

**Общество с ограниченной ответственностью
«Страховая компания «АК БАРС-Мед»**

УТВЕРЖДАЮ

Генеральный директор

Приказ № 8 от «10» января 2020 г.



Тагир Равилович Каримов

**П Р А В И Л А
ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ № 2**

(в редакции, утвержденной Приказом ООО «СК «АК БАРС-Мед» № 3 от 09.01.2017 г.; в редакции, утвержденной Приказом ООО «СК «АК БАРС-Мед» № 58 от 07.05.2019 г.; в редакции, утвержденной Приказом ООО «СК «АК БАРС-Мед» № 8 от 10.01.2020 г.)

**г. Казань
2020 г.**

1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

1.1. В соответствии с законодательством Российской Федерации, Гражданским кодексом Российской Федерации, Законом «Об организации страхового дела в Российской Федерации», нормативными документами Центрального Банка Российской Федерации, иными подзаконными актами, касающимися страхового дела настоящие Правила добровольного медицинского страхования (именуемые в дальнейшем – Правила) регулируют отношения, возникающие между субъектами добровольного медицинского страхования.

1.2. Для целей настоящих Правил используются следующие специальные термины:

- *субъекты* - лица, участвующие в добровольном медицинском страховании;
- *страховщик* – страховая организация Общество с ограниченной ответственностью «Страховая компания «АК БАРС - Мед», созданная в соответствии с законодательством Российской Федерации для осуществления страховой деятельности и получившая в установленном Законом «Об организации страхового дела в Российской Федерации» порядке лицензию на осуществление страховой деятельности на территории Российской Федерации;
- *страхователи* - юридические лица любой организационно-правовой формы, заключившие со Страховщиком Договор добровольного медицинского страхования (именуемый в дальнейшем – Договор страхования);
- *застрахованный* - указанное в Договоре страхования физическое лицо, в пользу которого Страхователем заключен Договор 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 и/или выгодоприобретатель по заключенному Договору страхования.
- *медицинские организации* - находящиеся как на территории Российской Федерации, так и на территории иностранных государств лечебно-профилактические медицинские организации, научно-исследовательские и медицинские институты, другие организации, а также лица, осуществляющие медицинскую деятельность как индивидуально, так и коллективно, имеющие соответствующие лицензии и оказывающие Медицинскую помощь и/или осуществляющие медицинскую деятельность в соответствии с законодательством страны нахождения Медицинской организации;
- *аптечные организации* – юридические лица любой организационно-правовой формы (аптеки, аптечные пункты, аптечные магазины, аптечные киоски, в том числе в составе медицинских организаций), а также индивидуальные предприниматели, осуществляющие фармацевтическую деятельность (розничную торговлю лекарственными препаратами, хранение, перевозку, изготовление и отпуск лекарственных препаратов) в соответствии с требованиями действующего законодательства Российской Федерации и имеющие лицензию на право осуществления фармацевтической деятельности;
- *иные организации* – сервисные или ассистанские компании и организации, в том числе зарубежные, заключившие со Страховщиком договоры на предоставление услуг медицинского ассистанса;
- *медицинский ассистанс* – услуги, связанные с оказанием и/или организацией оказания медицинской помощи;
- *медицинская помощь (медицинская услуга)* – мероприятие или комплекс мероприятий, непосредственно направленных на профилактику, диагностику и лечение Заболевания, имеющих определенную цену. Медицинская помощь может быть консультативной, диагностической, лечебной, реабилитационно-восстановительной, профилактической, в том числе иммунопрофилактической.

- *иные услуги* – услуги, непосредственно связанные с оказанием или организацией оказания Медицинской помощи, имеющие определенную цену. К Иным услугам относятся в частности: организационно-технические и санитарно-противоэпидемические мероприятия; услуги медицинского сервиса, включая услуги по обеспечению комфортного пребывания в Медицинской организации (палата улучшенной комфортности, дополнительное питание и др.); питание и проживание (нахождение) во время стационарного лечения, реабилитационно-восстановительного лечения в стационарных, в т.ч. санаторно-курортных условиях, если оно не входит в стоимость Медицинской помощи (стоимость койко-дня); оформление Медицинской и Иной организацией различной документации, связанной с оказанием Медицинской помощи; услуги с использованием компьютерных и телекоммуникационных технологий (телемедицина); информационные услуги, связанные с оказанием или организацией оказания Медицинской помощи; другие услуги, оказываемые Медицинскими и Иными организациями Застрахованному лицу в ходе получения им Медицинской помощи;

- *телемедицинские консультации* - передача медицинской информации по электронным каналам связи.

- *медико-транспортные услуги* – услуги, связанные с транспортировкой адекватным состоянию здоровья Застрахованного транспортным средством в Медицинскую организацию и/или из Медицинской организации до места постоянного проживания Застрахованного (при необходимости, в сопровождении медицинского персонала).

- *лекарственная помощь* – обеспечение Застрахованных необходимыми лекарственными препаратами, изделиями медицинского назначения, продуктами лечебного питания, минеральными водами, а также иными средствами и предметами медицинского назначения, назначенными лечащим врачом для проведения диагностических, лечебных, реабилитационно-восстановительных и профилактических мероприятий, предполагающая оплату Страховщиком их стоимости и/или стоимости их доставки;

- *лекарственные препараты* - лекарственные средства в виде лекарственных форм, применяемые для диагностики, лечения, реабилитации и профилактики Заболеваний, имеющие определенную цену;

- *изделия медицинского назначения* – инструменты, аппараты, приборы, оборудование, материалы и прочие изделия, имеющие определенную цену. Применяемые в медицинских целях отдельно или в сочетании между собой, а также вместе с другими принадлежностями, необходимыми для применения указанных изделий по назначению врача, предназначенные для диагностики, лечения, реабилитации и профилактики Заболеваний.

- *продукты лечебного питания* – определенные пищевые продукты и их сочетания, обеспечивающие удовлетворение потребностей организма человека в пищевых веществах и энергетических ресурсах с лечебной целью;

- *заболевание (болезнь)* – возникающее в связи с воздействием патогенных факторов нарушение деятельности организма, работоспособности, способности адаптироваться к изменяющимся условиям внешней и внутренней среды при одновременном изменении защитно-компенсаторных и защитно-приспособительных реакций и механизмов организма;

- *страховой риск* – совокупность предполагаемых событий, на случай наступления которых проводится добровольное медицинское страхование и которые могут быть признаны Страховым случаем;

- *страховой случай* – совершившееся документально подтвержденное событие из числа Страховых рисков предусмотренных Программой добровольного медицинского страхования к Договору страхования, с наступлением которого возникает обязанность Страховщика произвести Страховую выплату;

- *страховая выплата (выплата страхового возмещения)* – денежная сумма, которую Страховщик в соответствии с Договором страхования обязан выплатить при наступлении Страхового случая;

- *страховая сумма* – определенная Договором страхования денежная сумма, в пределах которой Страховщик обязуется осуществить Страховую выплату;

- *неагрегатная страховая сумма* – денежная сумма, в пределах которой Страховщик обязуется выплатить Страховое возмещение по каждому Страховому случаю (независимо от их числа), произошедшему в период срока действия Договора страхования. Неагрегатная страховая сумма не уменьшается на сумму выплаченного Страхового возмещения в течение срока действия Договора страхования, но не более одного года.

- *агрегатная страховая сумма* – денежная сумма, в пределах которой Страховщик обязуется выплатить Страховое возмещение по всем Страховым случаям, произошедшим в период срока действия Договора страхования. Агрегатная страховая сумма уменьшается на сумму выплаченного Страховщиком в период действия Договора страхования Страхового возмещения.

- *лимит ответственности* – ограничение обязательств Страховщика по осуществлению Страховой выплаты при наступлении Страхового случая;

- *франшиза* – определенная часть убытков Страхователя, не подлежащая возмещению Страховщиком в соответствии с условиями Договора страхования. Франшиза может быть условной и безусловной (устанавливается в процентах от Страховой суммы, либо как абсолютная величина – в денежном выражении).

При условной Франшизе Страховщик освобождается от ответственности за убыток, если его размер не превышает размера Франшизы, и убыток подлежит возмещению полностью, если его размер превышает Франшизу.

При безусловной Франшизе ответственность Страховщика определяется размером убытка за минусом размера Франшизы.

Временная Франшиза предполагает исключение из страхового покрытия конкретного периода времени.

- *страховая премия (взнос)* – плата за добровольное медицинское страхование, которую Страхователь обязан уплатить Страховщику в порядке и в сроки, установленные Договором страхования. Страховой взнос – часть Страховой премии при ее уплате 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.

- *программа добровольного медицинского страхования* – включает: виды, формы, объем и условия предоставления Медицинской помощи Застрахованным.

- *договор добровольного медицинского страхования* – соглашение между Страхователем и Страховщиком, согласно которому Страховщик принимает на себя обязательства по финансированию и организации Медицинской и/или Лекарственной помощи и/или Иных услуг Страхователю/Застрахованному при наступлении Страхового случая. Договор страхования может быть составлен как с обязательными подписями сторон (Страхователя и Страховщика), так и с оговоренными условиями Договора страхования аналогам подписей (цифровая подпись, факсимиле и др.).

- *официальный сайт Страховщика* - сайт страховой организации в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет», содержащий информацию о деятельности страховой организации, указанной в Едином государственном реестре субъектов страхового дела.

- *личный кабинет Страхователя* - страница на Официальном сайте Страховщика с функцией внесения информации и документов Страхователя.

- *личный кабинет Застрахованного* - страница на Официальном сайте Страховщика с персональной информацией Застрахованного, в том числе в Мобильном Приложении Страховщика.

- *мобильное Приложение Страховщика* – программный продукт Страховщика с функциями Личного кабинета Застрахованного, размещенный в Google Play и App store.

- *офис* – специально оборудованное помещение, в котором осуществляется заключение, изменение 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 к Страховщику.

- *претензия* - направленная Страховщику Получателем страховых услуг в письменной форме на бумажном носителе или в виде электронного документа жалоба о восстановлении или нарушении прав, свобод и законных интересов, связанных с деятельностью Страховщика по оказанию страховых услуг.

1.3. Добровольное медицинское страхование осуществляется на основе Программ добровольного медицинского страхования (Приложение № 5 к настоящим Правилам) и обеспечивает получение Медицинской помощи сверх установленной Программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи. Добровольное медицинское страхование может быть коллективным и индивидуальным.

1.4. Договор страхования заключается в соответствии с Программами добровольного медицинского страхования и предусматривает финансирование и организацию Медицинской и/или Лекарственной помощи и/или Иных услуг в Медицинских и/или Аптечных и/или Иных организациях, определенных Договором страхования.

Договор страхования может быть заключен, как на условиях одной Программы добровольного медицинского страхования, так и нескольких Программ добровольного медицинского страхования, предусмотренных настоящими Правилами.

Перечень Медицинских услуг, перечисленных в соответствующей Программе добровольного медицинского страхования, может быть изменен по соглашению между Страхователем и Страховщиком, о чем в Договоре страхования должно быть оговорено специально.

1.5. Страховщик вправе на основе настоящих Правил формировать Полисные условия страхования (в том числе выдержки из Правил), Программы добровольного медицинского страхования к отдельному Договору страхования или отдельной группе Договоров страхования, заключаемых на основе настоящих Правил страхования, ориентированные на конкретного Страхователя или сегмент Страхователей, в той мере, в какой это не противоречит действующему законодательству Российской Федерации и настоящим Правилам. Такие Полисные условия прилагаются к Договору страхования и являются его неотъемлемой частью.

1.6. Страховщик вправе присваивать маркетинговые названия отдельным группам единообразных Договоров страхования, заключаемым на основе настоящих Правил, в той мере, в какой это не противоречит действующему законодательству Российской Федерации, и в том порядке, как это предусмотрено действующим законодательством Российской Федерации.

Под маркетинговыми названиями понимаются названия отдельных групп единообразных Договоров страхования, заключаемых на основании настоящих Правил.

1.7. Страховщик имеет право на ознакомление с медицинской документацией Застрахованного, отражающей его историю заболевания, физическое и психическое состояние, диагноз, ход и прогноз результатов лечения, а также имеет право использовать данную информацию для решения вопросов, связанных с реализацией Договора страхования.

Страховщик не вправе разглашать полученные им в результате своей профессиональной деятельности сведения о Страхователе, Застрахованном, состоянии их здоровья и имущественном положении и гарантирует соблюдение врачебной тайны.

За нарушение тайны страхования Страховщик в зависимости от рода нарушенных прав и характера нарушения несет ответственность в порядке, предусмотренном гражданским законодательством Российской Федерации.

1.8. Взаимоотношения между Страховщиком и Медицинской организацией определяются Договором на предоставление медицинских услуг гражданам по добровольному медицинскому страхованию, по которому Медицинская организация обязуется предоставлять Застрахованным Страховщика Медицинскую помощь определенного объема и качества в рамках Программы (Программ) добровольного медицинского страхования. При этом указанный Договор на предоставление медицинских услуг гражданам по добровольному медицинскому страхованию должен содержать: наименование сторон, предмет договора, стоимость работ и порядок расчетов, порядок контроля качества Медицинской помощи, ответственность сторон и иные не противоречащие законодательству Российской Федерации условия.

2. СУБЪЕКТЫ СТРАХОВАНИЯ

2.1. В качестве Субъектов добровольного медицинского страхования выступают: Страховщик, Страхователь, Медицинская организация, Аптечная организация, Иные организации, Застрахованный.

2.2. Договор страхования заключается юридическими лицами в отношении физических лиц, являющихся как работниками данного юридического лица, так и не являющихся таковыми.

2.3. На условиях настоящих Правил заключаются Договоры страхования в пользу физических лиц в возрасте до 90 лет включительно, на момент заключения Договора страхования проживающих на территории Российской Федерации.

В рамках настоящих Правил Программами добровольного медицинского страхования может устанавливаться ограничение по возрасту лиц, подлежащих страхованию.

3. ОБЪЕКТЫ СТРАХОВАНИЯ

3.1. Объектами медицинского страхования являются имущественные интересы, связанные с оплатой организации и оказания медицинской и лекарственной помощи и иных услуг вследствие расстройства здоровья физического лица или состояния физического лица, требующих организации и оказания таких услуг, а также проведения профилактических мероприятий, снижающих степень опасных для жизни или здоровья физического лица угроз и/или устраняющих их.

4. СТРАХОВЫЕ СЛУЧАИ И ОБЪЕМ ОТВЕТСТВЕННОСТИ СТРАХОВЩИКА

4.1. Страховым случаем признается:

- обращение Застрахованного в течение срока действия Договора страхования в Медицинскую и/или Аптечную и/или Иную организацию из числа определенных Договором страхования за получением Медицинской и/или Лекарственной помощи и/или Иных услуг предусмотренной (предусмотренных) Программой (Программами) добровольного медицинского страхования к Договору страхования;

- обращение Застрахованного в течение срока действия Договора страхования в Медицинскую и/или Аптечную и/или Иную организацию из числа не определенных Договором страхования, если это обращение согласовано и/или организовано Страховщиком, за получением Медицинской и/или Лекарственной помощи и/или Иных услуг предусмотренной (предусмотренных) Программой (Программами) добровольного медицинского страхования к Договору страхования;

4.2. Объем ответственности Страховщика по Договору страхования определяется перечнем Медицинской и/или Лекарственной помощи и/или Иных услуг, включенной

(включенных) в Программу добровольного медицинского страхования, и Перечнем медицинских и/или аптечных и/или иных организаций, оказывающих медицинскую и/или лекарственную помощь и/или иные услуги Застрахованным по договорам добровольного медицинского страхования, в которых Застрахованные вправе получить в пределах Страховой суммы Медицинскую и/или Лекарственную помощь и/или Иные услуги, предусмотренную (предусмотренные) Договором страхования.

Страхователь вправе в течение срока действия Договора страхования по согласованию со Страховщиком изменить перечень Программ добровольного медицинского страхования. Изменение количества Программ добровольного медицинского страхования по Договору страхования оформляется на условиях настоящих Правил в письменной форме в виде дополнительного соглашения и является приложением к основному Договору страхования.

4.3. При заключении Договора страхования Страховщик принимает на себя обязательство по финансированию и организации: Медицинской помощи и/или Иных услуг, оказываемой (оказываемых) Застрахованным по технологиям, применяемым в Медицинских и/или Иных организациях, определенных Договором страхования; Лекарственной помощи, оказываемой Застрахованным в Аптечных организациях, определенных Договором страхования.

4.4. На добровольное медицинское страхование не принимаются (если иное не предусмотрено Договором страхования):

а) лица, состоящие на учете в наркологических, психоневрологических, противотуберкулезных, кожно-венерологических диспансерах, центрах по профилактике и борьбе со СПИД;

б) инвалиды I группы или дети – инвалиды;

в) больные онкологическими заболеваниями;

г) лица старше 90 лет.

4.5. Страховщик не несет страховой ответственности (если иное не предусмотрено Договором страхования), если Застрахованный обратился в Медицинскую организацию:

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

б) в связи с умышленным причинением себе телесных повреждений, в том числе суицидальных попыток;

в) в связи с расстройством здоровья, произошедшим в состоянии алкогольного, наркотического или иных форм опьянения, либо явившимся следствием любых форм опьянения;

г) с целью получения Медицинской помощи, которая не была рекомендована врачом как необходимая и разумная мера;

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

е) по поводу коррекции зрения с целью назначения линз или очков, или их подбора, кроме факта нарушения зрения в результате несчастного случая или в других случаях, определенных прямыми медицинскими показаниями;

ж) по поводу коррекции слуха с целью назначения слуховых аппаратов или их подбора, кроме факта нарушения слуха в результате несчастного случая или в других случаях, определенных прямыми медицинскими показаниями;

з) с целью лечения ВИЧ/СПИД инфекции и ее осложнений;

и) по поводу лечения онкологических заболеваний, психических заболеваний, туберкулеза, венерических заболеваний, алкоголизма, наркомании, токсикомании.

4.6. Страховщик не производит Страховую выплату в связи с Заболеваниями, вызванными:

- а) воздействием ядерного взрыва, радиацией или радиоактивным заражением;
- б) военными действиями, а также маневрами или иными военными мероприятиями;
- в) гражданской войной, народными волнениями всякого рода или забастовками;
- г) стихийными бедствиями.

4.7. Страховщик не оплачивает Медицинскую и/или Лекарственную помощь и/или Иные услуги, полученную (полученные) по инициативе Застрахованного без согласования со Страховщиком, в Медицинских и/или Аптечных и/или Иных организациях, не определенных Договором страхования.

4.8. При заключении Договора страхования в отношении инвалидов II и III группы не покрываются страхованием, если иное не предусмотрено Договором страхования, возникновение или обострения Заболеваний, связанных с причиной инвалидности или являющихся сопутствующими этому Заболеванию.

4.9. В пределах объема страховой ответственности по Договору страхования Страховщик вправе установить Лимиты ответственности и/или Франшизы.

Договором страхования могут быть предусмотрены Лимиты ответственности по Программе добровольного медицинского страхования, Страховому риску, Страховому случаю, виду Медицинской и/или Лекарственной помощи и/или Иной услуги, Медицинской и/или Аптечной и/или Иной организации, периоду оказания Медицинской помощи, прочим основаниям.

Лимит ответственности может быть коллективным (ограничивает ответственность Страховщика по всем Застрахованным, подпадающим под действие Лимита ответственности) и индивидуальным (ограничивает ответственность Страховщика индивидуально для каждого Застрахованного, подпадающего под действие Лимита ответственности).

5. СТРАХОВАЯ СУММА

5.1. Страховая сумма по Договору страхования определяется Страховщиком и Страхователем по согласованию.

Страховая сумма отражает предельный уровень страхового возмещения по Договору страхования, то есть общая сумма Страховых выплат в течение срока действия Договора страхования ни при каких условиях не может превышать установленную Страховую сумму.

5.2. Страхователь вправе в течение срока действия Договора страхования по согласованию со Страховщиком изменить уровень страхового возмещения (увеличить и/или уменьшить Страховую сумму) с уплатой дополнительной Страховой премии (взноса) (в случае увеличения Страховой суммы) или уменьшения части Страховой премии (взноса) (в случае уменьшения Страховой суммы) пропорционально неистекшему сроку действия основного Договора страхования.

Изменение Страховой суммы по Договору страхования оформляется на условиях настоящих Правил в письменной форме в виде дополнительного соглашения и является приложением к основному Договору страхования.

5.3. О предполагаемом изменении стоимости Медицинской и/или Лекарственной помощи и/или Иных услуг, гарантированной (гарантированных) Программой (Программами) добровольного медицинского страхования, Страховщик уведомляет Страхователя.

5.4. При заключении Договора страхования по нескольким Программам добровольного медицинского страхования одновременно, Страховщик несет обязательства по оплате Медицинской и/или Лекарственной помощи и/или Иных услуг в пределах Страховой суммы по каждой из Программ добровольного медицинского страхования.

5.5. Страхование осуществляется на условиях агрегатной Страховой суммы, т.е. после Страховой выплаты Страховая сумма по Договору страхования уменьшается на размер Страховой выплаты.

6. СТРАХОВАЯ ПРЕМИЯ (СТРАХОВЫЕ ВЗНОСЫ) СТРАХОВОЙ ТАРИФ

6.1. При определении размера Страховой премии (взноса), подлежащей уплате по Договору страхования, Страховщик, в каждом конкретном случае, применяет рассчитанные им страховые тарифы (Приложение № 1 к настоящим Правилам), определяющие Страховую премию (взнос), с учетом размера Страховой суммы, выбранной (выбранных) Страхователем Программы (Программ) добровольного медицинского страхования, стоимости Медицинской и/или Лекарственной помощи и/или Иных услуг, уровня Медицинской организации, срока действия Договора страхования, состояния здоровья Застрахованного, рода деятельности Застрахованного, численности Застрахованных и иных условий.

Страховщик вправе применить коэффициенты (повышающие или понижающие) к базовым тарифам.

6.2. Страховая премия (взнос) по Договору страхования может быть уплачена Страхователем одновременно или в рассрочку, наличными денежными средствами либо в безналичном порядке.

Порядок уплаты Страховой премии (взноса) и форма проведения расчетов определяются в Договоре страхования.

6.3. Страхователь обязан уплатить Страховщику Страховую премию (взнос) в течение 5 (Пяти) банковских дней (если иное не предусмотрено Договором страхования) с даты заключения Договора страхования.

6.4. При неуплате Страховой премии (взноса) Договор страхования расторгается по инициативе Страховщика в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации, если стороны не договорились об отсрочке уплаты очередного Страхового взноса. Договоренность об отсрочке уплаты очередного Страхового взноса оформляется дополнительным соглашением и является приложением к основному Договору страхования.

6.5. Если иное не установлено Договором страхования, датой уплаты Страховой премии (Страхового взноса) признается:

- дата внесения денежных средств в кассу Страховщика или получения денежных средств уполномоченным представителем Страховщика при наличных расчетах;
- дата поступления денежных средств на расчетный счет Страховщика;
- дата зачета встречных требований.

Уплата Страховой премии (взноса) не считается состоявшейся, если платеж произведен с нарушением законодательства, регулирующего порядок расчетов.

Страховщик не освобождается от обязанности исполнения Договора страхования в случае несвоевременного перечисления Страховщику Страховой премии либо ее перечисления не в полном объеме уполномоченным представителем Страховщика.

6.6. В случае, если Договором страхования предусмотрено внесение Страховой премии в рассрочку, Договором страхования 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;

- иные последствия, предусмотренные законодательством.

Страхователь не освобождается от обязанности уплатить Страховую премию, если исполнение такой обязанности к моменту прекращения Договора страхования просрочено.

7. ПОРЯДОК ЗАКЛЮЧЕНИЯ ДОГОВОРА ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

7.1. Договор страхования является соглашением между Страхователем и Страховщиком, в соответствии с которым последний обязуется финансировать и организовывать Застрахованным Медицинскую и/или Лекарственную помощь и/или Иные услуги, определенного объема и качества, согласно Программе (Программам) добровольного медицинского страхования.

Договор страхования заключается сроком до одного года, на один год или на срок более одного года. Срок действия Договора страхования может быть продлен по письменному соглашению сторон, с уплатой дополнительной Страховой премии.

Договор страхования заключается в письменной форме, несоблюдение письменной формы Договора страхования влечет его недействительность.

Договор страхования оформляется в соответствии с требованиями действующего гражданского законодательства Российской Федерации. К Договору страхования прилагается Заявление Страхователя со списком Застрахованных, являющиеся неотъемлемой частью Договора страхования.

По просьбе Страхователя и с его слов заявление о заключении Договора страхования и прилагаемые к нему документы (при наличии) могут быть заполнены представителем Страховщика с соблюдением следующих требований:

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

Заявление подписывается Страхователем.

Если в Договоре страхования имеется ссылка на документ, в котором изложены условия страхования (полностью или частично), то данные условия должны быть изложены в Договоре страхования либо на его оборотной стороне, либо приложены к Договору страхования как его неотъемлемая часть, либо Договор страхования должен содержать ссылку на адрес размещения таких условий на официальном сайте Страховщика, либо Страхователь должен быть проинформирован о таких условиях путем направления файла, содержащего текст данного документа, на указанный Страхователем адрес электронной почты или путем вручения Страхователю электронного носителя информации, на котором размещен файл, содержащий текст данного документа.

Настоящие Правила могут быть вручены Страхователю, в том числе путем информирования его об адресе размещения Правил на официальном сайте Страховщика, путем направления файла, содержащего текст Правил, на указанный Страхователем адрес электронной почты или путем вручения Страхователю электронного носителя информации, на котором размещен файл, содержащий текст настоящих Правил.

Направление Правил по указанному Страхователем адресу электронной почты или ссылки на Правила, размещенные на официальном сайте Страховщика, или вручение Страхователю электронного носителя информации, является надлежащим вручением Правил.

7.2. Договор страхования содержит следующие сведения:

- наименование сторон;
- срок действия Договора Страхования;
- численность Застрахованных, подтвержденную точным списком Застрахованных по Договору страхования;
- размер, сроки и порядок внесения Страховой премии (взноса);
- размер Страховой суммы;
- Программа (Программы) добровольного медицинского страхования;
- Перечень медицинских и/или аптечных и/или иных организаций, оказывающих медицинскую и/или лекарственную помощь и/или иные услуги Застрахованным по договорам добровольного медицинского страхования;
- права, обязанности, ответственность сторон;
- иные не противоречащие законодательству Российской Федерации условия.

Договор страхования с юридическими лицами заключается по форме, приведенной в Приложении № 4 к настоящим Правилам.

При подписании Договора страхования Страховщик, руководствуясь пунктом 2 статьи 160 Гражданского кодекса РФ, вправе согласовать со Страхователем использование факсимильного воспроизведения подписей лиц, уполномоченных от имени Страховщика подписывать Договор страхования и приложения к нему с помощью средств механического или иного копирования.

В указанном случае факсимильное воспроизведение подписей уполномоченных лиц Страховщика в Договоре страхования и приложениях к нему, а также в сопровождающих их документах (письмах, актах, заявлениях и пр.) признается сторонами Договора страхования аналогом собственноручной подписи уполномоченных лиц Страховщика и является надлежащим подписанием документов со стороны Страховщика.

7.3. При заключении Договора страхования Страховщик имеет право произвести предварительное медицинское обследование и/или медицинское анкетирование лица (лиц), подлежащего (подлежащих) страхованию, и/или запросить выписку из амбулаторной карты и/или истории болезни для установления группы здоровья (Приложение № 1 к настоящим Правилам). Страховщик уведомляет Получателя страховых услуг о необходимости проведения предварительного медицинского обследования лица, в отношении которого заключается Договор страхования, и о порядке его проведения.

При отказе Застрахованного от прохождения медицинского обследования, объем которого определяется Страховщиком, или заполнения медицинской анкеты, Страховщик имеет право отказать Страхователю в заключении Договора страхования.

В том случае, если после заключения Договора страхования будет установлено, что Застрахованный указал ложные сведения в медицинской анкете, Страховщик вправе требовать признания Договора страхования недействительным в отношении данного Застрахованного.

Предварительное медицинское обследование может производиться как за счет средств Страхователя, так и за счет средств Страховщика.

7.4. Основанием для заключения Договора страхования является письменное Заявление Страхователя (Приложение № 2 к настоящим Правилам), в котором должны быть указаны:

- полное наименование и юридический адрес Страхователя;
- данные о лицах, подлежащих страхованию (фамилия, имя, отчество, дата рождения, паспортные данные, адрес места жительства каждого из них указываются в списке Застрахованных, который является приложением к Заявлению), их количество;
- желаемые условия добровольного медицинского страхования (Программа (Программы) добровольного медицинского страхования);
- срок страхования;

- другие данные, имеющие значение для установления Страховой суммы и Страхового тарифа.

Заявление является неотъемлемой частью Договора страхования с юридическим лицом.

7.5. Договор страхования вступает в силу:

а) при уплате Страховой премии (взноса) путем безналичных расчетов – со дня поступления Страховой премии (взноса) на расчетный счет Страховщика;

б) при уплате Страховой премии (взноса) наличными денежными средствами – со дня поступления Страховой премии (взноса) в кассу Страховщика или получения наличных средств представителем Страховщика.

Договором страхования может быть предусмотрен иной порядок вступления Договора страхования в силу.

7.6. Перед заключением Договора страхования Страховщик обязан:

- ознакомить Страхователя с настоящими Правилами, порядком их применения, вручить Страхователю настоящие Правила, о чем делается соответствующая отметка в Договоре страхования или приложениях к нему;

- разъяснить условия, на которых может быть заключен Договор страхования, включающие информацию об: объекте страхования, Страховых рисках, порядке расчета Страхового тарифа, размере Страховой премии, порядке и условиях осуществления Страховой выплаты, в том числе перечне документов, которые необходимо представить вместе с заявлением о наступлении события, имеющего признаки Страхового случая;

- разъяснить обстоятельства, влияющие на размер Страховой премии, способах и сроках (периодичности) уплаты Страховой премии, последствиях неуплаты, уплаты не в полном размере или несвоевременной уплаты Страховой премии (Страховых взносов);

- давать разъяснения о порядке применения франшизы (если применяется), исключениях из перечня страховых событий, о действиях Получателя страховых услуг, совершение которых может повлечь отказ в Страховой выплате или сокращение ее размера;

- разъяснить дополнительные условия, связанные с заключением 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;

- разъяснить примерный расчет размера Страховой премии, сформированный на основании представленного Страхователем письменного заявления на страхование, уведомить Страхователя о возможном изменении размера Страховой премии, Страховой суммы или иных условий страхования по результатам оценки Страхового риска;

- разъяснить условия возврата Страхователю уплаченной Страховой премии в случае его отказа от Договора страхования в течение определенного срока со дня его заключения или о отсутствии возврата в соответствии с действующим законодательством;

- разъяснить сроки рассмотрения обращений относительно Страховой выплаты, о случаях продления таких сроков в связи с необходимостью получения информации от компетентных органов и/или сторонних организаций, непосредственно связанной с возможностью принятия решения Страховщиком о признании события Страховым случаем или о размере Страховой выплаты;

- довести до Получателя страховой услуги информацию о праве Получателя страховой услуги запросить информацию о размере вознаграждения, выплачиваемого страховому агенту или страховому брокеру;

- информировать Получателя страховой услуги об адресах мест приема документов при наступлении события, имеющего признаки Страхового случая, в том числе о возможности приема таких документов в электронной форме, если такая возможность предусмотрена условиями Договора страхования, а также своевременно информировать Получателей страховых услуг об изменениях таких адресов на официальном сайте Страховщика, 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, Страховщик 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.

7.7. Информация, указанная в п. 7.6. настоящих Правил, доводится до Получателя страховой услуги (любого обратившегося лица без исключения) бесплатно в устной форме при его личном взаимодействии с представителем Страховщика или третьим лицом, действующим от имени Страховщика при обращении с намерением заключить Договор страхования.

По запросу Получателя страховой услуги информация, указанная в п. 7.6. настоящих Правил, может быть предоставлена в удобной для него форме, в том числе на бумажном носителе, в электронной форме, в том числе посредством информационно-телекоммуникационной сети «Интернет».

Страховщик обязан обеспечить возможность взаимодействия с Получателем страховых услуг способами, указанными в Договоре страхования, а также посредством телефонной и почтовой связи.

Перед заключением Договора страхования Страховщик предлагает Страхователю указать номер мобильного телефона и/или адрес электронной почты для направления Страхователю в случаях, предусмотренных законодательством Российской Федерации, информации об исполнении обязательств по Договору страхования.

Заключая Договор страхования на основании настоящих Правил, Получатель страховой услуги подтверждает, что он:

- ознакомлен Страховщиком (его уполномоченным представителем) и согласен с условиями настоящих Правил, условиями страхования, Программами добровольного медицинского страхования и условиями Договора страхования;

- получил экземпляр настоящих Правил, дополнительных условий страхования, Программу добровольного медицинского страхования;

- ознакомлен Страховщиком (его уполномоченным представителем) с информацией, указанной в п. 7.6. настоящих Правил, что подтверждается или подписью Получателя страховой услуги на Договоре страхования, проставлением Получателем страховых услуг специальных отметок в электронной форме на официальном сайте Страховщика или в Личном кабинете на официальном сайте Страховщика, или аудио- и/или видеозаписью, осуществляемой Страховщиком с согласия Получателя страховых услуг в Офисе или ином месте совершения действий, связанных с осуществлением страховой деятельности, или иным способом, предусмотренным законом или согласованным с Получателем страховых услуг.

7.8. Заключать от имени Страховщика Договор страхования имеет право работник Страховщика, страховой агент (страховой брокер) полномочия которого подтверждены соответствующим документом (доверенность, агентский договор, договор поручения и т.п.).

По требованию Страхователя документ, подтверждающий полномочия лица, подписывающего от имени Страховщика Договор страхования, предоставляется Страхователю в форме надлежащим образом заверенной копии.

В Договоре страхования обязательно указываются:

- фамилия, имя, отчество (при наличии) или инициалы, должность (при подписании Договора страхования работником Страховщика) лица, подписывающего от имени Страховщика Договор страхования, сведения о документе, подтверждающем его полномочия;

- фамилия, имя, отчество (при наличии) агента (брокера) (при подписании Договора страхования агентом (брокером) - физическим лицом, в том числе индивидуальным предпринимателем), лица, подписывающего Договор страхования, сведения о документе, подтверждающем его полномочия;

- наименование агента (брокера) - юридического лица, фамилия, имя, отчество (при наличии) представителя агента (брокера), подписывающего Договор страхования от имени Страховщика, сведения о документе, подтверждающем его полномочия.

7.9. На каждого Застрахованного в течение 7 (Семи) рабочих дней после вступления Договора страхования в силу, если иное не предусмотрено Договором страхования, оформляется Полис добровольного медицинского страхования (Приложение № 3).

В Полисе добровольного медицинского страхования указывается:

- фамилия, имя, отчество, дата рождения Застрахованного;

- срок действия Договора страхования.

В Полисе добровольного медицинского страхования также могут быть указаны:

- место работы;

- наименование Страхователя;

- Страховая сумма;

- Страховая премия;

- Программа (Программы) добровольного медицинского страхования;

- Перечень медицинских и/или аптечных и/или иных организаций, оказывающих медицинскую и/или лекарственную помощь и/или иные услуги застрахованным по договорам добровольного медицинского страхования;

- другие сведения в соответствии с условиями заключения Договора страхования.

Полис добровольного медицинского страхования может быть в форме индивидуальной пластиковой карточки (в дальнейшем – Пластиковый полис), являющейся именованным документом, удостоверяющим право Застрахованного на получение медицинских услуг по договору страхования. Пластиковый полис содержит:

- уникальный номер;

- ФИО застрахованного;

- срок страхования;

- другие сведения в соответствии с условиями заключения Договора страхования.

По согласованию сторон, Полис добровольного медицинского страхования может передаваться Страховщиком Застрахованным в электронном виде через Мобильное приложение или Личный кабинет Застрахованного на официальном сайте Страховщика.

7.10. 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 Страховщику. При этом существенными могут быть признаны обстоятельства, определенно оговоренные Страховщиком в Договоре страхования или в его письменном запросе.

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

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

7.11. Условия, содержащиеся в настоящих Правилах и не включенные в текст Договора страхования, обязательны для Страхователя, если в Договоре страхования прямо указывается на применение настоящих Правил.

При заключении Договора страхования стороны Договора страхования могут изменить (дополнить или исключить) определенные условия настоящих Правил при условии, что такие изменения не противоречат действующему законодательству Российской Федерации. Условия Договора страхования, отличающиеся от условий настоящих Правил, имеют приоритет.

Изменение условий Договора страхования возможно по соглашению сторон.

Соглашение об изменении условий Договора страхования совершается в письменной форме путем подписания (заключения) Страховщиком и Страхователем дополнительного соглашения к Договору страхования.

7.12. Любые уведомления и извещения в связи с заключением, исполнением или прекращением Договора страхования считаются направленными сторонами друг другу только если они совершены в письменной форме, а также через «Личный кабинет» Страхователя на официальном сайте Страховщика, и направлены по адресам, указанным в Договоре страхования.

7.13. В случае изменения адресов и (или) реквизитов, указанных в Договоре страхования, Сторона Договора страхования обязана в течение 5 (Пяти) рабочих дней с даты их изменения, уведомить другую Сторону в форме, позволяющей зафиксировать такое уведомление. Если сторона не была уведомлена об изменении адреса и/или реквизитов другой стороны в указанный срок, все уведомления и извещения, направленные по адресу, указанному в Договоре страхования при его заключении, будут считаться полученными.

Юридически значимое сообщение/уведомление, сделанное в письменной форме, может быть направлено Стороной Договора страхования в адрес другой Стороны посредством электронной почты, факсимильной и другой связи, позволяющими достоверно установить от кого исходило сообщение/уведомление и кому оно адресовано.

Страховщик уведомляет Страхователя об изменении своих контактных данных, в том числе адреса места нахождения, телефона, посредством размещения обновленной информации на официальном сайте Страховщика.

7.14. В случае утраты Страхователем Договора страхования в период его действия Страховщик выдает Страхователю дубликат Договора страхования на основании его письменного заявления.

По запросу Страхователя, позволяющему подтвердить факт его получения Страховщиком, Страховщик предоставляет бесплатно один раз копии действующего Договора страхования, иных документов, являющихся неотъемлемой частью Договора страхования (Правила страхования, Программы добровольного медицинского страхования,

дополнительные условия страхования, иные документы в соответствии с условиями, указанными в Договоре страхования), за исключением информации, не подлежащей разглашению (персональные данные других застрахованных лиц, данные об уплаченных страховых премиях по коллективным Договорам страхования, условия страхования других категорий застрахованных лиц и пр).

8. ПОРЯДОК ВЫПОЛНЕНИЯ ОБЯЗАТЕЛЬСТВ ПО ДОГОВОРУ ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

8.1. Право Застрахованного на получение и оплату Медицинской и/или Лекарственной помощи и/или Иных услуг, предусмотренной (предусмотренных) Договором страхования, наступает после вступления Договора страхования в силу, в соответствии с условиями Программы добровольного медицинского страхования.

8.2. Предоставление Медицинской и/или Лекарственной помощи и/или Иных услуг, предусмотренной (предусмотренных) Договором страхования, осуществляется путем обращения Застрахованного в Медицинские и/или Аптечные и/или Иные организации, указанные в Договоре страхования. При необходимости оказания Медицинской и/или Лекарственной помощи и/или Иных услуг в Медицинских и/или Аптечных и/или Иных организациях, не указанных в Договоре страхования, но имеющих договорные отношения со Страховщиком, необходимо письменное согласие последнего, подтвержденное направлением.

Договором страхования и/или Программой добровольного медицинского страхования и/или условиями страхования может быть предусмотрена необходимость предварительного обращения Застрахованного за направлением в Контакт-центр и/или на официальный сайт Страховщика для получения Медицинской и/или Лекарственной помощи и/или Иных услуг в Медицинских и/или Аптечных и/или Иных организациях, указанных в Договоре страхования.

При обращении Застрахованного к Страховщику в случае наступления события, имеющего признаки Страхового случая, Застрахованный сообщает:

- фамилию, имя, отчество (при наличии) Застрахованного;
- номер Договора страхования;

- возможно полную информацию об обстоятельствах наступления Страхового случая, известную Застрахованному на момент сообщения (место, дата, время наступления страхового случая, предполагаемые причины и др.).

При обращении Застрахованного в Медицинскую и/или Иную организацию предъявляется Полис добровольного медицинского страхования, выданный Страховщиком, паспорт либо другой документ, удостоверяющий личность Застрахованного.

При обращении Застрахованного (его представителя) в Аптечную организацию по поводу получения лекарственных препаратов, изделий медицинского назначения, продуктов лечебного питания, минеральных вод, а также иных средств и предметов медицинского назначения, предъявляется: Полис добровольного медицинского страхования; паспорт, либо другой документ, удостоверяющий личность Застрахованного (его представителя); рецепт установленной формы, выписанный врачом Медицинской организации, с которым Страховщик состоит в договорных отношениях с информацией о ФИО Застрахованного, номере Полиса добровольного медицинского страхования, номере амбулаторной карты Застрахованного, за подписью и личной печатью лечащего врача, с проставлением штампа Медицинской организации.

8.3. В соответствии с условиями Договора страхования Страховщик в счет Страховой суммы организывает оказание Медицинской и/или Лекарственной помощи и/или Иных услуг Застрахованному и оплачивает Медицинскую и/или Лекарственную помощь и/или Иные услуги, оказанную (оказанные) Застрахованному.

8.3.1. Оплата стоимости Медицинской и/или Лекарственной помощи и/или Иных услуг, оказанной (оказанных) Медицинскими и/или Аптечными и/или Иными организациями, производится, исходя из фактических затрат на оказание Медицинской и/или Лекарственной помощи и/или Иных услуг по ценам, согласованным между Страховщиком и Медицинской и/или Аптечной и/или Иной организацией, путем перечисления Страховщиком денежных средств на счет Медицинской и/или Аптечной и/или Иной организации.

Перечисление денежных средств на счет Медицинской и/или Иной организации производится после получения первичных документов Медицинской и/или Иной организации и проведения Страховщиком медико-экономической экспертизы документации, представленной к оплате по добровольному медицинскому страхованию, а также подписания обеими сторонами акта приема-сдачи выполненных работ, в пределах Страховой суммы, предусмотренной Договором страхования.

В рамках настоящих Правил первичными документами признаются: счет-реестр медицинской помощи, оказанной застрахованным по Договорам страхования, справка для получения путевки, отрывной талон к санаторно-курортной путевке, копия обратного талона к санаторно-курортной карте и др.

Страховщик вправе осуществлять предоплату (авансирование) Медицинской и/или Иной организации.

Договором на предоставление медицинских услуг гражданам по добровольному медицинскому страхованию может быть предусмотрен иной порядок оплаты стоимости Медицинской помощи, оказанной Застрахованному.

8.3.2. В случае если это предусмотрено Договором страхования и/или Программой добровольного медицинского страхования и/или условиями страхования, Получатель страховых услуг может обратиться к Страховщику для получения Страховой выплаты с целью возмещения понесенных расходов за оказанную Медицинскую помощь или приобретение Лекарственных препаратов:

а) при получении Медицинской помощи, предусмотренной Программой добровольного медицинского страхования, выплата Страхового возмещения осуществляется по фактически понесенным расходам, но не выше суммы установленной преискурантом Медицинской организацией на основании следующих документов:

- заявления на возмещение затраченных денежных средств;
- Договора страхования;
- паспорта Получателя страховых услуг;

- направления лечащего врача и/или выписки из первичной медицинской документации (амбулаторная карта, история болезни);

- документов, подтверждающих получение Застрахованным Медицинской помощи, с указанием наименования, количества, стоимости и даты оказания медицинских услуг, заверенных печатью и подписью уполномоченного лица Медицинской организации;

- платежных документов, удостоверяющих факт оплаты оказанной Медицинской помощи, подтвержденных по данным Федеральной налоговой службы (метод подтверждения приведен на Интернет-ресурсе <https://kkt-online.nalog.ru/>).

б) при приобретении Лекарственных препаратов из числа предусмотренных Программой добровольного медицинского страхования выплата Страхового возмещения осуществляется на основании следующих документов:

- заявления на возмещение затраченных денежных средств;
- Договора страхования;
- паспорта Получателя страховых услуг;

- выписки/справки из первичной медицинской документации (амбулаторная карта, история болезни), выданной Медицинской организацией по месту жительства/пребывания

Застрахованного, с указанием необходимой информации, перечисленной в Программе добровольного медицинского страхования;

- платежных документов, удостоверяющих факт оплаты Лекарственных препаратов, подтвержденных по данным Федеральной налоговой службы (метод подтверждения приведен на Интернет-ресурсе <https://kkt-online.nalog.ru/>).

После того как Страховщику стало известно о наступлении события, имеющего признаки Страхового случая, по запросу Получателя страховых услуг Страховщик информирует последнего:

- обо всех предусмотренных Договором страхования и/или настоящими Правилами 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;

- о предусмотренных Договором страхования и/или настоящими Правилами форме и способах осуществления Страховой выплаты, направленных на обеспечение прав Получателя страховых услуг на получение Страховой выплаты удобным для него способом из числа указанных в Договоре страхования и/или настоящих Правилах.

В случае если условиями конкретного Договора страхования или согласно официальному сообщению Страховщика, размещаемому на официальном сайте Страховщика, предусмотрена возможность предоставления Получателем страховой услуги (его законным представителем) информации и документов в электронном виде для получения Страховой выплаты, Получатель страховых услуг (его законный представитель) может представить Страховщику документы, предусмотренные п. 8.3.2. настоящих Правил, в виде электронных документов, подписанных/заверенных простой электронной подписью Получателя страховой услуги (его законного представителя).

При этом Страховщик вправе принять решение по заявленному событию на основании документов, подписанных/заверенных электронной подписью Получателя страховой услуги (его законного представителя), или затребовать у Получателя страховой услуги (его законного представителя) оригиналы или заверенные соответствующими компетентными органами копии документы, представленных в виде электронных документов, заверенных Получателем страховой услуги (его законным представителем).

В случае запроса Страховщиком оригиналов или заверенных соответствующими компетентными органами копий документов срок осуществления Страховой выплаты исчисляется со дня, следующего за днем получения Страховщиком оригиналов или заверенных соответствующими компетентными органами копий документов, указанных п. 8.3.2. настоящих Правил.

В случае если заявление о событии, имеющем признаки Страхового случая, и документы по заявленному событию подаются Получателем страховой услуги (его законным представителем) в электронном виде, Страховщик вправе до осуществления Страховой выплаты направить Получателю страховой услуги (его законному представителю) любым доступным способом (коротким текстовым сообщением на телефон, по электронной почте, посредством размещения в Личном кабинете Страхователя на официальном сайте Страховщика и т.д.) произведенный им расчет Страховой выплаты.

Получатель страховой услуги (его законный представитель) обязан сообщить о своем согласии или несогласии с размером Страховой выплаты не позднее 2 (Двух) рабочих дней с даты предоставления Страховщиком соответствующего расчета. При согласии с расчетом

Страховщика срок выплаты Страхового возмещения исчисляется с даты получения Страховщиком соответствующего согласия или несогласия с размером суммы страхового возмещения, рассчитанным без предоставления оригиналов или заверенных соответствующими компетентными органами копий документов, Получатель страховой услуги (его законный представитель) обязан в течение 5 (Пяти) рабочих дней с даты получения от Страховщика соответствующего расчета, предоставить Страховщику оригиналы или заверенные надлежащим образом копии документов, предоставленных им ранее в виде копий, подписанных/заверенных электронной подписью Получателя страховой услуги (его законного представителя). В последнем случае срок осуществления Страховой выплаты исчисляется с момента получения Страховщиком оригиналов или заверенных надлежащим образом копий документов.

Во всех случаях представление документов в электронном виде для получения Страховой выплаты в предусмотренных в настоящем пункте случаях осуществляется с использованием официального сайта Страховщика.

При получении Страхового возмещения Получателем страховых услуг с целью возмещения понесенных расходов за оказание Медицинской помощи и/или приобретение Лекарственных препаратов документы, указанные в п. 8.3.2. настоящих Правил, принимаются Страховщиком:

- при личном обращении Получателя страховых услуг - по описи, реестру или акту приема-передачи с указанием даты приема документов. Опись, реестр или акт приема-передачи подписывается уполномоченным представителем Страховщика и Получателем страховых услуг. Опись, реестр или акт приема-передачи может вестись Страховщиком с использованием автоматизированной системы, имеющейся в распоряжении Страховщика (его уполномоченного представителя),

- при предоставлении документов почтовым отправлением или с использованием сети «Интернет», или по факсу уполномоченный представитель Страховщика проверяет: комплектность документов на соответствие требованиям настоящих Правил и/или Договора страхования; правильность оформления документов; фиксирует прием документа (ов) и дату приема в описи, реестре или акте приема-передачи, или в автоматизированной системе.

В случае, если документы на Страховую выплату были направлены Страховщику без сопроводительного письма, содержащего перечень или опись предоставленных документов, Страховщик не имеет право отказать в их приеме.

В случае выявления факта предоставления Получателем страховых услуг документов не в полном объеме (недостаточных для принятия решения о признании события страховым и осуществления Страховой выплаты) и/или ненадлежащим образом оформленных документов в соответствии с требованиями настоящих Правил и/или Договора страхования, Страховщик:

- принимает документы, при этом срок принятия решения о признании заявленного события страховым не начинается течь до предоставления последнего из необходимых и надлежащим образом оформленных документов, указанных в п. 8.3.2. настоящих Правил,

- уведомляет об указанном лице, подавшее заявление о событии, имеющем признаки Страхового случая, с указанием перечня недостающих и/или ненадлежащим образом оформленных документов.

Срок уведомления Получателей страховых услуг – физических лиц о выявлении факта предоставления документов, недостаточных для принятия решения о признании заявленного события страховым и осуществления Страховой выплаты, и/или ненадлежащим образом

оформленных документов - 15 (Пятнадцать) рабочих дней с момента получения документов почтовым отправлением или с использованием сети «Интернет» или по факсу.

Срок уведомления Получателей страховых услуг – юридических лиц о выявлении факта предоставления документов, недостаточных для принятия решения о признании заявленного события страховым и осуществления Страховой выплаты, и/или ненадлежащим образом оформленных документов - 30 (Тридцать) рабочих дней с момента получения документов почтовым отправлением.

Страховщик не имеет права отказать в Страховой выплате по причине утраты им представленных документов на Страховую выплату Получателем страховой услуги (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 Страхователя (Выгодоприобретателя, подавшего документы лица).

Исключение составляют случаи обращения за Страховой выплатой по Договору страхования, переданному в составе страхового портфеля. Осуществляющий такие выплаты Страховщик вправе запросить у подавшего заявление на Страховую выплату лица повторного предоставления документов, направлявшихся им передавшему страховой портфель Страховщику, но не переданных передавшим страховой портфель Страховщиком принявшему страховой портфель Страховщику.

По устному или письменному запросу Получателя страховых услуг, в том числе полученному в электронной форме, в срок, не превышающий 30 (Тридцати) дней с момента получения такого запроса, при условии возможности идентификации Получателя страховых услуг в соответствии с требованиями Федерального закона от «27» июня 2006 года № 152-ФЗ «О персональных данных», Страховщик после принятия решения о Страховой выплате предоставляет информацию о расчете суммы Страховой выплаты, которая должна включать:

- а) Страховую сумму (ее часть) или окончательную сумму Страхового возмещения, подлежащую выплате;
- б) порядок расчета Страховой выплаты;
- в) исчерпывающий перечень норм права и/или условий Договора страхования и Правил, обстоятельств и документов, на основании которых произведен расчет.

По письменному запросу Получателя страховых услуг Страховщик в срок, не превышающий 30 (Тридцати) дней, обязан предоставить ему в письменной форме исчерпывающую информацию и документы (в том числе копии документов и/или выписки из них), на основании которых Страховщиком было принято решение о Страховой выплате (за исключением документов, которые свидетельствуют о возможных противоправных действиях Получателя страховых услуг, направленных на получение Страховой выплаты), бесплатно один раз по каждому Страховому случаю. Указанная информация и документы предоставляются в том объеме, в каком это не противоречит действующему законодательству.

При непризнании события Страховым случаем Страховщик направляет в адрес Получателя страховых услуг, указанный в заявлении, уведомление об отсутствии оснований для Страховой выплаты.

В случае отсутствия правовых оснований для осуществления Страховой выплаты Страховщик в течение 3 (Трех) рабочих дней после принятия решения об отказе в Страховой выплате информирует Получателя страховых услуг в письменной форме об основаниях принятия такого решения со ссылками на нормы права и/или условия Договора страхования и

Правил, на основании которых принято решение об отказе. Указанная информация предоставляется в том объеме, в каком это не противоречит действующему законодательству.

Страховщик по письменному запросу Получателя страховых услуг в срок, не превышающий 30 (Тридцати) дней с даты направления такого запроса, предоставляет документы (в том числе копии документов и/или выписки из них), обосновывающие решение об отказе в Страховой выплате, бесплатно один раз по одному событию, за исключением документов, которые свидетельствуют о возможных противоправных действиях Получателя страховых услуг, направленных на получение Страховой выплаты.

9. ИЗМЕНЕНИЕ СТЕПЕНИ РИСКА В ТЕЧЕНИЕ СРОКА ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

9.1. В течение срока действия Договора страхования Страхователь (Застрахованный) обязан незамедлительно сообщить Страховщику о ставших ему известными значительных изменениях в обстоятельствах, сообщенных Страховщику при заключении Договора страхования, если эти изменения могут существенно повлиять на увеличение Страхового риска. Под обстоятельствами, влекущими увеличение Страхового риска, о которых Страхователь обязан сообщить Страховщику, понимаются, например, выявление хронического заболевания или установление инвалидности, о которых Страховщик не может знать и т.д.

При неисполнении Страхователем (Застрахованным) обязанностей по сообщению Страховщику об увеличении Страхового риска последний вправе потребовать расторжения Договора страхования и возмещения убытков в порядке, предусмотренном гражданским законодательством Российской Федерации.

9.2. При получении информации об обстоятельствах, влекущих увеличение Страхового риска, Страховщик вправе потребовать изменения условий Договора страхования или уплаты дополнительной Страховой премии (взноса) соразмерно увеличению Страхового риска.

Если Страхователь (Застрахованный) возражает против изменения условий Договора страхования или доплаты Страховой премии (взноса), Страховщик вправе потребовать расторжения Договора страхования в порядке, предусмотренном гражданским законодательством Российской Федерации.

9.3. Страховщик не вправе требовать расторжения Договора страхования, если обстоятельства, влекущие увеличение Страхового риска, уже отпали.

10. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

10.1. Права и обязанности Застрахованного по Договору страхования.

10.1.1. Застрахованный имеет право:

а) на получение своевременной и качественной Медицинской и/или Лекарственной помощи и/или Иных услуг в соответствии с избранной (избранными) Страхователем Программой (Программами) добровольного медицинского страхования и Перечнем медицинских и/или аптечных и/или иных организаций, оказывающих медицинскую и/или лекарственную помощь и/или иные услуги застрахованным по договорам добровольного медицинского страхования;

б) предъявлять претензии к Страховщику по качеству оказанной Медицинской помощи в избранной Медицинской организации и требовать от Страховщика проведения расследования по таким претензиям.

10.1.2. Застрахованный обязан:

а) соблюдать предписания лечащего врача, полученные при оказании Медицинской помощи, соблюдать распорядок, установленный Медицинской организацией;

б) обеспечить надлежащее хранение Полиса добровольного медицинского страхования, исключающее возможность его использования третьими лицами;

в) уведомить Страховщика об увеличении степени страхового риска.

10.2. Права и обязанности Страхователя по Договору страхования.

10.2.1. Страхователь имеет право:

а) требовать предоставления Застрахованным в Медицинских и/или Аптечных и/или Иных организациях Медицинской и/или Лекарственной помощи и/или Иных услуг, определенной (определенных) в Договоре страхования.

В случае непредоставления Медицинской и/или Лекарственной помощи и/или Иных услуг Страхователь должен немедленно поставить об этом в известность Страховщика;

б) в период действия Договора страхования заменять Застрахованных, расширить (уменьшить) список Застрахованных, внося соответствующие изменения в список Застрахованных в соответствии с условиями, изложенными в п. 10.4., п. 10.5. настоящих Правил, при условии оформления письменного дополнительного соглашения к Договору страхования;

в) расширить (уменьшить) перечень Программ добровольного медицинского страхования и/или повысить (уменьшить) уровень Страхового возмещения (Страховой суммы) при условии оформления письменного дополнительного соглашения к Договору страхования;

г) досрочно расторгнуть Договор страхования в порядке, предусмотренном действующим законодательством и настоящими Правилами.

10.2.2. Страхователь обязан:

а) предоставить Страховщику достоверные сведения, необходимые для заключения Договора страхования, а также иную информацию, связанную с Договором страхования;

б) до даты заключения Договора страхования предоставить Страховщику информацию и документы, необходимые для исполнения требований Федерального закона от 07.08.2001 № 115-ФЗ «О противодействии легализации (отмыванию) доходов, полученных преступным путем, и финансированию терроризма» и нормативных актов Банка России, включая информацию о своих выгодоприобретателях, учредителях (участниках) и бенефициарных владельцах;

в) в срок не позднее 10 (Десяти) календарных дней с даты вступления в силу изменений и дополнений в документы, предоставленные при заключении Договора страхования, уведомить Страховщика, в том числе, но не исключительно, об изменениях в учредительных документах, изменениях адреса местонахождения и/или адреса фактического местонахождения Страхователя (его постоянно действующего органа управления, иного органа или лица, имеющих право действовать от имени Страхователя без доверенности), почтового адреса, номеров телефона, адреса электронной почты; о лицах, имеющих право подписи, о продлении/прекращении их полномочий; об изменении любых идентификационных сведений, включая информацию о представителях, выгодоприобретателях, бенефициарных владельцах и т.п., а также иных изменениях, которые могут повлиять на выполнение Сторонами обязательств по Договору страхования, с одновременным предоставлением документов, подтверждающих соответствующие изменения;

г) предоставить сведения и документы не позднее 7 (Семи) рабочих дней с даты получения соответствующего письменного запроса Страховщика, если Договором страхования или нормативными актами Банка России не установлен иной срок;

д) получить согласие (предоставить согласие в случае заключения Договора страхования в отношении себя) Застрахованных на обработку Страховщиком персональных данных в объеме, необходимом Страховщику для исполнения обязательств по Договору страхования;

е) своевременно и в полном размере уплатить оговоренную Договором страхования Страховую премию (взнос);

ё) довести до сведения каждого Застрахованного условия страхования, определенные Договором страхования;

ж) обеспечить сохранность документов по Договору страхования;

з) передать Полисы добровольного медицинского страхования Застрахованным.

10.3. Права и обязанности Страховщика.

10.3.1. Страховщик имеет право:

а) требовать от Страхователя предоставления полной и достоверной информации, необходимой для заключения Договора страхования;

б) провести предварительный медицинский осмотр Застрахованного и/или медицинское анкетирование и/или запросить выписку из амбулаторной карты и/или истории болезни до заключения Договора страхования;

в) провести медицинскую экспертизу Страхового случая, включающую медико-экономическую экспертизу документации, представленной к оплате, и/или медицинский осмотр Застрахованного, и/или экспертизу качества оказания Медицинской помощи;

г) изменить Страховую сумму по Договору страхования при изменении цен на предоставляемую Медицинскую и/или Лекарственную помощь, и/или Иные услуги путем составления дополнительного соглашения к Договору страхования на условиях настоящих Правил;

д) досрочно расторгнуть Договор страхования в случаях и в порядке, предусмотренных действующим законодательством и настоящими Правилами.

10.3.2. Страховщик обязан:

а) соблюдать требования Федерального закона от «07» августа 2001 г. № 115-ФЗ «О противодействии легализации (отмыванию) доходов, полученных преступным путем, и финансированию терроризма» и нормативных актов Банка России;

б) соблюдать требования к обработке персональных данных, установленных Федеральным законом от «27» июля 2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных», и обеспечить их надлежащее хранение;

в) при осуществлении обработки конфиденциальной информации, в том числе неавтоматизированным способом, руководствоваться требованиями Постановления Правительства РФ от «15» сентября 2008 г. № 687 «Об утверждении Положения об особенностях обработки персональных данных, осуществляемой без использования средств автоматизации»;

г) при прекращении действия Договора страхования Страховщик обязуется уничтожить персональные данные в сроки, установленные действующим законодательством Российской Федерации;

д) ознакомить Страхователя с Правилами, в том числе путем информирования его об адресе размещения Правил на официальном сайте Страховщика, путем направления файла, содержащего текст Правил, на указанный Страхователем адрес электронной почты или путем вручения Страхователю электронного носителя информации, на котором размещен файл, содержащий текст Правил, по требованию Страхователя бесплатно разъяснить положения, содержащиеся в Правилах и условиях страхования;

е) выдать Полисы добровольного медицинского страхования установленного образца каждому Застрахованному непосредственно и/или через уполномоченное лицо Страхователя;

ё) при наступлении Страхового случая произвести Страховую выплату путем перечисления денежных средств на расчетный счет Медицинской и/или Аптечной и/или Иной организации, оказавшей Застрахованному Медицинскую и/или Лекарственную помощь

и/или Иные услуги, либо путем возмещения Застрахованному понесенных расходов за оказание Медицинской и/или Лекарственной помощи, в соответствии с п. 8.3., разделом 12 настоящих Правил;

ж) организовывать эффективный контроль качества оказания Медицинской помощи Застрахованным;

з) обеспечить конфиденциальность в отношениях со Страхователем и/или Застрахованным.

10.4. В случае расширения списка Застрахованных Страхователь представляет Страховщику сведения, предусмотренные настоящими Правилами, о дополнительно страхуемых лицах и уплачивает за них Страховую премию (взнос) за период с момента включения в список Застрахованных до момента окончания периода страхования пропорционально не истекшему сроку действия основного Договора страхования.

В случае уменьшения по инициативе Страхователя числа Застрахованных (исключение Застрахованных из списка производится только с их письменного согласия) Договор страхования в отношении этих лиц прекращает действие, уплаченная Страховщику Страховая премия (взнос) не подлежит возврату, если Договором страхования не предусмотрено иное.

10.5. В случае замены Застрахованных другими лицами при коллективной форме страхования без увеличения числа Застрахованных Страхователь представляет Страховщику сведения об исключаемых из списка Застрахованных и включаемых в него. Замена Страхователем Застрахованного, указанного в Договоре страхования, другим лицом, может быть произведена только с письменного согласия самого Застрахованного и Страховщика.

Полисы добровольного медицинского страхования лиц, исключаемых из списка Застрахованных, возвращаются Страховщику. Вновь Застрахованным выдается Полис добровольного медицинского страхования на условиях, предусмотренных Договором страхования.

11. ПОРЯДОК ПРЕКРАЩЕНИЯ ДОГОВОРА ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

11.1. Договор страхования прекращается в случаях:

11.1.1. Истечения срока его действия – с 00 часов суток, следующих за датой, определенной Договором страхования в качестве даты окончания срока его действия.

11.1.2. Исполнения Страховщиком обязательств перед Страхователем по Договору страхования в полном объеме – с момента такового.

11.1.3. Ликвидации Страхователя, являющегося юридическим лицом, кроме случаев, предусмотренных Законом «Об организации страхового дела в Российской Федерации».

11.1.4. Неуплаты Страхователем очередного Страхового взноса при уплате Страховой премии в рассрочку или при уплате Страховой премии не в полном объеме.

При этом Страховщик информирует Страхователя о факте просрочки уплаты очередного Страхового взноса или факте его уплаты не в полном объеме и досрочном прекращении вследствие этого Договора страхования путём: направления ему заказного письма с уведомлением о вручении, посредством Личного кабинета Страхователя (при наличии), по известным Страховщику номеру телефона или электронному адресу (e-mail) Страхователя. Уведомление считается полученным/доставленным, если оно поступило лицу, которому направлено (адресату), но по обстоятельствам, зависящим от него, не было ему вручено или адресат не ознакомился с ним.

Договор страхования прекращает действие по истечении 7 (Семи) календарных дней (если Договором страхования не предусмотрено иное) с даты направления Страховщиком уведомления, если в указанный период от Страхователя не поступит сумма неуплаченного

(просроченного) Страхового взноса. В указанном случае ранее уплаченная Страховая премия возврату не подлежит.

11.1.5. Нарушения Застрахованным предписаний лечащего врача.

11.1.6. В случае смерти Застрахованного, Договор страхования прекращает свое действие в отношении указанного Застрахованного со дня смерти последнего при условии подтверждения смерти соответствующим свидетельством.

11.1.7. В случае отзыва субъектом персональных данных согласия на обработку персональных данных, при этом отзыв такого согласия считается отказом от Договора страхования за исключением случаев, когда для исполнения Договора страхования согласия субъекта персональных данных на их обработку не требуется.

11.1.8. Со дня вступления в силу судебного решения о признании Договора страхования недействительным;

11.1.9. В других случаях, предусмотренных законодательством Российской Федерации.

11.2. Договор страхования может быть прекращен досрочно по требованию Страхователя или Страховщика, а также по соглашению сторон в случаях, предусмотренных настоящими Правилами или действующим законодательством.

11.3. При досрочном прекращении Договора страхования по обстоятельствам, указанным в п. 1 ст. 958 Гражданского кодекса Российской Федерации, Страховщик имеет право на часть Страховой премии (взноса) пропорционально времени, в течение которого действовало страхование.

11.4. При досрочном отказе Страхователя от Договора страхования уплаченная Страховщику Страховая премия (взнос) не подлежит возврату, если Договором страхования не предусмотрено иное.

11.5. Страховщик обеспечивает прием заявлений в случае расторжения или отказа Страхователя от Договора страхования в Офисах, в которых заключался Договор страхования, или в ином указанном Страховщиком в Договоре страхования Офисе, или посредством почтовой связи, или через Личный кабинет Страхователя на официальном сайте Страховщика (при наличии), а также, если это предусмотрено условиями страхования, через третье лицо, действующее по поручению Страховщика при заключении Договора страхования от его имени и за его счет, в случае если это предусмотрено договором Страховщика с указанным третьим лицом.

11.6. По запросу Страхователя Страховщик один раз по одному Договору страхования бесплатно предоставляет ему заверенный расчет суммы Страховой премии (части Страховой премии), подлежащей возврату в связи с расторжением или досрочным прекращением Договора страхования.

К указанному расчету по запросу Страхователя прилагаются письменные или даются устные пояснения со ссылками на нормы права и/или условия Договора страхования, Правил, на основании которых произведен расчет.

12. ВЫПЛАТА СТРАХОВОГО ВОЗМЕЩЕНИЯ

12.1. Порядок и условия осуществления Страховых выплат Медицинским и/или Аптечным и/или Иным организациям определяются договором, заключаемым Страховщиком с Медицинской и/или Аптечной и/или Иной организацией и п. 8.3.1. настоящих Правил.

Страховщик производит Страховые выплаты в течение 15 (Пятнадцати) рабочих дней после даты подписания Акта приема-сдачи выполненных работ Страховщиком и Медицинской и/или Аптечной и/или Иной организацией. Акт приема-сдачи выполненных

работ подписывается Страховщиком в течение 15 (Пятнадцати) рабочих дней со дня получения всех документов, необходимых для взаиморасчетов.

12.2. Порядок и условия осуществления Страховой выплаты Застрахованному в форме компенсации расходов, понесенных при получении Медицинской и/или Лекарственной помощи, определяются Договором страхования, заключенным Страховщиком со Страхователем (Застрахованным), и п. 8.3.2. настоящих Правил.

Страховщик производит Страховую выплату в течение 30 (Тридцати) рабочих дней (если иной срок не установлен Договором страхования) со дня, следующего за днем получения заявления о выплате Страхового возмещения с приложением всех необходимых документов, оформленных надлежащим образом, предусмотренных настоящими Правилами, необходимых для принятия решения о выплате, при признании события Страховым случаем.

Страховщик имеет право продлить установленные Договором страхования и/или настоящими Правилами сроки рассмотрения заявленного события в случае, если у него имеются сомнения в подлинности представленных копий документов, в правомерности получения Страхового возмещения Страхователем (Застрахованным), – до тех пор, пока не будут предоставлены необходимые документы (доказательства): оригиналы документов, ранее представленных в форме копий, документы, подтверждающие право Страхователя (Застрахованного) на получение Страхового возмещения. О факте продления сроков принятия решения Страховщик направляет Страхователю письменное уведомление в течение 5 (Пяти) рабочих дней с даты принятия Страховщиком соответствующего решения.

Если изменение сроков принятия решения о признании/непризнании заявленного события страховым вызвано необходимостью дополнительной проверки предоставленных Получателем страховых услуг документов (включая направление Страховщиком дополнительных запросов в компетентные органы и другие организации), по требованию Страховщика Страхователь обязан выдать соответствующие доверенности представителям Страховщика. В этом случае Страховщик принимает решение об осуществлении Страховой выплаты или принимает решение о непризнании случая страховым (об отказе в Страховой выплате) в течение 3 (Трех) рабочих дней следующих за днем получения ответов (документов) или подтверждающих сведений (документов) компетентных органов и других организаций. Страховщик обязан письменно уведомить Страхователя о начале проведения такой проверки, а по окончании такой проверки сообщить Страхователю о ее результатах. При этом срок каждой дополнительной проверки не может превышать 30 (Тридцать) календарных дней.

Если иное не предусмотрено Договором страхования, днем выплаты является:

- дата списания денежных средств со счета Страховщика;
- дата выплаты денежных средств из кассы Страховщика.

С целью идентификации Получателей страховых услуг и их представителей, обратившихся к Страховщику с заявлением о Страховой выплате, в рамках выполнения требований Федерального закона от «07» августа 2001 г. № 115-ФЗ «О противодействии легализации (отмыванию) доходов, полученных преступным путем, и финансированию терроризма» Страховщик вправе при урегулировании требований о Страховой выплате требовать предоставления сведений и документов, необходимых для идентификации в соответствии с указанным законом.

13. СЛУЧАИ ОТКАЗА В СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЕ

13.1. Страховщик не оплачивает Медицинскую и/или Лекарственную помощь и/или Иные услуги, оказанную (оказанные) Застрахованному, если:

13.1.1. Полученная Медицинская и/или Лекарственная помощь и/или Иные услуги не предусмотрена (не предусмотрены) Договором страхования, Программой (Программами) добровольного медицинского страхования.

13.1.2. Медицинская и/или Лекарственная помощь и/или Иные услуги оказана (оказаны) в Медицинских и/или Аптечных и/или Иных организациях, не предусмотренных Договором страхования и не согласованных со Страховщиком.

13.1.3. Медицинская и/или Лекарственная помощь и/или Иные услуги оказана (оказаны) по желанию Застрахованного без рекомендации лечащего врача.

13.1.4. Медицинская и/или Лекарственная помощь и/или Иные услуги получена (получены) не в период действия Договора страхования, кроме случаев экстренной госпитализации Застрахованного, начавшейся в течение срока действия Договора страхования, до момента устранения угрозы жизни Застрахованному, но не более 10 (Десяти) календарных дней со дня окончания срока действия Договора страхования.

13.1.5. Требование Страховой выплаты предъявлено по событиям, подпадающим под перечень исключений, установленных настоящими Правилами, Договором страхования, Программой (Программами) добровольного медицинского страхования.

13.1.6. Страхователь сообщил Страховщику недостоверные и/или неполные сведения, имеющие значение для оценки страхового риска.

13.1.7. Застрахованным не выполнялись предписания лечащего врача или нарушался внутренний распорядок, установленный Медицинской организацией.

13.1.8. Установлен факт передачи Полиса добровольного медицинского страхования Застрахованного другому лицу для получения им Медицинской и/или Лекарственной помощи и/или Иных услуг.

13.1.9. Застрахованный отказывается Страховщику в праве ознакомиться с медицинской документацией, отражающей его физическое и психическое здоровье, историю заболевания, диагноз и процесс лечения.

13.1.10. Медицинская и/или Аптечная и/или Иная организация и/или Застрахованный не предоставили Страхователю документы, необходимые для осуществления Страховой выплаты.

13.2. Решение об отказе в Страховой выплате принимается Страховщиком и сообщается Медицинской и/или Аптечной и/или Иной организации и/или Застрахованному в зависимости от того, кто обратился за получением Страховой выплаты, в письменной форме с мотивированным обоснованием причин отказа в течение 30 (Тридцати) рабочих дней после предоставления всех необходимых документов.

При несогласии с решением об отказе действия Страховщика могут быть оспорены в порядке, предусмотренном действующим законодательством.

14. СТРАХОВАНИЕ В ВАЛЮТНОМ ЭКВИВАLENTE

14.1. В Договоре страхования Страховая сумма и Страховая премия могут быть установлены в валютном эквиваленте. При этом Страховая выплата производится в валюте Российской Федерации по курсу иностранных валют Центрального Банка Российской Федерации на день наступления Страхового случая. Уплата Страховой премии (взноса) производится в валюте Российской Федерации по курсу Центрального Банка Российской Федерации на дату платежа.

15. ПЕРСОНАЛЬНЫЕ ДАННЫЕ

15.1. Заключая Договор страхования на основании настоящих Правил, Страхователь дает свое согласие на обработку Страховщиком персональных данных Страхователя, а также несет ответственность за предоставление согласия Застрахованных на обработку их

персональных данных в соответствии с Федеральным законом от «27» июля 2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных».

В соответствии с Федеральным законом от «27» июля 2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных» под обработкой персональных данных Страхователя - физического лица в рамках настоящих Правил понимаются следующие действия или совокупность действий (операций), включая, но не ограничиваясь: сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, передачу (в том числе передачу через незащищенные каналы связи (распространение, предоставление, доступ)), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение персональных данных, которые могут осуществляться как на бумажных, так и на электронных носителях, а также совершение иных действий с персональными данными физических лиц в статистических целях и в целях проведения анализа страховых рисков.

Согласие предоставляется в отношении следующих персональных данных: имени, отчества, фамилии, года, месяца, даты и места рождения, адреса, паспортных данных/данных свидетельства о рождении, номеров контактных телефонов, e-mail, ИНН, СНИЛС, а также в отношении специальной категории персональных данных – сведений о состоянии здоровья.

15.2. Страховщик обязуется обеспечивать сохранность и неразглашение персональных данных Страхователя в целях иных, нежели предусмотрены Договором страхования либо действующим законодательством Российской Федерации.

Для осуществления вышеуказанных целей и, руководствуясь нормами действующего законодательства Российской Федерации, Страховщик оставляет за собой право предоставлять персональные данные, ставшие ему известными в связи с заключением и исполнением Договора страхования, третьим лицам, поименованным в приложениях к Договору страхования, с которыми, в частности, у Страховщика, в случаях, предусмотренных действующим законодательством Российской Федерации, заключены соответствующие соглашения, обеспечивающие надежное хранение (конфиденциальность, безопасность) и предотвращение незаконного разглашения персональных данных.

15.3. Согласие на обработку персональных данных дается на срок по дате письменного уведомления Страховщика об отзыве согласия за подписью субъекта персональных данных с указанием фамилии, имени, отчества (при наличии), адреса места жительства, наименования и номера основного документа, удостоверяющего личность, сведений о дате его выдачи и выдавшем его органе. Персональные данные, включаемые в документы, обязанность по хранению которых установлена действующим законодательством Российской Федерации и внутренними документами Страховщика, подлежат хранению в течение установленного срока.

Действие Договора страхования (частично или полностью) прекращается досрочно с даты получения Страховщиком соответствующего заявления об отзыве согласия на обработку персональных данных. В этом случае Страховщик обязуется уничтожить такие персональные данные в сроки, установленные действующим законодательством Российской Федерации.

15.4. Отзыв Застрахованным или Страхователем согласия на обработку своих персональных данных признается Страховщиком в качестве волеизъявления Застрахованного или Страхователя на досрочный отказ от Договора страхования, в связи с чем уплаченная Страховщику Страховая премия за лиц, в отношении которых прекращается Договор страхования, не подлежит возврату Страхователю.

16. ИСКОВАЯ ДАВНОСТЬ ПО ДОГОВОРУ

ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

16.1. Иск по требованиям, вытекающим из Договора страхования, может быть предъявлен в сроки, предусмотренные гражданским законодательством Российской Федерации.

17. ФОРС-МАЖОРНЫЕ ОБСТОЯТЕЛЬСТВА

17.1. Все Субъекты, участвующие в добровольном медицинском страховании, освобождаются от ответственности за частичное или полное неисполнение обязательств, если это неисполнение явилось следствием наступления событий непреодолимой силы, т.е. чрезвычайных и непредотвратимых при данных условиях обстоятельств (например: стихийные бедствия, военные действия, принятие компетентными государственными органами решений, выполнение которых является обязательным для Субъектов и делает невозможным выполнение ранее принятых на себя обязательств).

18. ДОСУДЕБНОЕ УРЕГУЛИРОВАНИЕ СПОРОВ В ДОГОВОРАХ С ЗАСТРАХОВАННЫМИ ЛИЦАМИ

18.1. Все разногласия, возникающие между Страховщиком и Застрахованным, разрешаются в порядке, предусмотренном законодательством Российской Федерации.

18.2. При наличии разногласий между Застрахованным и Страховщиком относительно исполнения последним своих обязательств по Договору страхования до предъявления к Страховщику судебного иска, Застрахованный направляет Страховщику претензию, с приложенными к ней документами, обосновывающими заявленные требования.

Претензия Застрахованного подается или направляется в Офис, в котором заключался Договор страхования, или в ином указанном Страховщиком в Договоре страхования Офисе, или посредством почтовой связи, или через Личный кабинет Застрахованного на официальном сайте Страховщика (при наличии), а также, если это предусмотрено условиями страхования, через третье лицо, действующее по поручению Застрахованного.

Претензия Застрахованного с приложенными к ней документами подлежит рассмотрению страховщиком в течение 30 (Тридцати) дней со дня поступления.

18.3. В случае, если возникшее разногласие на момент обращения к Страховщику в досудебном порядке подлежит рассмотрению финансовым уполномоченным в соответствии с Федеральным законом от 04.06.2018 № 123-ФЗ «Об уполномоченном по правам потребителей финансовых услуг» (далее - Закон об уполномоченном по правам потребителей финансовых услуг), Застрахованный вправе направить обращение финансовому уполномоченному.

До направления финансовому уполномоченному обращения необходимо направить Страховщику заявление с приложенными к нему документами, обосновывающими заявленные требования, в письменной или электронной форме.

Страховщик обязан рассмотреть заявление Застрахованного и направить ему мотивированный ответ об удовлетворении, частичном удовлетворении или отказе в удовлетворении предъявленного требования:

- в течение 15 (Пятнадцати) рабочих дней со дня получения претензии в случае, если она направлена в электронной форме по стандартной форме, которая утверждена Советом Службы финансового уполномоченного, и если со дня нарушения, по существу которого идет спор, прошло не более 180 (Ста восьмидесяти) дней;

- в течение 30 (Тридцати) дней со дня получения претензии в иных случаях.

В случаях, предусмотренных Законом об уполномоченном по правам потребителей финансовых услуг, Застрахованный вправе заявлять в судебном порядке требования к Страховщику только после получения от финансового уполномоченного решения по обращению.

19. ПРОЧИЕ УСЛОВИЯ

19.1. Качество оказания Медицинской помощи, соответствие ее условиям, предусмотренным в Договоре страхования, контролируется врачами-экспертами Страховщика.

19.2. По вопросам, не предусмотренным Договором страхования, Страховщик и Страхователь руководствуются Законом «Об организации страхового дела в Российской Федерации», иными нормативными актами РФ и РТ, регулируемыми страховые отношения, и настоящими Правилами.

19.3. Спорные вопросы, возникающие в процессе оказания Медицинской помощи Застрахованным, решает согласительная комиссия, в состав которой входят представители Страхователя, Страховщика, Медицинской организацией и независимые эксперты.

При несогласии с решением согласительной комиссии Страхователь (Застрахованный) вправе потребовать проведения независимой экспертизы с оплатой ее за свой счет.

Приложение № 1
к Правилам добровольного
медицинского страхования

БАЗОВЫЕ ТАРИФЫ
по добровольному медицинскому страхованию
(в % от страховой суммы)

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

Программа страхования	Брутто-тариф, % от страховой суммы
1) Амбулаторная помощь	46.44
2) Стационарная помощь	34.04
3) Стоматологическая помощь	57.27
4) Комплексная медицинская помощь	9.00
5) Комплексная медицинская помощь 2	21.47
6) Комплексная медицинская помощь «Стандарт»	14.29
7) Скорая (неотложная) медицинская помощь	22.27
8) Реабилитационно-восстановительное лечение	2.58
9) Лекарственная помощь	3.57

Таблица 2 – поправочный коэффициент, связанный со сроком страхования

Срок действия договора в месяцах											
до 1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Доля от общего годового размера страховой премии											
0,20	0,30	0,40	0,50	0,60	0,70	0,75	0,80	0,85	0,90	0,95	1,00

Таблица 3 – поправочные коэффициенты и коэффициенты риска

Наименование коэффициента	Диапазон значений
1. Поправочный коэффициент, применяемый в случае снижения комиссионного вознаграждения или изменения структуры тарифа в части снижения доли нагрузки	0,7-1,0
2. Коэффициент риска, применяемый с целью установления рискованной надбавки	1,0-1,3
3. Коэффициент риска, зависящего от возраста Застрахованного лица	0,67-5,68
4. Поправочный коэффициент, связанный с порядком уплаты страховой премии	1,0-1,2
5. Коэффициент риска, применяемый при наличии важных факторов, влияющих на наступление страхового события и его последствия	0,5-3,0
6. Поправочный коэффициент, применяемый в зависимости от характеристик медицинских организаций, услуги которых предусмотрены договором	0,5-2,0
7. Поправочный коэффициент, применяемый для установления маркетинговой цены страхового продукта и (или) обеспечения достижения договоренности о стоимости страховых услуг со страхователем	0,9-1,1
8. Коэффициент риска, применяемый в зависимости от убыточности по договорам страхования, заключенным ранее со Страхователем	0,5-2,0

Дополнительные поправочные коэффициенты:

1) При увеличении (или восстановлении) в течение действия договора страхования страховой суммы дополнительная страховая премия рассчитывается по следующей формуле:

$$\text{ДСП} = 0,01 * \text{УСС} * \text{СТ} * (M / N) * Kв, \quad \text{где:}$$

ДСП — дополнительная страховая премии,

УСС — размер увеличения страховой суммы,

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

N — срок действия договора страхования (в сутках),

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

$Kв$ - повышающий коэффициент (в размере от 1,0 до 2,5), применяемый Страховщиком при восстановлении страховой суммы после страховой выплаты (при увеличении страховой суммы по иным причинам $Kв = 1$).

2) При увеличении срока страхования Страховщик вправе пропорционально увеличить страховую премию, исходя из размера суммы годовой страховой премии, на величину:

$$\text{ДСП} = \text{СП}_{\text{год}} * N / 365,$$

или

$$\text{ДСП} = \text{СП}_{\text{год}} * n/12,$$

где:

ДСП — дополнительная страховая премии,

$\text{СП}_{\text{год}} = 0,01 * \text{СС} * \text{Ти}_{\text{год}}$ — годовая страховая премия,

СС — страховая сумма,

$\text{Ти}_{\text{год}}$ — годовой страховой тариф в %;

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

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

3) При изменении условий страхования в части включения и (или) исключения Застрахованных лиц в течение срока действия договоров страхования из перечня Застрахованных лиц, Общество может, если иное не предусмотрено договором страхования или иными внутренними документами Общества, применять к базовому тарифу поправочный коэффициент K , определяемый по формуле:

$$K = T / Tб * h * (1 - f / 100) * (M / N) * (-1)^h,$$

где:

T — страховой тариф, определённый для Застрахованного лица;

f - нагрузка;

$Tб$ — базовый страховой тариф по программе страхования;

N — срок действия договора страхования (в сутках);

M — оставшийся срок действия договора страхования, считая с предполагаемой даты изменения условий (в сутках);

$h=1$, если застрахованное лицо исключается из перечня, $h=0$, если застрахованное лицо включается в перечень из списка.

Приложение № 2
к Правилам добровольного
медицинского страхования

ЗАЯВЛЕНИЕ

№ _____ - _____ - _____

на добровольное медицинское страхование в ООО «СК «АК БАРС-Мед»

<p>Страхователь _____ (наименование юридического лица)</p> <p>в лице _____ (наименование должности, Ф.И.О руководителя)</p> <p>действующего на основании _____</p> <p>Адрес _____</p> <p>просит заключить договор коллективного добровольного медицинского страхования _____, (наименование юридического лица)</p> <p>на условиях, предусмотренных Правилами добровольного медицинского страхования ООО «СК «АК БАРС-Мед» № 2 от «__» _____ 20__ г., по Программе (Программам) добровольного медицинского страхования «_____», «_____»,...</p> <p>Срок страхования _____.</p>

<p>Численность: _____ (_____) человек(а).</p> <p>Список лиц, подлежащих страхованию (Приложение № 1), прилагается.</p>
--

<p>Дополнительные условия:</p> <p>Ответственное лицо – _____ (наименование должности, Ф.И.О)</p>
--

Место заключения договора коллективного добровольного медицинского страхования:

С Правилами добровольного медицинского страхования ООО «СК «АК БАРС-Мед» № 2 от «__» _____ 20__ г., Программой (Программами) добровольного медицинского страхования, Перечнем медицинских и/или аптечных и/или иных организаций, оказывающих медицинскую и/или лекарственную помощь и/или иные услуги застрахованным, порядком организации, обращения и оказания медицинской и/или лекарственной помощи и/или иных услуг и условиями страхования, а также с информацией о страховой услуге согласно ст. 10 Закона Российской Федерации от 07.02.1992 № 2300-1 «О защите прав потребителей» и п. 7.6. Правил добровольного медицинского страхования ООО «СК «АК БАРС-Мед» № 2 от «__» _____ 20__ г. ознакомлен и согласен.

Уведомлен, что с Правилами добровольного медицинского страхования ООО «СК «АК БАРС-Мед» № 2 от «__» _____ 20__ г. можно ознакомиться на официальном сайте Страховщика <https://www.akbarsмед.рф/>.

Настоящим, даю согласие на выдачу Полисов добровольного медицинского страхования в электронном виде через Мобильное приложение или Личный кабинет.

Руководитель предприятия

(подпись) / _____ (ФИО)

М.П.

«__» _____ 20__ г.

Приложение № 3
к Правилам добровольного
медицинского страхования

ПОЛИС
добровольного
медицинского страхования
ООО «СК «АК БАРС-Мед»

Настоящий полис добровольного медицинского страхования удостоверяет факт заключения Договора страхования. По Договору страхования Застрахованный имеет право получить Медицинскую и/или Лекарственную помощь и/или Иные услуги в соответствии с основными условиями страхования, изложенными на обороте полиса добровольного медицинского страхования.

Полис ДМС № _____

Застрахованный(ая): _____
(Ф.И.О.)

Дата рождения: _____

Адрес: _____

Место работы: _____

Срок действия: _____

Страховая сумма: _____

Программа(ы) добровольного медицинского страхования предусматривает (предусматривают):

Представитель Страховщика

(ФИО)

(подпись)
М.П.

Застрахованный(ая)

С условиями страхования
согласен(сна), полис добровольного
медицинского страхования получил(а).
С исключением меня из списка
застрахованных в случае
увольнения согласен(сна).

(подпись)

Приложение № 4
к Правилам добровольного
медицинского страхования

ДОГОВОР
коллективного добровольного медицинского страхования

_____ (наименование организации)

№ _____ - _____ - _____

г. _____

«__» _____ 20__ г.

Общество с ограниченной ответственностью «Страховая компания «АК БАРС-Мед», именуемое в дальнейшем «Страховщик», имеющее Лицензию _____ от «__» _____ 20__ г., выданную _____, (наименование органа, выдавшего лицензию)

в лице _____, (должность, фамилия, имя, отчество уполномоченного лица)

действующего на основании _____, (наименование документа, на основании которого действует уполномоченное лицо)

с одной стороны, и _____, (наименование организации)

в дальнейшем именуемое «Страхователь», в лице _____, (должность, фамилия, имя, отчество уполномоченного лица)

действующего на основании _____, (наименование документа, на основании которого действует уполномоченное лицо)

с другой стороны, при совместном упоминании именуемые в дальнейшем «Стороны», заключили настоящий Договор коллективного добровольного медицинского страхования (в дальнейшем по тексту – Договор страхования) о нижеследующем:

1. Предмет договора

1.1. Настоящий Договор страхования заключен на основании Правил добровольного медицинского страхования № 2 ООО «СК «АК БАРС-Мед» от «__» _____ г. (в дальнейшем по тексту – Правила страхования), положения которых являются обязательными для обеих Сторон. При расхождении положений настоящего Договора страхования с положениями Правил страхования, применяются соответствующие положения Договора страхования.

1.2. Объектом добровольного медицинского страхования является не противоречащий законодательству РФ имущественный интерес Застрахованного лица, связанный с затратами на получение медицинских и иных услуг при возникновении страхового случая.

1.3. Страховым случаем является обращение Застрахованного за Медицинской и/или Лекарственной помощью и/или Медико-транспортными и/или Иными услугами, в случаях острого заболевания, обострения хронического заболевания, травмы (в том числе ожоге, отморожении), отравлении и иных состояниях в Медицинскую организацию, а также Иное учреждение, из числа предусмотренных Договором страхования, в течение срока его действия.

1.4. Страховщик принимает на себя обязательства по финансированию и организации Медицинской и/или Лекарственной помощи и/или Медико-транспортных и/или Иных услуг, оказываемой (оказываемых) лицам, включенным в предоставленные Страхователем списки, являющиеся неотъемлемой частью Заявления на добровольное медицинское страхование № _____ от «__» _____ г.

1.5. Объем Медицинской и/или Лекарственной помощи и/или Медико-транспортных и/или Иных услуг, оказываемой (оказываемых) Застрахованным, определяется Программой (Программами) добровольного медицинского страхования «_____», прилагаемой (прилагаемыми) к Договору страхования, и являющейся его неотъемлемой частью (Приложение № 1).

1.6. Медицинская и/или Лекарственная помощь и/или Медико-транспортные и/или Иные услуги в рамках Программы (Программ) добровольного медицинского страхования, оказывается (оказываются) Застрахованным в Медицинских и/или Аптечных и/или Иных организациях, указанных в Перечне медицинских и/или аптечных и/или иных организаций, оказывающих медицинскую помощь и иные услуги застрахованным по договорам добровольного медицинского страхования (Приложение № 2). При необходимости оказания Медицинской и/или Лекарственной помощи и/или Медико-транспортных и/или Иных услуг в других Медицинских и/или Аптечных и/или Иных организациях, имеющих договорные отношения со Страховщиком необходимо его письменное согласие, подтвержденное направлением.

1.7. Общая численность Застрахованных лиц на момент заключения Договора страхования составляет _____ (_____) человек(а).

Список Застрахованных с указанием фамилии, имени, отчества, паспортных данных, подробного адреса места жительства, даты рождения, и страховой суммы каждого из них является Приложением № 1 к Заявлению Страхователя.

1.8. В случае необходимости внесения изменений в списки Застрахованных лиц (принятие на страхование, снятие со страхования, замена Застрахованных лиц) Страхователь предоставляет в письменном виде Страховщику сведения об исключаемых из списка и включаемых в него за _____ (_____) рабочих дней до предполагаемых изменений. Все изменения оформляются Дополнительным соглашением, являющимся неотъемлемой частью Договора страхования.

1.8.1. Страховые полисы и оформленное в письменном виде согласие Застрахованных лиц на их замену другими лицами по настоящему Договору страхования (на основании требований пункта 2 статьи 955 Гражданского кодекса РФ), передаются Страховщику в момент предоставления сведений об исключаемых из списка Застрахованных лиц в соответствии с п. 1.8. настоящего Договора страхования.

1.9. Внесение изменений в списки Застрахованных лиц производится два раза (1-го и 15-го числа текущего месяца) в месяц и оформляется Дополнительным соглашением, являющимся неотъемлемой частью Договора страхования.

2. Страховая сумма. Размер, сроки и порядок внесения страховой премии

2.1. Общая Страховая сумма по Договору страхования составляет _____ рублей (_____).

2.2. Страховой тариф по Программе добровольного медицинского страхования «_____» составляет __% от Страховой суммы.

/Страховой тариф по Программе добровольного медицинского страхования «_____» составляет __% от Страховой суммы.

2.3. Общая страховая премия по настоящему Договору страхования составляет _____ рублей (_____), НДС не облагается (ст. 149 НК РФ).

2.4. Общая страховая премия уплачивается Страхователем путем перечисления на расчетный счет Страховщика:

/единовременным платежом в течение __ банковских дней с момента подписания Договора страхования;

/единовременным платежом в срок по «___» _____ г.;

/в рассрочку по следующему графику:

1-ый Страховой взнос в размере _____ рублей (_____ рублей _____ копеек) в срок по _____;

2-ой Страховой взнос в размере _____ рублей (_____ рублей _____ копеек) в срок по _____; и т.д.

2.5. В случае если Страхователь не уплатил страховую премию или первый страховой взнос в срок, указанный в Договоре страхования, Договор страхования считается не вступившим в силу. В случае просрочки уплаты очередного (второго и последующих) страхового взноса Страховщик вправе в одностороннем порядке отказаться от исполнения обязательств по договору страхования, уведомив Страхователя о данном решении.

2.6. Страховая премия (страховой взнос) по настоящему Договору страхования считается оплаченной после _____.

3.Срок действия договора

3.1. Договор страхования вступает в силу с «__» _____ 20__ года и действует _____.

3.2. Страховыми случаями по настоящему Договору страхования признаются страховые события, произошедшие в период с «__» _____ 20__ года по «__» _____ 20__ года.

3.3. Срок страхования в отношении конкретного Застрахованного лица определяется выданным ему страховым полисом, но не может превышать срок действия настоящего Договора страхования.

4. Права и обязанности Сторон.

4.1. Права и обязанности Застрахованного по Договору страхования.

4.1.1. Застрахованный имеет право:

а) на получение своевременной и качественной Медицинской и/или Лекарственной помощи и/или Иных услуг в соответствии с избранной (избранными) Страхователем Программой (Программами) добровольного медицинского страхования и Перечнем медицинских и/или аптечных и/или иных организаций, оказывающих медицинскую и/или лекарственную помощь и/или иные услуги застрахованным по договорам добровольного медицинского страхования;

б) предъявлять претензии к Страховщику по качеству оказанной Медицинской помощи в избранной Медицинской организации и требовать от Страховщика проведения расследования по таким претензиям.

4.1.2. Застрахованный обязан:

а) соблюдать предписания лечащего врача, полученные при оказании Медицинской помощи, соблюдать распорядок, установленный Медицинской организацией;

б) обеспечить надлежащее хранение Полиса добровольного медицинского страхования, исключая возможность его использования для получения Медицинской помощи третьими лицами.

4.2. Права и обязанности Страхователя по Договору страхования.

4.2.1. Страхователь имеет право:

а) требовать предоставления Застрахованным в Медицинских и/или Аптечных и/или Иных организациях Медицинской и/или Лекарственной помощи и/или Иных услуг, определенной (определенных) в Договоре страхования.

В случае непредоставления Медицинской помощи и/или Лекарственной помощи и/или Иных услуг Страхователь должен немедленно поставить в известность об этом Страховщика;

б) в период действия Договора страхования заменять Застрахованных, расширить (уменьшить) список Застрахованных, внося соответствующие изменения в список Застрахованных в соответствии с условиями, изложенными в п.10.4., п. 10.5. Правил страхования, при условии оформления письменного дополнительного соглашения к Договору страхования;

в) расширить (уменьшить) перечень Программ добровольного медицинского страхования, и/или повысить (уменьшить) уровень Страхового возмещения (Страховой суммы), при условии оформления письменного дополнительного соглашения к Договору страхования;

г) досрочно расторгнуть Договор страхования в порядке, предусмотренном действующим законодательством и Правилами страхования.

4.2.2. Страхователь обязан:

- а) предоставить Страховщику достоверные сведения, необходимые для заключения Договора страхования, а также иную информацию, связанную с Договором страхования;
- б) до даты заключения Договора страхования предоставить Страховщику информацию и документы, необходимые для исполнения требований Федерального закона от 07.08.2001 № 115-ФЗ «О противодействии легализации (отмыванию) доходов, полученных преступным путем, и финансированию терроризма» и нормативных актов Банка России, включая информацию о своих выгодоприобретателях, учредителях (участниках) и бенефициарных владельцах;
- в) в срок не позднее 10 (Десяти) календарных дней с даты вступления в силу изменений и дополнений в документы, предоставленные при заключении Договора страхования, уведомить Страховщика, в том числе, но не исключительно, об изменениях в учредительных документах, изменениях адреса местонахождения и/или адреса фактического местонахождения Страхователя (его постоянно действующего органа управления, иного органа или лица, имеющих право действовать от имени Страхователя без доверенности), почтового адреса, номеров телефона, адреса электронной почты; о лицах, имеющих право подписи, о продлении/прекращении их полномочий; об изменении любых идентификационных сведений, включая информацию о представителях, выгодоприобретателях, бенефициарных владельцах и т.п., а также иных изменениях, которые могут повлиять на выполнение Сторонами обязательств по Договору страхования, с одновременным предоставлением документов, подтверждающих соответствующие изменения;
- г) предоставить сведения и документы не позднее 7 (Семи) рабочих дней с даты получения соответствующего письменного запроса Страховщика, если Договором страхования или нормативными актами Банка России не установлен иной срок;
- д) получить согласие (предоставить согласие в случае заключения Договора страхования в отношении себя) Застрахованных на обработку Страховщиком персональных данных в объеме, необходимом Страховщику для исполнения обязательств по Договору страхования;
- е) своевременно и в полном размере уплатить оговоренную Договором страхования Страховую премию (взнос);
- ё) довести до сведения каждого Застрахованного условия страхования, определенные Договором страхования;
- ж) обеспечить сохранность документов по Договору страхования;
- з) передать Полисы добровольного медицинского страхования Застрахованным.

4.3. Права и обязанности Страховщика.

4.3.1. Страховщик имеет право:

- а) требовать от Страхователя предоставления полной и достоверной информации, необходимой для заключения Договора страхования;
- б) провести предварительный медицинский осмотр Застрахованного и/или медицинское анкетирование и/или запросить выписку из амбулаторной карты и/или истории болезни до заключения Договора страхования;
- в) провести медицинскую экспертизу Страхового случая, включающую медико-экономическую экспертизу документации, представленной к оплате, и/или медицинский осмотр Застрахованного, и/или экспертизу качества оказания Медицинской помощи;
- г) изменить Страховую сумму по Договору страхования при изменении цен на предоставляемую Медицинскую и/или Лекарственную помощь, и/или Иные услуги путем составления дополнительного соглашения к Договору страхования на условиях Правил;
- д) досрочно расторгнуть Договор страхования в случаях и порядке, предусмотренных действующим законодательством и Правилами.

4.3.2. Страховщик обязан:

- а) соблюдать требования Федерального закона от «07» августа 2001 г. № 115-ФЗ «О противодействии легализации (отмыванию) доходов, полученных преступным путем, и финансированию терроризма» и нормативных актов Банка России;
- б) соблюдать требования к обработке персональных данных, установленных Федеральным законом от «27» июля 2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных», и обеспечить их надлежащее хранение;
- в) при осуществлении обработки конфиденциальной информации, в том числе неавтоматизированным способом, руководствоваться требованиями Постановления Правительства РФ от «15» сентября 2008 г. № 687 «Об утверждении Положения об особенностях обработки персональных данных, осуществляемой без использования средств автоматизации»;
- г) при прекращении действия Договора страхования Страховщик обязуется уничтожить персональные данные в сроки, установленные действующим законодательством Российской Федерации;
- д) ознакомить Страхователя с Правилами, в том числе путем информирования его об адресе размещения Правил на официальном сайте Страховщика, путем направления файла, содержащего текст Правил, на указанный Страхователем адрес электронной почты или путем вручения Страхователю электронного носителя информации, на котором размещен файл, содержащий текст Правил, по требованию Страхователя бесплатно разъяснять положения, содержащиеся в Правилах и условиях страхования;
- е) выдать Полисы добровольного медицинского страхования установленного образца каждому Застрахованному непосредственно и/или через уполномоченное лицо Страхователя;
- ё) /при наступлении Страхового случая произвести Страховую выплату путем перечисления денежных средств на расчетный счет Медицинской и/или Аптечной и/или Иной организации, оказавшей Застрахованному Медицинскую и/или Лекарственную помощь и/или Иные услуги, либо путем возмещения Застрахованному понесенных расходов за оказание Медицинской и/или Лекарственной помощи, в соответствии с п. 8.3., разделом 12. Правил;
/при наступлении Страхового случая произвести Страховую выплату путем перечисления денежных средств на расчетный счет Медицинской и/или Аптечной и/или Иной организации, оказавшей Застрахованному Медицинскую и/или Лекарственную помощь и/или Иные услуги, в соответствии с п.п. 8.3.1., 12.1. Правил;
- ж) организовывать эффективный контроль качества оказания Медицинской помощи Застрахованным;
- з) обеспечить конфиденциальность в отношениях со Страхователем и/или Застрахованным.

5. Ответственность Сторон

- 5.1. Стороны несут ответственность, предусмотренную действующим законодательством РФ за неисполнение или ненадлежащее исполнение условий настоящего Договора страхования.
- 5.2. Страховщик не несет ответственность в случаях нарушения Застрахованным лицом установленного в Медицинской организации порядка;
- 5.3. Страховщик освобождается от оплаты, полученной (полученных) Застрахованным лицом Медицинской и/или Лекарственной помощи и/или Медико-транспортных и/или Иных услуг, если они:
 - не предусмотрены Договором страхования;
 - получены в Медицинской и/или Аптечной и/или Иной организации, не предусмотренной (не предусмотренных) в Договоре страхования, кроме случаев, когда получение Медицинской и/или Лекарственной помощи и/или Медико-транспортных и/или Иных услуг на базе данных Медицинских и/или Аптечных и/или Иных организаций было письменно согласовано со Страховщиком;
 - являются по характеру экспериментальными или исследовательскими.

5.4. Во всех случаях Страховщик не оплачивает Медицинскую помощь и/или Иные услуги, которая (которые) были оказаны по желанию Застрахованного лица, но вопреки рекомендациям врача или иного специалиста в рамках их компетенции.

6. Прекращение действия договора

6.1. Договор страхования прекращается в случаях:

6.1.1. Истечения срока его действия – с 00 часов суток, следующих за датой, определенной Договором страхования в качестве даты окончания срока его действия.

6.1.2. Исполнения Страховщиком обязательств перед Страхователем по Договору страхования в полном объеме – с момента такового.

6.1.3. Ликвидации Страхователя, являющегося юридическим лицом, или смерти Страхователя, являющегося физическим лицом, кроме случаев, предусмотренных Законом «Об организации страхового дела в Российской Федерации».

6.1.4. Неуплаты Страхователем очередного Страхового взноса при уплате Страховой премии в рассрочку или при уплате Страховой премии не в полном объеме.

При этом Страховщик информирует Страхователя о факте просрочки уплаты очередного Страхового взноса или факте его уплаты не в полном объеме и досрочном прекращении вследствие этого Договора страхования путём: направления ему заказного письма с уведомлением о вручении, посредством Личного кабинета Страхователя (при наличии), по известным Страховщику номеру телефона или электронному адресу (e-mail) Страхователя. Уведомление считается полученным/доставленным, если оно поступило лицу, которому направлено (адресату), но по обстоятельствам, зависящим от него, не было ему вручено или адресат не ознакомился с ним.

Договор страхования прекращает действие по истечении 7 (Семи) календарных дней (если Договором страхования не предусмотрено иное) с даты направления Страховщиком уведомления, если в указанный период от Страхователя не поступит сумма неуплаченного (просроченного) Страхового взноса. В указанном случае ранее уплаченная Страховая премия возврату не подлежит.

6.1.5. При нарушении Застрахованным предписаний лечащего врача, Договор страхования прекращает свое действие, в отношении указанного Застрахованного.

6.1.6. В случае смерти Застрахованного, Договор страхования прекращает свое действие, в отношении указанного Застрахованного со дня смерти последнего при условии подтверждения соответствующим свидетельством.

6.1.7. В случае отзыва субъектом персональных данных согласия на обработку персональных данных, при этом отзыв такого согласия считается отказом от Договора страхования за исключением случаев, когда для исполнения Договора страхования согласия субъекта персональных данных на их обработку не требуется.

6.1.8. Со дня вступления в силу судебного решения о признании Договора страхования недействительным.

6.1.9. В других случаях, предусмотренных законодательными актами Российской Федерации.

6.2. Договор страхования может быть прекращен досрочно по требованию Страхователя или Страховщика, а также по соглашению сторон в случаях, предусмотренных настоящими Правилами или действующим законодательством.

6.3. При досрочном прекращении Договора страхования по обстоятельствам, указанным в п. 1 ст. 958 Гражданского кодекса Российской Федерации, Страховщик имеет право на часть Страховой премии (взноса) пропорционально времени, в течение которого действовало страхование.

6.4. /При досрочном отказе Страхователя от Договора страхования уплаченная Страховщику Страховая премия (взнос) не подлежит возврату.

/При досрочном отказе Страхователя от Договора страхования уплаченная Страховщику Страховая премия (взнос) по Договору страхования, подлежит возврату Страхователю. Расчет страховой премии, подлежащей возврату Страхователю в связи с досрочным расторжением Договора страхования по инициативе Страхователя, производится

О своем намерении досрочно прекратить Договор страхования Страхователь уведомляет Страховщика не менее чем за _____ дней до предполагаемой даты прекращения Договора страхования. Договор страхования считается прекратившим свое действие на _____ день с даты представления Страхователем письменного заявления.

7. Форс-мажорные обстоятельства

7.1. Стороны освобождаются от ответственности за частичное или полное неисполнение обязательств по настоящему Договору страхования, если причиной такого неисполнения является действие непреодолимой силы, в результате наступления которой выполнение обязательств по этому Договору страхования становится невозможным.

7.2. Сторона, для которой сложилась такая невозможность исполнения обязательств по настоящему Договору страхования, обязана в течение 7 (Семи) дней письменно известить другую сторону о случившихся обстоятельствах, подтвержденных уполномоченными организациями.

8. Особые условия

8.1. Представляемая сторонами друг другу техническая, финансовая, коммерческая и иная информация, связанная с предметом настоящего Договора страхования, сведения о Страхователе, Застрахованном лице, состоянии их здоровья, имущественном положении будут считаться конфиденциальной информацией.

8.2. Стороны примут все необходимые и достаточные меры, чтобы предотвратить разглашение полученной информации третьим лицам.

9. Порядок урегулирования споров

9.1. Споры, возникающие по Договору страхования, разрешаются путем переговоров Сторон с привлечением согласительной комиссии, в состав которой входят в равных квотах представители Страхователя, Страховщика и, в случае необходимости, соответствующие эксперты по требованию и за счет потребовавшей Стороны.

9.2. При не достижении Сторонами соглашения спор рассматривается в порядке, установленном законодательством РФ.

10. Прочие положения

10.1. Приложения к настоящему Договору страхования являются его неотъемлемой частью.

10.2. Все уведомления, поручения и сообщения, направляемые в соответствии с настоящим Договором страхования или в связи с ним, должны быть составлены в письменной форме и будут считаться поданными надлежащим образом, если они посланы заказным письмом или доставлены нарочным под расписку по нижеуказанным адресам местонахождения сторон.

10.3. Изменения и дополнения в настоящий Договор страхования могут быть внесены соглашением сторон в письменной форме. Каждая из сторон назначает своего представителя, ответственного за своевременную корректировку Списка Застрахованных (исключение уволившихся, прикрепление вновь принятых работников), рассмотрение спорных вопросов, оформление необходимой документации.

10.4. Стороны обязуются в течение трех дней уведомлять друг друга об изменении своего юридического адреса, почтовых и банковских реквизитов.

10.5. Настоящий Договор страхования составлен в двух экземплярах, каждый из которых имеет равную юридическую силу, по одному для каждой из Сторон.

11. Адреса местонахождения, реквизиты и подписи Сторон

СТРАХОВЩИК:

СТРАХОВАТЕЛЬ:

Настоящим Страхователь подтверждает, что им в установленном Федеральным законом «О персональных данных» порядке получено согласие субъектов персональных данных (Застрахованных лиц) на передачу их персональных данных Страховщику для заключения и исполнения договора страхования.

_____/_____/_____
 м.п.

Юридический адрес: _____.
 Почтовый адрес: _____.
 ИНН: _____ КПП: _____
 ОГРН: _____.
 Расчетный счет: _____
 в _____.
 Корреспондентский счет: _____.
 БИК: _____.
 Телефон: _____ . Факс: _____.

 (должность уполномоченного лица)

_____/_____/_____

м.п.

Юридический адрес: _____.
 Почтовый адрес: _____.
 ИНН: _____ КПП: _____
 ОГРН: _____.
 Расчетный счет: _____
 в _____.
 Корреспондентский счет: _____.
 БИК: _____.
 Телефон: _____ . Факс: _____.

 (должность уполномоченного лица)

_____/_____/_____

м.п.

Приложение 5
к Правилам добровольного
медицинского страхования

ПРОГРАММЫ
добровольного медицинского страхования

«АМБУЛАТОРНАЯ ПОМОЩЬ»

Страховым случаем является обращение Застрахованного за Медицинской помощью, в случаях острого заболевания, обострения хронического заболевания, травмы (в том числе ожоге, отморожении), отравлении в Медицинскую организацию, оказывающую амбулаторно-поликлиническую помощь, из числа предусмотренных Договором страхования, в течение срока его действия.

Объем предоставляемой Медицинской помощи по Программе добровольного медицинского страхования «Амбулаторная помощь»:

1. Лечебно-диагностические консультативные приемы и/или лечебные манипуляции врачей и иных медицинских работников по следующим специальностям:

- кардиология;
 - ревматология;
 - гематология;
 - гастроэнтерология;
 - пульмонология;
 - эндокринология;
 - неврология;
 - педиатрия;
 - терапия;
 - общая врачебная практика (семейная медицина);
 - инфекционные болезни;
 - травматология и ортопедия;
 - урология;
 - нефрология;
 - хирургия;
 - эндоскопия;
 - торакальная хирургия;
 - кардиохирургия;
 - сосудистая хирургия;
 - онкология;
 - колопроктология;
 - гинекология;
 - отоларингология;
 - офтальмология;
 - дерматология;
 - аллергология и иммунология;
 - андрология;
 - диетология;
 - физиотерапия;
 - рефлексотерапия;
 - мануальная терапия;
 - лечебная физкультура.
2. Лабораторные исследования (по медицинским показаниям):
- клинические;

- биохимические;
 - бактериологические;
 - цитологические;
 - гистологические;
 - иммунологические;
 - аллергологические;
 - серологические (в том числе диагностика ВИЧ, сифилиса, гепатитов «В» и «С» по медицинским показаниям, при подготовке к операциям, эндоскопическим исследованиям и госпитализации);
 - гормональные;
 - исследования, проводимые методом ПЦР.
3. Инструментальные методы лечения и исследования (по медицинским показаниям):
- ультразвуковые;
 - функциональные;
 - эндоскопические;
 - лучевые;
 - тепловизионные.
4. Методы восстановительного лечения (по медицинским показаниям):
- физиотерапевтические методы лечения;
 - традиционные методы лечения и диагностики;
 - классический лечебный массаж;
 - мануальная терапия;
 - лечебная физкультура;
 - гирудотерапия;
 - иглорефлексотерапия.

Страховщик также организует Застрахованным Медицинскую помощь на дому и/или месте работы с привлечением необходимых специалистов.

Страховщик не оплачивает Медицинскую помощь, если поводом её оказания явились следующие заболевания и их осложнения: психические, онкологические, венерические заболевания, туберкулез, ВИЧ/СПИД инфекция, вирусные гепатиты; системные заболевания соединительной ткани, сахарный диабет; хроническая почечная недостаточность, хроническая печеночная недостаточность; заболевания, связанные с последствиями радиоактивного облучения; хромосомные нарушения и врожденные пороки развития; алкоголизм, наркомания, токсикомания. Страховщиком также не оплачиваются: лечение и/или процедуры, способствующие или предотвращающие половое зачатие (включая искусственное оплодотворение, введение и удаление ВМС, диагностика и лечение бесплодия и др.); диагностические исследования, консультации и тесты, связанные с беременностью и родовым наблюдением; ведение беременности, родовспоможение, послеродовый период, а также осложнения связанные с ними; прерывание беременности, вне зависимости от срока беременности (за исключением случаев самопроизвольного прерывания беременности, внематочной беременности), патология беременности, преждевременные роды; диагностика и лечение сексуальных расстройств; косметологическое лечение; все виды протезирования; коррекция слуха и зрения.

В случае расширения объема страхового покрытия, по Программе добровольного медицинского страхования «Амбулаторная помощь», путем включения Иных и/или Медико-транспортных услуг, обращений в Иные учреждения, расчет страхового тарифа производится с применением поправочных коэффициентов к базовому тарифу по Программе добровольного медицинского страхования «Амбулаторная помощь».

«СТАЦИОНАРНАЯ ПОМОЩЬ»

Страховым случаем является обращение Застрахованного за Медицинской помощью, в случаях острого заболевания, обострения хронического заболевания, травмы (в том числе ожоге, отморожении), отравлении в Медицинскую организацию, оказывающую стационарную помощь, из числа предусмотренных Договором страхования, в течение срока его действия.

Объем предоставляемой Медицинской помощи по Программе добровольного медицинского страхования «Стационарная помощь»:

1. Экстренная и плановая госпитализация (при наличии показаний) для стационарного обследования и/или консервативного и/или оперативного лечения в следующих отделениях:

- аллергологическое;
- дерматологическое;
- урологическое;
- нефрологическое;
- травматологии и ортопедии;
- хирургическое;
- эндоскопическое;
- гнойная хирургия;
- сосудистой хирургии;
- торакальная хирургия;
- челюстно-лицевая хирургия;
- нейрохирургия;
- кардиологическое;
- гинекологическое;
- офтальмологическое;
- неврологическое;
- ревматологическое;
- гематологическое;
- эндокринологическое;
- гастроэнтерологическое;
- терапевтическое;
- педиатрическое;
- пульмонологическое;
- отоларингологическое;
- проктологическое;
- физиотерапевтическое;
- инфекционное;
- анестезиология и реанимация;
- реанимации – интенсивной терапии.

2. Лабораторные исследования (по медицинским показаниям):

- клинические;
- биохимические;
- бактериологические;
- цитологические;
- гистологические;
- иммунологические;
- аллергологические;
- серологические (в том числе диагностика ВИЧ, сифилиса, гепатитов «В» и «С» по медицинским показаниям, при подготовке к операциям, эндоскопическим исследованиям и госпитализации);
- гормональные.

3. Инструментальные методы лечения и исследования (по медицинским показаниям):

- ультразвуковые;
- функциональные;
- эндоскопические;
- лучевые;
- тепловизионные.

4. Методы восстановительного лечения (по медицинским показаниям):

- физиотерапевтические методы лечение;
- традиционные методы лечения и диагностики;
- классический лечебный массаж;
- мануальная терапия;
- лечебная физкультура;
- гирудотерапия;
- иглорефлексотерапия.

Обследование и лечение проводятся с использованием медицинских технологий, применяемых в Медицинских организациях, указанных в Договоре страхования.

Длительность лечения, объем диагностических и лечебных мероприятий относятся к компетенции лечащего врача.

Если Застрахованный госпитализирован в Медицинскую организацию, не указанную в Договоре страхования, он по желанию, с учетом его состояния, может быть переведен в стационар, имеющий договорные отношения со Страховщиком.

Страховщик не оплачивает Медицинскую помощь, связанную со следующими заболеваниями и их осложнениями, после установления первичного диагноза: психические, онкологические, венерические заболевания, туберкулез, ВИЧ/СПИД инфекция, вирусные гепатиты; системные заболевания соединительной ткани, сахарный диабет; хроническая почечная недостаточность, хроническая печеночная недостаточность; заболевания, связанные с последствиями радиоактивного облучения; хромосомные нарушения и врожденные пороки развития; алкоголизм, наркомания, токсикомания. Страховщиком также не оплачиваются: лечение и/или процедуры, способствующие или предотвращающие половое зачатие (включая искусственное оплодотворение, введение и удаление ВМС, диагностика и лечение бесплодия и др.); диагностические исследования, консультации и тесты, связанные с беременностью и родовым наблюдением; ведение беременности, родовспоможение, послеродовый период, а также осложнения связанные с ними; прерывание беременности, вне зависимости от срока беременности (за исключением случаев самопроизвольного прерывания беременности, внематочной беременности), патология беременности, преждевременные роды; диагностика и лечение сексуальных расстройств; косметологическое лечение; все виды протезирования; коррекция слуха и зрения.

В случае расширения объема страхового покрытия, по Программе добровольного медицинского страхования «Стационарная помощь», путем включения Иных и/или Медико-транспортных услуг, обращений в Иные учреждения, расчет страхового тарифа производится с применением поправочных коэффициентов к базовому тарифу по Программе добровольного медицинского страхования «Стационарная помощь».

«СТОМАТОЛОГИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ»

Страховым случаем является обращение Застрахованного за Медицинской помощью, в случаях острого заболевания, обострения хронического заболевания, травмы в Медицинскую организацию, оказывающую стоматологическую помощь, из числа предусмотренных Договором страхования, в течение срока его действия.

Объем предоставляемой Медицинской помощи по Программе добровольного медицинского страхования «Стоматологическая помощь»:

1. Консультативные услуги врачей – стоматологов: терапевта, хирурга, пародонтолога, ортопеда.
2. Диагностические стоматологические мероприятия, проводимые по медицинским показаниям.
3. Лечебные терапевтические мероприятия и процедуры, проводимые по медицинским показаниям (лечение кариеса, пульпита, периодонтита, стоматита, снятие зубных отложений).
4. Лечебные хирургические мероприятия, проводимые по медицинским показаниям;
5. Анестезиологические мероприятия: премедикация; аппликационная, инфильтрационная, проводниковая, общая анестезия.
6. Физиотерапевтическое лечение, проводимое по медицинским показаниям.
7. Лечение заболеваний пародонта, проводимое по медицинским показаниям.
8. Зубопротезирование, включая подготовку к нему; восстановление коронки зуба с помощью штифта; имплантация зубов (указанные виды лечения допускаются в случаях, когда необходимость возникла в результате полученной челюстно-лицевой травмы).
9. Дополнительные лечебные мероприятия, проводимые по медицинским показаниям.

Страховщик не оплачивает следующую Медицинскую помощь: эстетическую стоматологию; зубопротезирование включая подготовку к нему, имплантацию зубов (кроме случаев, указанных выше).

«КОМПЛЕКСНАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ»

Программа добровольного медицинского страхования «Комплексная медицинская помощь» включает услуги, определенные в Программах добровольного медицинского страхования «Амбулаторная помощь», «Стационарная помощь», «Стоматологическая помощь», «Реабилитационно-восстановительное лечение».

Страховым случаем является обращение Застрахованного за Медицинской помощью, Медико-транспортными и Иными услугами, в случаях острого заболевания, обострения хронического заболевания, травмы (в том числе ожоге, отморожении), отравлении и иных состояниях в Медицинскую организацию, оказывающую амбулаторно-поликлиническую, стационарную, стоматологическую помощь и реабилитационно-восстановительное лечение, а также Иное учреждение, из числа предусмотренных Договором страхования, в течение срока его действия.

1. Объем предоставляемой Медицинской помощи по Программе добровольного медицинского страхования «Амбулаторная помощь»:

1.1. Лечебно-диагностические консультативные приемы и/или лечебные манипуляции врачей и иных медицинских работников по следующим специальностям:

- кардиология;
- ревматология;
- гематология;
- гастроэнтерология;
- пульмонология;
- эндокринология;
- неврология;

- педиатрия;
- терапия;
- общая врачебная практика (семейная медицина);
- инфекционные болезни;
- травматология и ортопедия;
- урология;
- нефрология;
- хирургия;
- эндоскопия;
- торакальная хирургия;
- кардиохирургия;
- сосудистая хирургия;
- онкология;
- колопроктология;
- гинекология;
- отоларингология;
- офтальмология;
- дерматология;
- аллергология и иммунология;
- андрология;
- диетология;
- физиотерапия;
- рефлексотерапия;
- мануальная терапия;
- лечебная физкультура.

1.2. Лабораторные исследования (по медицинским показаниям):

- клинические;
- биохимические;
- бактериологические;
- цитологические;
- гистологические;
- иммунологические;
- аллергологические;

- серологические (в том числе диагностика ВИЧ, сифилиса, гепатитов «В» и «С» по медицинским показаниям, при подготовке к операциям, эндоскопическим исследованиям и госпитализации);

- гормональные;
- исследования, проводимые методом ПЦР.

1.3. Инструментальные методы лечения и исследования (по медицинским показаниям):

- ультразвуковые;
- функциональные;
- эндоскопические;
- лучевые;
- тепловизионные.

1.4. Методы восстановительного лечения (по медицинским показаниям):

- физиотерапевтические методы лечения;
- традиционные методы лечения и диагностики;
- классический лечебный массаж;
- мануальная терапия;
- лечебная физкультура;
- гирудотерапия;

- иглорефлексотерапия.

Страховщик также организует Застрахованным Медицинскую помощь на дому и/или месте работы с привлечением необходимых специалистов.

2. Объем предоставляемой Медицинской помощи по Программе добровольного медицинского страхования «Стационарная помощь»:

2.1. Экстренная и плановая госпитализация (при наличии показаний) для стационарного обследования и/или консервативного и/или оперативного лечения в следующих отделениях:

- аллергологическое;
- дерматологическое;
- урологическое;
- нефрологическое;
- травматологии и ортопедии;
- хирургическое;
- эндоскопическое;
- гнойная хирургия;
- сосудистой хирургии;
- торакальная хирургия;
- челюстно-лицевая хирургия;
- нейрохирургия;
- кардиологическое;
- гинекологическое;
- офтальмологическое;
- неврологическое;
- ревматологическое;
- гематологическое;
- эндокринологическое;
- гастроэнтерологическое;
- терапевтическое;
- педиатрическое;
- пульмонологическое;
- отоларингологическое;
- проктологическое;
- физиотерапевтическое;
- инфекционное;
- анестезиология и реанимация;
- реанимации – интенсивной терапии.

2.2. Лабораторные исследования (по медицинским показаниям):

- клинические;
- биохимические;
- бактериологические;
- цитологические;
- гистологические;
- иммунологические;
- аллергологические;

- серологические (в том числе диагностика ВИЧ, сифилиса, гепатитов «В» и «С» по медицинским показаниям, при подготовке к операциям, эндоскопическим исследованиям и госпитализации);

- гормональные.

2.3. Инструментальные методы лечения и исследования (по медицинским показаниям):

- ультразвуковые;
- функциональные;

- эндоскопические;
- лучевые;
- тепловизионные.

2.4. Методы восстановительного лечения (по медицинским показаниям):

- физиотерапевтические методы лечения;
- традиционные методы лечения и диагностики;
- классический лечебный массаж;
- мануальная терапия;
- лечебная физкультура;
- гирудотерапия;
- иглорефлексотерапия.

Обследование и лечение проводятся с использованием медицинских технологий, применяемых в Медицинских организациях, указанных в Договоре страхования.

Длительность лечения, объем диагностических и лечебных мероприятий относятся к компетенции лечащего врача.

Если Застрахованный госпитализирован в Медицинскую организацию, не указанную в Договоре страхования, он по желанию, с учетом его состояния, может быть переведен в стационар, имеющий договорные отношения со Страховщиком.

3. Объем предоставляемой Медицинской помощи по Программе добровольного медицинского страхования «Стоматологическая помощь»:

3.1. Консультативные услуги врачей – стоматологов: терапевта, хирурга, пародонтолога, ортопеда.

3.2. Диагностические стоматологические мероприятия, проводимые по медицинским показаниям.

3.3. Лечебные терапевтические мероприятия и процедуры, проводимые по медицинским показаниям (лечение кариеса, пульпита, периодонтита, стоматита, снятие зубных отложений).

3.4. Лечебные хирургические мероприятия, проводимые по медицинским показаниям;

3.5. Анестезиологические мероприятия: премедикация; аппликационная, инфильтрационная, проводниковая, общая анестезия.

3.6. Физиотерапевтическое лечение, проводимое по медицинским показаниям.

3.7. Лечение заболеваний пародонта, проводимое по медицинским показаниям.

3.8. Зубопротезирование, включая подготовку к нему; восстановление коронки зуба с помощью штифта; имплантация зубов (указанные виды лечения допускаются в случаях, когда необходимость возникла в результате полученной челюстно-лицевой травмы).

3.9. Дополнительные лечебные мероприятия, проводимые по медицинским показаниям.

4. Объем предоставляемой Медицинской помощи по Программе добровольного медицинского страхования «Реабилитационно-восстановительное лечение»:

- физиотерапевтические методы лечения;
- традиционные методы лечения;
- классический лечебный массаж;
- мануальная терапия;
- лечебная физкультура;
- лечебное плавание;
- фитотерапия;
- гирудотерапия;
- иглорефлексотерапия;
- лечение природными факторами (бальнеологическое, грязелечение, климатолечение, талассотерапия, терренкур, душ Шарко, подводное вытяжение);
- лечебные процедуры и манипуляции;
- диетотерапия.

Программа добровольного медицинского страхования «Реабилитационно-восстановительное лечение» предусматривает реабилитационно-восстановительное лечение, после перенесенного Заболевания, являющегося Страховым случаем, в следующих Медицинских организациях:

- санаториях;
- санаториях-профилакториях;
- водо- и грязелечебницах;
- больницах и специализированных отделениях восстановительного лечения;
- физкультурных диспансерах;
- реабилитационных центрах;
- физио-кабинетах амбулаторно-поликлинических организаций.

Восстановительное лечение проводится по назначению лечащего врача. Санаторно-курортное лечение проводится по назначению лечащего врача (при наличии путевки), подтвержденное справкой Форма № 070/У-04.

5. Иные услуги, непосредственно связанные с оказанием и/или организацией выше перечисленной Медицинской помощи.

6. Медико-транспортные услуги, связанные с оказанием и/или организацией выше перечисленной медицинской помощи.

Страховщик не оплачивает Медицинскую помощь, связанную со следующими заболеваниями и их осложнениями, после установления первичного диагноза: психические, онкологические, венерические заболевания, туберкулез, ВИЧ/СПИД инфекция, вирусные гепатиты; системные заболевания соединительной ткани, сахарный диабет; хроническая почечная недостаточность, хроническая печеночная недостаточность; заболевания, связанные с последствиями радиоактивного облучения; хромосомные нарушения и врожденные пороки развития; алкоголизм, наркомания, токсикомания. Страховщиком также не оплачиваются: лечение и/или процедуры, способствующие или предотвращающие половое зачатие (включая искусственное оплодотворение, введение и удаление ВМС, диагностика и лечение бесплодия и др.); диагностические исследования, консультации и тесты, связанные с беременностью и родовым наблюдением; ведение беременности, родовспоможение, послеродовый период, а также осложнения связанные с ними; прерывание беременности, вне зависимости от срока беременности (за исключением случаев самопроизвольного прерывания беременности, внематочной беременности), патология беременности, преждевременные роды; диагностика и лечение сексуальных расстройств; косметологическое лечение; все виды протезирования; коррекция слуха и зрения; эстетическая стоматология, зубопротезирование включая подготовку к нему, имплантация зубов (кроме случаев указанных выше).

«КОМПЛЕКСНАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ «СТАНДАРТ»

Программа добровольного медицинского страхования «Комплексная медицинская помощь «Стандарт» включает услуги, определенные в Программах добровольного медицинского страхования «Амбулаторная помощь», «Стационарная помощь», «Стоматологическая помощь», «Реабилитационно-восстановительное лечение», «Лекарственная помощь».

Страховым случаем является обращение Застрахованного за Медицинской и Лекарственной помощью, Медико-транспортными и Иными услугами, в случаях острого заболевания, обострения хронического заболевания, травмы (в том числе ожоге, отморожении), отравлении и иных состояниях в Медицинскую организацию, оказывающую амбулаторно-поликлиническую, стационарную, стоматологическую помощь и реабилитационно-восстановительное лечение, а также Аптечную организацию, Иное учреждение, из числа предусмотренных Договором страхования, в течение срока его действия.

1. Объем предоставляемой Медицинской помощи по Программе добровольного медицинского страхования «Амбулаторная помощь»:

1.1. Лечебно-диагностические консультативные приемы и/или лечебные манипуляции врачей и иных медицинских работников по следующим специальностям:

- кардиология;
- ревматология;
- гематология;
- гастроэнтерология;
- пульмонология;
- эндокринология;
- неврология;
- педиатрия;
- терапия;
- общая врачебная практика (семейная медицина);
- инфекционные болезни;
- травматология и ортопедия;
- урология;
- нефрология;
- хирургия;
- эндоскопия;
- торакальная хирургия;
- кардиохирургия;
- сосудистая хирургия;
- онкология;
- колопроктология;
- гинекология;
- отоларингология;
- офтальмология;
- дерматология;
- аллергология и иммунология;
- андрология;
- диетология;
- физиотерапия;
- рефлексотерапия;
- мануальная терапия;
- лечебная физкультура.

1.2. Лабораторные исследования (по медицинским показаниям):

- клинические;
- биохимические;
- бактериологические;
- цитологические;
- гистологические;
- иммунологические;
- аллергологические;
- серологические (в том числе диагностика ВИЧ, сифилиса, гепатитов «В» и «С» по медицинским показаниям, при подготовке к операциям, эндоскопическим исследованиям и госпитализации);
- гормональные;
- исследования, проводимые методом ПЦР.

1.3. Инструментальные методы лечения и исследования (по медицинским показаниям):

- ультразвуковые;
- функциональные;
- эндоскопические;
- лучевые;
- тепловизионные.

1.4. Методы восстановительного лечения (по медицинским показаниям):

- физиотерапевтические методы лечение;
- традиционные методы лечения и диагностики;
- классический лечебный массаж;
- мануальная терапия;
- лечебная физкультура;
- гирудотерапия;
- иглорефлексотерапия.

Страховщик также организует Застрахованным Медицинскую помощь на дому и/или месте работы с привлечением необходимых специалистов.

2. Объем предоставляемой Медицинской помощи по Программе добровольного медицинского страхования «Стационарная помощь»:

2.1. Экстренная и плановая госпитализация (при наличии показаний) для стационарного обследования и/или консервативного и/или оперативного лечения в следующих отделениях:

- аллергологическое;
- дерматологическое;
- урологическое;
- нефрологическое;
- травматологии и ортопедии;
- хирургическое;
- эндоскопическое;
- гнойная хирургия;
- сосудистой хирургии;
- торакальная хирургия;
- челюстно-лицевая хирургия;
- нейрохирургия;
- кардиологическое;
- гинекологическое;
- офтальмологическое;
- неврологическое;
- ревматологическое;
- гематологическое;
- эндокринологическое;
- гастроэнтерологическое;
- терапевтическое;
- педиатрическое;
- пульмонологическое;
- отоларингологическое;
- проктологическое;
- физиотерапевтическое;
- инфекционное;
- анестезиология и реанимация;
- реанимации – интенсивной терапии.

2.2. Лабораторные исследования (по медицинским показаниям):

- клинические;
- биохимические;

- бактериологические;
- цитологические;
- гистологические;
- иммунологические;
- аллергологические;
- серологические (в том числе диагностика ВИЧ, сифилиса, гепатитов «В» и «С» по медицинским показаниям, при подготовке к операциям, эндоскопическим исследованиям и госпитализации);

- гормональные.

2.3. Инструментальные методы лечения и исследования (по медицинским показаниям):

- ультразвуковые;
- функциональные;
- эндоскопические;
- лучевые;
- тепловизионные.

2.4. Методы восстановительного лечения (по медицинским показаниям):

- физиотерапевтические методы лечения;
- традиционные методы лечения и диагностики;
- классический лечебный массаж;
- мануальная терапия;
- лечебная физкультура;
- гирудотерапия;
- иглорефлексотерапия.

Обследование и лечение проводятся с использованием медицинских технологий, применяемых в Медицинских организациях, указанных в Договоре страхования.

Длительность лечения, объем диагностических и лечебных мероприятий относятся к компетенции лечащего врача.

Если Застрахованный госпитализирован в Медицинскую организацию, не указанную в Договоре страхования, он по желанию, с учетом его состояния, может быть переведен в стационар, имеющий договорные отношения со Страховщиком.

3. Объем предоставляемой Медицинской помощи по Программе добровольного медицинского страхования «Стоматологическая помощь»:

3.1. Консультативные услуги врачей – стоматологов: терапевта, хирурга, пародонтолога, ортопеда.

3.2. Диагностические стоматологические мероприятия, проводимые по медицинским показаниям.

3.3. Лечебные терапевтические мероприятия и процедуры, проводимые по медицинским показаниям (лечение кариеса, пульпита, периодонтита, стоматита, снятие зубных отложений).

3.4. Лечебные хирургические мероприятия, проводимые по медицинским показаниям;

3.5. Анестезиологические мероприятия: премедикация; аппликационная, инфильтрационная, проводниковая, общая анестезия.

3.6. Физиотерапевтическое лечение, проводимое по медицинским показаниям.

3.7. Лечение заболеваний пародонта, проводимое по медицинским показаниям.

3.8. Зубопротезирование, включая подготовку к нему; восстановление коронки зуба с помощью штифта; имплантация зубов (указанные виды лечения допускаются в случаях, когда необходимость возникла в результате полученной челюстно-лицевой травмы).

3.9. Дополнительные лечебные мероприятия, проводимые по медицинским показаниям.

4. Объем предоставляемой Медицинской помощи по Программе добровольного медицинского страхования «Реабилитационно-восстановительное лечение»:

- физиотерапевтические методы лечения;
- традиционные методы лечения;

- классический лечебный массаж;
- мануальная терапия;
- лечебная физкультура;
- лечебное плавание;
- фитотерапия;
- гирудотерапия;
- иглорефлексотерапия;
- лечение природными факторами (бальнеологическое, грязелечение, климатолечение, талассотерапия, терренкур, душ Шарко, подводное вытяжение);
- лечебные процедуры и манипуляции;
- диетотерапия.

Программа добровольного медицинского страхования «Реабилитационно-восстановительное лечение» предусматривает реабилитационно-восстановительное лечение, после перенесенного Заболевания, являющегося Страховым случаем, в следующих Медицинских организациях:

- санаториях;
- санаториях-профилакториях;
- водо- и грязелечебницах;
- больницах и специализированных отделениях восстановительного лечения;
- физкультурных диспансерах;
- реабилитационных центрах;
- физио-кабинетах амбулаторно-поликлинических организаций.

Восстановительное лечение проводится по назначению лечащего врача. Санаторно-курортное лечение проводится по назначению лечащего врача (при наличии путевки), подтвержденное справкой Форма № 070/У-04.

5. Объем предоставляемой Медицинской помощи по Программе добровольного медицинского страхования «Лекарственная помощь»:

Программа добровольного медицинского страхования «Лекарственная помощь» предусматривает оплату Страховщиком лекарственных препаратов.

Оплата лекарственных препаратов осуществляется при наступления Страхового случая, предусмотренного Программой добровольного медицинского страхования «Комплексная медицинская помощь «Стандарт», в Аптечных организациях из числа предусмотренных Договором страхования в период его действия.

Основанием для получения лекарственных препаратов является рецепт лечащего врача, выписанный при оказании Медицинской помощи по Программе добровольного медицинского страхования «Комплексная медицинская помощь «Стандарт». Рецептурный бланк установленного образца, оформляется в соответствии с действующими требованиями.

В случае отсутствия отсутствия необходимого лекарственного препарата, указанного в рецептурном бланке, производится отпуск синонимического лекарственного препарата (синонимическими лекарственными средствами считаются средства, имеющие одинаковое международное непатентованное наименование (МНН) без оформления нового рецепта, или, по желанию Застрахованного, осуществляется отсроченное обслуживание рецептурного бланка в течение срока действия полиса ДМС Застрахованного.

В случае отсутствия лекарственного препарата в той дозировке, которая указана в рецептурном бланке, Аптечная организация вправе с согласия Застрахованного выдать этот же лекарственный препарат в иной дозировке без замены рецептурного бланка, разъяснив при этом дозу и кратность приема лекарственного препарата, о чем делается отметка в рецептурном бланке.

6. Иные услуги, непосредственно связанные с оказанием и/или организацией выше перечисленной Медицинской помощи.

7. Медико-транспортные услуги, связанные с оказанием и/или организацией выше перечисленной медицинской помощи.

Страховщик не оплачивает Медицинскую помощь, связанную со следующими заболеваниями и их осложнениями, после установления первичного диагноза: психические, онкологические, венерические заболевания, туберкулез, ВИЧ/СПИД инфекция, вирусные гепатиты; системные заболевания соединительной ткани, сахарный диабет; хроническая почечная недостаточность, хроническая печеночная недостаточность; заболевания, связанные с последствиями радиоактивного облучения; хромосомные нарушения и врожденные пороки развития; алкоголизм, наркомания, токсикомания. Страховщиком также не оплачиваются: лечение и/или процедуры, способствующие или предотвращающие половое зачатие (включая искусственное оплодотворение, введение и удаление ВМС, диагностика и лечение бесплодия и др.); диагностические исследования, консультации и тесты, связанные с беременностью и родовым наблюдением; ведение беременности, родовспоможение, послеродовый период, а также осложнения связанные с ними; прерывание беременности, вне зависимости от срока беременности (за исключением случаев самопроизвольного прерывания беременности, внематочной беременности), патология беременности, преждевременные роды; диагностика и лечение сексуальных расстройств; косметологическое лечение; все виды протезирования; коррекция слуха и зрения; эстетическая стоматология, зубопротезирование включая подготовку к нему, имплантация зубов (кроме случаев указанных выше).

«КОМПЛЕКСНАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ 2»

Программа добровольного медицинского страхования «Комплексная медицинская помощь 2» включает услуги, определенные в Программах добровольного медицинского страхования «Амбулаторная помощь», «Стационарная помощь», «Стоматологическая помощь».

Страховым случаем является обращение Застрахованного за Медицинской помощью, Медико-транспортными и Иными услугами, в случаях острого заболевания, обострения хронического заболевания, травмы (в том числе ожоге, отморожении), отравлении и иных состояниях в Медицинскую организацию, оказывающую амбулаторно-поликлиническую, стационарную, стоматологическую помощь, а также Иное учреждение, из числа предусмотренных Договором страхования, в течение срока его действия.

1. Объем предоставляемой Медицинской помощи по Программе добровольного медицинского страхования «Амбулаторная помощь»:

1.1. Лечебно-диагностические консультативные приемы и/или лечебные манипуляции врачей и иных медицинских работников по следующим специальностям:

- кардиология;
- ревматология;
- гематология;
- гастроэнтерология;
- пульмонология;
- эндокринология;
- неврология;
- педиатрия;
- терапия;
- общая врачебная практика (семейная медицина);
- инфекционные болезни;
- травматология и ортопедия;
- урология;
- нефрология;
- хирургия;
- эндоскопия;

- торакальная хирургия;
- кардиохирургия;
- сосудистая хирургия;
- онкология;
- колопроктология;
- гинекология;
- отоларингология;
- офтальмология;
- дерматология;
- аллергология и иммунология;
- андрология;
- диетология;
- физиотерапия;
- рефлексотерапия;
- мануальная терапия;
- лечебная физкультура.

1.2. Лабораторные исследования (по медицинским показаниям):

- клинические;
- биохимические;
- бактериологические;
- цитологические;
- гистологические;
- иммунологические;
- аллергологические;

- серологические (в том числе диагностика ВИЧ, сифилиса, гепатитов «В» и «С» по медицинским показаниям, при подготовке к операциям, эндоскопическим исследованиям и госпитализации);

- гормональные;
- исследования, проводимые методом ПЦР.

1.3. Инструментальные методы лечения и исследования (по медицинским показаниям):

- ультразвуковые;
- функциональные;
- эндоскопические;
- лучевые;
- тепловизионные.

1.4. Методы восстановительного лечения (по медицинским показаниям):

- физиотерапевтические методы лечения;
- традиционные методы лечения и диагностики;
- классический лечебный массаж;
- мануальная терапия;
- лечебная физкультура;
- гирудотерапия;
- иглорефлексотерапия.

Страховщик также организует Застрахованным Медицинскую помощь на дому и/или месте работы с привлечением необходимых специалистов.

2. Объем предоставляемой Медицинской помощи по Программе добровольного медицинского страхования «Стационарная помощь»:

2.1. Экстренная и плановая госпитализация (при наличии показаний) для стационарного обследования и/или консервативного и/или оперативного лечения в следующих отделениях:

- аллергологическое;
- дерматологическое;

- урологическое;
- нефрологическое;
- травматологии и ортопедии;
- хирургическое;
- эндоскопическое;
- гнойная хирургия;
- сосудистой хирургии;
- торакальная хирургия;
- челюстно-лицевая хирургия;
- нейрохирургия;
- кардиологическое;
- гинекологическое;
- офтальмологическое;
- неврологическое;
- ревматологическое;
- гематологическое;
- эндокринологическое;
- гастроэнтерологическое;
- терапевтическое;
- педиатрическое;
- пульмонологическое;
- отоларингологическое;
- проктологическое;
- физиотерапевтическое;
- инфекционное;
- анестезиология и реанимация;
- реанимации – интенсивной терапии.

2.2. Лабораторные исследования (по медицинским показаниям):

- клинические;
- биохимические;
- бактериологические;
- цитологические;
- гистологические;
- иммунологические;
- аллергологические;

- серологические (в том числе диагностика ВИЧ, сифилиса, гепатитов «В» и «С» по медицинским показаниям, при подготовке к операциям, эндоскопическим исследованиям и госпитализации);

- гормональные.

2.3. Инструментальные методы лечения и исследования (по медицинским показаниям):

- ультразвуковые;
- функциональные;
- эндоскопические;
- лучевые;
- тепловизионные.

2.4. Методы восстановительного лечения (по медицинским показаниям):

- физиотерапевтические методы лечения;
- традиционные методы лечения и диагностики;
- классический лечебный массаж;
- мануальная терапия;
- лечебная физкультура;

- гирудотерапия;
- иглорефлексотерапия.

Обследование и лечение проводятся с использованием медицинских технологий, применяемых в Медицинских организациях, указанных в Договоре страхования.

Длительность лечения, объем диагностических и лечебных мероприятий относятся к компетенции лечащего врача.

Если Застрахованный госпитализирован в Медицинскую организацию, не указанную в Договоре страхования, он по желанию, с учетом его состояния, может быть переведен в стационар, имеющий договорные отношения со Страховщиком.

3. Объем предоставляемой Медицинской помощи по Программе добровольного медицинского страхования «Стоматологическая помощь»:

3.1. Консультативные услуги врачей – стоматологов: терапевта, хирурга, пародонтолога, ортопеда.

3.2. Диагностические стоматологические мероприятия, проводимые по медицинским показаниям.

3.3. Лечебные терапевтические мероприятия и процедуры, проводимые по медицинским показаниям (лечение кариеса, пульпита, периодонтита, стоматита, снятие зубных отложений).

3.4. Лечебные хирургические мероприятия, проводимые по медицинским показаниям;

3.5. Анестезиологические мероприятия: премедикация; аппликационная, инфльтрационная, проводниковая, общая анестезия.

3.6. Физиотерапевтическое лечение, проводимое по медицинским показаниям.

3.7. Лечение заболеваний пародонта, проводимое по медицинским показаниям.

3.8. Зубопротезирование, включая подготовку к нему; восстановление коронки зуба с помощью штифта; имплантация зубов (указанные виды лечения допускаются в случаях, когда необходимость возникла в результате полученной челюстно-лицевой травмы).

3.9. Дополнительные лечебные мероприятия, проводимые по медицинским показаниям.

4. Иные услуги, непосредственно связанные с оказанием и/или организацией выше перечисленной Медицинской помощи.

5. Медико-транспортные услуги, связанные с оказанием и/или организацией выше перечисленной медицинской помощи.

Страховщик не оплачивает Медицинскую помощь, связанную со следующими заболеваниями и их осложнениями, после установления первичного диагноза: психические, онкологические, венерические заболевания, туберкулез, ВИЧ/СПИД инфекция, вирусные гепатиты; системные заболевания соединительной ткани, сахарный диабет; хроническая почечная недостаточность, хроническая печеночная недостаточность; заболевания, связанные с последствиями радиоактивного облучения; хромосомные нарушения и врожденные пороки развития; алкоголизм, наркомания, токсикомания. Страховщиком также не оплачиваются: лечение и/или процедуры, способствующие или предотвращающие половое зачатие (включая искусственное оплодотворение, введение и удаление ВМС, диагностика и лечение бесплодия и др.); диагностические исследования, консультации и тесты, связанные с беременностью и родовым наблюдением; ведение беременности, родовспоможение, послеродовый период, а также осложнения связанные с ними; прерывание беременности, вне зависимости от срока беременности (за исключением случаев самопроизвольного прерывания беременности, внематочной беременности), патология беременности, преждевременные роды; диагностика и лечение сексуальных расстройств; косметологическое лечение; все виды протезирования; коррекция слуха и зрения; эстетическая стоматология, зубопротезирование включая подготовку к нему, имплантация зубов (кроме случаев указанных выше).

«СКОРАЯ (НЕОТЛОЖНАЯ) МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ»

Страховщик гарантирует Застрахованному предоставление и оплату Медицинской помощи при обращении в соответствующие организации скорой (неотложной) медицинской помощи, определенные Договором страхования.

Программа добровольного медицинского страхования «Скорая (неотложная) медицинская помощь» предусматривает оказание Медицинской помощи при возникновении у Застрахованного угрожающих жизни состояний, вызванных острыми заболеваниями, обострениями хронических заболеваний, травмами, ожогами, отравлениями, других состояний требующих экстренного (неотложного) медицинского вмешательства.

Объем предоставляемой Медицинской помощи по Программе:

1. Выезд бригады скорой (неотложной) медицинской помощи, в том числе специализированной.
2. Первичный осмотр, проведение экспресс-диагностики в объеме медицинского оснащения автомобиля.
3. Оказание экстренной и неотложной медицинской помощи бригадой скорой (неотложной) медицинской помощи.
4. Транспортировка бригадой скорой (неотложной) медицинской помощи, в том числе специализированной, в медицинскую организацию.
5. Медицинская эвакуация наземным, авиационным, водным и другими видами транспорта в медицинскую организацию.

«РЕАБИЛИТАЦИОННО-ВОССТАНОВИТЕЛЬНОЕ ЛЕЧЕНИЕ»

Программа добровольного медицинского страхования «Реабилитационно-восстановительное лечение» заключается в дополнение к Программам добровольного медицинского страхования «Амбулаторная помощь», «Стационарная помощь».

Программа добровольного медицинского страхования «Реабилитационно-восстановительное лечение» предусматривает реабилитационно-восстановительное лечение, после перенесенного Заболевания, являющегося Страховым случаем, в следующих Медицинских организациях:

- санаториях;
- санаториях-профилакториях;
- водо- и грязелечебницах;
- больницах и специализированных отделениях восстановительного лечения;
- физкультурных диспансерах;
- реабилитационных центрах;
- физио-кабинетах амбулаторно-поликлинических организаций.

Объем предоставляемой Медицинской помощи по Программе добровольного медицинского страхования «Реабилитационно-восстановительное лечение»:

- физиотерапевтические методы лечения;
- традиционные методы лечения;
- классический лечебный массаж;
- мануальная терапия;
- лечебная физкультура;
- лечебное плавание;
- фитотерапия;
- гирудотерапия;
- иглорефлексотерапия;
- лечение природными факторами (бальнеологическое, грязелечение, климатолечение, талассотерапия, терренкур, душ Шарко, подводное вытяжение);
- лечебные процедуры и манипуляции;
- диетотерапия.

Восстановительное лечение проводится по назначению лечащего врача. Санаторно-курортное лечение проводится по назначению лечащего врача (при наличии путевки), подтвержденное справкой Форма № 070/У-04.

Программа добровольного медицинского страхования «Реабилитационно-восстановительное лечение» заключается в дополнение к Программам добровольного медицинского страхования «Амбулаторная помощь», «Стационарная помощь».

«ЛЕКАРСТВЕННАЯ ПОМОЩЬ»

Программа добровольного медицинского страхования «Лекарственная помощь» заключается в дополнение к Программам добровольного медицинского страхования «Амбулаторная помощь», «Комплексная медицинская помощь», «Комплексная медицинская помощь 2» и предусматривает оплату Страховщиком лекарственных препаратов.

Оплата лекарственных препаратов осуществляется при наступления Страхового случая, предусмотренного Программой добровольного медицинского страхования «Амбулаторная помощь», в Аптечных организациях из числа предусмотренных Договором страхования в период его действия.

Основанием для получения лекарственных препаратов является рецепт лечащего врача, выписанный при оказании Медицинской помощи по Программе добровольного медицинского страхования «Амбулаторная помощь». Рецептурный бланк установленного образца, оформляется в соответствии с действующими требованиями.

В случае отсутствия отсутствия необходимого лекарственного препарата, указанного в рецептурном бланке, производится отпуск синонимического лекарственного препарата (синонимическими лекарственными средствами считаются средства, имеющие одинаковое международное непатентованное наименование (МНН) без оформления нового рецепта, или, по желанию Застрахованного, осуществляется отсроченное обслуживание рецептурного бланка в течение срока действия полиса ДМС Застрахованного.

В случае отсутствия лекарственного препарата в той дозировке, которая указана в рецептурном бланке, Аптечная организация вправе с согласия Застрахованного выдать этот же лекарственный препарат в иной дозировке без замены рецептурного бланка, разъяснив при этом дозу и кратность приема лекарственного препарата, о чем делается отметка в рецептурном бланке.

Прошнуровано, пронумеровано и
скреплено печатью
61 (Шестьдесят один) лист

Генеральный директор
ООО «СК «АК БАРС – Мед»

Т.Р. Каримов:

