указанием диагноза, сроков лечения, перечня оказанных услуг, их стоимости и общей суммы расходов, понесенных по всем услугам, оказанным Застрахованному в пределах Программы медицинского страхования, предусмотренной договором страхования.

Перечисление денежных средств на счет медицинского учреждения по поводу лекарственных средств осуществляется Страховщиком после получения от медицинского учреждения реестра (счета) на оплату лекарственных средств с приложением копий рецептов. В реестре (счете) указываются номер полиса, фамилия, имя, отчество Застрахованного, фамилия врача, выписавшего рецепт.

По согласованию с медицинским учреждением Страховщик может произвести предоплату лекарственных средств на основании реестра (счета).

- 12.8. Страховщик вправе произвести страховую выплату наличными деньгами или безналичным путем (по соглашению сторон) непосредственно Страхователю (Застрахованному лицу) после получения им медицинских и иных услуг, предусмотренных программой добровольного медицинского страхования, в случае:
- если Страхователь (Застрахованный) не имел физической возможности Страховщиком для получения экстренной медицинской помощи, был вынужден обратиться в доступное медицинское учреждение, и оплатил медицинские услуги из собственных средств;
 - если Страхователь (Застрахованный) по письменному указанию Страховщика обратился в медицинское учреждение и оплатил медицинские услуги из собственных средств.
- 12.8.1. В этом случае Страхователь (Застрахованный) обращается к Страховщику с заявлением и предъявляет договор страхования (полис), а также документ, удостоверяющий его личность.
- К заявлению должны быть приложены:
- а) копия направления лечащего врача на получение медицинских услуг, предусмотренных программой добровольного медицинского страхования, а в случае госпитализации – копии документов, послуживших основанием для госпитализации или врачебное заключение об установлении соответствующего диагноза, заверенное личной печатью врача и печатью лечебного учреждения;
 - б) документы, подтверждающие оказание Застрахованному соответствующих услуг, предусмотренных программой добровольного медицинского страхования (заключение о проведенном обследовании или лечении, выписка из истории болезни, результаты обследования, амбулаторная карта и т.д.);
 - в) документы, свидетельствующие об оплате Застрахованным медицинских услуг, предусмотренных программой добровольного медицинского страхования (оригинал справки-счета медицинского учреждения с указанием фамилии и имени пациента, диагноза, даты обращения за медицинской помощью, срока лечения, перечня оказанных услуг и их стоимости);
 - г) оригинал рецепта с указанием фамилии пациента и врача, названия лекарственных препаратов, а также квитанции (чеки) на оплату медикаментов;
 - д) иные документы, подтверждающие обращение в медицинское учреждение и оплату за медицинские услуги, предусмотренные программами.
- Страховая выплата Застрахованному лицу производится в течение 10-ти рабочих дней после получения Страховщиком всех необходимых документов и составления расчета.

За Страховщиком остается право проверки предоставленных документов.

- 12.9. При наступлении событий, предусмотренных услугой «Наступление негативных последствий для здоровья Застрахованного в результате обращения в медицинское учреждение» Страхователь (Застрахованный) в течение 30-ти дней с момента наступления негативных последствий направляет письменную претензию в медицинское учреждение, где наступили негативные последствия и обращается с письменным заявлением к Страховщику по установленной им форме. К заявлению Страховщику должны быть приложены:
- а) копия письменной претензии в медицинское учреждение, где наступили негативные последствия;
 - б) копия направления лечащего врача на получение медицинских услуг, предусмотренных программой добровольного медицинского страхования, а в случае госпитализации – копии документов, послуживших основанием для госпитализации или врачебное заключение об установлении соответствующего диагноза, заверенное личной печатью врача и печатью лечебного учреждения;
 - в) документы, подтверждающие оказание Застрахованному соответствующих услуг (заключение о проведенном обследовании или лечении, выписку из истории болезни, результаты обследования, амбулаторную карту и т.д.);
 - г) заключение независимой медицинской экспертизы о признании наступления негативных последствий предусмотренных услугой «Наступление негативных последствий для здоровья Застрахованного в результате обращения в медицинское учреждение»;
 - д) документы, подтверждающие обращение в суд по поводу негативных последствий предусмотренных услугой «Наступление негативных последствий для здоровья Застрахованного в результате обращения в медицинское учреждение»;
 - е) иные документы, подтверждающие обращение в медицинское учреждение и оплату за медицинские и иные услуги, предусмотренные программами.
- 12.10. После получения всех необходимых документов и сведений о наступившем событии «Наступление негативных последствий для здоровья Застрахованного в результате обращения в медицинское учреждение» Страховщик проводит анализ на предмет признания события страховым случаем и принимает решение о выплате страховой суммы на основании вступившего в силу решения суда.
- 12.11. Выплата страховой суммы производится в рамках лимита ответственности Страховщика по услуге «Наступление негативных последствий для здоровья Застрахованного в результате обращения в медицинское учреждение» в размере не более 10% от страховой суммы на одного Застрахованного по договору страхования.
- 12.12. При наступлении событий, предусмотренных услугой «Непредвиденные расходы, связанные с оплатой организации медико-транспортных услуг» Страховщиком оплачиваются расходы по транспортировке Застрахованного в ближайшее медицинское учреждение, в котором может быть предоставлено необходимое лечение, если оно недоступно в месте его нахождения. Медико-транспортные услуги также предусматривают возможность оплаты возвращения Застрахованного в место постоянного жительства, если лечение недоступно в месте его пребывания и транспортировку тела Застрахованного (согласно требованиям и ограничениям авиакомпании) в место его постоянного жительства или иное место, определенное договором страхования, в случае смерти во время пребывания за пределами места жительства Застрахованного.

- 12.13. При обращении по поводу события «Непредвиденные расходы, связанные с оплатой организации медико-транспортных услуг» Страхователь (Застрахованный) представляет Страховщику следующие документы:
- письменное заявление по установленной Страховщиком форме (с датой обращения в сервисную компанию, а в случае не обращения в сервисную компанию – о причине не обращения);
 - документ, удостоверяющий личность заявителя;
 - оригинал страхового полиса и документ, подтверждающий оплату страховой премии;
 - медицинский отчет, выписка из истории болезни или другой медицинский документ с указанием ФИО пациента, датой обращения, диагнозом и перечнем оказанных услуг;
 - счета от врача и/или из лечебного учреждения, с подтверждением оплаты;
 - счета и чеки из аптеки с указанием перечня приобретенных медикаментов, рецепты, выписанные врачом на бланке врача или лечебного учреждения;
 - счета за телефонные переговоры со Страховщиком и/или Сервисной компанией по поводу страхового случая;
 - квитанции об оплате проезда с указанием фамилии и имени Застрахованного, маршрута (отель – врач – отель) и даты поездки;
 - официально заверенную доверенность, если получатель выплаты не является лицом, с которым произошел страховой случай;
 - иные документы по требованию Страховщика, позволяющие объективно установить факт наступления страхового случая и определить размер понесенных расходов.
- 12.13.1. При обращении за возмещением расходов по посмертной репатриации тела Застрахованного лица, оплатившее расходы по репатриации предоставляет:
- письменное заявление по установленной Страховщиком форме;
 - оригинал страхового полиса и документ, подтверждающий оплату страховой премии;
 - документы, удостоверяющие личность лица, оплатившего расходы по репатриации; нотариально заверенную копию свидетельства о смерти;
 - копию медицинского свидетельства о смерти или иного официального документа с информацией о причинах смерти;
 - документы, подтверждающие расходы по репатриации, подлежащие возмещению.
- В случае смерти Застрахованного Страховщик и/или сервисная компания организует репатриацию тела, и оплачивают согласованные и санкционированные сервисной компанией или Страховщиком расходы по вскрытию и бальзамированию тела, пребыванию тела в морге, по приобретению гроба, требуемого для перевозки, оформлению необходимых для перевозки документов, перевозке тела в аэропорт прибытия, указанный в ранее приобретенном обратном билете Застрахованного, или в населенный пункт места постоянного проживания Застрахованного (при репатриации из России и стран СНГ).
- официально заверенную доверенность от лица, понесшего расходы по посмертной репатриации Застрахованного, если получатель выплаты не является лицом, понесшим возмещаемые расходы;
 - иные документы по требованию Страховщика, позволяющие объективно установить факт наступления страхового случая и определить размер понесенных расходов.
- 12.14. Выплата страховой суммы производится в рамках лимита ответственности Страховщика по услуге «Непредвиденные расходы, связанные с оплатой организации медико-транспортных услуг» в размере не более 10% от страховой

суммы на одного Застрахованного по договору страхования.

- 12.15. Проценты согласно ст. 317.1 Гражданского кодекса Российской Федерации на денежные обязательства сторон не начисляются и не выплачиваются, если условиями конкретного договора страхования не предусмотрено иное.

13. ОТКАЗ В СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЕ

- 13.1. Страховщик вправе отказать в страховой выплате, если:
- 13.1.1. установлен факт передачи Застрахованным страхового полиса другому лицу для получения им медицинской услуги;
 - 13.1.2. Страхователь предоставил искаженные сведения о Застрахованном при заключении договора страхования;
 - 13.1.3. требование выплаты предъявлено по событиям, подпадающим под перечень исключений;
 - 13.1.4. Застрахованным не выполнялись предписания лечащего врача или нарушался определенный лечащим врачом больничный режим.
- 13.2. Решение об отказе в страховой выплате принимается Страховщиком и сообщается Страхователю в письменной форме с мотивированным обоснованием причин отказа в течение 10-ти рабочих дней с момента принятия Страховщиком данного решения (или в иной срок, предусмотренный сторонами в договоре страхования). Отказ Страховщика произвести страховую выплату может быть обжалован Страхователем в суде.

14. ПОРЯДОК РАЗРЕШЕНИЯ СПОРОВ

- 14.1. Настоящими Правилами страхования устанавливается обязательный досудебный (претензионный) порядок урегулирования любых споров в рамках договора страхования, кроме событий предусмотренных услугой «Наступление негативных последствий для здоровья Застрахованного в результате обращения в медицинское учреждение».
- 14.2. При наличии разногласий между Страховщиком и Страхователем (Застрахованным) и/или медицинским учреждением (сервисной организацией) относительно исполнения Страховщиком своих обязательств по договору страхования до предъявления к Страховщику иска, вытекающего из неисполнения или ненадлежащего исполнения им обязательств по договору страхования, несогласия Страхователя (Застрахованного) и/или медицинского учреждения (сервисной организации) с размером осуществленной Страховщиком страховой выплаты Страхователь (Застрахованный), медицинское учреждение (сервисная организация) направляет Страховщику письменную претензию с оригиналами (копиями, заверенными надлежащим образом) документов, приложенными к ней и обосновывающими требование Страхователя (Застрахованного), которая, подлежит рассмотрению Страховщиком в течение 10 (Десяти) рабочих дней со дня поступления. В течение указанного срока Страховщик обязан или удовлетворить выраженное Страхователем (Застрахованным) и/или медицинским учреждением (сервисной организацией) требование или направить мотивированный отказ в удовлетворении такого требования.
- 14.2.1. Основаниями для отказа в удовлетворении претензии являются:
- направление претензии лицом, не являющимся Страхователем (Застрахованным) или уполномоченным лицом медицинского учреждения (сервисной организации) и

не предоставившим оригинал (надлежащим образом заверенную копию) документа, подтверждающий его полномочия;

- непредставление оригиналов (заверенных надлежащим образом копий) документов, обосновывающих требования Страхователя (Застрахованного), медицинского учреждения (сервисной организации);

- в случае получения выплаты в безналичном порядке – отсутствие в претензии указания на банковские реквизиты Страхователя (Застрахованного).

14.3. Страховщик имеет право направить мотивированный отказ в удовлетворении требований Страхователя (Застрахованного) и/или медицинского учреждения (сервисной организации) на адрес электронной почты, указанный в заявлении о страховом событии.

14.4. При отклонении претензии полностью или частично, либо неполучении ответа в установленный п. 14.2. Правил срок, Страхователь (Застрахованный) и/или медицинское учреждение (сервисная организация) имеют право предъявить иск в суд в порядке, предусмотренном действующим законодательством.

15. ИНЫЕ УСЛОВИЯ

15.1. Если иное не указано в настоящих Правилах и договоре страхования, все извещения, заявления и уведомления по договору страхования считаются выполненными стороной договора надлежащим образом, если они выполнены в письменной форме и подписаны уполномоченными представителями стороны.

15.2. Согласование стороной договора страхования каких – либо условий с другой стороной признается осуществленными надлежащим образом, если факт такого согласования удостоверен в письменной форме уполномоченным представителем другой стороны.

Программы добровольного медицинского страхования

В рамках Программ медицинского страхования №№ 1-16 заключаются договоры страхования по Правилам № 15 Добровольного медицинского страхования с целью покрытия расходов на медицинские услуги и медикаменты в медицинских учреждениях сверх услуг, оказываемых по территориальной программе обязательного медицинского страхования.

При возникновении у Застрахованного необходимости в медицинских услугах, указанных в программе, он должен обратиться к Страховщику и согласовать свои действия с доверенным лицом Страховщика либо представителем сервисной компании.

При подтверждении доверенным врачом (представителем сервисной компании) у Страхователя (Застрахованного) заболевания или состояния, требующего оказания медицинских услуг, предусмотренных Программой медицинского страхования, Страхователь (Застрахованный) направляется в медицинское учреждение, с которым у Страховщика есть договорные отношения, для получения квалифицированной медицинской помощи.

Страховщик производит оплату медицинских услуг, оказанных в этом случае Страхователю (Застрахованному), в объеме, не превышающем страховой суммы, указанной в договоре страхования (полисе). Если стоимость оказанных Страхователю (Застрахованному) медицинских услуг превышает страховую сумму, то разницу между страховой суммой и стоимостью оказанных медицинских услуг Страхователь (Застрахованный) оплачивает из собственных средств. В течение срока действия договора страхования Страхователь вправе расширить перечень Программ медицинского страхования или повысить размер страховой суммы, заключив дополнительное соглашение к договору страхования и уплатив при этом дополнительный страховой взнос.

При заключении договора страхования Страхователю (Застрахованному) может быть предложено несколько вариантов организации медицинской помощи (медицинских услуг) при наступлении страхового случая, однако, если страховой случай произошел, выбор конкретного места и методики лечения определяет доверенный врач страховой компании (представитель сервисной компании) по согласованию со Страхователем (Застрахованным), исходя из суммы страховой ответственности Страховщика по договору страхования.

1. Программа: «Амбулаторно-поликлиническая помощь».

Страхование по данной Программе медицинского страхования имеет основной целью предоставление и оплату амбулаторных оздоровительных и лечебно-профилактических мероприятий по укреплению здоровья Застрахованного лица в амбулаторно-поликлинических условиях и у врачей частной практики, определенных договором страхования.

Программа включает следующие услуги:

- 1) услуги сервисной компании
- 2) лечебно-диагностическая помощь на дому у пациента с привлечением при необходимости консультантов – хирурга, невропатолога, кардиолога, гинеколога.
- 3) оформление листков нетрудоспособности (больничных листов), ведение медицинской документации
- 4) оформление рецептов на приобретение лекарственных препаратов, за исключением льготного лекарственного обеспечения
- 5) первичный, повторный и консультативный прием врачами-терапевтами и специалистами

- б) лабораторные и инструментальные методы диагностики:
- ЭКГ, велоэргометрия, реовазография, электро-энцефалография, холтеровское мониторирование;
 - рентгенологические исследования органов грудной клетки, брюшной полости, черепа, костной системы;
 - томография;
 - тепловидение;
 - УЗ методы исследования;
 - эндоскопические исследования;
 - клинические, биохимические, бактериологические и иммунологические исследования биологических жидкостей организма (крови, мочи, мокроты);
 - другие исследования, оказываемые медицинским учреждением, указанным в договоре страхования.
- 7) лечебные манипуляции, процедуры и амбулаторные операции
- 8) восстановительное лечение на базе лечебного учреждения, указанного в договоре страхования (массаж, водо-, электро- и теплотечение, магнито- и лазеротерапия, лечебная физкультура).
- 9) все виды профилактических медицинских осмотров
- 10) медицинское обеспечение детских, оздоровительных, спортивных, трудовых лагерей, лагерей труда и отдыха, спортивных состязаний, массовых культурных и общественных мероприятий.
- 11) вакцинация
- 12) медицинские услуги, осуществляемые по желанию граждан при отсутствии аналогичных услуг по территориальной программе обязательного медицинского страхования.
- 13) наступление негативных последствий для здоровья Застрахованного в результате обращения в медицинское учреждение.

Медицинская помощь оказывается в амбулаторно-поликлиническом учреждении, указанном в договоре страхования, по месту работы или на дому в черте города по следующим специальностям:

- кардиология;
- ревматология;
- гастроэнтерология;
- пульмонология (за исключением туберкулеза и онкологических заболеваний);
- эндокринология;
- неврология;
- педиатрия;
- терапия (общая);
- инфекционные болезни;
- травматология;
- урология, нефрология;
- торакальная хирургия;
- проктология;
- кардиохирургия, за исключением случаев указанных в Правилах страхования;
- сосудистая хирургия;
- хирургия (общая);
- гинекология;
- отоларингология;
- офтальмология;
- дерматология;
- аллергология;
- ортопедия;

- андрология.

2. Программа: «Стационарная помощь».

Страхование по данной Программе медицинского страхования имеет основной целью осуществление стационарных оздоровительных и лечебно-профилактических мероприятий по укреплению здоровья Застрахованного лица как при плановом (по направлению Медицинского учреждения), так и при экстренном (по жизненным показаниям) обращении его за лечением.

Программа включает следующие услуги:

- 1) услуги сервисной компании
- 2) пребывание в стационаре, включая питание и медикаментозное лечение* в следующих отделениях по соответствующим заболеваниям:
 - кожное;
 - урологическое;
 - травматолого-ортопедическое;
 - хирургическое;
 - сосудистой хирургии;
 - кардиологическое;
 - гинекологическое;
 - офтальмологическое;
 - неврологическое;
 - эндокринологическое;
 - гастроэнтерологическое;
 - терапевтическое;
 - пульмонологическое;
 - отоларингологическое;
 - ревматологическое;
 - проктологическое;
 - физиотерапевтическое;
 - анестезиологии и реанимации;
 - реанимации – интенсивной терапии.
- 3) консультации врачей-специалистов
- 4) диагностические исследования по медицинским показаниям:
 - 4.1. лабораторно-диагностические исследования:
 - клинические;
 - биохимические;
 - иммунологические;
 - серологические;
 - бактериологические;
 - гормональные;
 - 4.2. диагностические исследования:
 - рентгенография, рентгеноскопия, в том числе хирургическая;
 - компьютерная томография;
 - радиоизотопная диагностика;
 - функциональная диагностика, в том числе ультразвуковая.
 - другие исследования, оказываемые медицинским учреждением, указанном в договоре страхования.
- 5) анестезиологические и реанимационные мероприятия.
- 6) оперативные вмешательства 1-16 категории сложности.
- 7) наступление негативных последствий для здоровья Застрахованного в результате обращения в медицинское учреждение.

*срок пребывания застрахованного в стационаре определяется по медицинским показаниям.

3. Программа: «Скорая (экстренная) помощь».

Программа медицинского страхования гарантирует оказание медицинской помощи по экстренным показаниям.

Данная Программа включает следующие медицинские услуги:

- 1) услуги сервисной компании;
- 2) выезд бригады «Скорой помощи»;
- 3) купирование неотложного состояния;
- 4) лечебные и диагностические процедуры, определяемые оснащением автомобиля «Скорой помощи»;
- 5) транспортировку Застрахованного лица в или из медицинского учреждения бригадой «Скорой помощи».

Медицинская помощь оказывается подразделением «Скорой помощи» медицинского учреждения или альтернативной службой «Скорой помощи».

- 6) наступление негативных последствий для здоровья Застрахованного в результате обращения в медицинское учреждение.

4. Программа: «Корпоративный врач».

Страхование по данной Программе медицинского страхования имеет основной целью оказание медицинской помощи Застрахованным по месту работы.

Программа включает следующие услуги:

- 1) услуги сервисной компании,
- 2) консультации врача-терапевта по телефону,
- 3) вызов врача-терапевта на предприятие Застрахованного,
- 4) наблюдение и лечение Застрахованного лица в период развития острых и обострения хронических заболеваний,
- 5) оформление листков нетрудоспособности (больничных листов), ведение медицинской документации,
- 6) оформление рецептов на приобретение лекарственных препаратов, за исключением льготного лекарственного обеспечения,
- 7) консультации специалистов и диагностические исследования,
- 8) организация и контроль медицинской помощи в лечебном учреждении,
- 9) организация профилактических осмотров, вакцинации (вакцина приобретается Застрахованным лично либо по программе «Лекарственное обеспечение»).
- 10) наступление негативных последствий для здоровья Застрахованного в результате обращения в медицинское учреждение.

5. Программа: «Семейный доктор».

Страхование по данной Программе медицинского страхования имеет основной целью оказание медицинской помощи Застрахованным по месту жительства.

Программа включает следующие услуги:

- 1) услуги сервисной компании,
- 2) круглосуточные консультации врача по телефону,
- 3) вызов врача на дом,
- 4) наблюдение и лечение застрахованных лиц в период развития острых и обострения хронических заболеваний,
- 5) оформление листков нетрудоспособности (больничных листов), ведение медицинской документации,
- 6) оформление рецептов на приобретение лекарственных препаратов, за исключением льготного лекарственного обеспечения,

- 7) консультации специалистов и диагностические исследования,
- 8) организация и контроль медицинской помощи в лечебном учреждении,
- 9) вакцинация (вакцина приобретается Застрахованным лично либо по программе «Лекарственное обеспечение»).
- 10) наступление негативных последствий для здоровья Застрахованного в результате обращения в медицинское учреждение.

6. Программа: «Стоматологическая помощь: экстренная, терапевтическая и хирургическая».

Страхование по данной Программе медицинского страхования имеет основной целью оказание медицинской помощи в области стоматологии.

Программа включает следующие услуги:

- 1) диагностические стоматологические мероприятия (рентгенологическое обследование, реография и др.) по показаниям врачей – стоматологов;
- 2) консультативные услуги врачей – стоматологов;
- 3) лечебные терапевтические мероприятия и процедуры, проводимые по медицинским показаниям (лечение кариеса, пульпита, периодонтита, стоматита, пломбирование, снятие зубных отложений и др.);
- 4) лечебные хирургические мероприятия, проводимые по медицинским показаниям (обезболивание при удалении зуба, удаление зуба, цистэктомия, остановка кровотечения и др.);
- 5) дополнительные лечебные мероприятия, проводимые по медицинским показаниям.

Медицинская помощь оказывается в амбулаторно-поликлиническом учреждении, располагающем стоматологической службой, либо в самостоятельном стоматологическом учреждении по поводу острого или обострения хронического заболевания зубов и/или полости рта.

- 6) наступление негативных последствий для здоровья Застрахованного в результате обращения в медицинское учреждение.

7. Программа: «Лекарственное обеспечение».

Программа включает следующие медицинские услуги:

- 1) оплата лекарств, приобретаемых в аптеке (или ином фармацевтическом учреждении) по рецепту врача, за исключением льготных рецептов,
- 2) оплата вакцины для проведения вакцинации.
- 3) наступление негативных последствий для здоровья Застрахованного в результате обращения в медицинское учреждение.

8. Программа: «Ведение осложненной беременности и родов».

Программа медицинского страхования включает следующие услуги:

- 1) прием врача акушера-гинеколога;
- 2) консультация врачей-специалистов;
- 3) функциональные методы исследования;
- 4) оформление листов нетрудоспособности (больничных листов), ведение медицинской документации, включая оформление обменной карты беременной (в сроке 28 недель беременности);
- 5) оформление рецептов на приобретение лекарственных препаратов, за исключением льготного лекарственного обеспечения
- 6) наблюдение беременной с 36 недель и родовспоможение индивидуальным врачом;
- 7) использование современной наркозно-дыхательной аппаратуры;

- 8) использование одноразового инструмента;
- 9) анестезия;
- 10) пребывание беременной в родовом отделении в одно – двухместной палате;
- 11) пребывание матери и новорожденного (по желанию пациентки – раздельно) в послеродовом отделении в одно – двухместной палате.

Объем предоставляемых по программе услуг определяется медицинскими показаниями.

- 12) наступление негативных последствий для здоровья Застрахованного в результате обращения в медицинское учреждение.

9. Программа: «Санаторно – курортное и восстановительное лечение».

Страхование по данной Программе медицинского страхования имеет основной целью обеспечение Застрахованных санаторно – курортным и восстановительным лечением после перенесенного заболевания по причине острых терапевтических, хронических заболеваний и хирургических вмешательств.

Программа включает следующие услуги:

- 1) реабилитационно – восстановительное лечение (включая питание и медикаментозное лечение) не более 21 дня в течение срока действия договора
- 2) консультации врачей-специалистов,
- 3) лабораторные исследования,
- 4) физиотерапевтические методы лечения (лазеротерапия, магнитотерапия, электросон, ультразвуковая терапия, КВЧ-терапия, индуктотермия, ингаляции, баротерапия и др.);
- 5) лечебная физкультура;
- 6) лечебное плавание;
- 7) массаж;
- 8) фитотерапия;
- 9) гирудотерапия;
- 10) лечение природными факторами (бальнеологическое, грязелечение, климатолечение, талассотерапия, терренкур, душ Шарко, подводное вытяжение и др.);
- 11) лечебные процедуры и манипуляции, осуществляемые в условиях санаторно-курортного учреждения платно (лекарственные блокады, внутрисуставные инъекции, баночный массаж, промывание миндалин, кишечные промывания и др.);
- 12) нетрадиционные методы лечения (иглорефлексотерапия, су-джок-терапия, мануальная терапия и постзимомерметрическая релаксация, гомеопатическое лечение, точечный массаж, аурикулодиагностика и аурикулотерапия, электропунктура и др.);
- 13) психотерапия;
- 14) лечение андрологической и сексологической патологии;
- 15) лечебное голодание, разгрузочно-диетическая терапия, диетолечение.

Услуги застрахованным оказываются в следующих медицинских учреждениях:

- санаториях;
- санаториях-профилакториях;
- водо- и грязелечебницах;
- больницах и специализированных отделениях восстановительного лечения;
- физкультурных диспансерах;
- реабилитационных центрах;
- физио-кабинетах амбулаторно-поликлинических учреждений, имеющих лицензию на основную медицинскую деятельность, по медицинским показаниям, определяемым врачами медицинского учреждения, предусмотренного договором.

Объем предоставляемого медицинским учреждением сервиса (категорийность, уровень услуг) определяется договором страхования.

- 16) наступление негативных последствий для здоровья Застрахованного в результате обращения в медицинское учреждение.

10. Программа: Комплексная программа «Предприятие».

Страхование по данной Программе медицинского страхования имеет основной целью осуществление амбулаторных оздоровительных и лечебно-профилактических мероприятий по укреплению здоровья работников предприятия.

Программа включает следующие услуги:

- 1) услуги сервисной компании,
- 2) консультации корпоративного врача по телефону, в офисе и на дому,
- 3) наблюдение и лечение Застрахованного лица в период развития острых и обострения хронических заболеваний,
- 4) оформление листков нетрудоспособности (больничных листов), ведение медицинской документации,
- 5) оформление рецептов на приобретение лекарственных препаратов, за исключением льготного,
- 6) консультации специалистов и диагностические исследования,
- 7) организация и контроль медицинской помощи в лечебном учреждении,
- 8) поликлиническую помощь при впервые выявленных заболеваниях внутренних органов и опорно-двигательного аппарата, при хирургических заболеваниях, при инфекционных заболеваниях, при острых отравлениях, травматических повреждениях костей, мягких тканей и внутренних органов,
- 9) реабилитационно – восстановительное лечение (включая питание и медикаментозное лечение) не более 21 дня в течение срока действия договора
- 10) услуги «Скорой помощи» (согласно программе № 3),
- 11) стационарная помощь (согласно программе № 2).
- 12) наступление негативных последствий для здоровья Застрахованного в результате обращения в медицинское учреждение.

11. Программа: Комплексная программа для руководителей предприятий «VIP-клиент».

Программа включает следующие услуги:

- 1) услуги сервисной компании,
- 2) консультации корпоративного врача по телефону, на предприятии или на дому,
- 3) наблюдение и лечение Застрахованного лица в период развития острых и обострения хронических заболеваний Корпоративным врачом на предприятии или на дому у Застрахованного лица,
- 4) оформление листков нетрудоспособности (больничных листов), ведение медицинской документации,
- 5) оформление рецептов на приобретение лекарственных препаратов, за исключением льготного,
- 6) консультации специалистов и диагностические исследования,
- 7) организация и контроль медицинской помощи в лечебном учреждении,
- 8) поликлиническую помощь при впервые выявленных заболеваниях внутренних органов и опорно-двигательного аппарата, при хирургических заболеваниях, при инфекционных заболеваниях, при острых отравлениях, травматических повреждениях костей, мягких тканей и внутренних органов,
- 9) услуги «Скорой помощи» (согласно Программе № 3),
- 10) стационарную помощь (согласно Программе № 2),
- 11) экстренная стоматологическая помощь (согласно Программе № 6),

- 12) лекарственное обеспечение (согласно Программе № 7),
- 13) восстановительное лечение (согласно Программе № 9).
- 14) наступление негативных последствий для здоровья Застрахованного в результате обращения в медицинское учреждение.
- 15) медико-транспортные услуги.

12. Страхование граждан, находящихся вне постоянного места жительства «Путешественник».

Страхование по данной Программе медицинского страхования имеет основной целью оказание медицинской помощи Застрахованным, находящимся вне постоянного места жительства в связи с туристической поездкой, участием в спортивных и культурно-развлекательных мероприятиях, путешествиях, круизах, походах.

Программа включает следующие услуги:

- 1) услуги сервисной компании,
- 2) экстренная амбулаторная помощь,
- 3) экстренная стационарная помощь,
- 4) экстренная стоматология с лимитом страховой суммы в 2000 (Две тысячи) рублей,
- 5) наступление негативных последствий для здоровья Застрахованного в результате обращения в медицинское учреждение.
- 6) медико-транспортные услуги.

Медицинские услуги Застрахованным оказываются по месту фактического пребывания учреждением по направлению сервисной компании.

13. Программа: «Страхование граждан, временно въезжающих на территорию РФ «Иностранец».

Страхование по данной Программе медицинского страхования имеет основной целью оказание медицинской помощи Застрахованным – физическим лицам, не являющимися гражданами РФ, находящимся на территории РФ на законных основаниях.

Программа включает следующие услуги:

- 1) услуги сервисной компании,
- 2) экстренная амбулаторная помощь,
- 3) экстренная стационарная помощь,
- 4) лечение обострений хронических заболеваний,
- 5) лабораторные и функциональные методы исследований,
- 6) наступление негативных последствий для здоровья Застрахованного в результате обращения в медицинское учреждение.
- 7) медико-транспортные услуги.

Программа предусматривает следующие варианты страхования:

Программа А – покрывает расходы Застрахованного, наступившие в результате травмы, полученной в любой период времени, острого заболевания, обострения хронического заболевания, расходы вследствие несчастного случая, заболевания или смерти Застрахованного, связанные с репатриацией к ПМЖ (постоянному месту жительства).

Программа Б – покрывает расходы Застрахованного, наступившие в результате травмы, полученной в период вне производства, острого заболевания; расходы вследствие несчастного случая, заболевания или смерти Застрахованного, связанные с репатриацией к ПМЖ.

Программа В – покрывает расходы Застрахованного, наступившие в результате травмы на производстве (кроме случаев, когда травма получена при нарушении техники

безопасности); расходы вследствие несчастного случая, заболевания или смерти Застрахованного, связанные с репатриацией к ПМЖ.

Медицинские услуги Застрахованным оказываются медицинскими учреждениями по месту фактического пребывания.

14. Программа: «Комплекс».

Страхование по данной Программе медицинского страхования имеет основной целью обеспечение Застрахованных полным комплексом медицинских услуг.

Программа включает следующие услуги:

- 1) услуги сервисной компании,
- 2) скорая (экстренная) медицинская помощь,
- 3) консультации врачей общей практики и специалистов,
- 4) диагностические исследования по медицинским показаниям (клинико-диагностическая лаборатория, рентгенологическая служба, ультразвуковое исследование, эндоскопическое исследование),
- 5) оформление листков нетрудоспособности (больничных листов), ведение медицинской документации,
- 6) оформление рецептов на приобретение лекарственных препаратов, за исключением льготного лекарственного обеспечения,
- 7) все виды амбулаторной и поликлинической помощи,
- 8) пребывание в стационаре, включая питание и медикаментозное лечение,
- 9) все виды стоматологической помощи, исключая протезирование,
- 10) анестезиологические и реанимационные мероприятия,
- 11) оперативные вмешательства 1-16 категории сложности,
- 12) восстановительное лечение (физиотерапия, лечебная физкультура, массаж),
- 13) все виды профилактических медицинских осмотров,
- 14) вакцинация,
- 15) реабилитационное восстановительное лечение (включая питание и медикаментозное лечение) не более 21 дня в течение срока действия договора,
- 16) лечебные процедуры и манипуляции, осуществляемые в условиях санаторно-курортного учреждения,
- 17) нетрадиционные методы лечения (иглорефлексотерапия, су-джок-терапия, мануальная терапия, гомеопатическое лечение, точечный массаж и др.),
- 18) психотерапия.

Медицинские услуги по данной Программе оказываются Застрахованным медицинскими учреждениями, указанными в договоре (полисе) страхования, в объеме, обусловленном медицинскими показаниями, по направлению и по согласованию со Страховщиком.

- 19) наступление негативных последствий для здоровья Застрахованного в результате обращения в медицинское учреждение.

15. Программа: «Клещ».

Страхование по данной Программе медицинского страхования предусматривает предоставление услуг и оплату расходов по профилактике заболевания клещевым энцефалитом путем проведения экстренной иммунизации в случае укуса клеща (в т.ч. повторного), исследованию клеща на инфицированность (клещевой энцефалит, Лайм-боррелиоз), профилактике болезни Лайм-боррелиоза путём назначения антибиотиков тетрациклинового ряда, а при заболевании – лечение клещевых инфекций у Застрахованных лиц при их госпитализации.

Программа включает в себя:

- 1) Амбулаторную помощь:
 - 1.1. первичный прием и осмотр специалистом;

- 1.2. удаление клеща в асептических условиях;
- 1.3. исследование клеща на инфицированность в течение первых суток после укуса (удаления), в т.ч. в формате мультиплекс;
- 1.4. введение противоклещевого иммуноглобулина при обращении не позднее 72 часов после укуса (удаления);
- 1.5. профилактическое назначение врачом антибиотиков тетрациклинового ряда при положительном результате анализа клеща на Лайм-боррелиоз.

2) Стационарную помощь:

- 2.1. консультация, наблюдение и лечение высококвалифицированными специалистами;
- 2.2. диагностические и лабораторные исследования, проводимые по поводу инфекционного заболевания, передаваемого при укусе клеща;
- 2.3. использование высокоэффективных лекарственных препаратов;
- 2.4. физиотерапевтическое лечение (по медицинским показаниям).

Страховщик не несет ответственности, если Застрахованный обратился:

- по истечении 72 часов с момента укуса (удаления) клеща;
- по поводу оплаты услуг, которые не были рекомендованы Страховщиком;
- по поводу заболевания клещевыми инфекциями после несвоевременной иммунизации.

- по поводу осложнений, связанных с удалением клеща вне медицинских учреждений, предусмотренных договором страхования.

3) Наступление негативных последствий для здоровья Застрахованного в результате обращения в медицинское учреждение.

Лимит ответственности Страховщика при профилактическом назначении врачом антибиотиков тетрациклинового ряда в случае положительного результата анализа клеща на Лайм-боррелиоз – 500,00 (Пятьсот) руб.

16. Программа: «Вакцина – Клещ».

Страхование по данной Программе медицинского страхования предусматривает предоставление услуг и оплату расходов по профилактическому вакцинированию от клещевого энцефалита, и дальнейшему амбулаторному обследованию и лечению, а также лечение клещевых инфекций при госпитализации вакцинированных Застрахованных лиц.

Программа включает в себя:

- 1) Амбулаторную помощь:
 - 1.1. проведение вакцинации (ревакцинации);
 - 1.2. первичный прием и осмотр специалистом;
 - 1.3. удаление клеща в асептических условиях;
 - 1.4. исследование клеща на инфицированность в течение первых суток после укуса (удаления), в т.ч. в формате мультиплекс;
 - 1.5. введение противоклещевого иммуноглобулина при обращении не позднее 72 часов после укуса (удаления);
- 2) Стационарную помощь:
 - 2.1. консультация, наблюдение и лечение высококвалифицированными специалистами;
 - 2.2. диагностические и лабораторные исследования, проводимые по поводу инфекционного заболевания, передаваемого при укусе клеща;
 - 2.3. использование высокоэффективных лекарственных препаратов;
 - 2.4. физиотерапевтическое лечение (по медицинским показаниям).

Страховщик не несет ответственности, если Застрахованный обратился:

- по истечении 72 часов с момента укуса (удаления) клеща;
- по поводу оплаты услуг, которые не были рекомендованы Страховщиком;
- по поводу заболевания клещевым энцефалитом после несвоевременной вакцинации (иммунизации);

- по поводу осложнений, связанных с удалением клеща вне медицинских учреждений, предусмотренных договором страхования.
- 3) Наступление негативных последствий для здоровья Застрахованного в результате обращения в медицинское учреждение.

УСЛОВИЕ СТРАХОВАНИЯ «КЛЕЩ +» ПО ПРОГРАММЕ ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

Условие страхования «Клещ +» – условие Программы добровольного медицинского страхования «Клещ», в рамках которого предоставляется специализированная, консультативная, стационарная и реабилитационно-восстановительная медицинская помощь по профилактике, диагностике и лечению инфекционных заболеваний, передающихся иксодовыми клещами, в объеме рисков (видов медицинской помощи и перечня медицинских услуг), предусмотренных Программой страхования. Условие предусматривает оказание медицинской помощи в период срока действия Договора страхования в медицинских учреждениях, из числа предусмотренных в Приложении № 2 к полису «Памятка Застрахованного».

СТРАХОВОЙ СЛУЧАЙ ПО УСЛОВИЮ «КЛЕЩ +»

Страховым случаем является обращение Застрахованного в течение срока действия Договора страхования в медицинское учреждение, из числа предусмотренных договором страхования, либо в медицинское учреждение, согласованное со Страховщиком, за получением медицинской и иной помощи по профилактике, диагностике и лечению инфекционных заболеваний при нападении и укусе клеща, в объеме рисков (видов медицинской помощи), предусмотренных Условием страхования «Клещ +», и повлекшее возникновение обязанности Страховщика произвести оплату предоставленных медицинских услуг.

Виды медицинской помощи, предоставляемой по Условию «Клещ +»:

- 1) амбулаторно-поликлиническая помощь – включает в себя в оказание специализированной медицинской помощи в течение первых 3-х суток после присасывания клеща;
- 2) стационарная помощь – оказывается в профильных отделениях при подозрении на заболевание клещевым энцефалитом, клещевым системным боррелиозом (болезнь Лайма), эрлихиозом, анаплазмозом, риккетсиозом после введения противоклещевого иммуноглобулина.
- 3) Застрахованный имеет право на получение реабилитационно – восстановительного лечения последствий клещевого энцефалита по медицинским показаниям в санаторно-курортных учреждениях в случае установления Застрахованному I группы инвалидности.

Перечень медицинских услуг, входящих в амбулаторно-поликлиническую помощь:

1. Первичный медицинский осмотр и удаление присосавшегося клеща в пункте иммуносеропрофилактики, указанном в «Памятке застрахованного»;
2. Лабораторное исследование клеща на наличие в нем вируса клещевого энцефалита, возбудителя клещевого системного боррелиоза;

Примечание: При одновременном укусе несколькими клещами анализ клещей на наличие возбудителей клещевого энцефалита и боррелиоза не проводится.

3. Введение противоклещевого иммуноглобулина в профилактических целях (в дозе 1 мл на 10 кг веса) не позднее 72 часов после укуса клеща, в случае:

- нарушения целостности клеща при его удалении;

- невозможности исследования клеща на зараженность вирусом клещевого энцефалита в течение первых 3-х суток с момента присасывания клеща;

4. Возможно диагностическое исследование крови человека на зараженность клещевым энцефалитом методом ПЦР, начиная с 7 дня после укуса клещом.

5. Возможно исследование крови человека на зараженность боррелиозом способом ПЦР после пройденного профилактического лечения боррелиоза через 30 дней после укуса клещом.

Примечание: Анализ крови проводится в том же пункте приёма клещей, в котором был проведен анализ клеща на боррелиоз.

6. При выявлении возбудителя клещевого боррелиоза по показаниям – консультации инфекциониста в течение одного календарного месяца после укуса клеща.

Перечень медицинских услуг, входящих в стационарную помощь:

- срочную госпитализацию в специализированное отделение (в 2-х - 4-х местные стандартные палаты);

- проведение комплекса необходимых диагностических и лечебно-профилактических мероприятий при заболевании клещевым энцефалитом, клещевым системным боррелиозом и другими клещевыми инфекциями;

- при необходимости – дополнительную консультативную помощь ведущих специалистов по данному профилю заболеваний.

Перечень медицинских услуг, входящих в реабилитационно-восстановительное лечение:

- восстановительное лечение проводится по назначению лечащего врача, подтвержденного выпиской из медицинской карты Застрахованного.

- проведение комплекса необходимых диагностических и лечебно-профилактических мероприятий после перенесенного заболевания, являющегося страховым случаем, в следующих медицинских учреждениях: санаториях; санаториях-профилакториях; водо- и грязелечебницах; больницах и специализированных отделениях восстановительного лечения; физкультурных диспансерах; реабилитационных центрах; физиокабинетах амбулаторно-поликлинических учреждений.

- перечень медицинских услуг: физиотерапевтические методы лечения (лазеротерапия, магнитотерапия, электросон, ультразвуковая терапия, КВЧ-терапия, индуктотермия, ингаляции, баротерапия и др.); лечебная физкультура; лечебное плавание; массаж; фитотерапия; гирудотерапия; лечебные процедуры и манипуляции, осуществляемые в условиях санаторно-курортного учреждения платно (лекарственные блокады, внутрисуставные инъекции, баночный массаж, промывание миндалин, кишечные промывания и др.);

Условие страхования предусматривает гарантированное оказание медицинской помощи в пунктах иммуносеропрофилактики, в стационаре, а также при реабилитационно-восстановительном лечении. Условием страхования не предусмотрено внесение изменений в течение срока действия договора страхования в условия страхования, перечень страховых рисков и размер страховой суммы.

Ответственность страховщика наступает через 7 (семь) дней после вступления Договора страхования (Полиса) в законную силу.

Лимит ответственности Страховщика на амбулаторно-поликлиническую помощь не может превышать 20% от общей страховой суммы.

Лимит ответственности Страховщика по факту оказания медицинских услуг в населенных пунктах, не указанных в Приложении № 2 «Памятка Застрахованного» (если иное не предусмотрено договором с лечебным учреждением), составляет:

- стоимость иммуноглобулина — 1 мл — 550 руб;
- услуга врача (одно обращение) — 500 руб;
- стоимость анализа клеща на боррелиоз — 500 руб;
- стоимость анализа клеща на энцефалит — 500 руб;
- стоимость анализа крови на клещевой энцефалит – 850 руб.
- стоимость анализа крови на боррелиоз — 850 руб.

Лимит ответственности Страховщика на стационарную помощь не может превышать 40% от общей страховой суммы.

Лимит ответственности Страховщика на реабилитационно-восстановительное лечение не может превышать 40% от общей страховой суммы. Медицинская помощь Застрахованным предоставляется в соответствии с режимом работы медицинского учреждения при обязательном наличии карточки «ОСПЗ» («Объединенная Сибирская Противоклещевая Защита»), документа, удостоверяющего личность и полиса ДМС.

СТРАХОВЫЕ ВЫПЛАТЫ:

Осуществляются Страховщиком по наступившим страховым случаям в медицинское учреждение в виде оплаты стоимости медицинских и иных услуг, оказанных Застрахованным после получения счета, счета-фактуры, реестра и Акта выполненных работ, оформленных надлежащим образом. Если Застрахованному потребовалась медицинская помощь в населенном пункте, не указанном в «Памятке Застрахованному» Застрахованный, самостоятельно оплачивает стоимость предусмотренных Условием страхования медицинских и иных услуг, при условии согласования со Страховой компанией в течение 3 (трех) суток с момента укуса клещом. Затраты на иммуносеропротекцию, анализ клеща на энцефалит, боррелиоз, а также анализ крови на клещевой энцефалит и боррелиоз возмещаются Страховой компанией, в течение 30 (тридцати) календарных дней после предъявления документов, подтверждающих факт оказания медицинской помощи (амбулаторная карта, справка, выписка из лечебной карты, эпикриз); размера затраченной суммы (счет-фактура, копия чека, кассовый чек, квитанция). Страховая выплата осуществляется Страховщиком в виде возмещения Застрахованному его личных средств, израсходованных на получение медицинской помощи, наличными или перечислением денежных средств на его расчетный счет.

Для решения вопроса о страховой выплате Застрахованному лицу необходимо представить следующие документы:

- заявление о наступлении страхового события;
 - выписку из медицинской карты (выписной эпикриз), подтверждающие факт наступления страхового случая, заверенную лечащим врачом и печатью ЛПУ;
 - оригиналы платежных документов: кассовые чеки, копии чеков с расшифровкой полученных медицинских услуг (в том числе приходные кассовые ордера, квитанции и т.п.), подтверждающие перечень оказанных медицинских и иных услуг, и их стоимость.
- Данный срок может быть продлен при предоставлении документов, оформленных ненадлежащим образом, а также при наличии мотивированных сомнений Страховщика в подлинности представленных документов, обоснованности назначения лечащим врачом лекарственного средства и т.п. По требованию Страховщика Страхователь или Застрахованный обязан предоставить иную медицинскую документацию, подтверждающую обоснованность назначенного лечения.

ИСКЛЮЧЕНИЕ ИЗ УСЛОВИЯ «КЛЕЩ +»

1. Не признается страховым случаем обращение Застрахованного за получением медицинских и иных услуг:

- не предусмотренных договором страхования;

- обращение за медицинской помощью по истечении срока действия Договора страхования (Полиса).
2. Не признается страховым случаем, если иное не оговорено в Договоре страхования:
- лечение и лекарственное обеспечение, которое не является обоснованным и необходимыми с медицинской точки зрения, а также услуги, не имеющие лечебных целей;
 - любые повторные медицинские услуги, аналогичные проведенным ранее в другом лечебном учреждении в отношении одних и тех же жалоб, симптомов, синдромов или состояний, кроме случаев, согласованных со Страховщиком;
 - оплата услуг, препаратов, лечения, включая любой период пребывания в стационаре или амбулаторного лечения, которые не были рекомендованы, письменно засвидетельствованы уполномоченным представителем Страховщика или лечащим врачом Застрахованного как необходимые и разумные меры;
 - любые услуги, если они оказаны в связи с заболеванием (осложнением, состоянием), возникшим в результате того, что Застрахованный (Страхователь) не следовал предписанным лечебным назначениям или не явился на назначенный прием к врачу;
 - любые медицинские услуги, процедуры, консультации и т.д., которые носят научно-исследовательский или экспериментальный характер;
 - местные и общие осложнения после иммуносеропротекции (эти осложнения являются индивидуальной реакцией организма на иммуноглобулин и требуют неотложной медицинской помощи за счёт средств ОМС);
 - обращение Застрахованного за серопротекцией позднее 72 часов с момента присасывания клеща;
 - обращение Застрахованного за стационарной помощью по лечению энцефалита при отсутствии или несвоевременно проведенной иммуносеропротекции;
 - оплата стоимости лекарственных средств, применяемых для профилактики и лечения клещевого боррелиоза в амбулаторных условиях;
 - заболевания, относящиеся к клещевым инфекциям, но диагностированные или перенесенные до вступления договора страхования в силу.

УСЛОВИЯ ПОЛИСА ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ «Клещ+»

Настоящие условия добровольного медицинского страхования (далее – условия) разработаны на основании программы «Клещ» Правил № 15. По настоящим условиям Страховщик организует и финансирует предоставление **Застрахованному – Гражданину РФ** медицинских и иных услуг, перечисленных в настоящих условиях, при наступлении следующих событий – укус иксодового клеща, развитие заболеваний, переносчиком которых являются иксодовые клещи: клещевой энцефалит, боррелиоз (болезнь Лайма).

ВИДЫ И ОБЪЕМ ПРЕДОСТАВЛЯЕМЫХ УСЛУГ

Услуги медицинской помощи, оказываемые на период действия полиса.

1. Первичный медицинский осмотр и удаление присосавшегося клеща в пункте иммуносеропротекции, указанном в «Памятке застрахованного».
2. Лабораторное исследование клеща на наличие в нем вируса клещевого энцефалита, возбудителя клещевого системного боррелиоза клеща неограниченное количество раз за период действия договора.
В Новосибирске и Барнауле Застрахованный может провести бесплатное исследование клеща на наличие возбудителей клещевого энцефалита и боррелиоза, образцов крови для

контрольного исследования после проведенной профилактики боррелиоза, в г. Горно-Алтайск на наличие возбудителей клещевого энцефалита на если давность укуса не превышает 48-ми часов.

Прием клещей на анализ проводится в пунктах, предусмотренных в «Памятке застрахованному» в период действия медицинской карточки ОСПЗ («Объединенная Сибирская Противоклещевая Защита»). Дата приёма клеща и наименование пункта исследования клеща отмечается на оборотной стороне отрывного талона медицинской карточки ОСПЗ. При отсутствии в медицинской карточке ОСПЗ отрывных талонов прием клещей на исследование у Застрахованных не производится до замены использованной карточки ОСПЗ на новую. Медицинская карточка ОСПЗ при приемке клеща для исследования ИЗЫМАЕТСЯ у Застрахованного и остается в пункте серопротекции на период проведения исследования. При положительном результате исследования на энцефалит медицинская карточка возвращается Застрахованному ТОЛЬКО после оказания услуги по экстренной серопротекции и отделения отрывного талона. При отрицательном результате анализа клеща на энцефалит серопротекция не проводится, медицинская карточка возвращается Застрахованному после отметки на оборотной стороне соответствующего отрывного талона.

Результаты лабораторных исследований Застрахованный получает в том же пункте, где осуществлялся прием клеща путем телефонного оповещения через одни сутки. Письменное лабораторное заключение выдается по запросу Застрахованного через двое суток.

Послепротекционное введение иммуноглобулина и бесплатное исследование клеща на энцефалит и боррелиоз не предусмотрено. Если иммуноглобулин введен без учета результатов анализа клеща, то Застрахованный может провести впоследствии исследование клеща, оплачивая его самостоятельно.

3. Введение противоклещевого иммуноглобулина в профилактических целях (в дозе 1 мл на 10 кг веса) не позднее 72 часов после укуса клеща неограниченное количество раз за период действия договора. Введение противоклещевого иммуноглобулина не проводится в случае:

- нарушения целостности клеща при его удалении;
- невозможности исследования клеща на зараженность вирусом клещевого энцефалита в течение первых 3-х суток с момента присасывания клеща;
- получение отрицательного результата лабораторное исследование клеща на наличие в нем вируса клещевого энцефалита

После серопротекции талон медицинской карточки ОСПЗ отрывается и остается в том пункте, в котором серопротекция проводилась. При повторном укусе клеща иммуноглобулин вводится не ранее, чем через месяц после предыдущего введения иммуноглобулина.

Страховщик не несет ответственности, если Застрахованный в течение 72-ти часов после укуса клеща не обратился в пункт серопротекции.

4. При первых подозрениях на заболевание Застрахованный должен обратиться к невропатологу по месту жительства (через участкового терапевта или в службу «Скорой помощи»), для наблюдения и, при необходимости, направляется на госпитализацию в специализированное отделение одного из медицинских учреждений по Программе государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи (ОМС).

При положительном результате анализа клеща на боррелиоз Застрахованный может провести контрольное исследование крови на наличие боррелий не более 2 (двух) раз по одному случаю заболевания за период действия медицинской карточки ОСПЗ. Анализ крови проводится в том же пункте приёма клещей, в котором был проведен анализ клеща

на боррелиоз и была сделана отметка на оборотной стороне отрывного талона медицинской карточки ОСПЗ. Анализ крови проводится после профилактического лечения боррелиоза, по назначению врача, при наличии документов, подтверждающих проведение лечения, не ранее одного месяца после укуса клеща, не позднее даты, предусмотренной договором страхования и срока, установленного лечебным учреждением.

5. В случае оказания экстренной серопротекции (за наличный расчет), возмещение затрат на иммуноглобулин Застрахованному производится однократно в течение действия договора страхования.

Для возмещения затрат на медикаменты Застрахованный должен обратиться к Страховщику и представить следующие документы:

- заявление установленной формы;
- полис страхования;
- документ, удостоверяющий личность;
- товарный чек, копию чека на оказанную услугу, заверенные печатью медицинского учреждения;
- выписку из истории болезни (амбулаторной карты) с указанием диагноза и перечня медикаментов, применяемых при оказании услуги.

Исследование клеща на наличие возбудителей клещевого энцефалита и боррелиоза, профилактическое введение иммуноглобулина человека против клещевого энцефалита производится неограниченное количество раз только после предъявления Застрахованным клеща, документа, удостоверяющего личность, страховой медицинской карточки ОСПЗ при наличии неиспользованных талонов. При отсутствии в медицинской карточке ОСПЗ отрывных талонов прием клещей на исследование у Застрахованных не производится до замены использованной карточки ОСПЗ на новую. Страховщик осуществляет замену использованной карточки ОСПЗ бесплатно.

ИСКЛЮЧЕНИЯ ИЗ УСЛОВИЙ СТРАХОВАНИЯ

- Страховщик не оплачивает медицинские услуги, оказываемые Застрахованному лицу по поводу любых заболеваний и связанных с ними осложнений не относящиеся к заболеваниям, источником которых является укус иксодового клеща.
- Услуги по желанию Застрахованного лица и (или) лиц, действующих в его интересах, в том числе обращение в лечебно-профилактическое учреждение в связи с нападением иксодового клеща и профилактикой заболеваний, передающихся иксодовым клещом;
- Расходы, возникшие после окончания срока действия договора страхования.

Приложение № 2
к Правилам № 15 Добровольного медицинского страхования

Базовые тарифы
к страховым программам добровольного медицинского страхования
(годовые в % от страховой суммы)

	Программы добровольного медицинского страхования	Тариф, %
1	Амбулаторно-поликлиническая помощь	34,66
2	Стационарная помощь	25,42
3	Скорая (экстренная) помощь	17,85
4	Корпоративный врач	16,31
5	Семейный доктор	58,47
6	Стоматологическая помощь: экстренная, терапевтическая и хирургическая	36,76
7	Лекарственное обеспечение	85,93
8	Ведение осложненной беременности и родов	69,86
9	Санаторно-курортное и восстановительное лечение	66,30
10	Предприятие	46,95
11	Комплексная программа для руководителей предприятий «VIP-клиент»	67,80
12	Страхование граждан, находящихся вне постоянного места жительства «Путешественник»	7,0
13	Страхование граждан, временно въезжающих на территорию РФ «Иностранец»	
13.1	Программа А	7,3
13.2	Программа Б	5,8
13.3	Программа В	5,0
14	Комплекс	80,00
15	Клещ	0,25
16	Вакцина-клещ	1,50

При заключении конкретного договора страхования Страховщик имеет право применять к базовым тарифным ставкам повышающие и понижающие коэффициенты в зависимости от следующих факторов риска: специфика производственной деятельности предприятия на котором работает Застрахованное лицо и его профессия (повышающие от 1,01 до 5,0 и понижающие от 0,1 до 0,99), состояние здоровья застрахованного лица (повышающие от 1,01 до 5,0 и понижающие от 0,1 до 0,99), занятий видами спорта (повышающие от 1,01 до 5,0 и понижающие от 0,1 до 0,99), объема ответственности и дополнительных услуг (повышающие от 1,01 до 5,0 и понижающие от 0,1 до 0,99) и других обстоятельств, имеющих существенное значение для определения степени страхового риска (повышающий коэффициент от 1,01 до 5,0 или понижающие от 0,1 до 0,99).