Дальневосточное железнодорожное акционерное страховое общество " ДальЖАСО "

УТВЕРЖДАЮ:

Генеральный директор АО «ДальЖАСО»

_____ С.В. Кучун

«11» ноября 2019г.

(приказом генерального директора от 01.07.1999г., в редакции приказа генерального директора 14.12.2006 г., в редакции приказа генерального директора № 5 от 17.01.2012 г., в редакции приказа генерального директора № 67 от «05» 07.2014г., в редакции приказа генерального директора № 91 от «05» 08.2015г., в редакции приказа генерального директора № 57 от « 27 » 05 .2016г., в редакции приказа генерального директора № 71 от «19» 09 .2018г., в редакции приказа генерального директора № 55 от «06» 06 .2019г., в редакции приказа генерального директора № 119 от «11» 11.2019г)

ПРАВИЛА
ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ ГРАЖДАН

Содержание:

1. Общие положения. Термины и определения
2. Субъекты страхования
3. Объект страхования
4. Страховые риски. Страховые случаи
5. Страховая сумма
6. Страховая премия (страховые взносы). Страховой тариф
7. Порядок заключения договора страхования и срок его действия
8. Права и обязанности сторон
9. Прекращение договора страхования
10. Порядок и условия осуществления страховой выплаты
11. Франшиза
12. Сроки давности и порядок разрешения споров
13. Приложения

1.Общие положения. Термины и определения

1.1. В соответствии с гражданским законодательством, нормативными актами Федерального органа исполнительной власти по надзору за страховой деятельностью и на основании настоящих Правил страхования (далее - Правила) Дальневосточное железнодорожное акционерное страховое общество "ДальЖАСО" (в дальнейшем по тексту - Страховщик) заключает договоры добровольного медицинского страхования, по которым гарантирует Застрахованным при

наступлении страхового случая организацию и оплату медицинских и иных, связанных с ними услуг, предусмотренных страховыми медицинскими Программами (далее – Программы страхования), являющимися неотъемлемой частью настоящих Правил.

1.2. Настоящее страхование осуществляется на основе Программ добровольного медицинского страхования и обеспечивает гражданам получение медицинской помощи определённого объема и качества сверх установленной программами обязательного медицинского страхования.

1.3. При заключении договора страхования на условиях настоящих Правил, в договоре страхования должно быть прямо указано на применение Правил. Вручение Страхователю Правил должно быть удостоверено записью в договоре страхования.

1.4. При заключении договора страхования или в период его действия до наступления страхового случая стороны могут договориться об изменении или исключении из условий договора отдельных положений настоящих Правил или дополнении договора страхования, при условии, что такие изменения, исключения или дополнения не противоречат законодательству Российской Федерации и настоящим Правилам.

1.5. Условия, не оговоренные настоящими Правилами, регламентируются соответствующими статьями Гражданского кодекса Российской Федерации, законом Российской Федерации «Об организации страхового дела в Российской Федерации», иными нормативными правовыми актами Российской Федерации, положениями договора страхования, а также обычаями делового оборота.

1.6. Основные термины, используемые в настоящих Правилах страхования:

Страховщик – Дальневосточное железнодорожное акционерное страховое общество “ДальЖАСО”- страховая организация, созданная в соответствии с Законодательством Российской Федерации для осуществления деятельности по страхованию и получившая лицензию на осуществлении соответствующего вида страховой деятельности в установленном законом порядке.

Страхователи - дееспособные физические лица, заключившие со Страховщиком договоры страхования в свою пользу или в пользу третьих лиц (Застрахованных), а также юридические лица, заключившие со Страховщиком договоры страхования в пользу своих работников, членов их семей или иных третьих лиц.

Амбулаторно-поликлиническая помощь – совокупность лечебно-диагностических и реабилитационно-восстановительных медицинских и иных услуг, проводимых на дому или в условиях поликлиники (здравпункта, травмпункта) и направленных на восстановление здоровья, выявление и профилактику заболеваний. Это неотложная помощь, первичная хирургическая обработка, плановые и экстренные диагностические исследования (лабораторные, рентгенологические, функциональные, эндоскопические, радиологические), плановые и экстренные лечебные манипуляции (физиотерапевтические процедуры, наложение отвердевающих повязок, шин, хирургические, гинекологические, урологические, офтальмологические, отоларингологические и другие амбулаторные процедуры), а также профилактические мероприятия (вакцинопрофилактика, медицинские осмотры).

Андеррайтинг – процесс оценки и принятия на страхование рисков по договору страхования.

Аптечные учреждения: организации, осуществляющие розничную торговлю лекарственными средствами, изготовление и отпуск лекарственных средств в соответствии с требованиями действующего законодательства РФ, имеющих лицензию на право осуществления фармацевтической деятельности, оказывающие услуги Застрахованным. К аптечным учреждениям относятся аптеки, аптеки учреждений здравоохранения, аптечные пункты, аптечные магазины, аптечные киоски. (ст. 4 Закона о лекарственных средствах).

Болезнь - внезапно возникшее расстройство здоровья, требующее предоставление Застрахованному медицинских и иных услуг. Внезапным может быть признано обострение хронического заболевания, по поводу которого Застрахованный проходил лечении в прошлом, или острое состояние, возникшее после получения травмы.

Дата установления диагноза - дата регистрации впервые выявленного заболевания (травмы) в соответствии с нормативными документами Российской Федерации.

Высокотехнологичная медицинская помощь, являющаяся частью специализированной медицинской помощи, включает в себя применение новых сложных и (или) уникальных методов лечения, а также ресурсоемких методов лечения с научно доказанной эффективностью, в том числе клеточных технологий, роботизированной техники, информационных технологий и методов генной инженерии, разработанных на основе достижений медицинской науки и смежных отраслей науки и техники.

Внезапное острое заболевание - впервые диагностированное, в указанный в договоре срок страхования, нарушение состояния здоровья Застрахованного лица (не связанное с

существовавшими ранее нарушениями здоровья (хроническими или рецидивирующими), диагноз, которого поставлен в тот же период на основании известных медицинской науке объективных симптомов и которое требует неотложного лечения.

Застрахованное лицо - проживающие в Российской Федерации российские и иностранные граждане, а также лица без гражданства, в отношении жизни и здоровья которого заключён договор личного страхования.

Иные услуги - услуги, связанные с оказанием или организацией оказания медицинской помощи и включенные в Программу, в том числе: сервисные услуги (дополнительное питание, связь, телевизор, компьютер, холодильник, кондиционер, душ, туалет 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 и его несовершеннолетних детей.

Инвалид – лицо, которое имеет нарушение здоровья со стойким расстройством функций организма, обусловленное заболеваниями, последствиями травм или дефектами, приводящими к ограничению жизнедеятельности и вызывающее необходимость его социальной защиты.

Контакт-центр – это круглосуточный центр Страховщика или Сервисной компании, который по поручению Страховщика обеспечивает организацию услуг, предусмотренных договором страхования, и имеет соответствующие договорные отношения с медицинскими учреждениями, указанными в договоре страхования.

Лимит выплат - максимально возможная сумма страховой выплаты по рискам, установленная договором страхования, по всем страховым случаям.

Лекарственное обеспечение предполагает оплату 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 предполагает оплату Страховщиком стоимости протезно-ортопедических изделий, очков, слуховых аппаратов, контактных линз, медицинских приборов (тонометров, глюкометров, ингаляторов и др.), 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.

Медицинская помощь – комплекс мероприятий, направленных на поддержание и(или) восстановление здоровья Застрахованных и включающий в себя предоставление медицинских услуг в очном и(или) дистанционном формате (телемедицина) в рамках договора страхования, устанавливаемый в соответствии с Программой и включающий в себя:

- медицинские услуги (медицинское вмешательство или комплекс медицинских вмешательств, направленных на профилактику, диагностику и лечение заболеваний;
- иные услуги, связанные с оказанием или организацией оказания медицинских услуг Застрахованному, оказываемые Страховщиком и(или) Сервисной компанией при наступлении страхового случая.

Медицинские учреждения - лечебно-профилактические учреждения, научно - исследовательские и медицинские институты, реабилитационные и санаторно-профилактические учреждения, аптеки, аптечные подразделения лечебно-профилактических учреждений и иные учреждения независимо от форм собственности и территориальной принадлежности, имеющие разрешение государственных органов на осуществление различных видов медицинской деятельности, а также физические лица, осуществляющие медицинскую деятельность на основании лицензии индивидуально или коллективно, на территории Российской Федерации и за ее пределами.

Медико-транспортные услуги – транспортировка Застрахованного в сопровождении медицинской бригады и сопровождающего до медицинского учреждения (из медицинского учреждения).

Неотложная медицинская помощь - помощь, оказываемая при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний без явных признаков угрозы жизни пациента.

Обращение (жалоба) - направленная в страховую организацию получателем страховых услуг в письменной форме на бумажном носителе или в виде электронного документа просьба о

восстановлении или защите нарушенных прав, свобод и законных интересов, связанных с деятельностью страховой организации по оказанию страховых услуг.

Офис - специально оборудованное помещение, в котором осуществляется заключение и (или) расторжение договора страхования, и (или) прием документов для рассмотрения вопроса о признании события страховым случаем, и (или) прием заявлений и других обращений получателей страховых услуг и иных лиц, обращающихся в страховую организацию;

Официальный сайт - сайт страховой организации в информационно-телекоммуникационной сети "Интернет", содержащий информацию о деятельности страховой организации, указанный в Едином государственном реестре субъектов страхового дела.

Программа страхования – совокупность медицинских, медико-транспортных и иных услуг, связанных с оказанием медицинской помощи Застрахованному, которые Страховщик при наступлении страхового случая обязуется организовать и оплатить в пределах установленной договором страхования страховой суммы. Включает виды обслуживания, медицинской помощи, страховые риски, лимиты страховой суммы, ограничения, на которые распространяется страховой полис.

Период ожидания - период с начала действия страхования, в течение которого обращение застрахованного за медицинской помощью не рассматривается в качестве страхового случая. Если иной срок не определен договором страхования, продолжительность периода ожидания в отношении каждого застрахованного устанавливается равной 14 календарным дням с даты начала страхования.

Получатель страховых услуг - физическое лицо, в том числе зарегистрированное в качестве индивидуального предпринимателя, или юридическое лицо, обратившееся к страховщику с намерением заключить договор страхования (потенциальный получатель), а также страхователь, застрахованное лицо или выгодоприобретатель по заключенному в соответствии с настоящими Правилами договору страхования.

Первичная медико-санитарная помощь является основой системы оказания медицинской помощи и включает в себя мероприятия по профилактике, диагностике, лечению заболеваний и состояний, медицинской реабилитации, наблюдению за течением беременности, формированию здорового образа жизни и санитарно-гигиеническому просвещению населения.

Правила страхования - условия страхования, на основании которых заключается договор страхования (полис), изложенные в настоящем документе. Правила страхования являются неотъемлемой частью договора страхования (полиса).

Скорая, в том числе скорая специализированная, медицинская помощь оказывается гражданам при заболеваниях, несчастных случаях, травмах, отравлениях и других состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства. Оказывается при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний, представляющих угрозу жизни пациента.

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.

Страховая сумма - определенная договором страхования денежная сумма, исходя из которой, определяется размер страховой премии и страховых выплат.

Страховая премия - плата за страхование, которую Страхователь обязан уплатить Страховщику в порядке и в сроки, которые установлены договором страхования.

Страховой взнос – часть страховой премии, которая уплачивается в рассрочку.

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

Страховым случаем является совершившееся событие, предусмотренное договором страхования, с наступлением которого возникает обязанность Страховщика произвести страховую выплату лечебному учреждению или непосредственно Застрахованному лицу (Выгодоприобретателю), в зависимости от условий договора страхования, выбранных программ страхования, страховых сумм и лимитов ответственности,

Страховая выплата - денежная сумма, которую Страховщик в соответствии с договором страхования должен выплатить страхователю, застрахованному лицу, выгодоприобретателю при наступлении страхового случая.

Страховой акт – документ, составляемый Страховщиком при наступлении страхового случая и служащий основанием для страховой выплаты.

Страховой продукт (программа страхования) - типовые условия страхования, разработанные страховщиком на основании правил страхования по одному или нескольким видам страхования, и

предназначенные для заключения типовых договоров страхования (с ограниченным количеством изменяемых условий договора) с определенной категорией страхователей (застрахованных лиц), объединенных по страховым интересам, видам рисков, степени рисков и иным тарификационным факторам.

Страховые услуги - финансовые услуги страховых организаций по заключению, изменению, расторжению и исполнению договоров страхования.

Страховой агент - физическое лицо, в том числе физическое лицо, зарегистрированное в установленном законодательством Российской Федерации порядке в качестве индивидуального предпринимателя, или юридическое лицо, осуществляющее деятельность на основании гражданско-правового договора от имени и за счет страховщика в соответствии с предоставленными ему полномочиями.

Специализированная медицинская помощь оказывается врачами- специалистами и включает в себя профилактику, диагностику и лечение заболеваний и состояний (в том числе в период беременности, родов и послеродовой период), требующих использования специальных методов и сложных медицинских технологий, а также медицинскую реабилитацию. Специализированная медицинская помощь оказывается в стационарных условиях и в условиях дневного стационара.

Стационарная медицинская помощь – совокупность лечебно-диагностических и реабилитационно-восстановительных медицинских и иных услуг, проводимых в условиях непрерывного круглосуточного пребывания Застрахованного в лечебном учреждении и направленных на выявление или лечение заболеваний, восстановление его здоровья.

Сервисные компании – учреждения и организации, состоящие в договорных отношениях со Страховщиком и осуществляющие вспомогательную медицинскую деятельность (медицинский менеджмент, организацию консультативно-диагностической, санаторно-курортной и лечебной помощи, оказывающие медико-транспортные, в том числе по эвакуации и репатриации, и иные услуги, связанные с оказанием медицинской помощи Застрахованным). Услуги могут быть оказаны на территории Российской Федерации и за границей.

Стандарты - внутренние, базовые и иные стандарты, разработанные в соответствии с действующим законодательством и утвержденные Всероссийским союзом страховщиком, требования которых обязательны для страховых организаций в части, не противоречащей законодательству Российской Федерации и нормативным актам Банка России.

Срок страхования (страховой период) - предусмотренный договором страхования период, в течение которого могут произойти страховые случаи по договору страхования. Дата начала действия страхования устанавливается в договоре страхования. Страхование, обусловленное договором страхования, распространяется только на события, произошедшие в течение указанного периода времени. Если иное не предусмотрено договором страхования, срок страхования совпадает со сроком действия договора страхования.

Страховой риск - предполагаемое событие, на случай наступления которого проводится страхование. Событие, рассматриваемое в качестве страхового риска, должно обладать признаками вероятности и случайности его наступления.

Телемедицина – комплекс организационных технологических мероприятий, обеспечивающих функционирование системы предоставления дистанционной консультационно-диагностической медицинской услуги, при которой Застрахованный получает дистанционную консультацию врача-специалиста, используя современные информационно-коммуникационные технологии.

Территория страхования - территория, на которую распространяется действие страхования. События, имеющие признаки страхового случая и предусмотренные договором страхования, могут быть признаны страховыми случаями, если они произошли на территории страхования, указанной в договоре страхования.

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

Хроническое заболевание - болезнь, уже существовавшая у Застрахованного лица до момента заключения договора страхования, которая может привести к ухудшению состояния здоровья и необходимости оказания неотложной медицинской помощи.

Под угрожающим жизни обострением **хронического заболевания** понимается острое состояние, развившееся вследствие существовавших ранее нарушений здоровья (хронических или рецидивирующих), представляющего собой непосредственную угрозу жизни Застрахованного лица без принятия экстренных мер по купированию данного состояния.

Экстренная медицинская помощь - помощь, оказываемая при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний, представляющих угрозу жизни пациента.

2. Субъекты страхования

2.1. Субъектами добровольного медицинского страхования являются: Страховщик, Страхователь, Застрахованный, Медицинские учреждения.

Субъектами добровольного медицинского страхования могут выступать медицинские, аптечные, сервисные (ассистанские) и иные организации, с которыми у Страховщика имеются договорные отношения с целью выполнения обязательств по договору страхования.

Взаимоотношения между Страховщиком и Медицинскими учреждениями определяются договорами на предоставление медицинской и лекарственной помощи населению по добровольному медицинскому страхованию, по которым Медицинские учреждения обязуются предоставлять Застрахованным медицинские и иные услуги определенного объема и качества в рамках программ страхования. При этом указанные договоры должны содержать: наименования сторон, виды медицинских и иных услуг, стоимость услуг и порядок расчетов, порядок контроля над качеством предоставления медицинских и иных услуг, ответственность сторон и иные условия.

2.2. Договоры добровольного медицинского страхования в отношении граждан, состоящих на учете в наркологических, психоневрологических, противотуберкулезных, кожно - венерологических диспансерах, центрах по профилактике и борьбе со СПИД, инвалидов 1-й и 2-й групп, больных онкологическими заболеваниями, заключаются по предоставлению им медицинских и иных услуг сверх программы ОМС по основному заболеванию, послужившему причиной постановки на диспансерный учет.

3. Объект страхования

3.1. Объектом добровольного медицинского страхования являются имущественные интересы, связанные с оплатой организации и оказания медицинской и лекарственной помощи (медицинских услуг) и иных услуг вследствие расстройства здоровья Застрахованного, или состояния Застрахованного, требующего организации и оказания таких услуг, а также проведения профилактических мероприятий, снижающих степень опасных для жизни и здоровья Застрахованного угроз и/или устраняющих их в объеме и на условиях, предусмотренных Договором страхования и Программой добровольного медицинского страхования.

4. Страховые риски. Страховые случаи. Франшиза

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.

При страховании в соответствии с настоящими Правилами страховым риском является риск возможных расходов (убытков) Страхователя (Застрахованного), которые он может понести вследствие внезапного заболевания или несчастного случая.

Страховым случаем является совершившееся событие, предусмотренное договором страхования, с наступлением которого возникает обязанность Страховщика произвести страховую выплату лечебному учреждению, или непосредственно Застрахованному лицу (Выгодоприобретателю), в зависимости от условий договора страхования, выбранных программ страхования, страховых сумм и лимитов ответственности.

Страховым случаем по настоящим Правилам страхования является возникновение затрат на получение профилактической, диагностической, консультативной, лечебной, реабилитационной, бальнеологической, фармакологической, экстренной и других видов медицинской помощи в соответствии с договором и Программами страхования при обращении Застрахованного в медицинские учреждения из числа предусмотренных договором страхования или (по согласованию со Страховщиком) в иные медицинские учреждения в связи с заболеванием Застрахованного или необходимостью проведения профилактических мероприятий, снижающих степень опасных для жизни и здоровья Застрахованного угроз и/или устраняющих их. По медицинским показаниям могут быть предоставлены: медико-транспортные услуги Застрахованному и сопровождающему лицу, услуги по эвакуации и репатриации Застрахованного, дополнительное медикаментозное обеспечение, эндопротезы, импланты, расходные материалы, сервисные условия пребывания Застрахованных в стационаре, дополнительное и лечебное питание. Страховщик производит оплату оказанных услуг медицинским учреждениям, сервисным компаниям или иным учреждениям в

пределах страховой суммы. Услуги предоставляются в порядке и на условиях, предусмотренных договором и Программами страхования.

4.2. Программы страхования представляют определенный перечень медицинских услуг, предоставляемых на базе медицинских и иных учреждений по выбору Страховщика и по предварительному согласованию с ними.

Договор страхования может быть заключен на условиях гарантированного предоставления и оплаты услуг по следующим базовым Программам (далее – Программы страхования):

4.2.1. «Амбулаторно-поликлиническая помощь».

При заключении договора страхования на таких условиях Страховщик гарантирует организацию и оплату оказанных Застрахованному медицинских услуг в соответствии с их перечнем в Программе при амбулаторном лечении (Приложение № 2) в медицинских учреждениях, определенных договором страхования.

4.2.2. «Стационарная медицинская помощь».

При заключении договора страхования на таких условиях Страховщик гарантирует организацию и оплату оказанных Застрахованному медицинских услуг, в соответствии с их перечнем в Программе при стационарном лечении (Приложение № 3) в медицинских учреждениях, определенных договором страхования.

4.2.3. «Комплексная медицинская помощь».

При заключении договора страхования на таких условиях страховщик гарантирует организацию и оплату оказанных Застрахованному медицинских услуг стационарными и амбулаторными медицинскими учреждениями, определенными договором страхования, в соответствии с конкретным перечнем услуг по Программе «Амбулаторно-поликлиническая помощь» и «Стационарная медицинская помощь» (Приложение № 4).

4.2.4. «Страхование иностранных граждан»

При заключении договора страхования на таких условиях страховщик гарантирует организацию предоставления Застрахованному и оплату оказанной первичной медико-санитарной помощи и специализированной медицинской помощи в неотложной форме медицинскими учреждениями, определенными договором страхования, в соответствии с конкретным перечнем услуг по Программе (Приложение № 5).

4.3. Страховые медицинские Программы «Амбулаторно-поликлиническая помощь», «Стационарная медицинская помощь», «Комплексная медицинская помощь» и «Страхование иностранных граждан» являются базовыми для разработки Страховщиком на их основе в пределах установленного объема оказания медицинской помощи медицинских программ применительно к различным лечебным учреждениям и категории застрахованных.

4.4. Конкретный перечень медицинских и иных услуг, соответствующих Программе страхования, выбирается Страхователем самостоятельно при подаче заявления о своём намерении заключить договор страхования, исходя из возможностей Страховщика, определяемых договорами с медицинскими учреждениями. Так, если Страховщиком заключены договоры с медицинскими учреждениями, представляющими одинаковые услуги, но на разном качественном уровне (используется высококачественная медицинская техника, новейшие методы, врачи, имеющие более высокий уровень квалификации и т.д.), который определяет стоимость лечения, в условия страхования могут быть включены варианты предоставления одинаковых услуг различными медицинскими учреждениями, на условиях уплаты Страхователем разной страховой премии. Размер страховой премии в этом случае определяется по тарифным ставкам с применением коэффициентов, дифференцированным по указанным выше признакам, в соответствии с Программой страхования, объемом и качеством услуг, оказываемых различными медицинскими учреждениями.

4.5. В Программе страхования, определенной договором страхования, может устанавливаться перечень дорогостоящих услуг, применительно к конкретному медицинскому учреждению, оказание которых проводится только по согласованию со Страховщиком с учетом величины страховой суммы, проведенных выплат и оставшегося срока страхования.

4.6. Программы страхования конкретных договоров могут предусматривать дополнительные ограничения в виде:

- временной или денежной франшизы на определенные риски/услуги/виды помощи;
-ограничения по количеству предоставляемых услуг в течение срока действия полиса;
- ограничения по страховым диагнозам;
-лимиты страховых сумм;
-ограничения по регионам действия;
-иные ограничения.

4.7. Страховым случаем не является возникновение затрат на получение медицинской помощи в связи со следующими заболеваниями:

- ВИЧ - инфекция;
- сифилис, мягкий шанкр, венерическая гранулема;
- особо опасные инфекционные болезни: чума, холера, оспа, сибирская язва;
- хирургическое изменение пола:
- лучевая болезнь;
- токсикомания, наркомания;
- оказание услуг, не предусмотренных договором и программой страхования, не предписанных лечащим врачом;
- оказание услуг, полученных по инициативе Застрахованного лица в медицинских учреждениях, не определенных договором страхования, если это особо не согласовано со Страховщиком, или когда Застрахованные в такие Медицинские учреждения не были направлены Страховщиком.

4.8. В соответствии с условиями договора страхования Страховщик принимает на себя обязательство организовать предоставление медицинских и иных услуг Застрахованным, в период действия договора страхования, и осуществить выплату страхового обеспечения в размере полной или частичной компенсации возникших дополнительных затрат за предоставленные им медицинские и иные услуги, в пределах страховой суммы по договору.

4.9. Страховщик вправе произвести возмещение расходов Застрахованному за полученные им медицинские и иные услуги, предусмотренные договором страхования, в случае их оплаты самим Застрахованным. Возмещение расходов производится Страховщиком на основании заявления Застрахованного, согласно представленным оригиналам платежных документов.

4.10. Страховщик не производит оплату медицинских и иных услуг, полученных Застрахованными, в связи заболеваниями и травмами, вызванными:

- военными действиями любого характера, их последствиями, народными волнениями, забастовками, актами терроризма;
- ядерным взрывом, радиацией или радиационным заражением;
- стихийными бедствиями.

4.11. Страховым случаем не является возникновение затрат на получение медицинских и иных услуг в связи с:

4.11.1. травматическим повреждением, полученным в состоянии алкогольного, наркотического или токсического опьянения или под воздействием психотропных и токсических веществ;

4.11.2. получением травматического повреждения или иным расстройством здоровья, наступившим в результате совершения Застрахованным умышленного преступления, находящегося в прямой причинной связи со страховым случаем;

4.11.3. покушением на самоубийство, за исключением тех случаев, когда Застрахованный был доведен до такого состояния противоправными действиями третьих лиц;

4.11.4. умышленным причинением себе телесных повреждений;

4.11.5. в связи с несоблюдением Застрахованным назначений лечащего врача, а также больничного режима;

4.11.6. если медицинская помощь Застрахованному оказывалась в связи с заболеваниями (патологическими состояниями), не входящими в перечень страховых случаев;

4.11.8. если Застрахованным без согласования со Страховщиком получены медицинские услуги, которые не предусмотрены договором и программами страхования.

4.12. В случае отсутствия правовых оснований для осуществления страховой выплаты (далее - решение об отказе) Страховщик в течение трех рабочих дней после принятия решения об отказе информирует Страхователя (Застрахованного, Выгодоприобретателя) в письменном виде об основаниях принятия такого решения со ссылками на нормы права и (или) условия договора страхования и правил страхования, на основании которых принято решение об отказе. Указанная информация предоставляется в том объеме, в каком это не противоречит действующему законодательству.

Страховщик по письменному запросу Страхователя (Застрахованного, Выгодоприобретателя) в срок, не превышающий тридцати дней, предоставляет документы (в том числе копии документов и (или) выписки из них), обосновывающие решение об отказе, бесплатно один раз по одному событию, за исключением документов, которые свидетельствуют о возможных противоправных действиях Страхователя (Застрахованного, Выгодоприобретателя), направленных на получение страховой выплаты

4.13. В Договоре страхования могут быть указаны иные, отличные от предусмотренных Правилами, ограничения в контингенте Застрахованных, в соответствии с которыми отдельные категории граждан могут быть застрахованы на особых условиях с соответствующими специфике такой группы риска ограничениями в объеме оплачиваемой медицинской помощи и расчетом тарифной ставки с учетом коэффициентов риска (Приложение № 1, Приложение № 1.1.).

4.14. Если в течение срока действия договора страхования по Программам «Амбулаторно-поликлиническая помощь», «Стационарная медицинская помощь», «Комплексная медицинская помощь» будет установлено, что договор страхования заключен в отношении Застрахованного, имеющего заболевание, не относящееся к страховым случаям (п.4.10-4.11. Правил), или имеющего I или II группу инвалидности, а также при первичном выявлении названных заболеваний или установлении Застрахованному 1 или II группы инвалидности в течение срока действия договора страхования, Страховщик оплачивает медицинские услуги, оказанные Застрахованному по медицинским показаниям, до момента подтверждения (постановки) диагноза, либо подтверждения (установления) I или II группы инвалидности и перевода Застрахованного в специализированное учреждение.

В дальнейшем Страховщик имеет право прекратить договор страхования в отношении такого Застрахованного, уведомив об этом Страхователя и Застрахованного в установленном договором порядке.

4.15. Страховщик при заключении договора страхования (по согласованию со Страхователем) вправе установить франшизу.

Франшизы различаются на условную и безусловную. При условной франшизе Страховщик освобождается от возмещения за убыток, если его размер не превышает франшизу. При безусловной франшизе размер страховой выплаты определяется как разница между размером убытка и размером франшизы.

Франшиза может устанавливаться как в абсолютном значении, так и в процентах к страховой сумме, а также в ограничении количества определенных услуг в течение срока действия договора страхования.

Франшиза может быть выражена в периоде времени (в днях) между вступлением договора страхования в силу и началом ответственности Страховщика по организации и оплате услуг (временная франшиза).

Применение франшизы в договоре страхования может служить фактором, влияющим на снижение страхового тарифа, кроме случаев, когда применение франшизы является непременным условием принятия риска на страхование.

5. Страховая сумма

5.1. Страховая сумма - денежная сумма, которая определена договором страхования при его заключении, и исходя из которой, устанавливаются размер страховой премии (страховых взносов) и размер страховой выплаты при наступлении страхового случая.

Страховая сумма устанавливается Страховщиком по соглашению со Страхователем в договоре страхования.

Страховщик оплачивает медицинские и иные услуги, предоставляемые Застрахованному в соответствии с договором и Программой страхования в пределах страховой суммы.

5.2.Если затраты на лечение и/или другие медицинские расходы по Программе страхования превышают в целом установленную договором страховую сумму по указанной Программе страхования, то оплата медицинских услуг в части превышения размера страховой суммы производится Страхователем (Застрахованным) самостоятельно.

5.3. Минимальный размер страховой суммы определяется Страхователем и Страховщиком по каждой Программе страхования, исходя из условий страхования (п.4.2. Правил), перечня и стоимости услуг, возраста, состояния здоровья Застрахованных, срока действия договора и других факторов.

Если Страхователь заключает договор страхования в отношении нескольких лиц, в договоре указывается общая страховая сумма, а также (по соглашению сторон) - страховая сумма на каждого Застрахованного.

5.4. Страхователь вправе в период действия договора страхования по согласованию со Страховщиком увеличить страховую сумму или расширить перечень услуг, предоставляемых Программой страхования путем оформления на условиях настоящих Правил дополнительного соглашения, с уплатой дополнительного страхового взноса.

5.5. Страховая сумма может быть увеличена по соглашению сторон с уплатой дополнительного страхового взноса в случае, если стоимость медицинских услуг превышает (может превысить) размер страховой суммы Застрахованного (Застрахованных). В противном случае оплата медицинских услуг

в части превышения размера страховой суммы производится Страхователем (Застрахованным) самостоятельно.

5.6. Договором страхования могут быть установлены лимиты ответственности Страховщика – ограничения по размеру страховых выплат по отдельным видам медицинских и иных услуг, по отдельным заболеваниям (состояниям) или их различным комбинациям. Лимиты ответственности могут быть установлены в денежном выражении или в натуральном выражении (то есть, по количественным показателям медицинских услуг - процедур, койко-дней, количества обращений за медицинской помощью и т.п.).

5.7. Страховая сумма может устанавливаться в виде уменьшаемой страховой суммы (агрегатная страховая сумма) – разности страховой суммы на начало срока действия Договора страхования и суммы страхового возмещения, осуществляемого Страховщиком в период действия Договора страхования по всем произошедшим страховым случаям. Если агрегатная страховая сумма исчерпана полностью, обязательства Страховщика по Договору страхования считаются исполненными, а сам Договор страхования прекращается.

Страховщик обязан уведомить Страхователя и Застрахованного об уменьшении агрегатной страховой суммы в течение пяти рабочих дней с момента уменьшения размера страховой суммы до размера менее 10 000,00 рублей.

5.8. По желанию Страхователя страховая сумма может быть восстановлена до первоначальной величины путем уплаты соответствующей части страховой премии.

6. Страховая премия (страховые взносы). Страховой тариф

6.1 Страховой премией является плата за страхование, которую Страхователь обязан уплатить Страховщику в порядке и в сроки, установленные договором страхования.

Страховой тариф – ставка страховой премии с единицы страховой суммы с учетом объекта страхования и характера страхового риска, а также других условий страхования, в том числе наличия франшизы и ее размера в соответствии с условиями страхования. Страховой тариф по конкретному договору страхования определяется соглашением сторон.

Страховая премия уплачивается Страхователем в валюте Российской Федерации

6.2. Размер страховой премии устанавливается Страховщиком, исходя из размера установленной страховой суммы по годовым тарифным ставкам, указанным в Приложении №1 и Приложение № 1.1.

По договорам, заключенным по базовым программам «Амбулаторно-поликлиническая помощь», «Стационарная медицинская помощь», «Комплексная медицинская помощь» и «Страхование иностранных граждан» на срок менее 1 года, страховая премия уплачивается в следующих размерах от суммы годовой страховой премии: за 1 месяц - 25%, за 2 месяца - 35%, за 3 месяца - 40%, за 4 месяца - 50%, за 5 месяцев - 60%, за 6 месяцев - 70%, за 7 месяцев - 75%, за 8 месяцев - 80%, за 9 месяцев - 85%, за 10 месяцев - 90%, за 11 месяцев - 95%.

6.3. Основываясь на базовых тарифных ставках, Страховщик, в каждом конкретном случае при заключении договора страхования, для определения реальной тарифной ставки, учитывающей степень страхового риска, вправе применять к базовым тарифным ставкам повышающие или понижающие коэффициенты, учитывающие состояние здоровья и возраст, профессию, рода деятельности, образ жизни, хобби Застрахованного, территорию и время, на которое распространяется страхование, безубыточности ранее заключенного договора добровольного медицинского страхования, количества обращений Застрахованного за медицинской помощью в течение предыдущего страхового периода, длительность лечения, использования лечебным учреждением высококачественной медицинской техники, новейших методов лечения, привлечения врачей, имеющих более высокий уровень квалификации.

Итоговый тариф при заключении конкретного договора страхования получается путем умножения базового тарифа на поправочный коэффициент (Приложение №1, Приложение № 1.1.).

В связи с отсутствием какой-либо утвержденной методики (рекомендаций) экономического обоснования повышающих и понижающих коэффициентов, применяемых при определении конкретного страхового тарифа по конкретному договору страхования, их минимальные и максимальные значения, диапазоны применения, а также основные факторы риска определены с учетом многолетней практики применения повышающих (понижающих) коэффициентов российскими страховыми организациями.

Основанием для применения Страховщиком повышающих или понижающих коэффициентов являются результаты проведенной им оценки страхового риска, осуществляемой на основании информации и документов, представленных Страхователем при заключении договора страхования.

Конкретные значения повышающих или понижающих коэффициентов определяются исходя из наличия (отсутствия) факторов риска и их влияния на повышение (понижение) вероятности наступления страхового события. Величина коэффициента определяется при заключении конкретного Договора страхования по результатам андеррайтинга.

6.4. Страховой тариф по конкретному договору страхования определяется по соглашению сторон, но не может быть меньше минимального значения, рассчитанного согласно Правилам страхования.

6.5. Порядок уплаты страховой премии (страховых взносов) определяется договором страхования.

Страховая премия по договору страхования может быть уплачена Страхователем единовременно - разовым платежом за весь срок страхования или в рассрочку (ежемесячно, ежеквартально, один раз в полугодие) наличными деньгами или путем безналичных расчетов в течение определенного срока, указанного в договоре страхования.

6.6. Уплата страховой премии (страхового взноса) осуществляется наличными деньгами, путем безналичных расчетов или иным способом по договоренности сторон, не противоречащим действующему законодательству Российской Федерации.

6.7. Датой уплаты страховой премии (страхового взноса) считается:

а) при наличной оплате - дата уплаты страхового взноса Страховщику;

б) при безналичной оплате - дата поступления страховой премии (страхового взноса) на расчетный счет Страховщика.

6.8. Если страховую премию по поручению Страхователя уплачивает другое лицо, то никаких прав по договору страхования в связи с этим оно не приобретает.

6.9. Страховщик, уведомленный об обстоятельствах, влекущих увеличение страхового риска (изменение состояния здоровья Застрахованного, увеличение стоимости услуг лечебного учреждения, смена профессии и рода деятельности Застрахованного, смена региона его проживания и пр.) вправе потребовать от Страхователя изменения условий договора страхования или уплаты дополнительного страхового взноса соразмерно увеличению риска. Если Страхователь возражает против изменения условий договора страхования или доплаты страховой премии, Страховщик вправе потребовать расторжения договора страхования.

Размер и сроки уплаты дополнительной страховой взноса оговариваются в дополнительном соглашении к договору страхования.

Размер дополнительного страхового взноса (В2)) определяется:

$B2 = B1 * (T2/T1) * (n2/n1) * (C2/C1)$, где

В1– размер страховой премии на начало действия договора страхования;

Т2 – базовый страховой тариф, соответствующий расширенному перечню медицинских услуг;

Т1– базовый страховой тариф, соответствующий начальному перечню медицинских услуг;

n2 – срок, оставшийся до окончания действия договора страхования с даты подписания дополнительного соглашения;

n1 – срок действия договора страхования;

С2 – средневзвешенная стоимость медицинских услуг на дату подписания дополнительного соглашения;

С1 – средневзвешенная стоимость медицинских услуг на дату начала действия договора страхования.

6.10. Если договором страхования предусмотрено внесение страховой премии в рассрочку, то договором страхования также должны предусматриваться последствия неуплаты в установленные сроки очередных страховых взносов или их уплаты не в полном объеме

При этом договором страхования с физическим лицом могут быть предусмотрены следующие последствия:

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

6.11. В случае замены Застрахованного в течение срока действия договора другим лицом при отсутствии страховых случаев по Застрахованному, Страховщик в счёт страховой премии за данное лицо вправе зачесть внесённую за Застрахованного сумму страховой премии пропорционально не

истекшему сроку страхования за вычетом понесённых расходов. Понесенные расходы определяются как расходы на ведение дела в структуре тарифной ставки, утвержденной Страховщиком и действующей на момент заключения договора страхования.

7. Порядок заключения договора страхования и срок его действия

7.1. Договором страхования является соглашение между Страхователем и Страховщиком, в соответствии с которым Страховщик обязуется при наступлении страхового случая организовать и оплатить предоставление Застрахованному медицинских и иных услуг, предусмотренных программой страхования, определенного объема и качества, в Медицинских учреждениях, указанных в приложении к договору, а Страхователь обязуется уплатить страховую премию в установленные договором страхования сроки.

7.2. Страхователь - физическое лицо для заключения договора страхования обращается к Страховщику с устным заявлением или письменным.

По просьбе Страхователя и с его слов заявление о заключении договора страхования и прилагаемые к нему документы (списки, анкеты и т.п.) могут быть заполнены представителем Страховщика с соблюдением следующих требований:

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

Заявление должно быть подписано Страхователем или его уполномоченным представителем.

Заявление о заключении договора страхования, если оно изложено в письменной форме, является неотъемлемой частью договора страхования.

Страхователь - юридическое лицо для заключения договора страхования обращается к Страховщику с письменным заявлением (приложение № 6) или устным.

Страховщик вправе проверить достоверность указанных Страхователем данных. В случае предоставления Страхователем недостоверной информации Страховщик имеет право отказать ему в заключении договора страхования.

Для соблюдения требований действующего законодательства в целях противодействия легализации (отмыванию) доходов, полученных преступным путем, и финансированию терроризма Страховщик осуществляет идентификацию Получателей страховых услуг (их представителей) до приема на обслуживание и при урегулировании требований о страховой выплате. До приема на обслуживание Страховщик обеспечивает идентификацию Страхователя, Выгодоприобретателя или их представителей. На стадии урегулирования требований о страховой выплате обеспечивается идентификация лица, обратившегося к Страховщику с заявлением о получении страховой выплаты (Выгодоприобретателя, Страхователя, или их представителей), а также получателя страховой выплаты.

При проведении идентификации Страховщик вправе требовать от Получателя страховых услуг документы, удостоверяющие личность, учредительные документы, документы о государственной регистрации юридического лица (индивидуального предпринимателя), а также иные документы, предусмотренные действующим законодательством и нормативными актами Банка России.

7.3. Страховщик принимает решение о заключении договора страхования в течение пяти дней после поступления заявления Страхователя и оформляется путем:

7.3.1. В случае, когда Страхователем выступает юридическое лицо, заключающее договор в пользу своих работников или физическое лицо, заключающее договор в пользу третьих лиц - составления договора, подписанного сторонами (Приложение № 9) и выдачи страхового полиса каждому Застрахованному (Приложение № 7).

В дополнение к полису Застрахованному может выдаваться карточка Застрахованного (сертификат, пропуск или иные носители информации) с указанием перечня медицинских учреждений, в которых Застрахованный имеет право получать медицинскую помощь в соответствии с Договором страхования (с указанием адресов и контактных телефонов).

7.3.2. В случае если Страхователем выступает физическое лицо – путем вручения Страхователю страхового полиса (приложение № № 7.1.,7.2., 7.3). Согласие Страхователя заключить договор страхования на предложенных условиях подтверждается принятием от Страховщика страхового полиса.

7.4. 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 признаются обстоятельства, определенно оговоренные Страховщиком в договоре страхования (страховом полисе) и в анкете-заявлении/анкете.

7.5. 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 после письменного уведомления Страхователя досрочно прекратить действие договора страхования.

7.6. При заключении договоров страхования Страховщик вправе потребовать от Страхователя проведения предварительного медицинского обследования, анкетирования и/или опроса лиц, подлежащих страхованию. Предварительное медицинское освидетельствование производится за счет средств Страхователя.

7.7. Срок действия договора страхования устанавливается по соглашению между Страхователем и Страховщиком. Договор страхования может заключаться на любой срок. Договор страхования вступает в силу с 00 часов дня следующего за днем поступления страховой премии (первой части страхового взноса) на расчетный счет Страховщика, если условиями договора не предусмотрено иное.

Если на дату окончания срока действия договора страхования, Застрахованное лицо находилось на стационарном лечении, связанного госпитализацией Застрахованного лица для оказания экстренной стационарной помощи, то Страховщик, с учетом медицинских показаний, оплачивает счет за оказание медицинских и иных услуг, продолжительность оказания которых составляет не более 7(семи) дней с момента окончания действия договора страхования, если иное не предусмотрено договором страхования.

Обязательства Страховщика перед Застрахованным могут быть прекращены досрочно, если исчерпаны средства страхового лимита по заключенному договору страхования. В случае если средства страхового лимита по договору страхования исчерпаны до окончания срока лечения, Страховщик оставляет за собой право отказать в возмещении дальнейших расходов, возникших вследствие продолжения рекомендованного лечения.

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

7.9. В случае расширения списка Застрахованных лиц при коллективной форме страхования Страхователь представляет Страховщику предусмотренные настоящими Правилами сведения о дополнительно страхуемых лицах и уплачивает за них страховой взнос.

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

Страховые полисы лиц, исключаемых из списка Застрахованных, возвращаются Страховщику. Вновь Застрахованным лицам выдаются новые страховые полисы.

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

7.11. Все изменения или дополнения в договор страхования допускаются по обоюдному согласию сторон, оформляются в письменной форме и вступают в действие с момента подписания сторонами или в сроки, указанные в них.

7.12. Условия, содержащиеся в настоящих Правилах страхования, и не включенные в текст договора страхования (страхового полиса), обязательны для Страхователя.

Если в договоре страхования (страховом полисе) имеется ссылка на документ, в котором изложены условия страхования (полностью или частично), то данные условия должны быть изложены в договоре страхования (страховом полисе) либо на его оборотной стороне, либо приложены к договору страхования (страховому полису) как его неотъемлемая часть, либо договор должен содержать ссылку на адрес размещения таких условий на сайте Страховщика в сети "Интернет"

В случае если документ, в котором изложены условия страхования, был представлен страхователю без вручения текста документа на бумажном носителе, Страховщик обязан по требованию Страхователя выдать ему текст указанного документа на бумажном носителе.

7.13. Страховщик при заключении договора страхования информирует Страхователя - получателя страховых услуг об адресах мест приема документов при наступлении событий, имеющих признаки страхового случая, в том числе о возможности приема таких документов в электронной форме, если такая возможность предусмотрена условиями договора, а также своевременно

информирует получателей страховых услуг об изменениях таких адресов на официальном сайте, а также непосредственно получателя страховых услуг при его обращении. В случае невозможности информирования получателя страховых услуг до наступления события, имеющего признаки страхового случая, об адресах приема документов при наступлении таких событий, страховая организация обеспечивает своевременное получение указанных сведений посредством телефонной связи, по электронной почте, а также иным способом, в случае указания его в договоре страхования, при обращении получателя страховых услуг.

8. Права и обязанности сторон

8.1. Страхователь обязан:

8.1.1. при заключении договора страхования сообщить Страховщику обо всех известных ему обстоятельствах, имеющих существенное значение для определения вероятности наступления страхового случая, если эти обстоятельства не известны и не должны быть известны Страховщику, а также обо всех заключенных или заключаемых договорах добровольного медицинского страхования.

Существенными признаются обстоятельства, определенно оговоренные Страховщиком в договоре страхования (страховом полисе) и в анкете-заявлении/анкете;

8.1.2. в период действия договора страхования незамедлительно сообщить Страховщику о ставших ему известными значительных изменениях в обстоятельствах, сообщенных Страховщику при заключении Договора страхования в анкете или анкете-заявлении на страхование;

8.1.3. уплачивать страховые взносы в размере и в сроки, установленные в договоре страхования:

8.1.4. дать пояснения по обстоятельствам события, имеющего признаки страхового случая в любой момент, когда это будет нужно Страховщику;

8.1.5. при заключении договора страхования ознакомить Застрахованного с его правами и обязанностями по договору;

8.1.6.предоставлять Застрахованному лицу информацию об изменении условий договора страхования;

8.1.7. при расторжении договора страхования за 30 дней до предполагаемой даты расторжения уведомить об этом Страховщика;

8.1.8. обеспечить сохранность документов по договору страхования;

8.1.9. во всех случаях прекращения договора страхования возвращать Страховщику страховые полисы (регистрационные карточки, пластиковые карты и т.п.), действие которых прекращается с момента прекращения страхования;

8.1.10. в случае непредставления медицинских услуг по Программе страхования незамедлительно известить об этом Страховщика;

8.1.11. возместить Страховщику расходы в размере, равном стоимости оплаченных медицинских услуг:

- оказанных Застрахованному лицу и не входящих в Программу страхования, указанную в Договоре страхования;

- оказанных лицу, необоснованно воспользовавшемуся страховым полисом или страховой карточкой при передаче их Застрахованным с целью получения медицинских услуг;

- за необоснованный вызов Застрахованным на дом врача, скорой или неотложной медицинской помощи и использование санитарных транспортных средств не по медицинским показаниям. При этом такие случаи считаются необоснованными, если вызов осуществлен Застрахованным для медицинского обслуживания незастрахованного лица; не по поводу заболеваний, указанных в Программе страхования; по неточному, неполному или несуществующему адресу; вызов осуществлен к Застрахованному, не нуждающемуся в оказании экстренной медицинской помощи (при наличии заключения соответствующей медицинской экспертизы);

8.1.12. ознакомить Застрахованного с условиями Правил страхования и договора страхования, с его правами и обязанностями;

8.1.13. заключая договор страхования на основании настоящих Правил, страхователь подтверждает свое согласие с тем, что Страховщик может в течение всего срока действия договора страхования осуществлять обработку указанных в нем персональных данных физических лиц. Страхователь несет персональную ответственность за предоставление согласия физических лиц – Застрахованных (и выгодоприобретателей) на обработку их персональных данных неавтоматизированным и автоматизированным путем.

По настоящим Правилам персональными данными являются:

фамилия; имя; отчество; пол; дата рождения; паспортные данные (включая регистрационные данные паспорта, адрес регистрации); состав семьи; адрес проживания; сведения о месте работы,

профессии, занимаемой должности; контактный телефон; сведения о состоянии здоровья, диагнозе, факте обращения за медицинской помощью, месте оказания медицинской помощи, виде, условиях и стоимости лечения.

Под обработкой персональных данных в настоящих Правилах понимается: сбор, систематизация, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, обезличивание, блокирование, уничтожение, а также совершение иных действий с персональными данными физических лиц в статистических целях и в целях проведения анализа страховых рисков, а также с целью ведения регистра Застрахованных, оплаты за оказанные медицинские и иные услуги, осуществления контроля над ее объемом, качеством, а также с целью прав в области добровольного медицинского страхования.

Заключая договор страхования на основании настоящих Правил, Страхователь также подтверждает согласие на информирование о других продуктах и услугах, а также об условиях продления правоотношений со Страховщиком.

Для осуществления вышеуказанных целей Страховщик имеет право передавать персональные данные, ставшие ему известными в связи с заключением и исполнением договора страхования, третьим лицам, с которыми у Страховщика заключены соответствующие соглашения, обеспечивающие надежное хранение и предотвращение незаконного разглашения (конфиденциальность) персональных данных.

Страховщик обязуется обеспечивать сохранность и неразглашение персональных данных Страхователя в целях иных, нежели предусмотрены настоящей статьей.

После прекращения действия договора страхования (в том числе при его расторжении), Страховщик обязуется уничтожить такие персональные данные в срок, не превышающий 5 (Пять) лет с момента прекращения действия договора Страхования.

8.2. Страхователь имеет право:

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

8.2.2. в период действия договора страхования расширить список Застрахованных лиц в соответствии с условиями, изложенными в настоящих Правилах;

8.2.3. на выбор Программы страхования и медицинских учреждений, оказывающих услуги по договору страхования (из числа предложенных Страховщиком);

8.2.4. изменить по согласованию со Страховщиком перечень Программ страхования, размер страховой суммы, в том числе индивидуальных страховых сумм. Внесение изменений оформляется дополнительным соглашением сторон. При увеличении размера страховой суммы и включении новых программ страхования уплате подлежит дополнительный страховой взнос, размер которого исчисляется исходя из разницы между новым и первоначальным размером страховой премии с учетом оставшегося срока страхования;

8.2.5 в случае увольнения Застрахованного работника, Страхователь (юридическое лицо) по согласованию со Страховщиком вправе исключить его из числа Застрахованных и заменить другим лицом. При этом получение согласия Застрахованного о прекращения договора медицинского страхования в отношении этого Застрахованного является обязанностью Страхователя;

8.2.6. досрочно расторгнуть договор страхования на основании письменного заявления Страховщику в сроки и на условиях, установленных настоящими Правилами и договором страхования;

8.2.7. требовать от Страховщика получения разъяснения положений, содержащихся в Правилах страхования и договоре страхования, предоставления расчетов величины страховой выплаты;

8.2.8. отказаться от договора страхования в любое время, если к моменту отказа возможность наступления страхового случая не отпала.

8.3. Страховщик обязан:

8.3.1. при расторжении договора страхования за 30 дней до предполагаемой даты расторжения уведомить об этом Страхователя;

8.3.2. на основании заявления Страхователя выдать Страхователю (Застрахованному) дубликат страхового полиса в случае его утраты;

8.3.3. обеспечить конфиденциальность и безопасность персональных данных Страхователя, Застрахованного, Выгодоприобретателя, полученных от Страхователя при заключении договора страхования;

8.3.4. Страховщик по требованию Страхователя, Застрахованного, Выгодоприобретателя, а также лиц, имеющих намерение заключить договор страхования, обязан разъяснять положения, содержащиеся в правилах страхования:

1) об условиях, на которых может быть заключен договор страхования, включающих: объект страхования, страховые риски, размер страховой премии, а также порядок осуществления страховой выплаты (страхового возмещения), в том числе перечень документов, которые необходимо представить вместе с заявлением о наступлении события, имеющего признаки страхового случая;

2) об обстоятельствах, влияющих на размер страховой премии, о способах и сроках (периодичности) уплаты страховой премии, последствиях неуплаты, уплаты не в полном размере или несвоевременной уплаты страховой премии (страховых взносов);

3) о применяемых страховой организацией франшизах и исключениях из перечня страховых событий, а также о действиях получателя страховых услуг, совершение которых может повлечь отказ страховой организации в страховой выплате или сокращение ее размера;

4) о наличии дополнительных условий для заключения договора страхования, в том числе о необходимости проведения обследования получателя страховых услуг при заключении договора страхования, а также о перечне документов и информации, необходимых для заключения договора страхования;

5) о размере (примерном расчете) страховой премии на основании представленного получателем страховых услуг заявления о заключении договора страхования с уведомлением получателя страховых услуг о возможном изменении размера страховой премии, страховой суммы или иных условий страхования по результатам оценки страхового риска;

7) о наличии условия возврата страхователю уплаченной страховой премии в случае отказа страхователя от договора страхования в течение определенного срока со дня его заключения или о его отсутствии в соответствии с действующим законодательством;

8) о сроках рассмотрения обращений получателей страховых услуг относительно страховой выплаты, а также о случаях продления таких сроков в связи с необходимостью получения информации от компетентных органов и (или) сторонних организаций, непосредственно связанной с возможностью принятия страховой организацией решения о признании события страховым случаем или о размере страховой выплаты;

8.3.5. после получения страховой премии или первого ее взноса в течение 3-х рабочих дней выдать Страхователю (Застрахованному лицу) страховой полис с приложением Правил страхования, на основании которых заключен договор.

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

8.3.7. После того, как страховой организации стало известно о наступлении события, имеющего признаки страхового случая, по запросу получателя страховых услуг он должен быть проинформирован:

1) обо всех предусмотренных договором и (или) правилами страхования необходимых действиях, которые получатель страховых услуг должен предпринять, и обо всех документах, представление которых обязательно для рассмотрения вопроса о признании события страховым случаем и определения размера страховой выплаты, а также о сроках проведения указанных действий и представления документов;

2) о предусмотренных договором и (или) правилами страхования форме и способах осуществления страховой выплаты и порядке их изменения, направленных на обеспечение прав получателя страховых услуг на получение страховой выплаты удобным для него способом из числа указанных в договоре страхования.

8.3.8. По устному или письменному запросу получателя страховых услуг, в том числе полученному в электронной форме, в срок, не превышающий тридцати дней с момента получения такого запроса, при условии возможности идентификации получателя страховых услуг в соответствии с требованиями Федерального закона от 27 июня 2006 года N 152-ФЗ "О персональных данных", Страховщик после принятия решения о страховой выплате предоставляет информацию о расчете суммы страховой выплаты, которая должна включать:

2) порядок расчета страховой выплаты;

3) исчерпывающий перечень норм права и (или) условий договора страхования и правил страхования, обстоятельств и документов, на основании которых произведен расчет.

8.3.9. По письменному запросу получателя страховых услуг страховая организация в срок, не превышающий тридцати дней, обязана предоставить ему в письменном виде исчерпывающую информацию и документы (в том числе копии документов и (или) выписки из них), на основании которых страховой организацией было принято решение о страховой выплате (за исключением документов, которые свидетельствуют о возможных противоправных действиях получателя страховых услуг, направленных на получение страховой выплаты), бесплатно один раз по каждому

страховому случаю. Указанная информация и документы предоставляются в том объеме, в каком это не противоречит действующему законодательству.

Страховая организация по письменному запросу получателя страховых услуг в срок, не превышающий тридцати дней, предоставляет документы (в том числе копии документов и (или) выписки из них), обосновывающие решение об отказе, бесплатно один раз по одному событию, за исключением документов, которые свидетельствуют о возможных противоправных действиях получателя страховых услуг, направленных на получение страховой выплаты.

8.3.10. при наступлении страхового случая обеспечить предоставление Застрахованным медицинской помощи и медицинских услуг, гарантированных условиями договора страхования;

8.3.11. произвести в установленном порядке оплату услуг, оказанных при наступлении страховых случаев;

8.3.12. обеспечить контроль объема, сроков и качества медицинских и иных услуг, предоставляемых Застрахованным в соответствии с условиями договора страхования;

8.3.13. для реализации Программ страхования заключать двухсторонние договоры с медицинскими учреждениями и сервисными компаниями.

8.4. Страховщик имеет право:

8.4.1. проверять сообщенную Страхователем (Застрахованным) информацию при заключении договора страхования, в т.ч. по мере необходимости направлять запросы в компетентные органы, а также проверять выполнение Страхователем требований и условий договора страхования.

В случае установления недостоверности данных, сообщенных Страхователем при заключении договора страхования, Страховщик вправе отказать в заключении договора страхования;

8.4.2. при заключении договора страхования при необходимости потребовать предварительного медицинского освидетельствования страхуемых лиц;

8.4.3. потребовать изменения условий договора страхования или уплаты дополнительной страховой премии соразмерно увеличению риска, в случае его уведомления об обстоятельствах, влекущих увеличение данного страхового риска.

Если Страхователь возражает против изменения условий договора страхования или доплаты страховой премии, Страховщик вправе потребовать расторжения договора страхования в порядке, предусмотренном гражданским законодательством;

8.4.4. досрочно расторгнуть договор страхования, в том числе в отношении одного или нескольких Застрахованных, при невыполнении Страхователем (Застрахованным) Правил или условий договора страхования, с письменным уведомлением Страхователя о причинах расторжения договора (п.9.2. Правил);

8.4.5. изменить по согласованию со Страхователем размер страховой суммы и страховой премии по договору страхования при изменении цен на предоставляемые медицинские услуги и медицинскую помощь;

8.4.6. отказать в оплате медицинских услуг, обращение за получением которых не является страховым случаем или которые не предусмотрены Программой страхования (п.п. 4.10., 4.11. Правил);

8.4.7. отсрочить оплату медицинских услуг, оказанных Застрахованному в случае возбуждения уголовного дела в отношении этого Застрахованного по факту событий, приведших к травматическому повреждению или иному расстройству его здоровья, до момента принятии соответствующего решения компетентных органов;

8.4.8. при наличии письменного согласия Застрахованного, знакомиться с медицинской документацией Застрахованного в полном объеме для решения вопросов, связанных с реализацией договора страхования, оплатой оказанных Застрахованному услуг, защитой прав Застрахованного. Страховщик гарантирует соблюдение врачебной тайны в соответствии с действующим законодательством Российской федерации;

8.4.9. требовать от медицинских учреждений предоставления Застрахованным медицинских услуг, определенных договором на оказание медицинских услуг;

8.4.10. при возникновении осложнений у Застрахованного и /или необратимых последствий от них по вине медицинского учреждения предъявить иск к медицинскому учреждению на возмещение суммы компенсации, выплаченной Страховщиком в отношении Застрахованного, в размере стоимости оказанных услуг и оплату комплексных мероприятий, связанных с устранением таких осложнений;

8.4.11. в случае нарушения медицинским учреждением условий заключенного со Страховщиком договора (предоставление Застрахованному услуги, не предусмотренной Программой страхования, а также предоставления предусмотренной Программой услуги объема и качества, не

соответствующего установленным медицинским стандартам), частично или полностью не возмещать затраты медицинского учреждения по оказанию таких услуг;

8.4.12. в случае, если оговоренное в договоре страхования медицинское учреждение на момент возникновения потребности в оказании медицинской помощи Застрахованному не может обеспечить оказание медицинских услуг в соответствии с Программой страхования, Страховщик вправе направить Застрахованного в другое медицинское учреждение;

8.4.13. не оплачивать медицинские услуги, оказанные по полису Застрахованного, передавшего полис и /или именную регистрационную карточку (или иной носитель информации) другим лицам с целью получения ими медицинских услуг по договору страхования.

8.5. Застрахованный обязан:

8.5.1. соблюдать требования Правил и условий договора страхования, предписания лечащего врача, а также распорядок, установленный в медицинском учреждении;

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

8.5.3. предоставлять Страховщику необходимые для заключения договора страхования достоверные сведения, а также иную необходимую информацию, связанную с исполнением договора страхования;

8.5.4. сообщить Страховщику о случаях не предоставления, неполного или некачественного предоставления медицинских услуг в Медицинских учреждениях;

8.5.5. незамедлительно сообщить Страховщику о факте утраты страхового полиса.

8.6. Застрахованный имеет право:

8.6.1. на оплату полученных медицинских услуг в соответствии с условиями, указанными в договоре и Программе страхования;

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

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

8.6.4. получить разъяснения положений, содержащихся в Правилах страхования и договоре страхования, о порядке предоставления медицинских услуг, а также расчет величины страховой выплаты или выкупной суммы;

8.6.5. принять на себя обязанности Страхователя - юридического лица в случае его ликвидации.

8.7. Договором страхования могут быть предусмотрены также иные права и обязанности сторон.

8.8. В случае смерти Страхователя - физического лица, заключившего договор страхования в отношении другого лица (Застрахованного), права и обязанности, определенные договором переходят к этому лицу с его согласия. При невозможности выполнения этим лицом обязанностей по договору страхования его права и обязанности могут перейти к лицам, выполняющим в соответствии с законодательством Российской Федерации обязанности по охране прав и законных интересов лица, которое является Застрахованным.

8.9. Если в период страхования Страхователь – физическое лицо судом признан недееспособным либо ограничен в дееспособности, права и обязанности такого Страхователя переходят к его опекуну или попечителю.

8.10. Права и обязанности Страхователя, Застрахованного, Выгодоприобретателя по договору страхования не могут быть переданы иным лицам без письменного согласия Страховщика.

9. Прекращение договора страхования

9.1. Договор страхования прекращается в случаях:

9.1.1. истечение срока его действия;

9.1.2. исполнения Страховщиком обязательств по договору перед Страхователем (Застрахованным) в полном объеме;

9.1.3. ликвидации Страхователя, являющегося юридическим лицом, или смерти Страхователя, являющегося физическим лицом, если Застрахованный не принял на себя обязанности Страхователя по уплате страховых взносов;

9.1.4. смерти Застрахованного;

9.1.5. прекращения Страховщиком страховой деятельности в связи с отзывом лицензии (при условии, что обязательства по договору страхования он не передал другому Страховщику в порядке, установленном действующим законодательством);

9.1.6. в других случаях, предусмотренных законодательными актами Российской Федерации.

9.2. Договор страхования может быть прекращен досрочно по требованию Страховщика в случаях, предусмотренных настоящими Правилами:

- 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;

- если Застрахованный нарушает медицинские предписания и рекомендации медицинского персонала, а также лечебно-охранительный режим, что повлекло увеличение размера страховой выплаты на оказание ему медицинских услуг;

- если Страхователь возражает против изменения условий договора страхования или доплаты страховой премии при увеличении страхового риска (изменении состояния здоровья Застрахованного, увеличении стоимости услуг лечебного учреждения и пр.);

- при неуплате Страхователем очередного страхового взноса в установленные договором страхования сроки.

9.3. Договор страхования может быть прекращен досрочно по требованию Страхователя в случае нарушения Страховщиком условий Правил страхования:

- если Страховщик не обеспечил предоставление Застрахованному медицинской помощи и медицинских услуг, определенных договором страхования;

- если Страховщик не произвел в установленном порядке оплату услуг, оказанных Застрахованному при наступлении страхового случая, что привело к дополнительным расходам Страхователя (Застрахованного).

9.4. Договор страхования может быть прекращен по соглашению сторон в соответствии с нормами гражданского законодательства. О намерении досрочного прекращения договора страхования стороны обязаны уведомить друг друга не менее чем за 30 дней до предполагаемой даты прекращения, если иное не предусмотрено договором страхования.

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

9.6. При досрочном прекращении договора страхования Страховщик возвращает Страхователю фактически уплаченные страховые взносы пропорционально не истекшему сроку действия договора за вычетом понесенных расходов в размере, предусмотренном утвержденной Страховщиком структурой тарифной ставки, действовавшей на момент заключения договора страхования, а также суммы произведенных страховых выплат по договору.

9.7. Если расторжение договора страхования произошло по причине невыполнения Страховщиком обязанностей, установленных Правилами страхования и/или договором страхования (п.9.3. Правил страхования), Страховщик возвращает Страхователю уплаченные взносы полностью.

9.8. Для получения части страховой премии при досрочном прекращении договора страхования Страхователь представляет Страховщику следующие документы: договор страхования (страховой полис), заявление о досрочном прекращении договора и выплате (возврате) части страховой премии, надлежащим образом оформленную доверенность (если Страхователь юридическое лицо) и документ, удостоверяющий личность.

9.9. Возврат части страховой премии производится Страхователю в течение десяти рабочих после расторжения договора страхования в порядке, установленном пунктом 9.4. настоящих Правил. Днем возврата считается дата списания со счета Страховщика подлежащей перечислению суммы на счет получателя.

9.10. Страхователь вправе отказаться от договора страхования в течение 14 календарных дней со дня его заключения независимо от момента уплаты страховой премии, при отсутствии в данном периоде событий, имеющих признаки страхового случая.

Условия этого пункта не распространяется на договоры страхования заключенные по программам № 4 , 4/1, 4/2 настоящих Правил страхования

9.10.1. Если страхователь отказался от договора страхования в течение 14 календарных дней со дня его заключения, и до даты возникновения обязательств Страховщика по заключенному договору страхования (дата начала действия страхования), уплаченная страховая премия подлежит возврату Страховщиком Страхователю в полном объеме.

9.10.2. Если Страхователь отказался от договора страхования в течение 14 календарных дней со дня его заключения, но после даты начала действия страхования, Страховщик, при возврате уплаченной страховой премии Страхователю, вправе удержать ее часть пропорционально сроку действия договора страхования, прошедшему с даты начала действия страхования до даты прекращения действия договора страхования.

9.10.3. 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, но не позднее срока, определенного в соответствии с пунктом 9.10. настоящих Правил.

Возврат части уплаченной Страхователем премии осуществляется на основании его заявления о досрочном прекращении договора страхования в течение десяти рабочих дней с момента прекращения договора страхования путем перечисления денежных средств на расчетный счет Страхователя или выплаты через кассу Страховщика.

9.11. В случае расторжения договора страхования или отказа Страхователя от договора добровольного страхования Страховщик обязан принять заявление Страхователя о возврате уплаченной страховой премии (части страховой премии) и (или), если это предусмотрено условиями договора и (или) правил страхования (далее - заявление).

9.12. Страховщик обязан обеспечить прием заявления в офисе, в котором был заключен договор страхования, в ином указанном страховой организацией офисе, посредством почтовой связи, через личный кабинет (при наличии), а также, если это предусмотрено условиями страхования, через третье лицо, действующее по поручению страховой организации при заключении договора страхования от ее имени и за ее счет, в случае если это предусмотрено договором страховой организации с указанным третьим лицом.

9.13. Страховщик обязан обеспечить возврат Страхователю уплаченную страховую премию (части страховой премии) при расторжении договора страхования путем безналичного перечисления денежных средств на банковский счет Страхователя или наличными денежными средствами в офисе, в котором был заключен расторгаемый договор страхования и уплачена страховая премия (часть страховой премии), при наличии кассы в соответствующем офисе на момент расторжения договора страхования, или в ином указанном Страховщиком офисе.

9.14. По запросу получателя страховых услуг Страховщик один раз по одному договору страхования бесплатно обязан предоставить ему заверенный Страховщиком расчет суммы страховой премии (части страховой премии), подлежащих возврату в связи с расторжением или досрочным прекращением договора страхования.

К указанному расчету по запросу получателя страховых услуг прилагаются письменные или даются устные пояснения со ссылками на нормы права и (или) условия договора страхования и правил страхования, на основании которых произведен расчет.

9.15. Во всех случаях прекращения договора страхования Застрахованные обязаны вернуть Страховщику страховые полисы, действие которых прекращается с момента прекращения договора страхования.

10. Порядок и условия осуществления страховой выплаты

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

Страховая выплата осуществляется в следующем порядке:

10.1.1. В случае, если Застрахованный пользовался услугами, организованными Страховщиком или Сервисной компанией, Страховщик оплачивает выставленные Медицинскими учреждениями или Сервисной компанией счета по возмещению расходов, связанных с урегулированием страхового случая.

10.1.2. В случае получения несогласованных со Страховщиком/Сервисной компанией медицинских услуг, а также осуществления любых несогласованных расходов, Страховщик вправе отказать в возмещении расходов Застрахованного.

10.1.3. Страховая выплата определяется стоимостью медицинских и иных услуг, оказываемых Застрахованному лицу в соответствии с условиями договора страхования, и не может превышать установленной для данного Застрахованного лица страховой суммы или лимита ответственности, указанных в договоре страхования.

10.2. Право Застрахованного лица на получение и оплату медицинской помощи, предусмотренной договором, наступает после вступления его в силу (п.7.7. Правил).

10.3. Предоставление медицинской помощи осуществляется путем обращения Застрахованного в медицинские учреждения, указанные в договоре страхования. При обращении Застрахованного в медицинское учреждение предъявляется страховой полис (карточку Застрахованного сертификат, пропуск и т.п.), выданный Страховщиком, паспорт либо другой документ, удостоверяющий личность Застрахованного лица.

10.4. Медицинские, медико-транспортные и иные услуги, связанные с оказанием медицинской помощи Застрахованному при наличии медицинских показаний по согласованию со Страховщиком

могут оказываться другими медицинскими учреждениями или сервисными компаниями, с которыми Страховщик состоит в договорных отношениях.

10.5. В необходимых случаях с целью повышения эффективности лечения, снижению его продолжительности, риска возможных осложнений или при невозможности получения определенного комплекса медицинских услуг на территории Российской Федерации для оказания медицинской помощи, если это предусмотрено договором страхования, могут привлекаться зарубежные медицинские учреждения, имеющие соответствующее разрешение (лицензию или иной документ) государственных органов, на территории которых они расположены, на право заниматься различными видами медицинской деятельности, а также сервисные компании.

10.6. Оплата стоимости услуг (страховые выплаты), оказанных медицинским учреждением или сервисной компанией, производится по ценам, согласованным со Страховщиком путем перечисления Страховщиком денежных средств на расчетный счет учреждения /компании авансом или по счету, выставленному за фактически оказанные услуги в рамках Программ страхования. Порядок и сроки оплаты услуг, оказанных Застрахованным, определяются договором с медицинским учреждением (сервисной компанией).

10.7. Страховщик проверяет соответствие оказываемых Застрахованному услуг оговоренному в договоре объему, требованиям профессиональных медицинских стандартов, сроки предоставления услуг и выполнение других положений договора страхования, а также имеет право проводить экспертизу качества оказанных услуг.

10.8. До оплаты счетов за фактически оказанные услуги Страховщик проводит экспертизу выставленных счетов на их соответствие Программам страхования, страховой сумме и утвержденным прейскурантам цен. После проведенной экспертизы и урегулирования возникших разногласий Страховщик осуществляет оплату счетов.

10.9. Если договором страхования предусмотрена оплата (компенсация) расходов по страховому случаю, произведенных Страхователем (Застрахованным) по согласованию со Страховщиком за счёт собственных средств, оплата осуществляется на основании письменного заявления Страхователя (Застрахованного) с приложением информационной карты с указанием лицевого счета, оригиналов документов, подтверждающих факт оказания Застрахованному медицинских и иных услуг, включая расходы на медикаменты и изделия медицинского назначения, сроков лечения, перечня оказанных услуг (из числа предусмотренных договором страхования), понесённых расходов (кассовых чеков, выписок с лицевого банковского счета), а также с приложением документа медицинского учреждения, подтверждающего необходимость оказания медицинских и иных услуг в оказанном объеме.

Страховая выплата может быть произведена представителю Застрахованного по доверенности, оформленной в установленном законом порядке.

В исключительных случаях (например, при направлении Застрахованного по согласованию со Страховщиком на консультацию в медицинское учреждение, не имеющее договора со Страховщиком) Страховщик может рассмотреть вопрос о возмещении Застрахованному его личных средств, затраченных на оплату полученных медицинских услуг. При этом затраты должны быть признаны врачом-экспертом Страховщика обоснованными на основании документов, подтверждающих необходимость произведенных затрат факт оплаты.

10.10. В случае выявления факта предоставления получателем страховых услуг документов, недостаточных для принятия страховщиком решения об осуществлении страховой выплаты, и (или) ненадлежащим образом оформленных документов в соответствии с требованиями правил страхования и (или) договора страхования, страховщик обязан:

- принять их, если иное не предусмотрено для отдельного вида страхования законодательством Российской Федерации, при этом срок принятия решения или единый срок урегулирования требования о страховой выплате не начинает течь до предоставления последнего из необходимых и надлежащим образом оформленных документов;
- уведомить об этом подавшее заявление на страховую выплату лицо с указанием перечня недостающих и (или) ненадлежащим образом оформленных документов.

Срок уведомления физических лиц - получателей страховых услуг о выявлении факта предоставления получателем страховых услуг документов, недостаточных для принятия страховщиком решения об осуществлении страховой выплаты, и (или) ненадлежащим образом оформленных документов не должен превышать 15 рабочих дней.

Страховщик вправе проводить проверку представленных Застрахованным документов. Для получения более полной информации о наступившем событии Страховщик вправе потребовать предоставления Застрахованным необходимой дополнительной информации о причинах и обстоятельствах страхового случая. Страховщик также вправе запрашивать сведения, связанные с

наступившим страховым случаем, у Медицинских учреждений и других организаций, располагающих информацией о наступившем событии, а также самостоятельно выяснять причины и обстоятельства, связанные с его возникновением, расходами и убытками Застрахованного.

10.11. Страховщик обеспечивает соблюдение требований к идентификации получателей страховых услуг их представителей в целях противодействия легализации (отмыванию) доходов, полученных преступным путем, и финансированию терроризма при урегулировании требований о страховой выплате.

На стадии урегулирования требований о страховой выплате обеспечивается идентификация лица, обратившегося к страховщику с заявлением о получении страховой выплаты (выгодоприобретателя, страхователя, застрахованного лица, или их представителей), а также получателя страховой выплаты.

10.12. Страховой акт составляется Страховщиком в течение десяти рабочих дней после получения и анализа всех необходимых документов по факту страхового случая. При необходимости проверки обстоятельств страхового случая и представленных документов Страховщик имеет право отсрочить принятие решения о страховой выплате на срок до 30 дней.

10.13. Страховая выплата и компенсация расходов по страховому случаю, произведенных Страхователем (Застрахованным) по согласованию со Страховщиком за счёт собственных средств производится в течение десяти рабочих дней (если иное не оговорено в договоре страхования) с даты утверждения страхового акта. Днём выплаты считается дата списания средств со счёта Страховщика в банке или выдачи наличных денег из кассы Страховщика. Перевод подлежащих выплате сумм по почте, телеграфу или на счет получателя осуществляется за счёт средств получателя.

10.14. Страховщик имеет право отказать в оплате медицинских услуг, обращение за получением которых не является страховым случаем или которые не предусмотрены Программой страхования (п.п. 4.10., 4.11. Правил)

Страховщик не имеет права отказать в страховой выплате по причине утраты им представленных документов на страховую выплату (какого-либо из них), если имеются доказательства получения страховщиком указанных документов.

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

Заявление о возмещении понесенных Застрахованным расходов на оплату медицинской помощи принимается в срок не позднее 90 календарных дней после получения им медицинских услуг.

11. Исковая давность и порядок разрешения споров

11.1. Споры, возникающие по договору страхования, разрешаются путем переговоров сторон, а в случае не достижения согласия - в порядке, предусмотренном законодательством Российской Федерации.

11.2. Спорные вопросы, связанные с заявлениями Застрахованных в отношении ненадлежащего уровня медицинской помощи и/или действий медицинского персонала, возникшие при оказании им медицинских и иных услуг, рассматриваются экспертной комиссией из представителей обеих сторон и независимых экспертов. Порядок работы и оплата услуг экспертной комиссии определяются отдельным соглашением. При наличии виновной стороны расходы на оплату работы экспертной комиссии относятся на ее счет, при отсутствии вины – на счет заявителя.

11.3. Иск по требованиям, вытекающим из договора страхования, может быть предъявлен в течение срока исковой давности, предусмотренного законодательством Российской Федераци

11.4. Рассмотрение досудебных споров между Страхователем (Выгодоприобретателем) и Страховщиком осуществляются в порядке, установленном частью 1 и 2 статьи 16 Федерального закона от 04.06.2018г. № 123 «Об уполномоченном по правам потребителей финансовых услуг».

11.5. При условиях, изложенных в части 1 статьи 15 Федерального закона от 04.06.2018г. № 123 «Об уполномоченном по правам потребителей финансовых услуг» спор между Страхователем (Выгодоприобретателем) и Страховщиком подлежит рассмотрению финансовым уполномоченным.

11.6. В случае поступления обращения (претензии, жалобы) от Получателя страховых услуг Страховщик рассматривает такое обращение в порядке, установленном законом и (или) определенном в Договоре страхования.

Приложение № 1
к Правилам добровольного медицинского страхования граждан

ГОДОВЫЕ БАЗОВЫЕ ТАРИФНЫЕ СТАВКИ
по добровольному медицинскому страхованию (в руб. к 100 руб. страховой суммы)

Программа страхования	Тарифная ставка
Программа № 1 «Амбулаторно-поликлиническая помощь»	16,53
Программа № 2 «Стационарная медицинская помощь»	9,11
Программа № 3 «Комплексная медицинская помощь»	30,84
Программа № 3/1 «Комплексная медицинская помощь» - «Женское здоровье»	48,17
Программа № 3/2 «Комплексная медицинская помощь»-«Здравствуй, малыш»	58,24
Программа № 3/3 «Комплексная медицинская помощь»-«Страхование на случай укуса клеща»	0,30

1. При заключении договоров страхования Страховщик имеет право применять к настоящим тарифным ставкам повышающие или понижающие коэффициенты, устанавливаемые по результатам андеррайтинга, в зависимости от обстоятельств, существенно влияющих на степень страхового риска:

- состояния здоровья Застрахованного (от 0,75 до 5,0);
- профессии и рода деятельности Застрахованного (от 0,75 до 3,0);
- образа жизни, хобби Застрахованного (от 0,9 до 2,0);
- территории и времени, на которое распространяется страхование (от 0,9 до 1,5);
- безубыточности ранее заключенного договора добровольного медицинского страхования, количества обращений Застрахованного за медицинской помощью в течение предыдущего страхового периода, длительности лечения (от 0,8 до 3,0).
- использования лечебным учреждением высококачественной медицинской техники, новейших методов лечения, привлечения врачей, имеющих высокий уровень квалификации (от 1,0 до 3,0);
- возраста Застрахованного:

Возраст застрахованного (лет)	Возрастной коэффициент, ед.
1-2	1,70
3-4	1,50
5-9	1,32
10-14	1,02
15-17	0,90
18-24	0,93
25-29	0,95
30-34	0,95
35-39	0,97
40-44	1,00
45-49	1,17
50-54	1,35
55-59	1,42
60-64	1,50
65-69	1,60

Полученный страховой тариф согласовывается со Страхователем и используется для расчёта страховой премии.

Конкретные факторы риска и обстоятельства, увеличивающие (уменьшающие) вероятность наступления страхового события, а также конкретные размеры повышающих (понижающих) коэффициентов, которые Страховщик вправе применять к базовым тарифным ставкам, выявляются (определяются) в ходе оценки Страховщиком страхового риска при заключении конкретного договора страхования.

В случае не применение одного из повышающих (понижающих) коэффициентов, для расчета страхового тарифа принимается значение данного коэффициента равного 1.

Генеральный директор С.В.Кучун

Приложение № 1.1.
к Правилам добровольного медицинского страхования граждан

БАЗОВЫЕ ТАРИФНЫЕ СТАВКИ
(в % к страховой сумме, срок страхования – один год)

Программы страхования	Тарифные ставки
Программа № 4/1 «Страхование иностранных граждан» - «Трудовой мигрант»	0,52
Программа № 4/2 «Страхование иностранных граждан» - «Будь здоров, студент»	0,81

При заключении конкретного договора страхования Страховщик имеет право применять к базовым тарифным ставкам повышающие и понижающие коэффициенты в зависимости от:

- объема медицинских услуг, предусмотренного программами, повышающий коэффициент от 1,2 до 5; понижающий коэффициент от 0,1 до 0,99)
- возраста Застрахованного лица (в отношении лиц, старше 40 лет Страховщик вправе применять повышающие коэффициенты от 1,1 до 3,5, для иных возрастных групп–понижающие коэффициенты от 0,5 до 0,99);
- группы здоровья Застрахованного лица, наличия хронических заболеваний - повышающий коэффициент от 1,2 до 4,5; в отношении лиц без отягощенной наследственности, без вредных привычек или их умеренной выраженности–понижающий коэффициент от 0,3 до 0,99)
- профессии (рода занятий) Застрахованного лица (в отношении лиц, работа или род занятий которых связаны с повышенным риском причинения вреда здоровью, применяется повышающий коэффициент от 1,2 до 4,8);
- количественного состава группы при коллективном страховании (по договору, предусматривающему страхование десяти и более лиц, применяется понижающий коэффициент от 0,6 до 0,99);
- технического оснащения медицинского учреждения; профессионального уровня и практического опыта медицинского персонала (могут применяться как повышающий коэффициент от 1,1 до 3,0, так и понижающий от 0,7 до 0,99);
- наличие убытков по договорам предыдущих периодов страхования - повышающий коэффициент от 1,2 до 4,5;
- кратность предоставления услуг - повышающие коэффициенты от 1,1 до 3,5;
- расширение объема ответственности Страховщика по сравнению со стандартными страховыми программами - повышающий коэффициент от 1,2 до 5,0;
- уменьшение объема ответственности Страховщика по сравнению со стандартными страховыми программами - понижающие коэффициенты от 0,5 до 0,99;

- регион страхования - повышающие коэффициенты от 1,1 до 3,5;

Базовая тарифная ставка не может быть увеличена более чем в 5 раз, максимальный понижающий коэффициент 0,1. В любом случае при применении поправочных коэффициентов, результирующая тарифная ставка не должна превышать 99% страховой суммы. Полученный страховой тариф согласовывается со Страхователем, и используется для расчёта страховой премии.

Конкретные факторы риска и обстоятельства, увеличивающие (уменьшающие) вероятность наступления страхового события, а также конкретные размеры повышающих (понижающих) коэффициентов, которые Страховщик вправе применять к базовым тарифным ставкам, выявляются (определяются) в ходе оценки Страховщиком страхового риска при заключении конкретного договора страхования.

В случае не применение одного из повышающих (понижающих) коэффициентов, для расчета страхового тарифа принимается значение данного коэффициента равного 1.

Генеральный директор С.В.Кучун

Приложение № 2
к Правилам добровольного медицинского страхования граждан

Программа №1

добровольного медицинского страхования

«Амбулаторно-поликлиническая помощь»

1.1 В соответствии с настоящей Программой и Правилами добровольного медицинского страхования (далее по тексту - Правила) Страховщик гарантирует Застрахованному при наступлении страхового случая организацию и оплату медицинской помощи, оказываемой амбулаторно-поликлиническими учреждениями, выбранными Страхователем из числа имеющих договорные отношения со Страховщиком при плановом или экстренном обращении.

2. Объем страховой ответственности

2.1. Страховому обеспечению подлежат следующие услуги, входящие в программу страхования (перечень услуг может уточняться в соответствии с возможностями лечебно-профилактических учреждений, указанных в договоре страхования):

2.1.1. Осмотры, консультации и другие профессиональные услуги врачей-специалистов, младшего и среднего медперсонала.

2.1.2. Расширенный объем диагностического обследования с применением (по показаниям):

- различных видов лабораторных исследований, включая клинические, биохимические, гематологические, серологические, бактериологические, гормональные и другие методики;
- инструментальную диагностику, включая рентгенологическое, электрографические, ультразвуковые, эндоскопические и другие современные методы.

2.1.3. Расширенный объем лечебной помощи с применением (по показаниям):

- различных терапевтических и физиотерапевтических процедур, включая электро- и лазеро-терапию, ультразвук, баротерапию, бальнеологические процедуры, ЛФК, массаж, акупунктуру, мануальную терапию и другие методы, применяемые в лечебно-профилактическом учреждении;
- хирургических и микрохирургических методов лечения, применяемых в амбулаторно-поликлинических условиях;
- профилактического и противорецидивного лечения.

2.1.4. Лечение у врачей первой, второй или высшей категории.

2.1.5. Выполнение манипуляций одноразовыми инструментами, инъекций одноразовыми шприцами и внутривенных инфузий системами одноразового применения.

2.1.6. Экспертиза временной нетрудоспособности, оформление направлений на госпитализацию санаторно-курортных карт и другой медицинской документации.

2.1.7. Телемедицинские консультации. Предоставление врачами-специалистами устных или письменных медицинских консультаций, носящих рекомендательный характер (без постановки диагноза), дистанционно, с использованием сервиса в режиме реального времени (онлайн), посредством видео- и аудиосвязи, путем обмена сообщениями и файлами.

2.1.8. Другие услуги, назначенные лечащим врачом.

2.1.9. Договор страхования может быть заключен на случай наступления всех перечисленных событий или отдельных из них.

2.2. В соответствии с Правилами страхования страховое возмещение по настоящей программе, если это предусмотрено договором страхования, может включать оплату следующих услуг:

- альтернативная скорая и неотложная медицинская помощь, а также услуги по транспортировке Застрахованных санитарным транспортом и сопровождению медицинским персоналом;
- медицинская помощь, оказываемая на дому или на производстве, а также вне постоянного места жительства застрахованного лица, включая транспортные и иные расходы лечебно-профилактического учреждения (медицинского персонала), связанные с необходимостью оказания медицинской помощи Застрахованному;
- медицинское обслуживание у врачей общей практики (личный врач, семейный врач, врач офиса);
- взятие анализов лаборантом и выполнение врачебных назначений патронажной медсестрой на дому;
- консультации специалистов кафедр медицинских ВУЗов, других лечебно - профилактических учреждений;
- оплата аптечному учреждению стоимости назначенных лечащим врачом медикаментов и изделий медицинского назначения;

- коррекция зрения с помощью контактных линз, методов лазерной хирургии;

- госпитализация в стационары, имеющие договорные отношения со Страховщиком, включая бронирование палат;

- диспансеризация, периодические и профилактические осмотры, ПРМО, проведение прививок и вакцинации;

- прерывание беременности по медицинским показаниям, дородовое наблюдение и специализированное гинекологическое лечение лиц, имеющих сопутствующую соматическую патологию и (или) осложнения острых заболеваний в период действия договора страхования;

- все виды стоматологических услуг;

- лечебно - косметологические услуги;

- дневной стационар;

- другие услуги, необходимые для оказания медицинской помощи Застрахованным.

2.3. В зависимости от объема и перечня дополнительных услуг при расчете тарифа к базовой ставке применяются повышающие коэффициенты.

3. НЕСТРАХОВЫЕ СЛУЧАИ

3.1. Перечень услуг, заболеваний и патологических состояний Застрахованного, по которым Страховщик не производит выплат, определяется Правилами добровольного медицинского страхования и договором страхования.

4. ПОРЯДОК ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

4.1. При необходимости получения медицинской помощи в амбулаторно-поликлинических условиях Застрахованный должен обратиться в регистратуру медицинского учреждения для получения направления к врачу соответствующей специализации. Записаться на прием, вызвать при необходимости врача поликлиники на дом можно по телефонам, указанным в страховом полисе (карточке Застрахованного, сертификате, пропуске и т.п.- если они выдавались).

4.2. Медицинские услуги оказываются строго в режиме работы медицинского учреждения при наличии у Застрахованного полиса добровольного медицинского страхования (карточки Застрахованного, сертификата, пропуска и т.п.- если они выдавались), а также документа, удостоверяющего личность.

4.3. Для работы с Застрахованными лицами в медицинском учреждении, если это предусмотрено договором с данным учреждением, может выделяться регистратор и ответственное лицо из числа администрации для решения организационных вопросов.

4.4. Экстренная госпитализация Застрахованного, если это предусмотрено договором страхования, осуществляется бригадой скорой медицинской помощи базового амбулаторно-поликлинического учреждения или иного медицинского учреждения, оказывающего скорую помощь в соответствии с договором страхования. По витальным показаниям, угрожающим жизни и здоровью Застрахованного, госпитализация может быть осуществлена городской (районной) службой скорой помощи в ближайший профильный дежурный стационар. В дальнейшем после купирования острого состояния Страховщик предпринимает меры для перевода Застрахованного в стационар, определенный договором страхования.

Запрещен вызов врача скорой помощи для проведения плановых и профилактических лечебных мероприятий, а также для оказания медицинской помощи незастрахованному лицу.

4.5. В необходимых случаях для организации медицинской помощи могут привлекаться сервисные медицинские компании, состоящие в договорных отношениях со Страховщиком и осуществляющие вспомогательную медицинскую деятельность (медицинский менеджмент, организацию консультативно-диагностической, санаторно-курортной и лечебной помощи).

Приложение № 3
к Правилам добровольного медицинского страхования граждан

Программа №2
добровольного медицинского страхования
«Стационарная медицинская помощь»

1.1. В соответствии с настоящей Программой и Правилами добровольного медицинского страхования (далее по тексту — Правила) Страховщик гарантирует Застрахованному при наступлении страхового случая организацию и оплату медицинской помощи, оказываемой стационарными лечебно-профилактическими учреждениями, выбранными Страхователем из числа имеющих договорные отношения со Страховщиком при плановом или экстренном обращении.

2. Объем страховой ответственности (страховые случаи)

2.1. Страховому обеспечению подлежат следующие услуги, входящие в программу страхования (перечень услуг может уточняться в соответствии с возможностями лечебно-профилактических учреждений, указанных в договоре страхования):

2.1.2. Осмотры, консультации и другие профессиональные услуги врачей-специалистов, младшего и среднего медперсонала.

2.1.3. Расширенный объем диагностического обследования с применением (по показаниям):

- различных видов лабораторных исследований, включая клинические, биохимические, гематологические, серологические, бактериологические, гормональные и другие методики;
- инструментальную диагностику, включая рентгенологическое, электрографические, ультразвуковые, эндоскопические и другие современные методы.

2.1.4. Расширенный объем лечебной помощи с применением (по показаниям):

- терапевтических и физиотерапевтических методов лечения, включая электро- и лазеротерапию, ультразвук, баротерапию, бальнеологические процедуры, ЛФК, массаж, акупунктуру, мануальную терапию и другие методы, применяемые в медицинском учреждении;
- традиционных хирургических, а также других современных методов, включая микрохирургические, эндоскопические, литотрипсию, лазерную хирургию;
- профилактического и противорецидивного лечения.

2.1.5. Лечение у врачей первой, второй или высшей категории.

2.1.6. Выполнение медицинских манипуляций инструментами и шприцами одноразового применения.

2.1.7. Экспертиза временной нетрудоспособности, оформление санаторно-курортных карт и другой медицинской документации.

2.1.8. Лекарственные препараты и другие средства, необходимые для лечения в стационарных условиях, назначенные лечащим врачом.

2.1.9. Размещение преимущественно в одно-двухместных палатах, питание, включая диетическое, уход медицинского персонала.

2.1.10. Другие услуги, назначенные лечащим врачом.

2.2. В соответствии с Правилами страхования страховое возмещение по настоящей программе, если это предусмотрено договором страхования, может включать оплату следующих услуг:

- обеспечение санитарным транспортом, сопровождение Застрахованного медицинским персоналом к месту проведения лечения и обратно;
- консультации специалистов кафедр медицинских ВУЗов, других лечебно-профилактических учреждений;
- медицинские, транспортные и иные расходы, связанные с необходимостью оказания медицинской помощи застрахованному лицу иногородним медицинским персоналом;
- специальный уход медицинского персонала (индивидуальный пост и др.);
- проведение сложного реконструктивного оперативного лечения при заболеваниях сердечно-сосудистой, нервной системы, опорно-двигательного аппарата;
- протезирование суставов, органов;
- коррекция зрения с помощью методов лазерной хирургии слуха с помощью слуховых аппаратов и имплантантов;
- проведение плазмофереза, гемодиализа и других экстракорпоральных методов лечения;
- лечение и диагностика бесплодия;
- дородовое и послеродовое лечение в специализированном стационаре, индивидуальное ведение родов (с привлечением врачей-специалистов по профилю соматической патологии) беременных Застрахованных лиц, имеющих сопутствующую соматическую патологию и (или)

осложнения острых заболеваний в период действия договора страхования, прерывание беременности по медицинским показаниям;

- операции по пересадке органов и тканей, необходимость в которых возникла вследствие заболеваний, травм и других несчастных случаев, наступивших в период действия договора страхования;

- оплата стоимости назначенных лечащим врачом медикаментов и изделий медицинского назначения, слуховых аппаратов или имплантантов, а также других корригирующих медицинских устройств и приспособлений и расходов на их подгонку;

- реабилитационно-восстановительное, санаторно-курортное лечение;

- размещение в палатах, оборудованных дополнительными средствами по уходу за больным, бытовыми приборами, телефоном, средствами оперативной связи с медицинским персоналом;

- специальные виды питания (включая повышенное содержание минералов, витаминов, белков), лечебное голодание;

- наблюдение врачами стационара больных на дому после выписки;

- другие услуги, необходимые для оказания медицинской помощи Застрахованным.

2.3. В зависимости от объема и содержания дополнительных услуг при расчете тарифа к базовой ставке могут применяться повышающие коэффициенты.

3. Нестраховые случаи

3.1. Перечень услуг, заболеваний, патологических состояний Застрахованного, по которым Страховщик не производит выплат, определяется Правилами добровольного медицинского страхования и договором страхования.

4. Порядок оказания медицинской помощи

4.1. Плановая госпитализация Застрахованного осуществляется отделением госпитализации базового амбулаторно-поликлинического учреждения или медицинским отделом Страховщика в сроки, согласованные со стационаром, определенным договором страхования. Медицинские и иные услуги Застрахованным в необходимых случаях по направлению Страховщика могут оказываться другими медицинскими учреждениями, с которыми Страховщик состоит в договорных отношениях.

Для госпитализации необходимы следующие документы: направление, амбулаторная карта или выписка из нее, страховой полис (карточка Застрахованного, сертификат, пропуск и т.п.- если они выдавались), документ, удостоверяющий личность Застрахованного.

4.2. Экстренная госпитализация Застрахованного, если это предусмотрено договором страхования, осуществляется бригадой скорой медицинской помощи базового амбулаторно - поликлинического учреждения или иного медицинского учреждения, оказывающего скорую помощь в соответствии с договором страхования. По витальным показаниям, угрожающим жизни и здоровью Застрахованного, госпитализация может быть осуществлена городской (районной) службой скорой помощи в ближайший профильный дежурный стационар. В дальнейшем после купирования острого состояния Страховщик предпринимает меры для перевода Застрахованного в стационар, определенный договором страхования.

Запрещен вызов врача скорой помощи для проведения плановых и профилактических лечебных мероприятий, а также для оказания медицинской помощи незастрахованному лицу.

4.3. В необходимых случаях для организации медицинской помощи могут привлекаться сервисные медицинские компании, состоящие в договорных отношениях со Страховщиком и осуществляющие вспомогательную медицинскую деятельность (медицинский менеджмент, организацию консультативно-диагностической, санаторно-курортной и лечебной помощи).

Приложение № 4
к Правилам добровольного медицинского страхования граждан

Программа №3
добровольного медицинского страхования
«Комплексная медицинская помощь»

1.1. В соответствии с настоящей Программой и Правилами добровольного медицинского страхования Страховщик гарантирует Застрахованному при наступлении страхового случая организацию и оплату амбулаторно-поликлинической, стационарной, стоматологической, реабилитационно-восстановительной, санаторно-курортной помощи и иных видов медицинской помощи и лекарственного обеспечения при плановом или экстренном обращении.

1.2. Комплексная программа предоставляет Застрахованному медицинские и иные услуги, определенные отдельными страховыми медицинскими программами, либо различным их сочетанием.

2. Объем страховой ответственности (страховые случаи)

2.1. Страховому обеспечению подлежат следующие услуги, входящие в Программу страхования (перечень услуг может уточняться в соответствии с возможностями лечебно-профилактических учреждений, указанных в договоре страхования):

2.1.1. Осмотры, консультации и другие профессиональные услуги врачей-специалистов, младшего и среднего медперсонала.

2.1.2. Расширенный объем диагностического обследования с применением (по показаниям):

- различных видов лабораторных исследований, включая клинические, биохимические, гематологические, серологические, бактериологические, гормональные и другие методики;
- инструментальную диагностику, включая рентгенологическое, электрографические, ультразвуковые, эндоскопические и другие современные методы.

2.1.3. Расширенный объем лечебной помощи с применением (по показаниям):

- различных терапевтических и физиотерапевтических процедур, включая электро- и лазеротерапию, ультразвук, баротерапию, бальнеологические процедуры, ЛФК, массаж, акупунктуру, мануальную терапию и другие методы, применяемые в медицинском учреждении;
- хирургических и микрохирургических методов лечения;
- профилактического и противорецидивного лечения.

2.1.4. Лечение у врачей первой, второй или высшей категории.

2.1.5. Выполнение медицинских манипуляций инструментами и шприцами одноразового применения.

2.1.6. Экспертиза временной нетрудоспособности, оформление направлений на госпитализацию санаторно-курортных карт и другой медицинской документации.

2.1.7. Телемедицинские консультации. Предоставление врачами-специалистами устных или письменных медицинских консультаций, носящих рекомендательный характер (без постановки диагноза), дистанционно, с использованием сервиса в режиме реального времени (онлайн), посредством видео- и аудиосвязи, путем обмена сообщениями и файлами.

2.1.8. Другие услуги, назначенные лечащим врачом.

2.1.9. Договор страхования может быть заключен на случай наступления всех перечисленных событий или отдельных из них.

2.2. В соответствии с Правилами страхования страховое возмещение по настоящей программе, если это предусмотрено договором страхования, может включать оплату следующих услуг:

- альтернативная скорая и неотложная медицинская помощь, а также услуги по транспортировке застрахованных лиц санитарным транспортом и сопровождению медицинским персоналом;
- медицинская помощь, оказываемая на дому или на производстве, а также вне постоянного места жительства застрахованного лица, включая транспортные и иные расходы лечебно - профилактического учреждения (медицинского персонала), связанные с необходимостью оказания медицинской помощи застрахованному лицу;
- проведение инструментальных и лабораторных исследований, выполнение врачебных назначений на дому;
- медицинское обслуживание у врачей общей практики (личный врач, семейный врач, врач офиса);
- консультации специалистов кафедр медицинских ВУЗов, других специализированных лечебно - профилактических учреждений;

- оплата назначенных лечащим врачом лекарственных препаратов и изделий медицинского назначения;

- коррекция зрения с помощью контактных линз, методов лазерной хирургии; коррекция слуха с помощью слуховых аппаратов и имплантантов;

- госпитализация в стационары, имеющие договорные отношения со Страховщиком, включая бронирование палат;

- лечение и диагностика бесплодия, прерывание беременности по медицинским показаниям, дородовое и послеродовое лечение в специализированном стационаре, индивидуальное ведение родов (с привлечением врачей-специалистов по профилю соматической патологии) беременных Застрахованных лиц, имеющих сопутствующую соматическую патологию и (или) осложнения острых заболеваний в период действия договора страхования;

- проведение сложного реконструктивного оперативного лечения при заболеваниях сердечно-сосудистой, нервной системы, опорно-двигательного аппарата;

- проведение плазмофереза, гемодиализа и других экстракорпоральных методов лечения;

- операции по пересадке органов и тканей, необходимость в которых возникла вследствие заболеваний, травм и других несчастных случаев, наступивших в период действия договора страхования;

- дополнительная стоматологическая помощь (парадонтология, ортодонтия, ортопедия и др.)

- реабилитационно-восстановительное, санаторно-курортное лечение;

- диспансеризация, профилактические осмотры, проведение прививок и вакцинации;

- наблюдение врачами стационара больных на дому после выписки;

- лечебно - косметологические услуги;

- дневной стационар;

- размещение в палатах, оборудованных дополнительными средствами по уходу за больным, бытовыми приборами, телефоном, средствами оперативной связи с медицинским персоналом;

- специальные виды питания (включая повышенное содержание минералов, витаминов, белков), лечебное голодание;

- другие услуги, необходимые для оказания медицинской помощи Застрахованным.

2.3. В зависимости от объема и перечня дополнительных услуг при расчете тарифа к базовой ставке применяются повышающие коэффициенты.

3. НЕСТРАХОВЫЕ СЛУЧАИ

3.l. Перечень услуг, заболеваний, патологических состояний Застрахованного, по которым Страховщик не производит выплат, определяется Правилами добровольного медицинского страхования и договором страхования.

4. ПОРЯДОК ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ.

4.1. Плановая госпитализация Застрахованного осуществляется отделением госпитализации базового амбулаторно-поликлинического учреждения или медицинским отделом Страховщика в сроки, согласованные со стационаром, определенным договором страхования. Медицинские и иные услуги Застрахованным в необходимых случаях по направлению Страховщика могут оказываться другими медицинскими учреждениями, с которыми Страховщик состоит в договорных отношения. Для госпитализации необходимы следующие документы: направление, амбулаторная карта или выписка из нее, страховой полис (карточка Застрахованного, сертификат, пропуск и т.п. – если они выдавались), документ, удостоверяющий личность Застрахованного.

4.2. Экстренная госпитализация Застрахованного, если это предусмотрено договором страхования, осуществляется бригадой скорой медицинской помощи базового амбулаторно - поликлинического учреждения или иного медицинского учреждения, оказывающего скорую помощь в соответствии с договором страхования. По витальным показаниям, угрожающим жизни и здоровью Застрахованного, госпитализация может быть осуществлена городской (районной) службой скорой помощи в ближайший профильный дежурный стационар. В дальнейшем после купирования острого состояния Страховщик предпринимает меры для перевода Застрахованного в стационар, определенный договором страхования.

4.3. При необходимости получения медицинской помощи в амбулаторно-поликлинических условиях Застрахованный должен обратиться в регистратуру медицинского учреждения для получения направления к врачу соответствующей специализации. Записаться на прием, вызвать при необходимости врача поликлиники на дом можно по телефонам, указанным в страховом полисе (пропуске).

4.4. Медицинские услуги оказываются строго в режиме работы медицинского учреждения при наличии у Застрахованного полиса добровольного медицинского страхования.

4.5. В необходимых случаях для организации медицинской помощи могут привлекаться сервисные медицинские компании, состоящие в договорных отношениях со Страховщиком и осуществляющие вспомогательную медицинскую деятельность (медицинский менеджмент, организацию консультативно-диагностической, санаторно-курортной и лечебной помощи).

Приложение № 4/1
к Правилам добровольного медицинского страхования граждан

Программа №3/1
добровольного медицинского страхования
«Комплексная медицинская помощь»-«Женское здоровье»

1. В соответствии с настоящей Программой и Правилами добровольного медицинского страхования Страховщик гарантирует Застрахованной при наступлении страхового случая организацию и оплату амбулаторно-поликлинической, стационарной и иных видов медицинской помощи, дистанционного (телемедицинского) консультирования и лекарственного обеспечения.

Страховым случаем является обращение Застрахованной в течение срока действия договора страхования в Медицинское учреждение, предусмотренное договором страхования за получением медицинской (лечебной, диагностической, консультативной и др.) помощи по лечению гинекологических заболеваний, различных форм бесплодия, прерыванию беременности, сохранению и вынашиванию беременности, для проведения реконструктивного хирургического лечения, повлекшее возникновение обязательств Страховщика произвести оплату медицинских и иных услуг.

2. Страховому обеспечению подлежат следующие услуги, входящие в Программу страхования:

2.1.Стационарная помощь:

2.1.1. Осмотры, консультации и другие профессиональные услуги врачей-специалистов, младшего и среднего медперсонала;

2.1.2. Право выбора лечащего врача;

2.1.3. Лабораторные и инструментальные исследования (клинический и биохимический анализ крови, мочи, гинекологических мазков, исследование крови на гемостаз, гормоны, гепатиты, СПИД, сифилис, ультразвуковое исследование, кольпоскопия и др.)

2.1.4. Эндоскопическая диагностика и лечение гинекологических заболеваний с применением новейших медицинских технологий и оборудования;

2.1.5. Обезболивание при оперативном лечении (эпидуральная анестезия, спинальная анестезия, общий наркоз);

2.1.6. Лекарственное обеспечение;

2.1.7. Пребывание в 1-2х местной сервисной палате;

2.1.8. Лечение возможных осложнений.

2.2. Телемедицинские консультации дежурного врача и узкопрофильных специалистов.

2.3. Договор страхования может быть заключен на случай наступления всех перечисленных событий или отдельных из них.

Приложение № 4/2
к Правилам добровольного медицинского страхования граждан

Программа №3/2
добровольного медицинского страхования
«Комплексная медицинская помощь» - «Здравствуй, малыш!»

1. В соответствии с настоящей Программой и Правилами добровольного медицинского страхования Страховщик гарантирует Застрахованной при наступлении страхового случая организацию и оплату амбулаторно-поликлинической, стационарной и иных видов медицинской помощи, дистанционного (телемедицинского) консультирования и лекарственного обеспечения.

Страховым случаем является обращение Застрахованной в течение срока действия договора страхования в Медицинское учреждение, предусмотренное договором страхования за получением медицинской (лечебной, диагностической, консультативной и др.) помощи по ведению беременности сроком от 6 до 40 недель (предполагаемой даты родов); обращение за получением медицинской помощи по родовспоможению (при сроке беременности от 34 недель и выше), повлекшее возникновение обязательств Страховщика произвести оплату медицинских и иных услуг.

2. Страховому обеспечению подлежат следующие услуги, входящие в Программу страхования:

2.1.Амбулаторно-поликлиническая помощь:

2.1.1. Наблюдение беременной акушером-гинекологом;

2.1.2. Консультации беременной узкопрофильными специалистами;

2.1.3. Лабораторные исследования крови, мочи, гинекологических мазков;

2.1.4. Инструментальные методы обследования: ЭКГ, УЗИ, кардиотопография

2.1.5. Оказание консультативной помощи беременной по подготовке к родам, по вопросам течения родов и поведения в зависимости от периода родов, правилам грудного вскармливания, послеродовой контрацепции.

2.1.6. Послеродовая консультация акушера-гинеколога после выписки из родильного дома.

2.2.Стационарная помощь:

2.2.1. Пребывание в 1-2хместной дородовой палате;

2.2.2. Право выбора врача, принимающего роды.

2.2.3. Индивидуальное ведение родов бригадой высококвалифицированных специалистов;

2.2.4. Предоставление индивидуального родильного зала;

2.2.5. Обезболивание при родовспоможении (эпидуральная анестезия, спинальная анестезия, общий наркоз);

2.2.6. Осмотры, консультации и другие профессиональные услуги врачей-специалистов, младшего и среднего медперсонала;

2.2.7. Лабораторные и инструментальные исследования (клинический анализ крови, общий анализ мочи, ультразвуковое исследование, кардиомониторный контроль за состоянием плода и др.)

2.2.8. Лекарственное обеспечение родов;

2.2.9. Оперативное родоразрешение путем операции кесарева сечения в плановом и экстренном порядке по медицинским показаниям;

2.2.10. Партнерские роды (возможность присутствия на родах ближайших родственников при условии соблюдения санитарно-эпидемиологических норм);

2.2.11. Послеродовое пребывание в 1-2хместной сервисной палате «Мать и дитя», без ограничения срока (по медицинским показаниям);

2.2.12. Совместное пребывание матери и новорожденного в послеродовом отделении (при отсутствии медицинских противопоказаний со стороны матери и ребенка);

2.2.13. Возможность посещения палаты близкими родственниками при соблюдении правил внутрибольничного распорядка.

2.2.14. Индивидуальное послеродовое наблюдение родильницы акушером-гинекологом в родильном доме.

2.2.15. Наблюдение и осмотры новорожденного неонатологом в присутствии матери в родильном доме.

2.2.16. Лечение осложнений во время родов.

2.3. Телемедицинские консультации дежурного врача и узкопрофильных специалистов.

2.4. Договор страхования может быть заключен на случай наступления всех перечисленных событий или отдельных из них.

Приложение № 4/3
к Правилам добровольного медицинского страхования граждан

Программа №3/3
добровольного медицинского страхования
«Комплексная медицинская помощь» - «Страхование на случай укуса клеща»

1. В соответствии с настоящей Программой и Правилами добровольного медицинского страхования Страховщик гарантирует Застрахованному при наступлении страхового случая организацию и оплату амбулаторно-поликлинической, стационарной, реабилитационно-восстановительной и иных видов медицинской помощи и лекарственного обеспечения при экстренном обращении.

2. Страховому обеспечению подлежат следующие услуги, входящие в Программу страхования (перечень услуг может уточняться в соответствии с возможностями медицинских учреждений, указанных в договоре страхования):

2.1. Удаление присосавшегося к коже клеща;

2.2. Исследование удаленного клеща на наличие вируса клещевого энцефалита.

2.3. Исследование крови Застрахованного, вакцинированного против клещевого энцефалита и укушенного клещом, на титр антител к вирусу клещевого энцефалита.

2.4. Профилактику заболевания клещевым энцефалитом путем введения противоклещевого иммуноглобулина, не позднее 3-х суток с момента укуса клеща;

2.5 Осмотры, консультации и другие профессиональные услуги врачей-специалистов, младшего и среднего медперсонала;

2.6. Оказание Застрахованному стационарной медицинской помощи при заболевании клещевым энцефалитом в соответствии со стандартами оказания медицинской помощи при заболевании клещевым энцефалитом.

2.7. Лекарственное обеспечение при лечении заболевания клещевым энцефалитом по назначению врача.

2.8. Реабилитационно-восстановительное лечение после стационарного лечения.

2.9. Договор страхования может быть заключен на случай наступления всех перечисленных событий или отдельных из них.

Приложение № 5
к Правилам добровольного медицинского страхования граждан

Программа № 4
добровольного медицинского страхования
«Страхование иностранных граждан»

1. В соответствии с настоящей Программой и Правилами добровольного медицинского страхования Страховщик гарантирует при наступлении страхового случая организацию предоставления Застрахованному и оплату оказанной первичной медико-санитарной помощи и специализированной медицинской помощи в неотложной форме, в медицинских учреждениях, предусмотренных договором страхования и согласованных со Страховщиком.

2. При наступлении события, имеющего признаки страхового, Застрахованный обязан связаться со Страховщиком путем телефонного звонка в контакт-центр, сообщением на электронную почту или сайт Страховщика, и далее следовать рекомендациям Страховщика. Страховщик определяет медицинское учреждение для оказания медицинской помощи Застрахованному, основываясь на жалобах Застрахованного и возможностях медицинского учреждения.

Госпитализация осуществляется по направлению учреждения скорой и неотложной медицинской помощи, либо непосредственно приемным отделением стационара.

В медицинском учреждении данный полис действителен только при предъявлении документа, удостоверяющего личность.

В случае передачи полиса (договора) посторонним лицам, Застрахованный обязан возместить расходы, понесенные Страховщиком за медицинские услуги, полученные посторонними лицами по его страховому полису, а договор страхования расторгается в отношении данного Застрахованного.

2.1. Медицинская помощь оказывается Застрахованному лицу по медицинским показаниям при внезапных острых заболеваниях, обострении хронических заболеваний и иных состояниях, требующих оказания первичной медико-санитарной помощи и специализированной медицинской помощи в неотложной форме.

3. Виды предоставляемых медицинских и иных услуг: первичная медико-санитарная и специализированная медицинская помощь в неотложной форме в случаях заболеваний и состояний, входящих согласно части шестой статьи 35 Федерального закона от 29.11.2010г. №326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в РФ» в базовую программу обязательного медицинского страхования; репатриация тела в случае смерти Застрахованного лица.

4. Объем страховой ответственности (страховые случаи):

4.1. Страховому обеспечению в рамках амбулаторно-поликлинической помощи подлежат следующие услуги, входящие в Программу страхования (перечень услуг может уточняться в соответствии с возможностями медицинских учреждений, указанных в договоре страхования):

4.1.1. Осмотры, приемы, консультации, манипуляции и другие профессиональные услуги врачей-специалистов, среднего и младшего медицинского персонала;

4.1.2. Диагностические обследования с применением (по показаниям):

- лабораторных исследований, включая: клинические, биохимические;
- инструментальной диагностики, включая рентгенологическое, электрографические, ультразвуковые, эндоскопические исследования;

4.1.3. Лечебная помощь с применением (по показаниям):

4.1.3.1. подкожных, внутрикожных, внутримышечных, внутривенных инъекций, анестезии, противостолбнячной и антирабической вакцинации при травме;

4.1.3.2. различных терапевтических процедур, применяемых в медицинском учреждении для оказания первичной медико-санитарной помощи;

4.1.3.3. малых хирургических методов лечения в неотложной форме, включая расходы на проведение диагностических исследований, лекарственных средств, перевязочного материала и гипсовых фиксирующих повязок;

4.1.4. Экспертизу временной нетрудоспособности, оформление листов нетрудоспособности, справок 095/у, рецептов (за исключением льготных), направлений на госпитализацию и другой медицинской документации;

4.1.5. Медицинские услуги, назначенные лечащим врачом, по медицинским показаниям, для купирования заболеваний и/или состояний, представляющих угрозу жизни.

4.1.6. Неотложные стоматологические манипуляции, направленных на купирование острой боли и острых состояний, при острых заболеваниях и травме.

4.2. Страховому обеспечению в рамках стационарной медицинской помощи подлежит госпитализация при внезапных острых, обострении хронических заболеваний и иных состояниях, требующих оказания специализированной медицинской помощи в неотложной форме. Перечень услуг, входящих в Программу страхования, может уточняться в соответствии с возможностями медицинских учреждений, указанных в договоре страхования:

4.2.1. Осмотры, приемы, консультации, манипуляции и другие профессиональные услуги врачей-специалистов, среднего и младшего медицинского персонала;

4.2.2. Диагностические обследования с применением (по показаниям):

- лабораторных исследований, включая: клинические, биохимические;

- инструментальной диагностики, включая рентгенологическое, электрографические, ультразвуковые, эндоскопические исследования;

4.2.3. Лечебная помощь с применением (по показаниям):

4.2.3.1. подкожных, внутрикожных, внутримышечных, внутривенных инъекций, анестезии, противостолбнячной и антирабической вакцинации при травме;

4.2.3.2. различных терапевтических процедур и манипуляций, консервативных методов лечения, применяемых в медицинском учреждении для оказания первичной медико-санитарной помощи;

4.2.3.3. хирургических методов лечения и реанимационных мероприятий в неотложной форме, включая расходы на проведение диагностических исследований, лекарственных средств и анестезиологических пособий, перевязочного материала и гипсовых фиксирующих повязок;

4.2.4. Экспертиза временной нетрудоспособности, оформление листов нетрудоспособности, справок 095/у, рецептов (за исключением льготных), направлений на госпитализацию и другой медицинской документации;

4.2.5. Медицинские услуги, назначенные лечащим врачом, по медицинским показаниям, для купирования заболеваний и/или состояний, представляющих угрозу жизни;

4.2.6. Пребывание в специализированном отделении стационара, в общей палате; питание.

4.2.7. Лекарственные препараты, используемые медицинским персоналом при оказании медицинской помощи в неотложной форме в соответствии со стандартами первичной медико-санитарной помощи в рамках программы, включенные в утверждаемый Правительством РФ перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов для медицинского применения и медицинских изделий. Медицинские изделия, включенные в утверждаемый Правительством РФ перечень медицинских изделий, имплантируемых в организм человека при оказании медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, в том числе лечебное питание в стационаре и донорская кровь и ее компоненты.

4.3. Репатриация тела в случае смерти Застрахованного лица, если данный риск предусмотрен условиями договора страхования:

4.3.1.Страховщик оплачивает расходы на оплату возвращения (посмертную репатриацию) тела (останков) Застрахованного лица из Российской Федерации в страну постоянного проживания Застрахованного лица до транспортного узла на территории постоянного проживания Застрахованного (аэропорта, вокзала, порта) при условии организации посмертной репатриации Сервисной компанией.

4.3.2. Репатриация может быть осуществлена представителем Застрахованного при условии предварительного письменного согласования всех расходов по репатриации с Сервисной компанией или Страховщиком.

4.3.3. По согласованию с родственниками умершего Страхователя (Застрахованного) репатриация останков может быть заменена кремацией на территории страхования и транспортировкой урны с прахом до транспортного узла (аэропорта, вокзала, порта) на территории постоянного проживания Застрахованного лица.

4.3.4. Страховщик оплачивает следующие расходы по посмертной репатриации тела или урны с прахом Застрахованного лица, смерть которого наступила вследствие страхового случая в течение срока страхования на территории страхования, и оплату следующих расходов, согласованных Сервисной компанией и Страховщиком:

4.3.4.1. Расходы по вскрытию и бальзамированию тела; пребыванию тела в морге; по приобретению гроба, требуемого для перевозки тела; оформлению документов, необходимых для перевозки тела до транспортного узла на территории постоянного проживания Застрахованного (аэропорта, вокзала, порта). При этом Страховщик не оплачивает расходы на ритуальные услуги.

4.3.4.2. Расходы на перевозку тела из морга на территории Российской Федерации до транспортного узла на территории постоянного проживания Застрахованного лица (аэропорта, вокзала, порта).

5. Виды внезапных травм, внезапных острых заболеваний и состояний:

5.1. тяжелые и крайне тяжелые механические повреждения: мягких тканей, связочно-сумочного аппарата суставов, переломы костей и повреждения внутренних полостных органов;

5.2. тяжелые и крайне тяжелые термические повреждения: ожоги и обморожения 2,3 и 4 степени;

5.3. отравления (угарным и светильным газом, кислотами и щелочами, ядохимикатами, недоброкачественными продуктами);

5.4. внезапные острые заболевания, произошедшие на территории РФ, требующие предоставления первичной медико-санитарной помощи и специализированной медицинской помощи в неотложной форме;

5.5. экстренная хирургическая стоматология. Объем услуг: вскрытие абсцессов челюстно-лицевой области, удаление зубов простое и сложное; неотложная помощь при травме челюстно-лицевой области.

5.6. Договор страхования может быть заключен на случай наступления всех перечисленных событий или отдельных из них.

6. Страховыми случаями не являются:

6.1. перечень услуг, заболеваний, патологических состояний, возникших у Застрахованного, по которым Страховщик не производит выплат, определяется Правилами добровольного медицинского страхования и договором страхования;

6.2. услуги, обращение за которыми Застрахованного лица не оплачиваются Страховщиком:

6.2.1. оказанные в медицинских учреждениях, не предусмотренных договором страхования;

6.2.2. любые медицинские услуги без медицинских показаний, не предписанные врачом, выполняемые только по желанию Застрахованного, либо предписанные лечащим врачом, но не входящие в программу;

6.2.3.заболевания, или расстройства здоровья хронического и рецидивирующего характера, их осложнения, имеющиеся до начала срока страхования или начавшиеся до приезда на территорию страхования, не требующие экстренной и неотложной медицинской помощи. Все виды медицинских осмотров, если иное не предусмотрено в договоре страхования;

6.2.4. в связи пребыванием Застрахованного на территории РФ с целью получения услуг по профилактике (кроме противостолбнячной и антирабической вакцинации), диагностике и лечению заболеваний;

6.2.5. оказание ритуальных услуг;

6.2.6. возникшие после участия Застрахованного в скачках, автогонках, занятий профессионально и любительски любыми видами спорта, тренировок и участия в соревнованиях профессиональных спортсменов, если иное не предусмотрено в договоре страхования;

6.2.7. причинением морального вреда;

6.2.8. любая транспортировка Застрахованного, организованная не сервисной компанией и не согласованной со Страховщиком;

6.2.9. обращением Застрахованного в медицинское или иное учреждение по поводу проведения консультаций, диагностики, лечения, профилактики заболеваний и состояний, не находящихся в прямой причинно-следственной связи с острым заболеванием, травмой, отравлением, ожогом или обморожением, произошедшими в период действия договора страхования и угрожающих жизни и здоровью Застрахованного;

6.2.10. наличием у Застрахованного медицинских противопоказаний к выполнению работ, указанных в патенте;

6.2.11. полученные в амбулаторно-поликлинических условиях: все виды гормональных исследований, бактериологические, вирусологические, микологические, паразитологические исследования, ПЦР-диагностика, внутривенные капельные, внутрисуставные, парабульбарные инъекции, проведение малых хирургических операций в амбулаторных условиях, подбор контактных линз и очков;

6.2.12. медицинские услуги, связанные с беременностью, за исключением оказания неотложной помощи при угрожающих жизни состояниях до установления диагноза развивающейся беременности, прерывание беременности без медицинских показаний, родовспоможение, послеродовый период, нарушение менструального цикла, лечение расстройств половой функции;

6.2.13. по оказанию плановой медицинской помощи, которая оказывается при заболеваниях и состояниях, не угрожающих жизни застрахованного, не требующих экстренных и неотложных

медицинских вмешательств, и отсрочка оказания которой, на определенное время, не повлечет за собой ухудшение состояния пациента, угрозу его жизни и здоровью;

6.2.14. по диагностике и лечению заболеваний и состояний, проводимые с косметической целью, включая лечение акне, атером, удаление кондилом, мозолей, бородавок, папиллом, контагиозных моллюсков, невусов, липом, халязион и пр., пластические операции, диагностика и лечение заболеваний волос (алопеция и пр.); склеротерапия вен;

6.2.15. аппаратная диагностика: HRT, пахиметрия, визоконтрастопериметрия; диагностика и лечение коррекции зрения аппаратными и лазерными методами, периферическая лазерокоагуляция сетчатки (за исключением случаев, когда диагностирован разрыв сетчатки, отслоение сетчатки, очаговая дистрофия сетчатки);

6.2.16. методы традиционной диагностики, терапии и оздоровления, экспериментальные авторские методы лечения и диагностики. Локальные методики, разработанные и применяемые отдельными медучреждениями; ударно-волновая терапия; все виды пневмомассажа (усиленная наружная контрпульсация, лимфопресс и т.п.); аппаратное вытяжение позвоночника (сухое и подводное); лечение с использованием аппаратов квантовой терапии; лечение с использованием аппаратов структурно-резонансной терапии; все виды лечения и обследований, не соответствующие порядкам оказания медицинской помощи, и стандартам медицинской помощи Минздрава РФ;

6.2.17 высокотехнологичная медицинская помощь;

6.2.18. догоспитальная подготовка и наблюдение по поводу заболеваний органов и тканей, требующих их трансплантации, аутотрансплантации, трансплантология, протезирования;

6.2.19. протезы, эндопротезы, импланты, включая искусственные хрусталики, металлоконструкции, наборы, для остеосинтеза и фиксации, стабилизирующие системы, за исключением случаев, когда необходимость использования возникла в экстренных случаях в течение 24 часов после травмы, полученной застрахованным лицом;

6.2.20. постановка кардиостимуляторов, стентов, балонная ангиопластика, кроме экстренных случаев по жизненным показаниям; тромболизис;

6.2.21 нейрохирургические операции (кроме оперативного лечения острых травм);

6.2.22. экстракорпоральные методы лечения (внутривенная лазеротерапия, озонотерапия, УФО крови, гемодиализ, плазмаферез, гемосорбция, гипербарическая оксигенация), робот-ассистированные операции;

6.2.23. индивидуальный медицинский пост, получением сервисных услуг с целью дополнительного комфорта: улучшенное размещение, наличие в палате телевизора, телефона, кондиционера, увлажнителя, услуг парикмахера, массажиста;

6.2.24. удаление ретинированных и дистопированных зубов, лечение парадонтоза;

6.2.25. зубопротезирование и подготовка к нему (включая перелечивание корневых каналов, удаление кист, удаление и депульпирование зубов, и пр. прочие подготовительные работы), съемные и фиксированные протезы, костные трансплантаты, имплантация зубов, ортодонтические виды лечения;

6.2.26. вызов врача на дом, медицинская помощь и уход на дому;

6.2.27. реабилитация в условиях диспансеров, профилакториев, восстановительных центров, проведение оздоровительных мероприятий (тренажеры, солярий, бассейн, коррекция веса, оздоровительный массаж и т.п.), физиотерапевтическое и санаторно-курортное лечение;

6.2.28. вакцинация (за исключением экстренной профилактики столбняка, бешенства);

6.2.29. лечение и/или процедуры по планированию семьи, включая искусственное оплодотворение, введение и удаление ВМС, лечение и диагностику бесплодия или импотенции, аборты, а также, последствия и осложнения, связанные с этими процедурами, гормональные и другие исследования с целью подбора методов контрацепции, заместительной гормональной терапии. Нарушение менструального цикла. Экстракорпоральное оплодотворение. Диагностические исследования, консультации и тесты, связанные с беременностью и дородовым наблюдением.;

6.2.30. бальнеологические процедуры, ЛФК, грязелечение, массаж, тренажеры, аппаратное лечение простатитов, аллерген-специфическая иммунотерапия, вакцинация;

6.2.31. услуги психотерапевта, психолога, диетолога, генетика, логопеда;

6.2.32. самостоятельные обращения Застрахованного за медицинской помощью в медицинские учреждения, не согласованные со Страховщиком;

6.2.33. обследование с целью получения справок на право ношения оружия, вождения автомобиля, трудоустройства, поступления в учебные заведения, санаторно-курортной карты и пр.;

6.2.34. покрытие расходов на очки, контактные линзы, слуховые аппараты, полимерные фиксирующие повязки, туторы, ортезы, брейсы;

6.2.35. исследование аллергологического и иммунологического статуса.

6.2.36. возникновение затрат на получение медицинских и иных услуг, если Застрахованным была допущена грубая неосторожность, в том числе нарушение правил поведения, техники безопасности или распорядка на территории/месте временного пребывания/трудовой деятельности.

6.3. перечень заболеваний / состояний, обращение по поводу которых, не оплачивается Страховщиком;

6.3.1. острые и хронические вирусные гепатиты, цирроз печени, заболевания СПИДом или ВИЧ-инфекцией

6.3.2. онкологические заболевания (злокачественные новообразования, в том числе кроветворной и лимфатической тканей, образования головного мозга, мозговых оболочек и ганглиев);

6.3.3. сахарный диабет 1 и 2 типа, его последствия;

6.3.4. острая и хроническая лучевая болезнь;

6.3.5. иммунодефицитные состояния; микозы;

6.3.6. демиелинизирующие заболеваниями центральной и периферической нервной системы, экстрапирамидные и другие дегенеративные заболевания нервной системы, миастения;

6.3.7. наследственные заболевания, в том числе хромосомные, наследственные болезни обмена, аномалии развития, врожденные пороки, детский церебральный паралич;

6.3.8. системные заболевания соединительной ткани (склеродермия, системная красная волчанка, дерматомиозит, ревматическая полимиалгия), а также все недифференцированные коллагенозы, ревматоидный артрит, болезнь Бехтерева, саркоидоз, васкулиты, псориаз;

6.3.9. хронические и прогрессирующие заболевания сердечно-сосудистой, легочной систем, заболевания желудочно-кишечного тракта, урологические;

6.3.10. хроническая почечная и печеночная недостаточность, требующая проведения экстракорпоральных методов лечения;

6.3.11. психические заболевания, расстройства поведения, невротические расстройства, дисциркуляторные энцефалопатии, эпилепсия и эпилептиформные синдромы, алкоголизм, наркомания, токсикомания и их осложнения.

6.3.12. врожденные и приобретенные заболевания костно-мышечной системы, деформирующие дорсопатии, артропатии, пяточная шпора, вальгусная и варусная деформация конечностей, все виды плоскостопия и других ортопедических заболеваний;

6.3.13. заболевания органов и тканей, требующие их трансплантации, аутотрансплантации, протезирования, ортопедической коррекции;

6.3.14. ожирение и его осложнения, расстройства питания и нарушения обмена веществ, метаболический синдром.

6.3.15. хронические лор заболевания и их осложнения;

6.3.16. профессиональные заболевания;

6.3.17. заболевания, включенные в утвержденный Правительством РФ перечень социально значимых и опасных для окружающих заболеваний (СПИД, вирусные лихорадки, передаваемые членистоногими, вирусные геморрагические лихорадки, гельминтозы, гепатиты А, В, С, D и др.. дифтерия, инфекции, передающиеся преимущественно половым путем, лепра, педикулез, акариаз, сибирская язва, туберкулез, холера, малярия, натуральная оспа, сап и мелиоидоз, чума).

6.3.18. заболевания или расстройства здоровья, развившиеся вследствие нарушений Застрахованным правил профилактики заболеваний, невыполнения или ненадлежащего выполнения предписаний лечащего врача; последствия самолечения и/или приема медицинских препаратов, не назначенных врачом; оказания услуг учреждением либо лицом, не имеющим лицензии на право осуществления медицинской деятельности.

6.3.19. сосудистая патология с осложнениями в виде трофических нарушений;

6.3.20. хориоретинальные дистрофии, макулодистрофии, халязион без гнойных осложнений;

6.4. Не подлежат возмещению расходы Застрахованного в случае добровольного отказа:

6.4.1. от назначенных Страховщиком схем организации помощи;

6.4.2. от выполнения предписаний лечащего врача, полученных им в связи с обращением по поводу страхового случая;

6.4.3. от организации перевода в другое медицинское учреждение, предложенное Страховщиком.

6.5. Не является страховым случаем обращение Застрахованного с целью получения медицинской помощи в связи:

6.5.1.с получением травматического повреждения, в результате совершения Застрахованным действий в состоянии алкогольного, наркотического или токсического опьянения;

6.5.2.с попыткой самоубийства Застрахованного, за исключением тех случаев, когда Застрахованный был доведен до такого состояния противоправными действиями третьих лиц;

6.5.3.с иным умышленным причинением Застрахованным себе телесных повреждений;

6.5.4.с обращением Застрахованного в медицинское учреждение по поводу тех случаев, которые в соответствии с программой не оплачиваются Страховщиком

7. Порядок оказания медицинской помощи:

7.1. Договор добровольного медицинского страхования вступает в действие с 00 часов дня после поступления страховой премии на расчетный счет Страховщика, если иное не предусмотрено договором страхования.

7.2. Экстренная медицинская помощь иностранным гражданам оказывается лечебно-профилактическими учреждениями государственной и муниципальной системы здравоохранения, а также медицинскими работниками или лицами, обязанными оказывать первую помощь по закону или специальному праву, в случае возникновения состояний, представляющих непосредственную угрозу их жизни или требующих срочного медицинского вмешательства (острые заболевания и состояния, последствия несчастных случаев, травм, отравлений).

7.3. Экстренная госпитализация Застрахованного осуществляется бригадой скорой медицинской помощи учреждения, оказывающего скорую помощь в соответствии с действующим законодательством, по витальным показаниям, угрожающим жизни и здоровью Застрахованного, госпитализация может быть осуществлена городской (районной) службой скорой помощи в ближайший профильный дежурный стационар. В дальнейшем, после купирования острого состояния, Страховщик предпринимает меры для осуществления перевода Застрахованного в стационар, определенный договором страхования.

7.4. Медицинские услуги оказываются строго в режиме работы медицинского учреждения при наличии у Застрахованного полиса добровольного медицинского страхования.

7.5. В случае получения медицинских услуг Застрахованный должен известить Страховщика о факте возникновения страхового случая, для проведения организации и контроля Страховщика над ходом оказания медицинских услуг.

7.6. В случае получения несогласованных со Страховщиком медицинских услуг, а также осуществления любых несогласованных расходов, Страховщик вправе отказать в возмещении расходов Застрахованного.

Приложение № 5/1
к Правилам добровольного медицинского страхования граждан

Программа № 4/1
добровольного медицинского страхования
«Страхование иностранных граждан»-«Трудовой мигрант»

1. В соответствии с настоящей Программой и Правилами добровольного медицинского страхования, при наступлении события, имеющего признаки страхового, Застрахованный обязан связаться со Страховщиком путем телефонного звонка в контакт-центр, сообщением на электронную почту или сайт Страховщика.. Необходимо предоставить следующую информацию – ФИО Застрахованного, номер полиса, жалобы, свой контактный телефон, при самостоятельной госпитализации – наименование медицинского учреждения (отделение, номер палаты), и далее следовать рекомендациям Страховщика. Страховщик определяет медицинское учреждение для оказания медицинской помощи Застрахованному, основываясь на жалобах Застрахованного и возможностях медицинского учреждения.

Госпитализация осуществляется по направлению учреждения скорой и неотложной медицинской помощи, либо непосредственно приемным отделением стационара. В медицинском учреждении данный полис действителен только при предъявлении паспорта.

2. Виды предоставляемых медицинских и иных услуг: первичная медико-санитарная и специализированная медицинская помощь в неотложной форме в случаях заболеваний и состояний, входящих согласно части шестой статьи 35 Федерального закона от 29.11.2010г. №326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в РФ» в базовую программу обязательного медицинского страхования.

2.1. Первичная медико-санитарная помощь в неотложной форме оказывается в амбулаторных условиях и включает:

2.1.1. первичную доврачебную помощь, оказываемую фельдшерами и другими медицинскими работниками со средним медицинским образованием;

2.1.2. первичную врачебную помощь, оказываемую врачами-терапевтами, врачами общей практики.

2.2. Специализированная медицинская помощь в неотложной форме включает:

2.2.1. Первичную специализированную медико-санитарную помощь в амбулаторных условиях, предусматривающую диагностику и лечение заболеваний, требующих использования специальных методов и медицинских технологий, оказываемых врачами-специалистами специализированных медицинских учреждений;

2.2.2. Специализированную медицинскую помощь в стационарных условиях в соответствии со стандартами первичной медико-санитарной и специализированной медицинской помощи. Включает оплату лекарственных препаратов, включенных в утвержденный Правительством РФ перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов для медицинского применения и медицинских изделий, включенных в перечень медицинских изделий, имплантируемых в организм человека при оказании медицинской помощи в рамках программы Государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, в т.ч. оплату лечебного питания, донорской крови и ее компонентов.

3. Виды внезапных травм, внезапных острых заболеваний и состояний:

3.1. тяжелые и крайне тяжелые механические повреждения: мягких тканей, связочно-сумочного аппарата суставов, переломы костей и повреждения внутренних органов;

3.2. тяжелые и крайне тяжелые термические повреждения: ожоги и обморожения 2,3 и 4 степени;

3.3. отравления (угарным и светильным газом, кислотами и щелочами, ядохимикатами, недоброкачественными продуктами);

3.4. внезапные острые и обострения хронических заболеваний, произошедшие на территории РФ, требующие предоставления первичной медико-санитарной помощи и специализированной медицинской помощи в неотложной форме;

3.5. экстренная хирургическая стоматология: вскрытие абсцессов челюстно-лицевой области; неотложная помощь при травме челюстно-лицевой области.

4. Страховыми случаями не являются:

4.1. услуги, оказанные в медицинских учреждениях, не предусмотренных договором страхования;

4.2. любые медицинские услуги без медицинских показаний, не предписанные врачом, либо предписанные лечащим врачом, но не входящие в программу;

4.3. заболевания, или расстройства здоровья хронического и рецидивирующего характера, их осложнения, имеющиеся до начала срока страхования или начавшиеся до приезда на территорию страхования, не требующие экстренной и неотложной медицинской помощи. Все виды медицинских осмотров.

4.4. возникшие после участия Застрахованного в скачках, автогонках, занятиях любыми видами спорта, тренировках, соревнованиях;

4.5. любая транспортировка Застрахованного, организованная не сервисной компанией и не согласованной со Страховщиком;

4.6. обращением Застрахованного в медицинское или иное учреждение по поводу проведения консультаций, диагностики, лечения, профилактики заболеваний и состояний, не находящихся в прямой причинно-следственной связи с острым заболеванием, травмой, отравлением, ожогом или обморожением, произошедшими в период действия договора страхования, и не угрожающих жизни и здоровью Застрахованного;

4.7. наличием у Застрахованного медицинских противопоказаний к выполнению работ, указанных в патенте;

4.8. полученные в амбулаторно-поликлинических условиях: все виды гормональных исследований, бактериологические, вирусологические, микологические, паразитологические исследования, ПЦР-диагностика, внутривенные капельные, внутрисуставные, парабульбарные инъекции, подбор очков и линз;

4.9. медицинские услуги, связанные с беременностью, за исключением оказания неотложной помощи при угрожающих жизни состояниях до установления диагноза развивающейся беременности, прерывание беременности без медицинских показаний, родовспоможение, послеродовый период;

4.10. по оказанию плановой медицинской помощи, которая оказывается при заболеваниях и состояниях, не угрожающих жизни застрахованного, не требующих экстренных и неотложных медицинских вмешательств, и отсрочка оказания которой, на определенное время, не повлечет за собой ухудшение состояния пациента, угрозу его жизни и здоровью;

4.11. по диагностике и лечению заболеваний и состояний, проводимые с косметической целью, включая лечение акне, атером, удаление кондилом, мозолей, бородавок, папиллом, контагиозных моллюсков, невусов, липом и пр., диагностика и лечение заболеваний волос (алопеция и пр.); склеротерапия вен;

4.12. диагностика и коррекция зрения аппаратными и лазерными методами, периферическая лазерокоагуляция сетчатки (за исключением случаев, когда диагностирован разрыв сетчатки, отслоение сетчатки, очаговая дистрофия сетчатки);

4.13. все виды лечения и обследований, не соответствующие порядкам оказания медицинской помощи, и стандартам медицинской помощи Минздрава РФ;

4.14. высокотехнологичная медицинская помощь;

4.15. протезы, эндопротезы, импланты, включая искусственные хрусталики, металлоконструкции, наборы, для остеосинтеза и фиксации, стабилизирующие системы, за исключением случаев, когда необходимость использования возникла в экстренных случаях в течение 24 часов после травмы, полученной Застрахованным;

4.16. постановка кардиостимуляторов, стентов, балонная ангиопластика, кроме экстренных случаев по жизненным показаниям; тромболизис;

4.17. нейрохирургические операции (кроме оперативного лечения острых травм);

4.18. экстракорпоральные методы лечения, робот-ассистированные операции;

4.19. индивидуальный медицинский пост, размещение в палатах повышенного комфорта;

4.20. лечение и удаление зубов, лечение парадонтоза, зубопротезирование и подготовка к нему, имплантация зубов, ортодонтические виды лечения;

4.21. вызов врача на дом, медицинская помощь и уход на дому;

4.22. реабилитация в условиях диспансеров, профилакториев, восстановительных центров; физиотерапевтическое и санаторно-курортное лечение;

4.23. вакцинация (за исключением экстренной профилактики столбняка, бешенства);

4.24. лечение и/или процедуры по планированию семьи, включая искусственное оплодотворение, введение и удаление ВМС, лечение и диагностику бесплодия и импотенции, нарушения менструального цикла.

4.25. услуги психотерапевта, психолога, диетолога, генетика, логопеда;

4.26. самостоятельные обращения Застрахованного за медицинской помощью в медицинские учреждения, не согласованные со Страховщиком;

4.27. обследование с целью получения справок на право ношения оружия, вождения автомобиля, трудоустройства, санаторно-курортной карты и пр.;

4.28. покрытие расходов на очки, контактные линзы, слуховые аппараты, полимерные фиксирующие повязки, туторы, ортезы, брейсы;

4.29. исследование аллергологического и иммунологического статуса;

4.30. возникновение затрат на получение медицинских и иных услуг, если Застрахованным была допущена грубая неосторожность, в том числе нарушение правил поведения, техники безопасности или распорядка на территории/месте временного пребывания/трудовой деятельности.

5. Перечень заболеваний / состояний, обращение по поводу которых, не оплачивается Страховщиком:

5.1. острые и хронические вирусные гепатиты, цирроз печени;

5.2. онкологические заболевания;

5.3. сахарный диабет 1 и 2 типа, его последствия;

5.4. иммунодефицитные состояния; микозы;

5.5. демиелинизирующие заболеваниями центральной и периферической нервной системы, экстрапирамидные и другие дегенеративные заболевания нервной системы;

5.6. наследственные заболевания, в т.ч. хромосомные, наследственные болезни обмена, врожденные пороки, детский церебральный паралич;

5.7. системные заболевания соединительной ткани, все недифференцированные коллагенозы, ревматоидный артрит, болезнь Бехтерева, саркоидоз, васкулиты, псориаз;

5.8. хронические и прогрессирующие заболевания сердечно-сосудистой, легочной систем, заболевания желудочно-кишечного тракта, урологические;

5.9. хроническая почечная и печеночная недостаточность, требующая проведения экстракорпоральных методов лечения;

5.10. психические заболевания, расстройства поведения, невротические расстройства, дисциркуляторные энцефалопатии, эпилепсия и эпилептиформные синдромы, алкоголизм, наркомания, токсикомания и их осложнения;

5.11. врожденные и приобретенные заболевания костно-мышечной системы, деформирующие дорсопатии, артропатии, пяточная шпора, вальгусная и варусная деформация конечностей, все виды плоскостопия и других ортопедических заболеваний;

5.12. заболевания органов и тканей, требующие их трансплантации, аутотрансплантации, протезирования, ортопедической коррекции;

5.13. ожирение и его осложнения, нарушение обмена веществ, метаболический синдром;

5.14. хронические лор заболевания и их осложнения;

5.15. Заболевания, включенные в утверждаемый Правительством РФ перечень заболеваний, представляющих опасность для окружающих (СПИД, вирусные лихорадки, гельминтозы, дифтерия, инфекции, передающиеся преимущественно половым путем, лепра, педикулез, акариаз, сибирская язва, туберкулез).

5.16. сосудистая патология с осложнениями в виде трофических нарушений;

5.17. хориоретинальные дистрофии, макулодистрофии, халязион без гнойных осложнений;

6. Порядок оказания медицинской помощи:

6.1. В случае получения медицинских услуг Застрахованный должен известить Страховщика о факте возникновения страхового случая, для проведения организации и контроля Страховщика над ходом оказания медицинских услуг.

6.2. В случае получения несогласованных со Страховщиком медицинских услуг, а также осуществления любых несогласованных расходов, Страховщик вправе отказать в возмещении расходов Застрахованного.

Приложение № 5/2
к Правилам добровольного медицинского страхования граждан

Программа № 4/2
добровольного медицинского страхования
«Страхование иностранных граждан»- «Будь здоров ,студент»

1.В соответствии с настоящей Программой и Правилами добровольного медицинского страхования, при наступлении события, имеющего признаки страхового, Застрахованный обязан связаться со Страховщиком путем телефонного звонка в контакт-центр, сообщением на электронную почту или сайт Страховщика.. Необходимо предоставить следующую информацию – ФИО Застрахованного, номер полиса, жалобы, свой контактный телефон, при самостоятельной госпитализации – наименование медицинского учреждения (отделение, номер палаты), и далее следовать рекомендациям Страховщика. Страховщик определяет медицинское учреждение для оказания медицинской помощи Застрахованному, основываясь на жалобах Застрахованного и возможностях медицинского учреждения.

Госпитализация осуществляется по направлению учреждения скорой и неотложной медицинской помощи, либо непосредственно приемным отделением стационара. В медицинском учреждении данный полис действителен только при предъявлении паспорта.

2. Виды предоставляемых медицинских и иных услуг: первичная медико-санитарная и специализированная медицинская помощь в неотложной форме в случаях заболеваний и состояний, входящих согласно части шестой статьи 35 Федерального закона от 29.11.2010г. №326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в РФ» в базовую программу обязательного медицинского страхования.

2.1. Первичная медико-санитарная помощь в неотложной форме оказывается в амбулаторных условиях и включает:

2.1.1. приемы врачей-специалистов: терапевта, хирурга, гинеколога, уролога, невролога, кардиолога, офтальмолога, травматолога, оториноларинголога, эндокринолога, дерматолога, гастроэнтеролога;

2.1.2. лабораторную диагностику: биохимический анализ крови, клинический анализ крови и мочи, микроскопическое исследование мазков;

2.1.3. инструментальные методы исследования: рентгенологические, ультразвуковые, функциональные, эндоскопические;

2.1.4. лечебную помощь с применением (по показаниям):

2.1.4.1 различных терапевтических процедур, применяемых в учреждении для оказания первичной медико-санитарной помощи;

2.1.4.2. малых хирургических методов лечения в неотложной форме, включая оплату лекарственных средств, перевязочного материала и гипсовых фиксирующих повязок;

2.1.5. стоматологическое лечение по неотложным показаниям (острый пульпит, периодонтит, осложненный кариес);

2.1.6. экспертизу временной нетрудоспособности, оформление листов нетрудоспособности, справок 095/у, рецептов (за исключением льготных), направлений на госпитализацию и другой медицинской документации;

2.2. Специализированная медицинская помощь в неотложной форме - стационарное лечение основного заболевания, послужившего причиной госпитализации, и проведенного согласно утвержденному Минздравом РФ стандарту оказания медицинской помощи по данному профилю заболевания. Включает:

пребывание в специализированном отделении стационара, в общей палате; питание; консультации врачей-специалистов; лабораторную и инструментальную диагностику; лечебную помощь, в т.ч. медикаментозное лечение; анестезиологические пособия; оперативные вмешательства; реанимационные мероприятия.

2.3. Репатриация тела в случае смерти Застрахованного.

3. Виды внезапных травм, внезапных острых заболеваний и состояний:

3.1. тяжелые и крайне тяжелые механические повреждения: мягких тканей, связочно-сумочного аппарата суставов, переломы костей и повреждения внутренних органов;

3.2. тяжелые и крайне тяжелые термические повреждения: ожоги и обморожения 2,3 и 4 степени;

3.3. отравления (угарным и светильным газом, кислотами и щелочами, ядохимикатами, недоброкачественными продуктами);

3.4. внезапные острые и обострения хронических заболеваний, произошедшие на территории РФ, требующие предоставления первичной медико-санитарной помощи и специализированной медицинской помощи в неотложной форме;

4. Страховыми случаями не являются:

4.1. услуги, оказанные в медицинских учреждениях, не предусмотренных договором страхования;

4.2. любые медицинские услуги без медицинских показаний, не предписанные врачом, либо предписанные лечащим врачом, но не входящие в программу;

4.3. заболевания, или расстройства здоровья хронического и рецидивирующего характера, их осложнения, имеющиеся до начала срока страхования или начавшиеся до приезда на территорию страхования, не требующие экстренной и неотложной медицинской помощи. Все виды медицинских осмотров, если иное не предусмотрено договором страхования.

4.4. возникшие после участия Застрахованного в скачках, автогонках, занятиях любыми видами спорта, тренировках, соревнованиях;

4.5. любая транспортировка Застрахованного, организованная не сервисной компанией и не согласованной со Страховщиком;

4.6. обращением Застрахованного в медицинское или иное учреждение по поводу проведения консультаций, диагностики, лечения, профилактики заболеваний и состояний, не находящихся в прямой причинно-следственной связи с острым заболеванием, травмой, отравлением, ожогом или обморожением, произошедшими в период действия договора страхования, и не угрожающих жизни и здоровью Застрахованного;

4.7. полученные в амбулаторно-поликлинических условиях: все виды гормональных исследований, бактериологические, вирусологические, микологические, паразитологические исследования, ПЦР-диагностика, внутривенные капельные, внутрисуставные, парабульбарные инъекции, подбор очков и линз;

4.8. медицинские услуги, связанные с беременностью, за исключением оказания неотложной помощи при угрожающих жизни состояниях до установления диагноза развивающейся беременности, прерывание беременности без медицинских показаний, родовспоможение, послеродовый период;

4.9. по оказанию плановой медицинской помощи, которая оказывается при заболеваниях и состояниях, не угрожающих жизни застрахованного, не требующих экстренных и неотложных медицинских вмешательств, и отсрочка оказания которой, на определенное время, не повлечет за собой ухудшение состояния пациента, угрозу его жизни и здоровью;

4.10. по диагностике и лечению заболеваний и состояний, проводимых с косметической целью, включая лечение акне, атером, удаление кондилом, мозолей, бородавок, папиллом, контагиозных моллюсков, невусов, липом и пр., диагностика и лечение заболеваний волос (алопеция и пр.); склеротерапия вен;

4.11. диагностика и коррекция зрения аппаратными и лазерными методами, периферическая лазерокоагуляция сетчатки (за исключением случаев, когда диагностирован разрыв сетчатки, отслоение сетчатки, очаговая дистрофия сетчатки);

4.12. все виды лечения и обследований, не соответствующие порядкам оказания медицинской помощи, и стандартам медицинской помощи Минздрава РФ;

4.13. высокотехнологичная медицинская помощь;

4.14. протезы, эндопротезы, импланты, включая искусственные хрусталики, металлоконструкции, наборы, для остеосинтеза и фиксации, стабилизирующие системы, за исключением случаев, когда необходимость использования возникла в экстренных случаях в течение 24 часов после травмы, полученной Застрахованным;

4.15. постановка кардиостимуляторов, стентов, балонная ангиопластика, кроме экстренных случаев по жизненным показаниям; тромболизис;

4.16. нейрохирургические операции (кроме оперативного лечения острых травм);

4.17. экстракорпоральные методы лечения, робот-ассистированные операции;

4.18. индивидуальный медицинский пост, размещение в палатах повышенного комфорта;

4.19. зубопротезирование и подготовка к нему, имплантация зубов, ортодонтические виды лечения, лечение пародонтоза:

4.20. вызов врача на дом, медицинская помощь и уход на дому;

4.21. реабилитация в условиях диспансеров, профилакториев, восстановительных центров; физиотерапевтическое и санаторно-курортное лечение;

4.22. вакцинация (за исключением экстренной профилактики столбняка, бешенства);

4.23. лечение и/или процедуры по планированию семьи, включая искусственное оплодотворение, введение и удаление ВМС, лечение и диагностику бесплодия и импотенции, нарушения менструального цикла.

4.24. услуги психотерапевта, психолога, диетолога, генетика, логопеда;

4.25. самостоятельные обращения Застрахованного за медицинской помощью в медицинские учреждения, не согласованные со Страховщиком;

4.26. обследование с целью получения справок на право ношения оружия, вождения автомобиля, трудоустройства, санаторно-курортной карты и пр.;

4.27. покрытие расходов на очки, контактные линзы, слуховые аппараты, полимерные фиксирующие повязки, туторы, ортезы, брейсы;

4.28. исследование аллергологического и иммунологического статуса;

4.29. возникновение затрат на получение медицинских и иных услуг, если Застрахованным была допущена грубая неосторожность, в том числе нарушение правил поведения, техники безопасности или распорядка на территории/месте временного пребывания/трудовой деятельности.

5. Перечень заболеваний / состояний, обращение по поводу которых, не оплачивается Страховщиком:

5.1. острые и хронические вирусные гепатиты, цирроз печени;

5.2. онкологические заболевания;

5.3. сахарный диабет 1 и 2 типа, его последствия;

5.4. иммунодефицитные состояния; глубокие микозы;

5.5. демиелинизирующие заболеваниями центральной и периферической нервной системы, экстрапирамидные и другие дегенеративные заболевания нервной системы;

5.6. наследственные заболевания, в т.ч. хромосомные, наследственные болезни обмена, врожденные пороки, детский церебральный паралич;

5.7. системные заболевания соединительной ткани, все недифференцированные коллагенозы, ревматоидный артрит, болезнь Бехтерева, саркоидоз, васкулиты, псориаз;

5.8. хронические и прогрессирующие заболевания сердечно-сосудистой, легочной систем, заболевания желудочно-кишечного тракта, урологические;

5.9. хроническая почечная и печеночная недостаточность, требующая проведения экстракорпоральных методов лечения;

5.10. психические заболевания, расстройства поведения, невротические расстройства, дисциркуляторные энцефалопатии, эпилепсия и эпилептиформные синдромы, алкоголизм, наркомания, токсикомания и их осложнения;

5.11. врожденные и приобретенные заболевания костно-мышечной системы, деформирующие дорсопатии, артропатии, пяточная шпора, вальгусная и варусная деформация конечностей, все виды плоскостопия и других ортопедических заболеваний;

5.12. заболевания органов и тканей, требующие их трансплантации, аутотрансплантации, протезирования, ортопедической коррекции;

5.13. ожирение и его осложнения, нарушение обмена веществ, метаболический синдром;

5.14. хронические лор заболевания и их осложнения;

5.15. Заболевания, включенные в утверждаемый Правительством РФ перечень заболеваний, представляющих опасность для окружающих (СПИД, вирусные лихорадки, гельминтозы, дифтерия, инфекции, передающиеся преимущественно половым путем, лепра, педикулез, акариаз, сибирская язва, туберкулез).

5.16. сосудистая патология с осложнениями в виде трофических нарушений;

5.17. хориоретинальные дистрофии, макулодистрофии, халязион без гнойных осложнений;

6. Порядок оказания медицинской помощи:

6.1. В случае получения медицинских услуг Застрахованный должен известить Страховщика о факте возникновения страхового случая, для проведения организации и контроля Страховщика над ходом оказания медицинских услуг.

6.2. В случае получения несогласованных со Страховщиком медицинских услуг, а также осуществления любых несогласованных расходов, Страховщик вправе отказать в возмещении расходов Застрахованного.

Приложение № 6
к Правилам добровольного медицинского страхования граждан

Генеральному директору АО «ДальЖАСО»
С.В Кучуну

З А Я В Л Е Н И Е
о добровольном медицинском страховании

Страхователь
_____,
(ФИО страхователя, либо наименование юридического лица)

просит заключить на условиях, предусмотренных Правилами добровольного медицинского страхования АО «ДальЖАСО», договор медицинского страхования с «___» _____ 20__ г. в пользу застрахованных в количестве _____ человек (список прилагается):

С Правилами страхования, программой страхования порядком обслуживания Застрахованного, ознакомлен _____
(подпись)

Банковские реквизиты Страхователя:_____
_____.
Юридический адрес: _____
Телефон: _____ Факс: _____. E-mail:_____
«___» _____ 20__ г. _____
(подпись)

РЕШЕНИЕ СТРАХОВЩИКА

Принимается на страхование _____ человек

Страховая сумма по договору составляет _____
(цифрами и прописью)

Страховая сумма	Количество застрахованных лиц	Тариф	Страховая премия

Страховую премию в сумме _____ руб.
(цифрами и прописью)
следует уплатить до «____» _____ 20___ г.

СТРАХОВЩИК _____
(подпись)
«___» _____ 20___ г.

СТРАХОВАТЕЛЬ _____
(подпись)
«___» _____ 20___ г.

образец

Приложение № 7

к Правилам добровольного медицинского страхования граждан

Дальневосточное железнодорожное акционерное страховое общество

«ДальЖАСО»

ПОЛИС

ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

Серия _____ № _____

Договор добровольного медицинского страхования № ____ от "___"_____ _____ г.

Страхователь _____

Застрахованный (Ф.И.О., дата рождения, пол, место работы, адрес) _____

_____

Страховая сумма_____

Лимиты ответственности_____

Программа страхования _____

Дополнительные условия _____

По настоящему полису Застрахованный имеет право на получение медицинских и иных услуг в течение действия договора страхования:

с "____" _____ 20_____г. по "____" _____ 20____ г.

Дата выдачи полиса страхования "_____" _____ _____ г.

Представитель "ДальЖАСО" _____/ _____/ м.п.

С правилами страхования ознакомлен и согласен _____

Представитель Страхователя _____ /_____/

Программа страхования и перечень медицинских учреждений прилагаются.

образец

Приложение № 7.1.
к Правилам добровольного медицинского страхования граждан

Приложение № 7.1.
к Правилам добровольного медицинского страхования граждан

Страховщик: Дальневосточное железнодорожное акционерное страховое общество " ДальЖАСО "

СТРАХОВОЙ ПОЛИС ДМС М №

Настоящий Полис удостоверяет факт заключения Договора добровольного медицинского страхования на основании устного заявления Страхователя, на условиях, указанных в данном Полисе, приложении к нему и в соответствии с Правилами добровольного медицинского страхования в редакции, действующей на момент заключения договора страхования, и дает Застрахованному право на получение медицинской помощи согласно условиям программы №4 /1 «Страхование иностранных граждан» - «Трудовой мигрант». Во всем, что не урегулировано настоящим Полисом, действуют Правила страхования, размещенные на официальном сайте Страховщика в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет» по адресу dalgaso.ru/about_us/unsurance_rules/

1. Страхователь:

Организационно-правовая форма, полное и (при наличии) сокращенное наименование, в т.ч. фирменное наименование (на русском и иностранном языках)
Адрес (место нахождения)
Контактная информация (телефон, факс, адрес сайта, E-mail)
ФИО, должность лица, уполномоченного подписывать договор ДМС

2. Застрахованный:

ФИО (на русском языке и буквами латинского алфавита)		
Пол	Дата рождения	Гражданство (при наличии)
Адрес (места жительства (регистрации) или места пребывания в РФ, дата регистрации)	Паспорт (документ, удостоверяющий личность)	
Контактная информация (телефон, E-mail)		

Страховая сумма (агрегатная)	**100 000,00 (Сто тысяч)**	рублей
Страховая премия уплачивается единовременно в размере		рублей

3. Страховой случай: возникновение документально подтвержденных затрат при обращении Застрахованного в течение срока действия договора страхования в медицинскую или иную организацию, предусмотренную договором страхования либо по направлению Страховщика, в связи с возникновением острого или обострения хронического заболевания, внезапной травмой, отравлением и другими состояниями за получением предусмотренной программой страхования первичной медико-санитарной и специализированной медицинской помощи в неотложной форме, повлекшее возникновение обязательств Страховщика произвести оплату медицинских и иных услуг.
Ограничение по количеству дней нахождения в стационаре: не более 5 календарных дней
Ограничение по количеству страховых случаев: не более 2 (Двух).

4. Срок действия договора ДМС/полиса: с 00.00 часов _____/_____/20____г. по 24.00 часов _____/_____/20____г.

5. Территория страхования:

6. Подписи сторон:
Подпись Страховщика: _____/_____ФИО/_____
/должность лица, подписывающего договор, документ-основание/

Подпись Страхователя:
Подписывая настоящий полис Страхователь (Застрахованный) подтверждает, что ознакомлен с Правилами добровольного медицинского страхования, согласен, и в соответствии с Федеральным законом РФ №152-ФЗ от 27.07.2006 «О персональных данных» предоставляет Страховщику право на ознакомление со своей медицинской документацией для решения вопросов, связанных с исполнением договора страхования, оплатой медицинских услуг, выражает согласие на обработку своих персональных данных, указанных в настоящем договоре. Данное согласие предоставляется с момента подписания настоящего договора, действительно в течение пяти лет после исполнения договорных обязательств и может быть отозвано путем направления письменного уведомления в адрес Страховщика.

_____/_____ФИО/ «_____»_____20___г. (Дата заполнения полиса)

При наступлении страхового случая обратитесь в контакт-центр по тел.

Квитанция А-7 №	Дата выписки квитанции: __/__/20___г.

Список медицинских учреждений
1.
2.

Приложение №1 к полису

Программа № 4/1 «Страхование иностранных граждан» - «Трудовой мигрант»

1. В соответствии с настоящей Программой и Правилами добровольного медицинского страхования, при наступлении события, имеющего признаки страхового, Застрахованный обязан связаться со Страховщиком путем телефонного звонка в контакт-центр, сообщением на электронную почту или сайт Страховщика.. Необходимо предоставить следующую информацию – ФИО Застрахованного, номер полиса, жалобы, свой контактный телефон, при самостоятельной госпитализации – наименование медицинского учреждения (отделение, номер палаты), и далее следовать рекомендациям Страховщика. Страховщик определяет медицинское учреждение для оказания медицинской помощи Застрахованному, основываясь на жалобах Застрахованного и возможностях медицинского учреждения.
Госпитализация осуществляется по направлению учреждения скорой и неотложной медицинской помощи, либо непосредственно приемным отделением стационара. В медицинском учреждении данный полис действителен только при предъявлении паспорта.
2. Виды предоставляемых медицинских и иных услуг: первичная медико-санитарная и специализированная медицинская помощь в неотложной форме в случаях заболеваний и состояний, входящих согласно части шестой статьи 35 Федерального закона от 29.11.2010г. №326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в РФ» в базовую программу обязательного медицинского страхования.
2.1. **Первичная медико-санитарная помощь** в неотложной форме оказывается в амбулаторных условиях и включает:
2.1.1. первичную доврачебную помощь, оказываемую фельдшерами и другими медицинскими работниками со средним медицинским образованием;
2.1.2. первичную врачебную помощь, оказываемую врачами-терапевтами, врачами общей практики.
2.2. **Специализированная медицинская помощь** в неотложной форме включает:
2.2.1. Первичную специализированную медико-санитарную помощь в амбулаторных условиях, предусматривающую диагностику и лечение заболеваний, требующих использования специальных методов и медицинских технологий, оказываемых врачами-специалистами специализированных медицинских учреждений;
2.2.2. Специализированную медицинскую помощь в стационарных условиях в соответствии со стандартами первичной медико-санитарной и специализированной медицинской помощи. Включает оплату лекарственных препаратов, включенных в утвержденный Правительством РФ перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов для медицинского применения и медицинских изделий, включенных в перечень медицинских изделий, имплантируемых в организм человека при оказании медицинской помощи в рамках программы Государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, в т.ч. оплату лечебного питания, донорской крови и ее компонентов.
3. **Виды внезапных травм, внезапных острых заболеваний и состояний:**
3.1. тяжелые и крайне тяжелые механические повреждения: мягких тканей, связочно-сумочного аппарата суставов, переломы костей и повреждения внутренних органов;
3.2. тяжелые и крайне тяжелые термические повреждения: ожоги и обморожения 2,3 и 4 степени;
3.3. отравления (угарным и светильным газом, кислотами и щелочами, ядохимикатами, недоброкачественными продуктами);
3.4. внезапные острые и обострения хронических заболеваний, произошедшие на территории РФ, требующие предоставления первичной медико-санитарной помощи и специализированной медицинской помощи в неотложной форме;
3.5. экстренная хирургическая стоматология: вскрытие абсцессов челюстно-лицевой области; неотложная помощь при травме челюстно-лицевой области.
4. **Страховыми случаями не являются:**
4.1. услуги, оказанные в медицинских учреждениях, не предусмотренных договором страхования;
4.2. любые медицинские услуги без медицинских показаний, не предписанные врачом, либо предписанные лечащим врачом, но не входящие в программу;
4.3. заболевания, или расстройства здоровья хронического и рецидивирующего характера, их осложнения, имеющиеся до начала срока страхования или начавшиеся до приезда на территорию страхования, не требующие экстренной и неотложной медицинской помощи. Все виды медицинских осмотров.
4.4. возникшие после участия Застрахованного в скачках, автогонках, занятиях любыми видами спорта, тренировках, соревнованиях;
4.5. любая транспортировка Застрахованного, организованная не сервисной компанией и не согласованной со Страховщиком;
4.6. обращением Застрахованного в медицинское или иное учреждение по поводу проведения консультаций, диагностики, лечения, профилактики заболеваний и состояний, не находящихся в прямой причинно-следственной связи с острым заболеванием, травмой, отравлением, ожогом или обморожением, произошедшими в период действия договора страхования, и не угрожающих жизни и здоровью Застрахованного;
4.7. наличием у Застрахованного медицинских противопоказаний к выполнению работ, указанных в патенте;
4.8. полученные в амбулаторно-поликлинических условиях: все виды гормональных исследований, бактериологические, вирусологические, микологические, паразитологические исследования, ПЦР-диагностика, внутривенные капельные, внутрисуставные, парабульбарные инъекции, подбор очков и линз;
4.9. медицинские услуги, связанные с беременностью, за исключением оказания неотложной помощи при угрожающих жизни состояниях до установления диагноза развивающейся беременности, прерывание беременности без медицинских показаний, родовспоможение, послеродовый период;
4.10. по оказанию плановой медицинской помощи, которая оказывается при заболеваниях и состояниях, не угрожающих жизни застрахованного, не требующих экстренных и неотложных медицинских вмешательств, и отсрочка оказания которой, на определенное время, не повлечет за собой ухудшение состояния пациента, угрозу его жизни и здоровью;
4.11. по диагностике и лечению заболеваний и состояний, проводимые с косметической целью, включая лечение акне, атером, удаление кондилом, мозолей, бородавок, папиллом, контагиозных моллюсков, невусов, липом и пр., диагностика и лечение заболеваний волос (алопеция и пр.); склеротерапия вен;

4.12. диагностика и коррекция зрения аппаратными и лазерными методами, периферическая лазерокоагуляция сетчатки (за исключением случаев, когда диагностирован разрыв сетчатки, отслоение сетчатки, очаговая дистрофия сетчатки);
4.13. все виды лечения и обследований, не соответствующие порядкам оказания медицинской помощи, и стандартам медицинской помощи Минздрава РФ;
4.14. высокотехнологичная медицинская помощь;
4.15. протезы, эндопротезы, импланты, включая искусственные хрусталики, металлоконструкции, наборы, для остеосинтеза и фиксации, стабилизирующие системы, за исключением случаев, когда необходимость использования возникла в экстренных случаях в течение 24 часов после травмы, полученной Застрахованным;
4.16. постановка кардиостимуляторов, стентов, балонная ангиопластика, кроме экстренных случаев по жизненным показаниям; тромболизис;
4.17. нейрохирургические операции (кроме оперативного лечения острых травм);
4.18. экстракорпоральные методы лечения, робот-ассистированные операции;
4.19. индивидуальный медицинский пост, размещение в палатах повышенного комфорта;
4.20. лечение и удаление зубов, лечение парадонтоза, зубопротезирование и подготовка к нему, имплантация зубов, ортодонтические виды лечения;
4.21. вызов врача на дом, медицинская помощь и уход на дому;
4.22. реабилитация в условиях диспансеров, профилакториев, восстановительных центров; физиотерапевтическое и санаторно-курортное лечение;
4.23. вакцинация (за исключением экстренной профилактики столбняка, бешенства);
4.24. лечение и/или процедуры по планированию семьи, включая искусственное оплодотворение, введение и удаление ВМС, лечение и диагностику бесплодия и импотенции, нарушения менструального цикла.
4.25. услуги психотерапевта, психолога, диетолога, генетика, логопеда;
4.26. самостоятельные обращения Застрахованного за медицинской помощью в медицинские учреждения, не согласованные со Страховщиком;
4.27. обследование с целью получения справок на право ношения оружия, вождения автомобиля, трудоустройства, санаторно-курортной карты и пр.;
4.28. покрытие расходов на очки, контактные линзы, слуховые аппараты, полимерные фиксирующие повязки, туторы, ортезы, брейсы;
4.29. исследование аллергологического и иммунологического статуса;
4.30. возникновение затрат на получение медицинских и иных услуг, если Застрахованным была допущена грубая неосторожность, в том числе нарушение правил поведения, техники безопасности или распорядка на территории/месте временного пребывания/трудовой деятельности.
5. **Перечень заболеваний / состояний, обращение по поводу которых, не оплачивается Страховщиком:**
5.1. острые и хронические вирусные гепатиты, цирроз печени;
5.2. онкологические заболевания;
5.3. сахарный диабет 1 и 2 типа, его последствия;
5.4. иммунодефицитные состояния; микозы;
5.5. демиелинизирующие заболеваниями центральной и периферической нервной системы, экстрапирамидные и другие дегенеративные заболевания нервной системы;
5.6. наследственные заболевания, в т.ч. хромосомные, наследственные болезни обмена, врожденные пороки, детский церебральный паралич;
5.7. системные заболевания соединительной ткани, все недифференцированные коллагенозы, ревматоидный артрит, болезнь Бехтерева, саркоидоз, васкулиты, псориаз;
5.8. хронические и прогрессирующие заболевания сердечно-сосудистой, легочной систем, заболевания желудочно-кишечного тракта, урологические;
5.9. хроническая почечная и печеночная недостаточность, требующая проведения экстракорпоральных методов лечения;
5.10. психические заболевания, расстройства поведения, невротические расстройства, дисциркуляторные энцефалопатии, эпилепсия и эпилептиформные синдромы, алкоголизм, наркомания, токсикомания и их осложнения;
5.11. врожденные и приобретенные заболевания костно-мышечной системы, деформирующие дорсопатии, артропатии, пяточная шпора, вальгусная и варусная деформация конечностей, все виды плоскостопия и других ортопедических заболеваний;
5.12. заболевания органов и тканей, требующие их трансплантации, аутотрансплантации, протезирования, ортопедической коррекции;
5.13. ожирение и его осложнения, нарушение обмена веществ, метаболический синдром;
5.14. хронические лор заболевания и их осложнения;
5.15. Заболевания, включенные в утверждаемый Правительством РФ перечень заболеваний, представляющих опасность для окружающих (СПИД, вирусные лихорадки, гельминтозы, дифтерия, инфекции, передающиеся преимущественно половым путем, лепра, педикулез, акариаз, сибирская язва, туберкулез).
5.16. сосудистая патология с осложнениями в виде трофических нарушений;
5.17. хориоретинальные дистрофии, макулодистрофии, халязион без гнойных осложнений;
6. Порядок оказания медицинской помощи:
6.1. В случае получения медицинских услуг Застрахованный должен известить Страховщика о факте возникновения страхового случая, для проведения организации и контроля Страховщика над ходом оказания медицинских услуг.
6.2. В случае получения несогласованных со Страховщиком медицинских услуг, а также осуществления любых несогласованных расходов, Страховщик вправе отказать в возмещении расходов Застрахованного.

образец
Приложение № 7.2.
к Правилам добровольного медицинского страхования граждан

Страховщик: Дальневосточное железнодорожное акционерное страховое общество " ДальЖАСО "

СТРАХОВОЙ ПОЛИС ДМС М №

Настоящий Полис удостоверяет факт заключения Договора добровольного медицинского страхования на основании устного заявления Страхователя, на условиях, указанных в данном Полисе, приложении к нему и в соответствии с Правилами добровольного медицинского страхования в редакции, действующей на момент заключения договора страхования и дает Застрахованному право на получение медицинской помощи согласно условиям программы № 4 /2 «Страхование иностранных граждан» - «Будь здоров, студент!»
Во всем, что не урегулировано настоящим Полисом, действуют Правила страхования, размещенные на официальном сайте Страховщика в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет» по адресу dalgaso.ru/about_us/unsurance_rules/

1. Страхователь:

ФИО (для иностранных граждан и лиц без гражданства буквами латинского алфавита):		
Пол:	Дата рождения:	Гражданство (при наличии)
Адрес (место жительства (регистрации) или места пребывания в РФ, дата регистрации)	Паспорт (документ, удостоверяющий личность)	
Контактная информация (телефон, факс, адрес сайта, E-mail)		

Наименование учебного заведения:

2. Застрахованный:

Страхователь

3. Страховая сумма (агрегатная):
рублей

Страховые риски	Лимит страховой суммы, руб.
Амбулаторная помощь Стационарная помощь Стоматологическая помощь по неотложным состояниям	

4.Страховая премия:
рублей

5. Страховой случай: возникновение документально подтвержденных затрат при обращении Застрахованного в течение срока действия договора страхования в медицинскую или иную организацию, предусмотренную договором страхования либо по направлению Страховщика, в связи с возникновением острого или обострения хронического заболевания, внезапной травмой, отравлением и другими состояниями за получением предусмотренной программой страхования первичной медико-санитарной и специализированной медицинской помощи в неотложной форме, повлекшее возникновение обязательств Страховщика произвести оплату медицинских и иных услуг.

6. Срок действия договора ДМС/полиса: с 00.00 часов _____/_____/20____г. по 24.00 часов _____/_____/20____г.

7. Территория страхования:

8. Список медицинских учреждений:
1.
2.
3.
4.

При наступлении страхового случая обратитесь в контакт-центр по тел.

9. Подписи сторон:
Подпись Страховщика: _____/_____ФИО/_____
/должность лица, подписывающего договор, документ-основание/

Подпись Страхователя:
Подписывая настоящий полис Страхователь (Застрахованный) подтверждает, что ознакомлен с Правилами добровольного медицинского страхования, согласен, и в соответствии с Федеральным законом РФ №152-ФЗ от 27.07.2006 «О персональных данных» предоставляет Страховщику право на ознакомление со своей медицинской документацией для решения вопросов, связанных с исполнением договора страхования, оплатой медицинских услуг, выражает согласие на обработку своих персональных данных, указанных в настоящем договоре. Данное согласие предоставляется с момента подписания настоящего договора, действительно в течение пяти лет после исполнения договорных обязательств и может быть отозвано путем направления письменного уведомления в адрес Страховщика.

_____/_____ФИО/ «_____»_____20___г. (Дата заполнения полиса)

Квитанция А-7 №	Дата выписки квитанции: __/__/20___г.

Приложение №1 к полису

Программа № 4/2 «Страхование иностранных граждан» - «Будь здоров, студент!»

1. В соответствии с настоящей Программой и Правилами добровольного медицинского страхования, при наступлении события, имеющего признаки страхового, Застрахованный обязан связаться со Страховщиком путем телефонного звонка в контакт-центр, сообщением на электронную почту или сайт Страховщика.. Необходимо предоставить следующую информацию – ФИО Застрахованного, номер полиса, жалобы, свой контактный телефон, при самостоятельной госпитализации – наименование медицинского учреждения (отделение, номер палаты), и далее следовать рекомендациям Страховщика. Страховщик определяет медицинское учреждение для оказания медицинской помощи Застрахованному, основываясь на жалобах Застрахованного и возможностях медицинского учреждения.
Госпитализация осуществляется по направлению учреждения скорой и неотложной медицинской помощи, либо непосредственно приемным отделением стационара. В медицинском учреждении данный полис действителен только при предъявлении паспорта.
2. Виды предоставляемых медицинских и иных услуг: первичная медико-санитарная и специализированная медицинская помощь в неотложной форме в случаях заболеваний и состояний, входящих согласно части шестой статьи 35 Федерального закона от 29.11.2010г. №326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в РФ» в базовую программу обязательного медицинского страхования.
2.1. **Первичная медико-санитарная помощь** в неотложной форме оказывается в амбулаторных условиях и включает:
2.1.1. приемы врачей-специалистов: терапевта, хирурга, гинеколога, уролога, невролога, кардиолога, офтальмолога, травматолога, оториноларинголога, эндокринолога, дерматолога, гастроэнтеролога;
2.1.2. лабораторную диагностику: биохимический анализ крови, клинический анализ крови и мочи, микроскопическое исследование мазков;
2.1.3. инструментальные методы исследования: рентгенологические, ультразвуковые, функциональные, эндоскопические;
2.1.4. лечебную помощь с применением (по показаниям):
2.1.4.1 различных терапевтических процедур, применяемых в учреждении для оказания первичной медико-санитарной помощи;
2.1.4.2. малых хирургических методов лечения в неотложной форме, включая оплату лекарственных средств, перевязочного материала и гипсовых фиксирующих повязок;
2.1.5. стоматологическое лечение по неотложным показаниям (острый пульпит, периодонтит, осложненный кариес);
2.1.6. экспертизу временной нетрудоспособности, оформление листов нетрудоспособности, справок 095/у, рецептов (за исключением льготных), направлений на госпитализацию и другой медицинской документации;
2.2. **Специализированная медицинская помощь** в неотложной форме - стационарное лечение основного заболевания, послужившего причиной госпитализации, и проведенного согласно утвержденному Минздравом РФ стандарту оказания медицинской помощи по данному профилю заболевания. Включает:
пребывание в специализированном отделении стационара, в общей палате; питание; консультации врачей-специалистов; лабораторную и инструментальную диагностику; лечебную помощь, в т.ч. медикаментозное лечение; анестезиологические пособия; оперативные вмешательства; реанимационные мероприятия.
2.3. Репатриация тела в случае смерти Застрахованного.
3. **Виды внезапных травм, внезапных острых заболеваний и состояний:**
3.1. тяжелые и крайне тяжелые механические повреждения: мягких тканей, связочно-сумочного аппарата суставов, переломы костей и повреждения внутренних органов;
3.2. тяжелые и крайне тяжелые термические повреждения: ожоги и обморожения 2,3 и 4 степени;
3.3. отравления (угарным и светильным газом, кислотами и щелочами, ядохимикатами, недоброкачественными продуктами);
3.4. внезапные острые и обострения хронических заболеваний, произошедшие на территории РФ, требующие предоставления первичной медико-санитарной помощи и специализированной медицинской помощи в неотложной форме;
4. **Страховыми случаями не являются:**
4.1. услуги, оказанные в медицинских учреждениях, не предусмотренных договором страхования;
4.2. любые медицинские услуги без медицинских показаний, не предписанные врачом, либо предписанные лечащим врачом, но не входящие в программу;
4.3. заболевания, или расстройства здоровья хронического и рецидивирующего характера, их осложнения, имеющиеся до начала срока страхования или начавшиеся до приезда на территорию страхования, не требующие экстренной и неотложной медицинской помощи. Все виды медицинских осмотров, если иное не предусмотрено договором страхования.
4.4. возникшие после участия Застрахованного в скачках, автогонках, занятиях любыми видами спорта, тренировках, соревнованиях;
4.5. любая транспортировка Застрахованного, организованная не сервисной компанией и не согласованной со Страховщиком;
4.6. обращением Застрахованного в медицинское или иное учреждение по поводу проведения консультаций, диагностики, лечения, профилактики заболеваний и состояний, не находящихся в прямой причинно-следственной связи с острым заболеванием, травмой, отравлением, ожогом или обморожением, произошедшими в период действия договора страхования, и не угрожающих жизни и здоровью Застрахованного;
4.7. полученные в амбулаторно-поликлинических условиях: все виды гормональных исследований, бактериологические, вирусологические, микологические, паразитологические исследования, ПЦР-диагностика, внутривенные капельные, внутрисуставные, парабульбарные инъекции, подбор очков и линз;
4.8. медицинские услуги, связанные с беременностью, за исключением оказания неотложной помощи при угрожающих жизни состояниях до установления диагноза развивающейся беременности, прерывание беременности без медицинских показаний, родовспоможение, послеродовый период;
4.9. по оказанию плановой медицинской помощи, которая оказывается при заболеваниях и состояниях, не угрожающих жизни застрахованного, не требующих экстренных и неотложных медицинских вмешательств, и отсрочка оказания которой, на определенное время, не повлечет за собой ухудшение состояния пациента, угрозу его жизни и здоровью;

4.10. по диагностике и лечению заболеваний и состояний, проводимых с косметической целью, включая лечение акне, атером, удаление кондилом, мозолей, бородавок, папиллом, контагиозных моллюсков, невусов, липом и пр., диагностика и лечение заболеваний волос (алопеция и пр.); склеротерапия вен;
4.11. диагностика и коррекция зрения аппаратными и лазерными методами, периферическая лазерокоагуляция сетчатки (за исключением случаев, когда диагностирован разрыв сетчатки, отслоение сетчатки, очаговая дистрофия сетчатки);
4.12. все виды лечения и обследований, не соответствующие порядкам оказания медицинской помощи, и стандартам медицинской помощи Минздрава РФ;
4.13. высокотехнологичная медицинская помощь;
4.14. протезы, эндопротезы, импланты, включая искусственные хрусталики, металлоконструкции, наборы, для остеосинтеза и фиксации, стабилизирующие системы, за исключением случаев, когда необходимость использования возникла в экстренных случаях в течение 24 часов после травмы, полученной Застрахованным;
4.15. постановка кардиостимуляторов, стентов, балонная ангиопластика, кроме экстренных случаев по жизненным показаниям; тромболизис;
4.16. нейрохирургические операции (кроме оперативного лечения острых травм);
4.17. экстракорпоральные методы лечения, робот-ассистированные операции;
4.18. индивидуальный медицинский пост, размещение в палатах повышенного комфорта;
4.19. зубопротезирование и подготовка к нему, имплантация зубов, ортодонтические виды лечения, лечение пародонтоза:
4.20. вызов врача на дом, медицинская помощь и уход на дому;
4.21. реабилитация в условиях диспансеров, профилакториев, восстановительных центров; физиотерапевтическое и санаторно-курортное лечение;
4.22. вакцинация (за исключением экстренной профилактики столбняка, бешенства);
4.23. лечение и/или процедуры по планированию семьи, включая искусственное оплодотворение, введение и удаление ВМС, лечение и диагностику бесплодия и импотенции, нарушения менструального цикла.
4.24. услуги психотерапевта, психолога, диетолога, генетика, логопеда;
4.25. самостоятельные обращения Застрахованного за медицинской помощью в медицинские учреждения, не согласованные со Страховщиком;
4.26. обследование с целью получения справок на право ношения оружия, вождения автомобиля, трудоустройства, санаторно-курортной карты и пр.;
4.27. покрытие расходов на очки, контактные линзы, слуховые аппараты, полимерные фиксирующие повязки, туторы, ортезы, брейсы;
4.28. исследование аллергологического и иммунологического статуса;
4.29. возникновение затрат на получение медицинских и иных услуг, если Застрахованным была допущена грубая неосторожность, в том числе нарушение правил поведения, техники безопасности или распорядка на территории/месте временного пребывания/трудовой деятельности.
5. **Перечень заболеваний / состояний, обращение по поводу которых, не оплачивается Страховщиком:**
5.1. острые и хронические вирусные гепатиты, цирроз печени;
5.2. онкологические заболевания;
5.3. сахарный диабет 1 и 2 типа, его последствия;
5.4. иммунодефицитные состояния; глубокие микозы;
5.5. демиелинизирующие заболеваниями центральной и периферической нервной системы, экстрапирамидные и другие дегенеративные заболевания нервной системы;
5.6. наследственные заболевания, в т.ч. хромосомные, наследственные болезни обмена, врожденные пороки, детский церебральный паралич;
5.7. системные заболевания соединительной ткани, все недифференцированные коллагенозы, ревматоидный артрит, болезнь Бехтерева, саркоидоз, васкулиты, псориаз;
5.8. хронические и прогрессирующие заболевания сердечно-сосудистой, легочной систем, заболевания желудочно-кишечного тракта, урологические;
5.9. хроническая почечная и печеночная недостаточность, требующая проведения экстракорпоральных методов лечения;
5.10. психические заболевания, расстройства поведения, невротические расстройства, дисциркуляторные энцефалопатии, эпилепсия и эпилептиформные синдромы, алкоголизм, наркомания, токсикомания и их осложнения;
5.11. врожденные и приобретенные заболевания костно-мышечной системы, деформирующие дорсопатии, артропатии, пяточная шпора, вальгусная и варусная деформация конечностей, все виды плоскостопия и других ортопедических заболеваний;
5.12. заболевания органов и тканей, требующие их трансплантации, аутотрансплантации, протезирования, ортопедической коррекции;
5.13. ожирение и его осложнения, нарушение обмена веществ, метаболический синдром;
5.14. хронические лор заболевания и их осложнения;
5.15. Заболевания, включенные в утверждаемый Правительством РФ перечень заболеваний, представляющих опасность для окружающих (СПИД, вирусные лихорадки, гельминтозы, дифтерия, инфекции, передающиеся преимущественно половым путем, лепра, педикулез, акариаз, сибирская язва, туберкулез).
5.16. сосудистая патология с осложнениями в виде трофических нарушений;
5.17. хориоретинальные дистрофии, макулодистрофии, халязион без гнойных осложнений;
6. Порядок оказания медицинской помощи:
6.1. В случае получения медицинских услуг Застрахованный должен известить Страховщика о факте возникновения страхового случая, для проведения организации и контроля Страховщика над ходом оказания медицинских услуг.
6.2. В случае получения несогласованных со Страховщиком медицинских услуг, а также осуществления любых несогласованных расходов, Страховщик вправе отказать в возмещении расходов Застрахованного.

образец
Приложение № 8
к Правилам добровольного медицинского страхования граждан

ДОГОВОР
на предоставление медицинской и лекарственной помощи гражданам по добровольному медицинскому страхованию

г. Хабаровск _____ 201____г.

Дальневосточное железнодорожное акционерное страховое общество “ДальЖАСО”, именуемое в дальнейшем Страховщик, в лице генерального директора _____, действующего на основании Устава, с одной стороны, и _____ «_____», именуемое в дальнейшем Медицинское учреждение, имеющее лицензию № _____ от «_____»_____ 20_____ г., в лице главного врача _____, действующего на основании Устава, с другой стороны, заключили настоящий договор о нижеследующем:

1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

1.1 Предметом договора является оказание Медицинским учреждением медицинской и медикаментозной помощи гражданам, застрахованным Страховщиком, согласно перечню медицинских и иных услуг, определенных в Приложении № 1 к настоящему договору. Далее, в рамках настоящего договора, граждане, застрахованные Страховщиком, именуются Застрахованные.

1.2 Медицинская помощь Застрахованным оказывается сверх программ ОМС и бюджетного финансирования за плату, которая вносится Страховщиком Медицинскому учреждению в порядке и на условиях, определенных настоящим договором.

2. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

2.1 Страховщик обязуется:

2.1.1 Направлять Застрахованных со страховыми медицинскими полисами добровольного медицинского страхования граждан Страховщика, дающими право на получение медицинской помощи в Медицинском учреждении, согласно настоящему договору. Далее, в рамках настоящего договора, страховые медицинские полисы добровольного медицинского страхования граждан Страховщика именуются Полисы.

2.1.2 Оплачивать стоимость медицинских и иных услуг, оказанных Медицинским учреждением Застрахованным, согласно Приложению № 1 к настоящему договору.

2.2 Медицинское учреждение обязано:

2.2.1 Оказывать Застрахованным своевременную квалифицированную и специализированную медицинскую помощь, виды которой определены в Приложении № 1 к настоящему договору и Полисах Застрахованных.

2.2.2 Принимать Застрахованных при наличии у них Полиса и документа, удостоверяющего личность (паспорт, удостоверение), независимо от их места жительства.

2.2.3 Оказывать Застрахованным только обоснованную медицинскую помощь, в пределах страховой суммы, указанной в предъявленном Полисе, или ее остатка (если Застрахованным ранее предоставлялись медицинские и иные услуги).

2.2.4 Не оказывать медицинскую помощь Застрахованным, предъявившим Полис, срок действия которого истек.

2.2.5 Вести учет Застрахованных, обратившихся за медицинской помощью в Медицинское учреждение, с составлением и выдачей необходимой медицинской документации установленного образца.

2.2.6 Предъявлять Страховщику сведения об изменении перечня и стоимости медицинских и иных услуг (Приложение № 1), не позднее 10 дней до их фактического введения в плановом порядке.

2.2.7 Ознакомить сотрудников Медицинского учреждения с Полисом и правилами оказания медицинской помощи Застрахованным.

2.2.8 Предоставлять представителям Страховщика необходимую информацию и документацию, связанную с выполнением настоящего договора (место нахождения, режим работы, перечне и стоимости услуг, включая льготы для отдельных категорий граждан, сведения о квалификации и сертификации специалистов).

2.3 Медицинское учреждение имеет право:

2.3.1 Отказать Застрахованным в оказании медицинской помощи по объективным причинам, предварительно уведомив об этом Страховщика:

2.3.1.1 за 5 дней до закрытия профильного отделения на ремонт,

2.3.1.2 за 1 день до временного прекращения работы по санитарно-гигиеническим мероприятиям,

2.3.1.3 после выявления факта неисправности лечебно-диагностической аппаратуры,

2.3.1.4 в течение 2х часов после выявления факта отсутствия необходимого специалиста.

2.4 Страховщик имеет право:

2.4.1 Осуществлять контроль над ходом оказания медицинской помощи Застрахованным, объемом, сроками и качеством лечения, путем ознакомления представителя Страховщика с документацией и деятельностью Медицинского учреждения, связанной с исполнением настоящего договора. Результат ознакомления доводится до сведения Медицинского учреждения.

3. ПОРЯДОК РАСЧЕТОВ

3.1 Страховщик оплачивает оформленные надлежащим образом счета-фактуры Медицинского учреждения за оказанные медицинские и иные услуги Застрахованным в течение 10 банковских дней с момента их получения представителем Страховщика.

3.2 Медицинское учреждение в течение 15 дней после окончания отчетного месяца обязано передать Страховщику сводные счета, прилагая к ним счета за медицинские услуги из Полисов по каждому Застрахованному, с указанием: номера страхового полиса, Ф.И.О. Застрахованного, сроков лечения, Ф.И.О. врача, перечня оказанных медицинских и иных услуг, их стоимости, акты выполненных работ.

3.3 Ежеквартально до 15 числа месяца, следующего за отчетным кварталом, стороны проводят сверку взаиморасчетов.

4. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН И ПОРЯДОК РАЗРЕШЕНИЯ СПОРОВ

4.1 Стороны несут обоюдную ответственность за нарушение условий настоящего договора.

4.2 Стороны могут предъявлять взаимные претензии по фактам нарушений условий настоящего договора. При наличии претензий виновная сторона должна в трехдневный срок представить мотивированное объяснение, исправить упущения и учесть в последующей работе законные требовании, содержащиеся в претензии.

4.3 При выявлении Страховщиком случаев необоснованного отказа Медицинского учреждения в предоставлении медицинских и иных услуг Застрахованному, в рамках настоящего договора, Медицинское учреждение обязано оказать ее в максимально сжатые сроки.

4.4 За просрочку платежей, в нарушение п.3.1 настоящего договора, Страховщик оплачивает Медицинскому учреждению пеню в размере 0,1 % от неоплаченной суммы, за каждый день просрочки.

4.5 При нарушении Медицинским учреждением п.2.2.6 настоящего договора, Страховщик оплачивает оказанные застрахованным медицинские услуги согласно Приложению № 1, ранее приложенному к настоящему договору.

4.6 При нарушении Медицинским учреждением п.2.2.3 настоящего договора, Страховщик оплачивает стоимость оказанных застрахованному медицинских услуг только в пределах страховой суммы (или ее остатка), указанной в Полисе.

4.7 При нарушении Медицинским учреждением п.2.2.4 настоящего договора, Страховщик не оплачивает стоимость медицинских и иных услуг, оказанных Застрахованным после даты окончания срока действия Полиса.

4.8 В случае оказания Медицинским учреждением Застрахованному неполной или некачественной медицинской и иной услуги, установленной заключением экспертной комиссии, Страховщик вправе полностью или частично отказаться от оплаты этой услуги.

4.9 При умышленном предоставлении Медицинским учреждением Застрахованным необоснованных медицинских и иных услуг, установленных заключением экспертной комиссии, Страховщик вправе полностью отказаться от оплаты этих услуг.

4.10 Страховщик вправе отказаться от оплаты медицинских и иных услуг, предоставляемых Медицинским учреждением, Застрахованным для лечения осложнений, возникших по вине Медицинского учреждения, согласно заключению экспертной комиссии.

4.11 Стоимость медицинских и иных услуг, не подлежащих оплате согласно решению экспертной комиссии, оформляется «Актом приема-сдачи медицинских и иных услуг,

предоставленных Застрахованным по договору на предоставление медицинской лекарственной помощи гражданам по добровольному медицинскому страхованию».

4.12 Спорные вопросы, связанные с заявлениями Застрахованных в отношении ненадлежащего уровня медицинской помощи, действий персонала, рассматриваются экспертной комиссией из представителей обеих сторон и независимых экспертов. Порядок и размер оплаты экспертной комиссии определяется отдельным соглашением и, при наличии виновной стороны, производится за ее счет. При отсутствии вины, оплата производится за счет заявителя.

4.13 Размер финансовой ответственности Медицинского учреждения за некачественно оказанные услуги по поводу обоснованных жалоб Застрахованных определяется согласно действующему законодательству.

4.14 Стороны освобождаются от ответственности за частичное или полное неисполнение обязательств по настоящему договору, если оно явилось следствием обстоятельств непреодолимой силы, возникшей после заключения настоящего договора. К обстоятельствам непреодолимой силы относятся стихийные бедствия, эпидемии, наводнения, пожары, землетрясения, военные действия, массовые волнения, забастовки, акты и действия государственных органов, изменения законодательства, препятствующие выполнению обязательств по настоящему договору.

4.15 При наступлении обстоятельств, указанных в п. 4.14 настоящего договора, сторона, для которой наступили эти обстоятельства, должна в разумные сроки известить об этом другую сторону.

4.16 Стороны берут взаимные обязательства по обеспечению сохранности и неразглашению персональных данных субъекта персональных данных в целях иных, нежели предусмотренных настоящим договором, по соблюдению режима конфиденциальности в отношении информации о содержании договора, а также сведений, составляющих врачебную тайну (информацию о факте обращения Застрахованного за медицинской помощью, состоянии его здоровья, прогнозе его заболевания, сведения, полученные при его обследовании). Передача информации третьим лицам или иное разглашение информации, признанной по настоящему договору конфиденциальной, может осуществляться только с письменного согласия другой стороны и в случаях, предусмотренных статьей 61 Основ законодательства РФ «Об охране здоровья граждан».

4.17 Во всем остальном, что не предусмотрено настоящим разделом договора, стороны руководствуются и несут ответственность в соответствии с нормами действующего законодательства.

4.18 Все споры, возникающие между сторонами по настоящему договору в процессе его исполнения, разрешаются путем переговоров. При невозможности урегулирования споров путем переговоров, споры разрешаются в Арбитражном суде Хабаровского края.

5. ОСОБЫЕ УСЛОВИЯ ДОГОВОРА

5.1 Страховщик и Медицинское учреждение обязуются рекламировать деятельность друг друга.

5.2 Все уведомления и сообщения, направленные сторонами в связи с исполнением настоящего договора, делаются в письменной форме.

6. ИЗМЕНЕНИЕ УСЛОВИЙ ДОГОВОРА

6.1 Стороны обязуются незамедлительно извещать друг друга обо всех изменениях своих адресов и реквизитов.

6.2 Изменения условий настоящего договора допускаются по обоюдному согласию сторон, оформляются в письменной форме и вступают в законную силу с момента подписания сторонами.

7. СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА

7.1 Договор вступает в действие с момента его подписания обеими сторонами.

7.2 Срок действия договора 12 месяцев.

7.3 Если за 30 дней до окончания действия договора ни одна из сторон не заявила о своем намерении его расторжения, договор считается пролонгированным на срок действия настоящего договора на тех же условиях.

7.4Досрочное расторжение договора возможно:

7.4.1. по соглашению сторон;

7.4.2. по инициативе одной из сторон, о чем сторона – инициатор информирует другую сторону не менее чем за один месяц до предполагаемого дня расторжения настоящего договора.

7.5 Договор на предоставление медицинской и лекарственной помощи населению по добровольному медицинскому страхованию, заключенный сторонами «_____» _____ 20____ года прекращает свое действие со дня подписания настоящего договора.

7.6 Настоящий договор составлен в двух экземплярах, имеющих равную юридическую силу, по одному для каждой из сторон.

8. АДРЕСА И РЕКВИЗИТЫ СТОРОН

СТРАХОВЩИК	**МЕДИЦИНСКОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ**
АО "ДальЖАСО",	

_____ / / _____/ /

м.п. м.п.

ПРИЛОЖЕНИЯ:

Приложение № 1 - прейскурант медицинских и иных услуг, оказываемых Медицинским учреждением.

Приложение № 2 – пакеты медицинских услуг.

Приложение № 3 – лицензия Медицинского учреждения.

Приложение № 4 – лицензия Страховщика.

Приложение № 5 – образец страхового полиса Страховщика.

образец
Приложение № 9
к Правилам добровольного медицинского страхования граждан

ДОГОВОР № _____
ДОБРОВОЛЬНОГО КОЛЛЕКТИВНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

г. Хабаровск _____ 201__ г.

Дальневосточное железнодорожное акционерное страховое общество "ДальЖАСО", именуемое в дальнейшем Страховщик, в лице генерального директора _____, действующего на основании Устава, с одной стороны, и _____, именуемый в дальнейшем Страхователь, в лице_____, действующей на основании Устава, с другой стороны, заключили договор о нижеследующем:

1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА и СТРАХОВЫЕ СОБЫТИЯ

1.1 По настоящему договору Страховщик обязуется за обусловленную настоящим договором плату (страховую премию) при наступлении страховых случаев произвести оплату медицинских услуг, оказанных застрахованным лицам, далее именуемым Застрахованные, включенным в списки, предоставленные Страхователем (Приложение № 1 к настоящему договору), Медицинским учреждениям, где Застрахованные получили медицинские услуги, в пределах страховой суммы по договору.

1.2 Страхователь принимает на себя обязательства по уплате страховой премии (страховых взносов).

1.3 Страховыми случаями являются случаи возникновения у Застрахованных (Страхователя) дополнительных затрат на оплату медицинских и иных услуг, необходимых для проведения диагностики, профилактики, лечения, восстановления здоровья, реабилитации и ухода.

1.4 Медицинские услуги Застрахованным оказывается в Медицинских учреждениях, из числа предусмотренных Приложением № 3 к настоящему договору. Медицинские учреждения, определенные в Приложении № 3, состоят в договорных отношениях со Страховщиком и оказывают Застрахованным медицинские и иные услуги.

1.5 Медицинские услуги в Медицинском учреждении оказывается Застрахованным после предъявления полиса добровольного медицинского страхования, выданного Страховщиком Страхователю, и документа, удостоверяющего личность Застрахованного.

1.6 Перечень предоставляемых видов медицинских и иных услуг является неотъемлемой частью настоящего договора (Приложение № 2).

1.7 Страховщик производит Застрахованным возмещение затрат за полученные медицинские и иные услуги, предусмотренные Приложением № 2, в случае их оплаты Застрахованным в Медицинских учреждениях, указанных Приложении № 3, на основании предоставленных платежных документов и заявления.

2. СУБЪЕКТЫ СТРАХОВАНИЯ

2.1 Общая численность Застрахованных на момент заключения настоящего договора по программе №__ _____ составляет ----- человек (Приложение № 1).

2.2 Внесение изменений в список Застрахованных (Приложение № 1), производится 1 раз в месяц, на основании заявления Страхователя, и оформляется дополнительным соглашением к настоящему Договору.

2.3 Число застрахованных может быть увеличено по соглашению сторон. В случае увеличения числа застрахованных, менее чем на 20% от общей численности по п. 2.1, Страховщик производит пересчет лимита ответственности без изменения общей страховой премии и общей страховой суммы.

2.4 В случае увеличения числа застрахованных более чем на 20% страховая премия за вновь Застрахованных рассчитывается на оставшийся срок действия договора страхования.

Новые Застрахованные получают право на предоставление медицинской помощи со дня, следующего за днем поступления страховой премии на расчетный счет или в кассу Страховщика.

2.5 Взаиморасчеты между Страхователем и Страховщиком в случае замены Застрахованных лиц в рамках одной и той же программы с одного и того же числа не производятся.

2.6 Внесение Страхователем изменений, в список Застрахованных, прекращается за 1 (один) месяц до окончания срока действия настоящего Договора.

3. СТРАХОВАЯ СУММА и СТРАХОВЫЕ ВЗНОСЫ

3.1 Общая страховая сумма устанавливается по соглашению сторон в размере ----------рублей.

3.2 Общая сумма страховой премии устанавливается по соглашению сторон и составляет ------ рублей. Страховой тариф

3.3. Страховая премия уплачивается единовременно (в рассрочку) на расчетный счет Страховщика.

3.4 Сроки уплаты страховой премии ------.

4.ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

4.1 Страховщик обязан:

4.1.1 ознакомить Страхователя с Правилами страхования;

4.1.2 для реализации медицинской программы заключить договоры с Медицинскими учреждениями;

4.1.3 после вступления договора страхования в силу выдать Страхователю в пятидневный срок страховые полисы;

4.1.4 обеспечить предоставление Застрахованным медицинских и иных услуг, определенных договором страхования;

4.1.5 в случае оказания Медицинским учреждением некачественной медицинской помощи или не в полном объеме, предоставить Застрахованному (при его согласии) медицинские и иные услуги в другом Медицинском учреждении;

4.1.6 осуществлять контроль над качеством медицинского обслуживания Застрахованных;

4.1.7 при наступлении страхового случая произвести страховую выплату в порядке, установленном договором страхования;

4.1.8 письменно уведомлять Страхователя об исполнении Страховщиком обязательств по договору страхования, как в пределах общей страховой суммы, так и в отношении отдельных Застрахованных;

4.1.9 в течение десяти дней после извещения Страхователем (Застрахованным) о факте утраты страхового полиса, согласно п. 4.3.11 настоящего договора, выдать Застрахованному дубликат страхового полиса;

4.1.10 сообщить Страхователю об изменении своих банковских реквизитов, юридического и фактического места нахождения, номеров контактных телефонов.

4.2 Страховщик имеет право:

4.2.1 проверять сообщенную Страхователем (Застрахованными) информацию, необходимую для заключения договора страхования;

4.2.2 проверять выполнение Страхователем (Застрахованным) требований и условий договора страхования;

4.2.3 при предоставлении Страхователем недостоверных данных, влияющих на степень риска, Страховщик вправе досрочного расторгнуть договор страхования, письменно уведомив Страхователя о причинах расторжения договора;

4.2.4 отказать в оплате медицинских услуг при нарушении Застрахованными п.п. 4.5.1, 4.5.2, 4.5.3 настоящего договора, направив обоснованное уведомление об этом Страхователю;

4.2.5 досрочно расторгнуть договор страхования при нарушении Страхователем или Застрахованными его условий, письменно уведомив об этом Страхователя;

4.2.6 в случае уведомления (Страхователем, Застрахованным, работником ЛПУ и т.д.) об обстоятельствах, влекущих увеличение страхового риска (в том числе в случае применения медицинским учреждением повышающих коэффициентов к стоимости медицинских и иных услуг), требовать изменения условий договора страхования или уплаты дополнительной страховой премии соразмерно увеличению страхового риска;

4.2.7 потребовать расторжения договора страхования и возмещения убытков, причиненных расторжением данного договора в случае неисполнения Страхователем обязанностей, предусмотренной п.4.3.4 настоящего договора;

4.2.8 установить лимит ответственности на оплату медицинских услуг по договору страхования;

4.2.9 при возникновении осложнений по вине Медицинского учреждения, предъявить регрессный иск последнему на возмещение суммы компенсации, выплаченной Страховщиком за проведение Застрахованному комплекса медицинских и иных услуг, связанных с устранением таких осложнений;

4.2.10 приостановить обслуживание Застрахованных при непоступлении очередной части страховой премии в соответствии с условиями договора страхования;

4.2.11 в случае прекращения договора с Медицинским учреждением, предусмотренным в Приложении № 3, изменить программу страхования на программу, согласованную со Страхователем.

4.3 Страхователь обязан:

4.3.1 при заключении договора страхования сообщить Страховщику необходимую, полную и достоверную информацию;

4.3.2 уплатить страховую премию в порядке и в сроки, установленные договором страхования;

4.3.3 назначить доверенное лицо, отвечающее за хранение и учет страховых полисов, обоснованную выдачу их Застрахованным, организацию связи со Страховщиком по всем вопросам, связанным с исполнением договора страхования.

4.3.4 в период действия договора страхования, в трехдневный срок, сообщать Страховщику об изменении в обстоятельствах, предоставленных Страховщику при заключении договора, если эти изменения могут существенно повлиять на увеличение страхового риска;

4.3.5 сообщить Страховщику об изменении своих банковских реквизитов, юридического и фактического места нахождения, номеров контактных телефонов, доверенных лиц, изменении фамилии Застрахованного и его фактического места жительства;

4.3.6 при наступлении страхового случая, предусмотренного договором страхования, в трехдневный срок, уведомить о его наступлении Страховщика;

4.3.7 незамедлительно извещать Страховщика о случаях непредставления, неполного или некачественного предоставления Застрахованным медицинских услуг в Медицинских учреждениях;

4.3.8 при увольнении Застрахованного или ином исключении работника из числа Застрахованных, в трехдневный срок, сдать Страховщику страховой полис этого Застрахованного;

4.3.9 во всех случаях прекращения действия договора страхования, в трехдневный срок, вернуть Страховщику полученные страховые полисы;

4.3.10 ознакомить Застрахованного с его обязанностями и правами по договору страхования;

4.3.11 незамедлительно известить Страховщика о факте утраты Застрахованным страхового полиса;

4.3.12 в случае предоставления медицинским учреждением услуг Застрахованным сверх страховой суммы по настоящему договору страхования, Страхователь перечисляет на расчетный счет Страховщика дополнительную страховую премию, для оплаты вышеуказанных услуг.

4.4 Страхователь имеет право:

4.4.1 требовать предоставления Застрахованным медицинских и иных услуг на условиях, определенных договором страхования;

4.4.2 в течение срока действия договора страхования расширить перечень предоставляемых медицинских и иных услуг, увеличить размер страховой суммы (лимит страховой ответственности) и увеличить срок действия договора страхования, заключив дополнительное соглашение к договору. Дополнительное соглашение к договору страхования вступает в силу со дня уплаты дополнительной страховой премии, если иное не предусмотрено в соглашении;

4.4.3 расширить список Застрахованных лиц;

4.4.4 заменить Застрахованных лиц другими лицами без увеличения числа Застрахованных и уплаты дополнительной страховой премии, при условии, что исключаемые из числа Застрахованных лица не получали медицинские услуги.

4.5 Застрахованные лица обязаны:

4.5.1 заботиться о сохранности страховых документов (полисов), не передавать их третьим лицам с целью получения ими медицинских и иных услуг;

4.5.2 получать медицинские и иные услуги в объеме, предусмотренном договором страхования, в Медицинских учреждениях, определенных договором страхования;

4.5.3 соблюдать предписания лечащего врача, полученные в ходе предоставления медицинских и иных услуг, а также распорядок, установленный Медицинским учреждением;

4.5.4 незамедлительно извещать Страховщика о случаях непредставления, неполного или некачественного предоставления медицинских и иных услуг в Медицинских учреждениях;

4.5.5 незамедлительно письменно известить Страхователя и Страховщика о факте утраты страхового полиса;

4.5.6 осуществлять контроль над достоверностью записей, производимых работниками Медицинских учреждений, о полученных медицинских и иных услугах, в корешках страховых полисов;

4.5.7 осуществлять контроль над суммой общей стоимости полученных медицинских и иных услуг с целью непревышения ею лимита ответственности Страховщика;

4.5.8 предоставлять Страховщику полномочия на ознакомление с медицинской документацией Медицинских учреждений для решения вопросов, связанных с исполнением настоящего договора;

4.5.9 возместить Страховщику стоимость медицинских услуг, оказанных при лечении хронических заболеваний, в случае выявления фактов, свидетельствующих о сокрытии Застрахованным сведений, имеющих существенное значение для оценки степени риска при заключении договора страхования (врожденные и хронические заболевания, и т.д.);

4.5.10 возместить Страховщику стоимость медицинских и иных услуг, полученных третьими лицами, в случае нарушения Застрахованными п.п. 4.5.1, 4.5.5 настоящего договора.

4.6 Застрахованные лица имеют право:

4.6.1 на получение медицинских услуг в соответствии с условиями, указанными в договоре страхования;

4.6.2 требовать от Страховщика соблюдения условий договора страхования;

4.6.3 на получение дубликата страхового полиса, в случае его утраты, при условии соблюдения п. 4.5.5 настоящего договора.

5. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН

5.1 При нарушении Страхователем п. 4.3.11 настоящего договора, оплату счетов Медицинских учреждений по утерянным полисам производит Страхователь.

5.2 При наступлении форс - мажорных обстоятельств (если страховые случаи явились следствием стихийных бедствий, повлекших массовую гибель людей или заболевания, военных действий, массовых гражданских волнений, забастовок, мятежей, введения чрезвычайного или особого положения по распоряжению военных или гражданских властей) Страховщик освобождается от выполнения обязательств по договору.

5.3 Если нормативными актами высших законодательных или исполнительных органов государственной власти, принятых после вступления в силу настоящего договора, предусмотрены положения, частично или полностью исключающие выполнение сторонами взятых договорных обязательств, стороны принимают дополнительное соглашение к договору, обеспечивающее действие договора в данных обстоятельствах.

5.4 Стороны берут взаимные обязательства по соблюдению режима конфиденциальности в отношении информации о содержании настоящего договора.

6. ПОРЯДОК РАЗРЕШЕНИЯ СПОРОВ

6.1 Отношения неурегулированные данным договором регулируются Правилами добровольного медицинского страхования граждан от _____ .

6.2 Все споры, возникшие между сторонами в связи с настоящим договором, рассматриваются арбитражным судом Хабаровского края в порядке, установленном законодательством РФ.

7. ОБРАБОТКА СТРАХОВЩИКОМ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ ЗАСТРАХОВАННЫХ ЛИЦ

7.1. Обработкой персональных данных признается - любое действие (операция) или совокупность действий (операций), совершаемых с использованием средств автоматизации или без использования таких средств с персональными данными, включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (распространение, предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение персональных данных.

7.2. Обработка персональных данных, включая специальные категории персональных данных Застрахованных по настоящему Договору, содержащихся в документах, передаваемых Страховщику в целях заключения и исполнения договорных отношений Сторон, осуществляется в соответствии с Федеральным законом от 27.07.2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных», согласно которому с целью выполнения Договора страхования, его администрирования, передачи в лечебные учреждения (медицинские, «аптеки или сервисные (ассистанские) компании», налоговые органы), урегулирования убытков, проверки качества оказания страховых услуг, осуществления страховых выплат, проведения анализа страховых рисков, в статистических целях, Страхователь обязан обеспечить наличие Согласия лиц, подлежащих страхованию по настоящему Договору, на использование предоставляемых ими персональных данных, включая специальные категории

персональных данных, (по форме, установленной в Приложении № 4 к настоящему Договору, далее Согласие) и их обработку Страховщиком.

7.3. Страхователь несет ответственность за предоставление согласия Застрахованных лиц по настоящему Договору (далее субъект персональных данных) на обработку их персональных данных, включая специальные категории персональных данных. Страхователь обязан по запросу Страховщика – предоставить оригиналы Согласия в течение 3 рабочих дней с даты получения запроса от Страховщика, связанного с проверкой и требованиями компетентных органов, в т.ч. налоговых органов, органов страхового надзора и т.д.

7.4. Страховщик обязуется обеспечивать сохранность и неразглашение персональных данных субъекта персональных данных в целях иных, нежели предусмотренных настоящим Договором.

8. ОСОБЫЕ УСЛОВИЯ ДОГОВОРА

8.1 _____

8.2 _____

9. СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА

9.1 Срок действия настоящего договора 12 месяцев после вступления в силу.

9.2 Настоящий договор страхования вступает в силу с 00 часов дня, следующего за днем поступления страховой премии на расчетный счет или в кассу Страховщика.

9.3 Срок страхования в отношении конкретного Застрахованного определяется выданным ему полисом, но не может превышать срок действия настоящего договора.

9.4. Договор страхования прекращает действие в случаях:

9.4.1 истечения срока действия договора;

9.4.2 неуплаты Страхователем страховой премии в сроки, предусмотренные настоящим договором;

9.4.3 исполнения Страховщиком обязательств по настоящему договору в полном объеме;

9.4.4 расторжения.

9.5 Страховщик вправе прекратить действие договора страхования со дня просрочки платежа или уплаты суммы, меньше указанной в договоре. При этом Страховщик обязан направить Страхователю уведомление о реализации данного права. Уплаченная Страхователем страховая премия возврату не подлежит.

9.6 При исполнении Страховщиком обязательств по настоящему договору в пределах страховой суммы Страхователь имеет право в течении пяти рабочих дней возобновить договор страхования на тех же условиях. О своем намерении возобновить договор страхования он обязан письменно сообщить Страховщику в произвольной форме после получения уведомления об использовании страховой суммы в полном размере. В этом случае ответственность Страховщика наступает с 00 часов дня, следующего за днем поступления страховой премии на расчетный счет Страховщика.

9.7 Настоящий договор может быть расторгнут по соглашению сторон. О намерении досрочно прекратить действие договора страхования стороны должны уведомить друг друга письменно не менее чем за 30 дней до предполагаемой даты расторжения. При расторжении договора по соглашению сторон Страховщик осуществляет возврат части полученной страховой премии за не истекший оплаченный период за вычетом понесенных расходов на ведение дела и произведенных страховых выплат, если иное не предусмотрено договором страхования.

9.8. В случае отказа Страхователя от договора добровольного страхования в течение пяти рабочих дней со дня его заключения независимо от момента уплаты страховой премии, при отсутствии в данном периоде событий, имеющих признаки страхового случая, Страховщик возвращает Страхователю уплаченную страховую премию в следующем порядке:

9.8.1. в полном объеме – в случае отказа Страхователя от договора добровольного страхования до даты возникновения обязательств Страховщика (начала действия страхования);

9.8.2. часть уплаченной страховой премии пропорционально сроку действия договора – в случае отказа Страхователя после даты начала действия страхования.

9.8.3. Договор добровольного страхования считается прекратившим свое действие с даты получения Страховщиком письменного заявления Страхователя об отказе от договора добровольного страхования или иной даты, установленной по соглашению сторон, но не позднее срока, указанного в п.9.8.

9.9. Настоящий договор составлен в двух экземплярах, имеющих равную юридическую силу, по одному для каждой из сторон.

10. ПРИЛОЖЕНИЯ

10.1 Приложение №1 - Список Застрахованных.
10.2 Приложение №2- Программа страхования.
10.3 Приложение №3- Список медицинских учреждений.
10.4 Приложение №4-Согласие на обработку персональных данных.

11. АДРЕСА СТОРОН

СТРАХОВЩИК: СТРАХОВАТЕЛЬ:

АО "ДальЖАСО"

_____ / / _____/ /
м.п. м.п.

С Правилами страхования ознакомлен, согласен, экземпляр получил.

Полисы добровольного медицинского страхования "ДальЖАСО" в количестве _____ штук, согласно Приложению № 1, и дополнительно полисы серии М в количестве ____ штук, получены "_____" _____ 20__ г.

_____
(Ф.И.О. и подпись доверенного лица, получившего полисы)

Приложение №1 к Договору ДМС №_____ от _____

Список застрахованных

/№	Ф.И.О.	Пол	Дата рождения	Домашний адрес	Должность
.					
.					
.					

Руководитель предприятия _____

М.п.

Приложение № 3
к договору ДМС № ___/1__ от _____20__ г.

С О Г Л А С И Е

В соответствии с Федеральным законом РФ №152-ФЗ от 27.07.2006 «О персональных данных»,

Я, _____,
(ФИО полностью)

Паспорт_____, **выданный** _____
(серия, номер) (кем и когда)
_____
___,

проживающий по адресу:
_____,

дата рождения: _____**, контактный телефон**:
_____,
(число/месяц/год)

даю согласие на обработку нижеуказанным оператором предоставленных мною своих персональных данных, с целью ведения регистра застрахованных, оплаты оказанной мне медицинской помощи и осуществления контроля над её объемом и качеством, а также с целью защиты моих прав в области добровольного медицинского страхования.

Оператор:

Дальневосточное железнодорожное открытое акционерное страховое общество «ДальЖАСО», юридический адрес: 680000, г. Хабаровск, ул. Пушкина, 38 а, тел. _____

Мои персональные данные, в отношении которых дано согласие, включают:

Фамилия; имя; отчество; пол; дата рождения; паспортные данные (включая регистрационные данные паспорта, адрес регистрации); адрес проживания; сведения о месте работы, профессии, занимаемой должности; контактный телефон; сведения о состоянии здоровья, диагнозе, факте обращения за медицинской помощью, месте оказания медицинской помощи, виде, условиях и стоимости лечения.

Перечень действий с персональными данными, в отношении которых дано согласие, включает:

- обработку моих персональных данных неавтоматизированным и автоматизированным способом;
- обработку, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, распространение (в том числе передачу партнерам – медицинским и иным учреждениям, с которыми у Оператора имеются договорные отношения об оказании медицинской помощи и иных услуг застрахованным), обезличивание, блокирование, уничтожение моих персональных данных, получение моих персональных данных от партнеров Оператора.

Условием прекращения обработки персональных данных является расторжение договора страхования и получение Обществом моего письменного уведомления об отзыве согласия на обработку моих персональных данных.

Согласие действует на период действия договора добровольного медицинского страхования, заключенного в отношении меня страхователем, и на протяжении 5 лет после его прекращения.

Подпись_____ ( )
расшифровка

«____» _____ 20___ года

«Форма согласована»	**«Форма согласована»**
Страховщик	**Страхователь**
_____	_____
м.п.	м.п.