

УТВЕРЖДЕНО

Приказом генерального директора
ООО "Страховая компания НИК"
№ 107 от "27" января 2019 г.



Горбунова О.Ю.
/Горбунова О.Ю./

(введены взамен редакции Правил страхования от 25.04.2019г.)

ПРАВИЛА ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

1. Определения
2. Общие положения
3. Объект страхования
4. Субъекты страхования
5. Страховые случаи
6. Страховая сумма
7. Франшиза
8. Страховая премия (страховой взнос) и страховой тариф
9. Договор страхования
10. Последствия изменения степени риска
11. Страховая выплата
12. Права и обязанности сторон
13. Порядок разрешения споров

1. ОПРЕДЕЛЕНИЯ

- Договор добровольного медицинского страхования (далее – «договор страхования») - соглашение между Страхователем и Страховщиком, в соответствии с которым Страхователь обязуется уплатить страховую премию в размере и сроки установленные договором страхования, а Страховщик обязуется при наступлении страхового случая организовать предоставление и оплатить медицинские и иные услуги (сервис), оказываемые Застрахованному лицу в соответствии с условиями договора страхования в пределах страховой суммы.

- Договор на предоставление лечебно-профилактической помощи (медицинских услуг) – соглашение Страховщика с медицинским учреждением, по которому медицинское учреждение обязуется предоставлять Застрахованным лицам медицинскую помощь определенного объема и качества в рамках программ медицинского страхования Страховщика.

- Застрахованное лицо - физическое лицо (лица), в пользу которого заключён договор страхования, имеющее право на получение медицинской или иной услуги при наступлении страхового случая в соответствии с выбранной программой добровольного медицинского страхования.

- Медицинские учреждения - лечебно-профилактические учреждения, научно-исследовательские, медицинские институты и другие учреждения (включая аптеки), оказывающие амбулаторно-поликлиническую, стационарную медицинскую помощь и/или лекарственное обеспечение, а также лица, осуществляющие медицинскую деятельность индивидуально или коллективно и имеющие лицензии на осуществление данной деятельности, с которыми Страховщик состоит в договорных отношениях.

- Медицинские услуги – мероприятия или комплекс мероприятий, направленных на предупреждение заболеваний, их диагностику и лечение, лекарственное обеспечение, имеющих самостоятельное законченное значение и определенную стоимость, а также оказание иных, сопутствующих медицинским услуг (в том числе сервисное обслуживание).

- Организация предоставления медицинской помощи - деятельность Страховщика по заключению договоров о порядке и оказании медицинских услуг Застрахованным лицам с Медицинскими учреждениями, а также контроль качества медицинских услуг оказанных Застрахованным лицам.

- Программа медицинского страхования (далее – «программа страхования») – документ (Приложения 5.1-5.14), определяющий перечень страховых случаев и комплекс медицинских услуг, предоставляемых Застрахованным лицам, а также условия предоставления медицинских услуг. Договоры страхования могут заключаться как на условиях одной программы страхования, так и условиях нескольких программ.

- Страховой полис - документ, подтверждающий факт заключения договора страхования, содержащий основные сведения о Застрахованном лице и условиях страхования.

- Страховая медицинская карта - документ, предназначенный для записи информации о полученных Застрахованным лицом медицинских услугах (их объеме, наименовании) в соответствии с условиями договора страхования.

- Страховой риск - предусмотренное договором страхования предполагаемое событие (совокупность событий), на случай наступления которого проводится страхование.

- Страховой случай - предусмотренное настоящими Правилами добровольного медицинского страхования событие, свершившееся в период действия договора страхования, с наступлением которого возникает обязанность Страховщика осуществить страховую выплату в размере полной или частичной компенсации расходов Застрахованного лица, вызванных обращением его в медицинские учреждения за медицинскими услугами, включенными в программу медицинского страхования.

- Страхователь - юридические лица или дееспособные физические лица, заключившие со Страховщиком договор страхования на условиях настоящих Правил добровольного медицинского страхования.

- Страховщик – Общество с ограниченной ответственностью «Страховая компания НИК», принимающее на себя обязательство организовать предоставление и возместить расходы за медицинские услуги, оказанные Застрахованным лицам, определенные договором страхования.

- Трудовой мигрант – иностранный гражданин, временно пребывающий на территории Российской Федерации в соответствии с законодательством Российской Федерации, с целью осуществления трудовой деятельности на основании документа (разрешения на работу, патента), подтверждающего право такого гражданина на временное осуществление трудовой деятельности на территории Российской Федерации.

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

- **Финансовый уполномоченный - уполномоченный по правам потребителей финансовых**

услуг согласно Федерального закона об уполномоченном по правам потребителей финансовых услуг от 04.06.2018 №123.**2. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ**

2.1. Настоящие Правила добровольного медицинского страхования (далее - Правила) регулируют отношения сторон при заключении и исполнении договоров страхования.

На основании настоящих Правил заключаются договоры страхования, в соответствии с которыми гарантируется организация и оплата медицинских услуг определенного перечня и качества в объеме программ добровольного медицинского страхования, разработанных Страховщиком.

2.2. По настоящим Правилам могут заключаться договоры индивидуального (одно Застрахованное лицо) (Приложение №4) и коллективного (более одного Застрахованного лица) страхования (Приложение №5).

2.3. При коллективном страховании Страхователь заключает договор страхования в пользу физических лиц и может заменять их в договоре страхования на другое лицо лишь с согласия самого Застрахованного лица и Страховщика, причем в случае изменения в степени риска в связи с возрастом или иными факторами риска Страхователь обязан уплатить по требованию Страховщика дополнительную страховую премию.

2.4. При индивидуальном страховании Страхователь (физическое лицо) может заключить договор страхования, как в свою пользу, так и в пользу любого другого лица или лиц, на которые распространяются ограничения, перечисленные в п.п. 4.2, 4.3, 4.4.

3. ОБЪЕКТ СТРАХОВАНИЯ

3.1. Объектом добровольного медицинского страхования являются имущественные интересы, связанные с оплатой организации и оказания медицинской и лекарственной помощи (медицинских услуг) и иных услуг вследствие расстройства здоровья 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. СУБЪЕКТЫ СТРАХОВАНИЯ

4.1. В качестве субъектов добровольного медицинского страхования выступают:

- Страхователь (физические и юридические лица);
- Страховщик (страховая организация);
- Застрахованное лицо (физическое лицо, в том числе трудовой мигрант);
- Медицинские учреждения, фармацевтические, ассистанские, экспертные и иные организации, с которыми Страховщик вступает в договорные отношения с целью выполнения обязательств по договору страхования.

Для целей настоящих Правил:

- к медицинским организациям относятся российские и зарубежные организации всех форм собственности, а также частные лица, имеющие право на осуществление медицинской деятельности;
- к фармацевтическим организациям относятся имеющие право на осуществление фармацевтической деятельности юридические лица и индивидуальные предприниматели;
- к ассистанским организациям относятся юридические лица, осуществляющие сервисную поддержку программ добровольного медицинского страхования по поручению Страховщика;
- к экспертным организациям относятся юридические лица и индивидуальные предприниматели, предоставляющие Страховщику услуги экспертного или консультативного характера;
- к иным организациям относятся юридические лица и индивидуальные предприниматели (кроме фармацевтических), производящие и торгующие, в частности, изделиями медицинского назначения, медицинскими изделиями, лечебным питанием.

4.2. Застрахованными лицами по настоящим Правилам могут быть лица в любом возрасте, если иное не оговорено в договоре страхования. Страховщик имеет право отказать в заключении договора страхования в пользу лиц старше 65 лет.

4.3. На страхование на основании настоящих Правил не принимаются:

- физические лица, состоящие на учете в наркологических, онкологических, психоневрологических, противотуберкулезных, кожно-венерологических диспансерах (по поводу венерических заболеваний), центрах по профилактике и борьбе со СПИДом;
- инвалиды I и II групп, дети-инвалиды;
- лица имеющие на момент заключения договора страхования, следующие заболевания:

1. Психические расстройства и расстройства поведения;
2. Злокачественные новообразования, гемобластозы;
3. Заболевания относящиеся к классу врожденные аномалии, деформации и хромосомные

нарушения и (или) связанные с ними осложнения;

4. Системные поражения соединительной ткани, в т.ч. все недифференцированные коллагенозы;

5. Заболевания, сопровождающие хронической почечной или печеночной недостаточностью требующие проведения хронического гемодиализа;

6. Хронические гепатиты С,Е, F;G.

Заключенный в отношении таких лиц Договор добровольного медицинского страхования может быть прекращен досрочно в порядке, предусмотренном настоящими Правилами.

4.4. Физические лица, перечисленные в п.4.3. принимаются на страхование на основании настоящих Правил при наличии специальных медицинских программ страхования, предусматривающих возможность страхования указанных лиц и согласовании со страховщиком.

4.5. Перечень медицинских учреждений, с которыми Страховщик состоит в договорных отношениях приводится в приложении к договору страхования.

5. СТРАХОВЫЕ СЛУЧАИ

5.1. Страховым случаем по настоящим Правилам признается обращение Застрахованного лица в течение срока действия договора страхования в Медицинское учреждение, из числа предусмотренных договором страхования или согласованных со Страховщиком, при заболевании (болезненном состоянии), травме, отравлении за получением медицинской и иной помощи, предусмотренной программой (программами) страхования, обусловленной договором страхования, и повлекшее возникновение обязательств Страховщика произвести оплату медицинских и иных услуг.

5.2. Не признается страховым случаем обращение Застрахованного за получением медицинских и иных услуг, не предусмотренных договором страхования.

Не являются страховыми случаями и не подлежат возмещению расходы на медицинские услуги, полученные Застрахованным лицом в связи с:

- нарушением здоровья в результате покушения на самоубийство, кроме случаев, когда Застрахованное лицо было вынуждено совершить попытку суицида в результате противоправных действий третьих лиц;

- умышленными действиями Застрахованного лица, направленными на причинение вреда здоровью, в том числе членовредительство, подтвержденные документами из компетентных органов;

- травмами, заболеваниями и отравлениями, полученными Застрахованным лицом в состоянии алкогольного, наркотического или токсического опьянения или в результате совершения им противоправных действий, находящихся в прямой причинной связи со страховым случаем;

- лечением алкогольной и наркотической зависимости;

- заболеваниями или травмами, возникшими в результате военных действий, маневров или иных военных мероприятий, гражданской войны, народных волнений всякого рода или забастовок, беспорядков, коллективных актов насилия политического, идеологического или социального происхождения, если доказано, что Застрахованное лицо принимало в них участие;

- онкологическими заболеваниями и их осложнениями, включая заболевания крови (с момента установления диагноза)

- психическими заболеваниями и их осложнениями, влекущими за собой стойкое изменение психики либо органические ее нарушения, а также различными травмами и соматическими заболеваниями, возникшими в связи с заболеваниями психической природы;

- особо опасными инфекциями, а также иммунизацией от них (согласно списку Международной Организации Здравоохранения - WORLD HEALTH ORGANIZATION);

- наследственными заболеваниями, врожденными аномалиями и пороками (за исключением договоров страхования трудовых мигрантов и тех случаев, когда договор страхования был заключен до момента установления факта наличия данных заболеваний, аномалий или пороков);

- туберкулезом, саркоидозом и муковисцидозом независимо от клинической формы и стадии процесса; системными заболеваниями соединительной ткани (с момента установления диагноза); - хронической почечной недостаточностью, требующей проведения гемодиализа; циррозом печени; - сахарным диабетом (I и II типа) в стадии декомпенсации;

- профессиональными заболеваниями: хроническими интоксикациями, вызванными воздействиями химических производственных факторов (меланодермия, литейная лихорадка, тифлоновая лихорадка, пневмокониозы), заболеваниями, вызываемыми воздействием физических факторов (электросварка, гипертермия, лазерные излучения, декомпрессионная болезнь);

- воздействием ядерного взрыва, радиации или радиоактивного заражения, острыми и хроническими лучевыми поражениями;

- заболеваниями органов и тканей, требующими их трансплантации;

- лечением и повторными исследованиями после установления диагноза «Инфекции, передающиеся преимущественно половым путем», ВИЧ-инфекцией и ее осложнениями;

- пластической хирургией, косметическим лечением и процедурами, хирургическим изменением пола за исключением случаев, связанных с восстановлением и/или коррекцией после несчастного случая, возникшего в период действия договора страхования;

- лечением бесплодия (мужского и женского), абортами без медицинских показаний; лечением, процедурами, препаратами и средствами, которые способствуют или предотвращают зачатие, а также стерилизацией;

- болезни Застрахованного лица, прямо или косвенно связанной с ВИЧ-инфекцией, СПИДом, как это определено Международной Организацией Здравоохранения (WORLD HEALTH ORGANIZATION) или любым другим аналогичным синдромом.

- все виды косметического массажа, за исключением предписанного врачом как часть лечения.

- иммунизацией (в связи с поездкой за рубеж);

- приобретением Страхователем (Застрахованным лицом) медикаментов и лекарственных препаратов без подтвержденного врачом назначения;

- получением медицинских услуг или приобретением товаров, не являющихся необходимыми для диагностирования или лечения заболевания врачом;

- получением справок (на право управления автотранспортом, на право ношения оружия, посещение бассейна, для выезда за рубеж, для поступления в учебные заведения и т.п.).

5.3. Условиями договора страхования могут быть предусмотрены иные исключения из перечня страховых рисков.

5.4. Страхование трудовых мигрантов осуществляется по программам страхования содержащим в том числе перечень медицинских услуг, обеспечивающих получение застрахованными лицами первичной медико-санитарной помощи и специализированной медицинской помощи в неотложной форме в случаях заболеваний и состояний, входящих согласно шестой статьи 35 Федерального закона от 29 ноября 2010г. №326 ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» в базовую программу обязательного медицинского страхования. По договору страхования трудовых мигрантов предусмотрена оплата Страховщиком расходов на используемые медицинским персоналом при оказании медицинской помощи в неотложной форме в соответствии со стандартами первичной медико-санитарной помощи и специализированной медицинской помощи лекарственные препараты, включенные в утверждаемый Правительством Российской Федерации перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов для медицинского применения и медицинских изделий в соответствии с пунктом 6 ст.4 Федерального закона от 12.04.2010 №61 ФЗ «Об обращении лекарственных средств» и медицинские изделия, включенные в утверждаемый Правительством РФ перечень медицинских изделий, имплантируемых в организм человека при оказании медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в соответствии с частью 2.1. ст. 80 Федерального закона от 21.11.2011 № 323 ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», в том числе оплату лечебного питания в стационаре и донорской крови и ее компонентов.

6. СТРАХОВАЯ СУММА

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

6.2. Страховая сумма на все или на каждое Застрахованное лицо по договору страхования определяется Страховщиком и Страхователем по соглашению сторон исходя из программы страхования, выбранной Страхователем, возраста Застрахованного лица, срока действия договора страхования, среднего или максимального уровня расходов, которые Страхователь может понести при различных заболеваниях при оказании медицинских услуг в рамках выбранной Страхователем программы страхования и иных факторов. Страховая сумма не может быть ниже минимальной страховой суммы, установленной Страховщиком для каждой из программ страхования.

6.3. Страховая сумма может определяться по всей Программе в целом или по совокупности Программ, либо по отдельным заболеваниям (состояниям), отдельным видам медицинской помощи, в том числе медицинским услугам, обеспечению лекарственными средствами или изделиями медицинского назначения или их различной совокупности, по каждому страховому случаю или агрегатно (по всем страховым случаям суммарно).

6.4. Страхователь вправе в период действия договора страхования по согласованию со Страховщиком изменить страховую сумму путем оформления на условиях настоящих Правил дополнительного соглашения.

6.5. Страховая сумма устанавливается в российских рублях. По соглашению сторон в договоре страхования страховая сумма может быть указана в иностранной валюте, эквивалентом которой является соответствующая сумма в рублях (в дальнейшем – «страхование с валютным эквивалентом»).

При этом с целью осуществления контроля за валютным риском Страховщик вправе применять ограничения на величину изменения курса валют, принимаемого Страховщиком в качестве допустимого

для применения страхования с валютным эквивалентом. Применение таких ограничений возможно при его надлежащем закреплении в договоре страхования (полисе), применении увеличенного страхового тарифа, а также использовании иных инструментов, не противоречащих действующему законодательству РФ, позволяющим контролировать валютный риск.

6.6. Страховая сумма, установленная по договору страхования трудовых мигрантов, не может быть менее 100 000,00 (сто тысяч) рублей на каждое застрахованное лицо на период действия договора.

Указанная страховая сумма может устанавливаться в виде уменьшаемой страховой суммы, рассчитываемой как разность страховой суммы на начало срока действия договора страхования и суммы страхового возмещения, осуществляемого Страховщиком в период действия договора страхования по всем произошедшим страховым случаям (агрегатная страховая сумма).

Если агрегатная страховая сумма исчерпана полностью, обязательства страховщика по договору считаются исполненными, договор страхования прекращается.

Страховщик уведомляет Страхователя и застрахованное лицо об уменьшении агрегатной страховой суммы по договору страхования трудовых мигрантов в течение пяти рабочих дней с момента уменьшения размера страховой суммы до размера менее чем 10 000,00 рублей.

7. ФРАНШИЗА

7.1. Франшиза - часть убытков, которая определена договором страхования, не подлежащая возмещению страховщиком страхователю или иному лицу, интерес которого застрахован в соответствии с условиями договора страхования, и устанавливается в виде определенного процента от страховой суммы или в фиксированном размере.

Договором страхования может быть предусмотрена франшиза – условная, безусловная или временная.

При установлении условной франшизы Страховщик не возмещает расходы за ущерб, не превышающий сумму франшизы, но возмещает расходы полностью при превышении размера ущерба этой суммы;

При установлении безусловной (вычитаемой) франшизы во всех случаях возмещается ущерб за вычетом суммы франшизы.

7.2. Договор страхования может также устанавливать временную франшизу, то есть период времени (в днях) - между вступлением договора страхования в силу и началом ответственности Страховщика по организации медицинской помощи и услуг, - в течение которого оплата полученных медицинских услуг находится на собственном удержании Страхователя (Застрахованного лица).

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

8. СТРАХОВАЯ ПРЕМИЯ (СТРАХОВОЙ ВЗНОС) И СТРАХОВОЙ ТАРИФ

8.1. Страховой премией (страховым взносом) является плата за страхование, которую Страхователь обязан внести Страховщику в порядке и сроки установленные договором страхования.

В предусмотренных Договором страхования случаях обязанность по уплате страховой премии может быть возложена на Застрахованное лицо.

8.2. Страховщик при определении размера страховой премии, подлежащей уплате по договору страхования, применяет разработанные им страховые тарифы (тарифные ставки), определяющие ставку страховой премии с единицы страховой суммы в зависимости от программ страхования, возраста Застрахованного лица, результатов предварительного медицинского обследования, срока страхования и иных условий и факторов, влияющих на степень риска наступления страхового случая (Приложение 6.1-6.2).

Размер страховой премии может корректироваться с учетом коэффициентов, устанавливаемых Страховщиком в зависимости от степени риска наступления страхового события (Приложение 6.1-6.2), а также учитывая коэффициенты, указанные в п.8.3 настоящих Правил.

8.3. При существенном изменении условий оказания медицинских услуг в Медицинских учреждениях (применение нового медицинского оборудования, использование новых методов диагностики и лечения и т.п.), связанных с увеличением стоимости оказания медицинских услуг, а также при поступлении от Страхователя заявления о расширении перечня медицинских услуг размер страховой премии может быть изменен по соглашению сторон.

8.4. Размер страховой премии при страховании на срок более одного года:

- в случае страхования на несколько лет общая страховая премия по договору страхования в целом устанавливается как сумма страховых взносов за каждый год;

- в случае страхования на год (несколько лет) и несколько месяцев страховая премия за указанные месяцы определяется как часть страхового взноса за год пропорционально полным месяцам неполного

года, входящего в период страхования.

8.5. При страховании на срок менее одного года страховая премия рассчитывается пропорционально сроку действия договора страхования по месяцам от годового размера страховой премии.

8.6. Страховая премия может быть уплачена Страхователем единовременно или в рассрочку (страховыми взносами), наличными деньгами или безналичным платежом, если иное не предусмотрено в договоре страхования. Порядок и сроки уплаты премии определяются в договоре страхования.

Днем уплаты страховой премии (взноса) считается:

- при наличной оплате – день уплаты страховой премии (взноса) наличными деньгами в кассу Страховщика

- при безналичной оплате – день поступления страховой премии (взноса) на расчетный счет Страховщика.

Если к сроку, установленному в договоре страхования первый или единовременный страховой взнос (страховая премия) не был уплачен или был уплачен не полностью, договор страхования считается не вступившим в силу, а поступившие страховые взносы возвращаются Страхователю, если иное не предусмотрено Договором.

Для договоров страхования с юридическим лицом неуплата очередного страхового взноса (страховой премии) Страхователем в установленный договором страхования срок является для сторон договора страхования выражением воли Страхователя на отказ от договора страхования, если иное не предусмотрено Договором. При этом договор страхования расторгается без какого-либо письменного уведомления Страхователя с 00 часов 00 минут дня, следующего за днем окончания, установленного договором страхования срока уплаты очередного страхового взноса (страховой премии), который не был уплачен полностью или частично. Страховщик не несет ответственности по страховым случаям, произошедшим с момента прекращения договора страхования. В случае оплаты страховой премии после прекращения договора страхования, денежные средства, уплаченные после даты расторжения, возвращаются Страхователю в полном объеме.

Если договором страхования с физическим лицом предусмотрена уплата страховой премии в рассрочку, то договором страхования могут быть определены последствия неуплаты Страхователем в установленные сроки очередного страхового взноса:

- 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.

8.7 . Страховая премия (страховой взнос) устанавливается в российских рублях. По соглашению сторон в договоре страхования страховая премия (страховой взнос) может быть указана в иностранной валюте, эквивалентом которой является соответствующая сумма в рублях.

При страховании с валютным эквивалентом, страховая премия (страховой взнос) уплачивается в рублях по курсу Центрального Банка Российской Федерации, установленному для иностранной валюты на дату уплаты (перечисления).

9. ДОГОВОР СТРАХОВАНИЯ

9.1. Договор страхования заключается на срок не менее одного месяца до одного года. Договор может быть заключен на срок более одного года с расчетом и уплатой страховой премии ежегодно.

Страхователем (застрахованным лицом) предполагаемого срока действия разрешения на работу или патента, но не более одного года.

9.2. Договор страхования заключается на основании устного или письменного заявления Страхователя, которое является неотъемлемой частью договора страхования. Заявление Страхователя должно содержать информацию, необходимую для заключения договора страхования (приложение №1,2). По просьбе Страхователя и с его слов заявление о заключении договора страхования и прилагаемые к нему документы могут быть заполнены Страховщиком. В случае заполнения заявления в письменной форме оно должно быть подписано Страхователем или его уполномоченным представителем.

9.3. Для заключения Договора Страхователь должен представить Страховщику, документы, подтверждающие наличие страхового интереса:

а) сведения о Страхователе:

- фамилию, имя, отчество для физических лиц (полное наименование юридического лица);
- данные документа удостоверяющего личность;

- домашний адрес (адрес местонахождения для юридического лица) и телефон (если имеется);
 - банковские реквизиты (при наличии);
- б) сведения о Застрахованных лицах:
- фамилию, имя, отчество;
 - данные документа удостоверяющего личность;
 - пол;
 - домашний адрес и телефон (если имеется) либо иную информацию, позволяющую связаться с указанным лицом;
 - дату рождения;
 - гражданство (при страховании трудовых мигрантов);
 - условия страхования (предполагаемый перечень медицинских услуг – программа/мы добровольного медицинского страхования и уровень страхового обеспечения);
 - срок (период) страхования;
 - характер производства (по требованию Страховщика);
 - сведения о фактическом состоянии здоровья лиц подлежащих страхованию (по требованию Страховщика);

9.4. Договор страхования заключается в течение пятнадцати их дней после поступления заявления Страхователя.

9.5. При заключении договора страхования Страховщик знакомит Страхователя с условиями страхования и вручает последнему настоящие Правила, что должно быть подтверждено подписью Страхователя.

9.6. При заключении договора страхования Страховщик имеет право проверить достоверность предоставленных Страхователем данных. В случае выявления неполных (недостоверных данных), Страховщик имеет право продлить срок на заключение договора страхования, указанный в п. 9.4 Правил до предоставления Страхователем достоверной информации.

Если недостоверность данных, сообщённых при заключении договора страхования и влияющих на степень риска, будет обнаружена после вступления договора страхования в силу, Страховщик имеет право потребовать признания договора страхования недействительным и применения последствий недействительности сделки.

9.7. Договор страхования вступает в силу с момента подписания и действует до даты указанной в договоре страхования, если иной срок действия не предусмотрен договором страхования.

9.8. Период страхования оговаривается условиями договора страхования. Начало периода страхования устанавливается:

- при уплате страховой премии (первого страхового взноса) наличными деньгами - с 00 часов даты следующей за датой оплаты страховой премии (или первого страхового взноса) в кассу Страховщика;
- при уплате страховой премии (первого страхового взноса) путем безналичного расчета - с 00 часов даты, следующей за датой поступления страховой премии (или первого страхового взноса) на расчетный счет Страховщика.
- с даты, оговоренной в договоре.

9.9. Страховщик при необходимости, по устному запросу Страхователя, выдает Застрахованным лицам страховые полисы (Приложение №2 или Приложение №3).

Бланк полиса для трудовых мигрантов изготавливается на бумаге с водяным знаком и фотополлимерной голограммой с уникальным номером.

9.10. Договор страхования прекращается в случаях, если договором не установлено иное:

- истечения срока действия;
- исполнения Страховщиком обязательств по договору страхования в полном объеме (в размере страховой суммы);
- смерти Страхователя - физического лица или ликвидации Страхователя - юридического лица кроме случаев замены Страхователя в договоре страхования;
- ликвидации (отзыв лицензии) Страховщика в установленном законодательством Российской Федерации порядке;
- в случае неуплаты Страхователем очередного страхового взноса (страховой премии) в установленные договором страхования сроки и размере;
- по требованию (инициативе) Страховщика при нарушении Страхователем обязанностей, предусмотренных п. 12.3. настоящих Правил;
- по инициативе Страхователя (в том числе в случае отзыва согласия на обработку персональных данных Страхователем в соответствии с Федеральным законом от 27 июля 2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных»);
- по соглашению Сторон;
- если возможность наступления страхового случая отпала, и существование страхового риска прекратилось по обстоятельствам иным, чем страховой случай;
- в других случаях, предусмотренных действующим законодательством Российской Федерации.

9.11. В случае отказа Страхователя – физического лица от договора страхования в течение 14 календарных дней со дня его заключения, при отсутствии в данном периоде событий, имеющих признаки страхового случая, премия подлежащая возврату рассчитывается следующим образом:

- если Страхователь отказался от договора страхования в течение 14 календарных дней со дня его заключения и до даты возникновения обязательств Страховщика (начала периода страхования) по заключенному договору страхования, то уплаченная страховая премия подлежит возврату Страховщиком Страхователю в полном объеме.

- если Страхователь отказался от договора страхования в течение 14 календарных дней со дня его заключения, но после даты возникновения обязательств Страховщика по заключенному договору страхования, то Страховщик вправе удержать часть страховой премии пропорционально сроку действия договора страхования, прошедшему с даты начала действия страхования до даты прекращения действия договора добровольного страхования.

При этом Договор страхования считается прекратившим свое действие с даты получения Страховщиком письменного заявления страхователя об отказе от договора страхования или иной даты, установленной по соглашению сторон, но не позднее 14 календарных дней со дня его заключения.

Возврат страховой премии страхователю осуществляется по выбору Страхователя в наличной или безналичной форме, в течение 10 рабочих дней со дня получения письменного заявления Страхователя об отказе от договора страхования.

9.12. При расторжении договора страхования Страховщик производит возврат части оплаченной страховой премии за неиспользованный период договора страхования в соответствии с действующими тарифами и с учетом истекшего суммарного срока страхования, за вычетом расходов Страховщика в соответствии с утвержденной структурой тарифных ставок, за исключением случаев указанных в п. 9.11.

9.13. В случае коллективного страхования при увольнении работника (Застрахованного лица) договор в отношении него расторгается, а вопрос о возврате уплаченной страховой премии решается в зависимости от условий, оговоренных в договоре страхования. Договором страхования может быть предусмотрено:

1. возврат уплаченной Страхователем премии (взносов) не производится;
2. Страховщик возвращает Страхователю часть страховой премии в размере, исчисленном согласно формуле:

$$Pr = \frac{Pi \times n}{N} - \Sigma$$

где:

Pr – возвращаемая часть страховой премии;

Pi – страховая премия на Застрахованное лицо по договору страхования;

n – количество дней, оставшихся до окончания действия договора страхования;

N – срок действия договора страхования, оговоренный при заключении этого договора;

Σ – сумма выплаченного возмещения в отношении Застрахованного лица;

3. Страховщик возвращает Страхователю часть страховой премии в размере, исчисленном согласно формуле:

$$Pr = (1 - F) \frac{Pi \times n}{N} - \Sigma$$

где:

Pr – возвращаемая часть страховой премии;

F – расходы на ведение дела согласно структуры тарифа по программе страхования действующей по договору страхования.

Pi – страховая премия на Застрахованное лицо по договору страхования;

n – количество дней, оставшихся до окончания действия договора страхования;

N – срок действия договора страхования, оговоренный при заключении этого договора;

Σ – сумма выплаченного возмещения в отношении Застрахованного лица;

9.14. Страхователь вправе отказаться от договора страхования в любое время, если к моменту отказа возможность наступления страхового случая не отпала по обстоятельствам иным, чем страховой случай. О намерении досрочно прекратить действие договора страхования Страхователь обязан уведомить Страховщика не позднее 30 календарных дней до даты прекращения.

9.15. Возврат страховой премии не производится в случае смерти Застрахованного лица, если договором не предусмотрено иное.

9.16. Соглашение об изменении или о расторжении договора страхования совершается в той же форме, что и сам договор страхования.

10. ПОСЛЕДСТВИЯ ИЗМЕНЕНИЯ СТЕПЕНИ РИСКА

10.1. В период действия договора страхования Страхователь обязан незамедлительно сообщать Страховщику о ставших ему известными значительных изменениях в обстоятельствах, сообщенных Страховщику при заключении договора страхования, если эти изменения могут существенно повлиять на увеличение страхового риска.

10.2. Страховщик, уведомленный об обстоятельствах, влекущих увеличение страхового риска, вправе потребовать изменения условий договора страхования или уплаты дополнительной страховой премии соразмерно увеличению риска. Если Страхователь возражает против изменения условий договора страхования или доплаты страховой премии, Страховщик вправе потребовать расторжения договора. Страховщик не вправе требовать расторжения договора страхования, если обстоятельства, влекущие увеличение страхового риска, уже отпали.

10.3. Значительными обстоятельствами, изменения в которых влияют на степень риска по настоящим Правилам, признаются:

- выявление у Застрахованного лица заболеваний (состояний) или обстоятельств указанных в п.п. 5.2. настоящих Правил;
- изменения в сведениях (обстоятельствах), сообщенных Страховщику при заключении договора страхования;

В договоре страхования могут предусматриваться иные обстоятельства, которые могут существенно повлиять на увеличение степени страхового риска.

11. СТРАХОВАЯ ВЫПЛАТА

11.1. Страховая выплата осуществляется в соответствии с условиями договора на предоставление медицинских услуг и на основании счета медицинского учреждения за оказание медицинской помощи и услуг путем безналичного перечисления денежных средств на расчетный счет медицинского учреждения (или другому участнику страхования) по их счетам в течение 60 календарных дней после получения счета при условии подписания акта выполненных работ, если иное не установлено договором с медицинской организацией (или другим участником страхования). Страховая выплата может быть осуществлена посредством компенсации Застрахованному лицу его документально подтвержденных затрат по оплате медицинской помощи (медицинских и иных услуг, включенных в программу страхования, приобретение лекарственных средств, изделий медицинского назначения).

11.2. Оплата стоимости услуг, оказанных Медицинскими учреждениями, производится исходя из фактических затрат на оказание медицинской помощи и медицинских услуг по ценам, согласованным между Страховщиком и Медицинским учреждением.

Договором с Медицинскими учреждениями об оказании медицинских услуг Застрахованным лицам может быть предусмотрена предоплата оказания медицинских услуг в счет будущих страховых выплат с последующим расчетом по фактически оказанным услугам.

11.3. Страховщик принимает к оплате (для компенсации) счета или иные документы, подтверждающие факт оказания Застрахованным лицам медицинских услуг, в случае если они предоставлены:

- Медицинскими учреждениями, предусмотренными договором страхования;
- Страхователем (Застрахованным лицом) по медицинским услугам, оказанным Застрахованным лицам в Медицинских учреждениях, с письменного согласия Страховщика.

11.4. Страховщик возмещает Застрахованным лицам их личные средства, израсходованные на приобретение лекарственных препаратов и изделий медицинского назначения (если таковая организована Страховщиком или согласована со Страховщиком), при предъявлении Застрахованными лицами оригинальных документов, подтверждающих факт приобретения лекарственных препаратов для лечения заболевания по назначению лечащего врача в период стационарного лечения по жизненным показаниям в связи с экстренной необходимостью, предусмотренных программой страхования в пределах страховой суммы:

- оригинал кассового чека с квитанцией к приходному кассовому ордеру или копии бланка строгой отчетности, приравненного к кассовому чеку,
- оплаченный счет с указанием медицинской организации, перечня оказанных услуг и их стоимости,
- выписной эпикриз.

Страховщик вправе сократить вышеизложенный перечень документов.

Страховщик после проверки и анализа, полученных в соответствие с вышеуказанным порядком, документов в течение 30 календарных дней принимает решение о страховой выплате (компенсации) приобретенных Застрахованным лицом медицинских препаратов и производит оплату либо предоставляет письменный отказ Застрахованному лицу. Решение о страховой выплате (компенсации) оформляется Актом о страховом случае.

При необходимости проверки обстоятельств страхового случая и представленных документов Страховщик имеет право отсрочить принятие решения о страховой выплате на дополнительный срок до 60 календарных дней.

11.5. Если Застрахованному лицу оказаны медицинские услуги, не предусмотренные программой страхования или не согласованные со Страховщиком, Страховщик оплату таких услуг не производит и обязанность по их оплате Медицинскому учреждению лежит на Страхователе (Застрахованном лице). Если Страховщик ошибочно оплатит указанные услуги Медицинскому учреждению, Страхователь обязан возместить указанную сумму (вернуть выплату) Страховщику в срок не позднее 10 календарных дней с момента извещения Страхователя о неправомерности получения указанной выплаты.

11.6. Страховщик имеет право отказать в страховой выплате в случаях, предусмотренных настоящими Правилами, а также при предоставлении Страхователем или Застрахованным лицом документов содержащих заведомо ложную информацию, умышленного сокрытия информации, имеющей существенное значение для суждения о страховом событии и других случаях предусмотренных настоящими Правилами.

Решение об отказе в страховой выплате принимается Страховщиком и сообщается Страхователю в письменной форме с мотивированным обоснованием причин отказа в течение 3-х рабочих дней с момента принятия решения об отказе в страховой выплате. В этом случае оплата медицинских услуг производится Страхователем (Застрахованным лицом) за счет своих средств.

11.7. Не оплачивается Страховщиком стоимость трансплантатов, имплантов, а также расходы на приобретение медицинского оборудования, изделий медицинского назначения и предметов по уходу за больными при любых заболеваниях, если это не предусмотрено договором.

11.8. Не оплачиваются Страховщиком расходы, возникшие по окончании срока действия договора страхования, за исключением расходов, связанных с госпитализацией Застрахованного лица, начавшейся в течение срока действия договора страхования, до момента устранения угрозы жизни Застрахованного лица.

11.9. Страховщик не оплачивает часть стоимости лечения (оказанных Застрахованному лицу медицинских услуг), которая превышает страховую сумму, установленную договором страхования.

11.10. В случае несогласия Страхователя (Застрахованного лица) с решением Страховщика по страховому событию и при наличии финансовых требований к Страховщику в размере, не превышающем 500 000,00 руб., Страхователь (Застрахованное лицо) имеет право обратиться к Финансовому уполномоченному. Предварительно Страхователь (Застрахованное лицо) должен направить Страховщику заявление в письменной или электронной форме.

11.10.1. Страховщик рассматривает заявление Страхователя (Застрахованного лица) и направляет ему мотивированный ответ об удовлетворении, частичном удовлетворении или отказе в удовлетворении предъявленного требования:

1) в течение пятнадцати рабочих дней со дня получения заявления Страхователя (Застрахованного лица) в случае, если указанное заявление направлено в электронной форме по стандартной форме, которая утверждена Советом Службы Финансового уполномоченного, и если со дня нарушения прав Страхователя (Застрахованного лица) прошло не более ста восьмидесяти дней;

2) в течение тридцати дней со дня получения заявления Страхователя (Застрахованного лица) в иных случаях.

11.10.2. Ответ на заявление Страхователя (Застрахованного лица), направляется по адресу электронной почты Страхователя (Застрахованного лица), а при его отсутствии по почтовому адресу.

11.10.3. После получения ответа от Страховщика, по истечении соответствующих сроков рассмотрения Страховщиком заявления, Страхователь (Застрахованное лицо) вправе направить обращение Финансовому уполномоченному.

12. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

12.1. Застрахованное лицо имеет право:

- на получение медицинских услуг в соответствии с условиями, указанными в договоре страхования, в Медицинских учреждениях, перечень которых определен в договоре страхования или иных медицинских учреждениях по согласованию со Страховщиком;

- сообщать Страховщику о случаях неоказания медицинских услуг, неполного или некачественного оказания таких услуг;

- принять на себя обязанности Страхователя, в случае ликвидации Страхователя - юридического лица или смерти Страхователя - физического лица;

- на получение дубликата страхового полиса, медицинской карты в случае утраты;

- запросить информацию о размере вознаграждения, выплачиваемого страховому агенту или страховому брокеру.

12.2. Застрахованное лицо обязано:

- соблюдать предписания лечащего врача и распорядок, установленный Медицинским учреждением;
- заботиться о сохранности страховых документов (полисов, медицинских карточек), при утрате указанных документов – незамедлительно уведомить об этом страховщика, не передавать страховой полис другим лицам с целью получения ими медицинских услуг;
- предоставить Страховщику право полного доступа к любой медицинской информации от любого медицинского и других учреждений по поводу своего состояния здоровья в прошлом, настоящем и будущем;
- незамедлительно информировать Страховщика об известных ему следующих предстоящих и наступивших событиях:
 - любое стационарное лечение;
 - любое хирургическое лечение;
 - беременность;
 - лечение и/или обследование в лечебном учреждении, не указанном в договоре страхования;
 - выявлении заболевания, не входящего в перечень страховых рисков по договору страхования;
- выполнять иные обязанности, предусмотренные настоящими Правилами и договором страхования.

12.3. Страхователь обязан:

- предоставить Страховщику достоверную информацию, необходимую для заключения договора страхования;
- уплачивать страховые взносы в размере и в сроки, установленные в договоре страхования;
- в случае досрочного прекращения договора страхования возратить Страховщику страховые полисы (медицинские карточки), действие которых прекращается с момента прекращения договора страхования;
- в случае не предоставления медицинских услуг предусмотренных договором страхования немедленно поставить в известность об этом Страховщика. При отсутствии у Страхователя возможности сообщить об этом Страховщику, информировать Страховщика может любое уполномоченное Страхователем лицо;
- при коллективном страховании получать от застрахованных лиц и по первому требованию предоставить страховщику или его представителю письменное согласие Застрахованного лица на обработку персональных данных Застрахованного лица и состоянии его здоровья в медицинские учреждения или иные учреждения с целью исполнения обязательств Страховщика по Договору;
- незамедлительно письменно информировать Страховщика об увольнении застрахованных работников;
- выполнять иные обязанности, предусмотренные настоящими Правилами и договором страхования.

12.4. Страхователь имеет право:

- требовать от Страховщика соблюдения условий договора страхования;
- при коллективном страховании внести изменения в список Застрахованных лиц;
- по соглашению со Страховщиком расширить перечень (объем) медицинских услуг в пределах, предусмотренных настоящими Правилами и утвержденными программами страхования, путем подписания дополнительных соглашений к договору страхования с соответствующим перерасчетом страховой премии;
- в случае увольнения Застрахованного работника, Страхователь – юридическое лицо вправе заменить его другим с согласия самого Застрахованного лица и Страховщика. Оформление замены Застрахованного на другое лицо производится в письменном виде на основании документа, свидетельствующего о согласии Застрахованного лица на замену, путем внесения необходимых изменений в договор страхования и соответствующие приложения к нему.
- требовать предоставления Застрахованным лицам в Медицинских учреждениях медицинских услуг, определенных в договоре страхования, в соответствии с условиями страхования и программой страхования;
- досрочно расторгнуть договор страхования;
- запросить информацию о размере вознаграждения, выплачиваемого страховому агенту или страховому брокеру.

12.5. Страховщик обязан:

- обеспечить конфиденциальность в отношениях со Страхователем (Застрахованным лицом) в соответствии с действующим законодательством РФ об охране здоровья граждан (в том числе соблюдение врачебной тайны);
- не разглашать сведения о Страхователе и его имущественном положении, если это не вступит в противоречие с законодательными актами РФ.
- ознакомить Страхователя с настоящими Правилами;
- организовать оказание медицинских услуг Застрахованным лицам, а именно:
 - заключать с Медицинскими учреждениями договоры на оказание медицинских услуг;

- при невозможности провести обследование или лечение заболеваний в Медицинских учреждениях, указанных в договоре страхования, организовать предоставление медицинской помощи в других Медицинских учреждениях соответствующего профиля, оставляя за собой право самостоятельного выбора Медицинского учреждения с письменным уведомлением Страхователя (Застрахованного) об изменениях в списке Медицинских учреждений.

- обеспечивать контроль качества медицинского обслуживания Застрахованных лиц в соответствии с условиями договора на оказание медицинских услуг.

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

- использовать для предоставления информации Страхователю согласованные со Страхователем способы взаимодействия.

- после получения информации о наступлении события, имеющего признаки страхового случая, по запросу Страхователя, проинформировать:

- обо всех предусмотренных договором и (или) настоящими Правилами страхования необходимых действиях, которые Страхователь должен предпринять, и обо всех документах, представление которых обязательно для рассмотрения вопроса о признании события страховым случаем и определения размера страховой выплаты, а также сроков проведения указанных действий и представления документов;

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

12.6. Страховщик имеет право:

- требовать от Страхователя (Застрахованного лица) предоставления достоверной информации, необходимой для заключения договора страхования;

- проверять сообщенную Страхователем (Застрахованным лицом) информацию;

- установить лимит на оплату медицинских услуг по договору страхования в зависимости от программы страхования;

- свободно выбирать медицинские учреждения для оказания медицинской помощи и услуг по договорам страхования;

- досрочно расторгнуть договор страхования при несоблюдении Застрахованным лицом или Страхователем своих обязанностей по договору страхования;

- по взаимному соглашению сторон, на основании выданной Страхователем или Застрахованным лицом доверенности, представлять самостоятельно или назначать лиц для представления в суде интересов Страхователя или Застрахованного лица, соответственно, по спорам, связанным с причинением вреда здоровью Медицинскими учреждениями, предусмотренными договором страхования;

- на ознакомление с медицинской документацией Застрахованного лица, 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, оплатой оказанных Застрахованному лицу услуг, защитой прав Застрахованного лица;

- обрабатывать персональные данные на период действия договора страхования в соответствии с Федеральным законом от 27 июля 2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных».

12.7. Для получения медицинских услуг Застрахованное лицо обращается непосредственно в Медицинское учреждение, указанное в договоре страхования или к Страховщику.

Медицинские услуги оказываются Застрахованному лицу на основании предъявленного им паспорта или иного документа, удостоверяющего его личность, страхового полиса.

При обращении Застрахованного лица по поводу получения лекарственных средств в аптеку, указанную в договоре страхования, он предъявляет рецепт, установленной формы подписанный врачом медицинского учреждения, с которым Страховщик состоит в договорных отношениях.

Данные об оказанных медицинских или иных услугах заносятся в медицинскую карту, включая дату обращения, наименование услуги (код), стоимость.

12.8. При утрате в период действия договора страхования Застрахованным лицом полиса и/или медицинской карты он должен незамедлительно известить об этом Страховщика. Для получения медицинских услуг в соответствии с Договором страхования, взамен утраченных документов Страхователю (Застрахованному) выдаются новые.

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

12.9. Страховщик организует и осуществляет в рамках договора страхования контроль качества, объемов и сроков оказания медицинских услуг силами штатных врачей-экспертов, а также с привлечением

внештатных врачей-экспертов на договорной основе. Страховщик определяет соответствие выставленных Медицинскими учреждениями к оплате счетов за оказанные Застрахованным услуги их фактическому объему и качеству, с правом частично или полностью не возмещать затраты по оказанию медицинских услуг в случаях невыполнения соответствующих требований договора страхования. По итогам проверок оформляется «Акт экспертного контроля»;

Страховщик предъявляет претензии и иски Медицинским учреждениям по возмещению ущерба, причиненного Застрахованному лицу;

При необходимости Страховщик заключает договоры на выполнение медицинской экспертизы качества с компетентными организациями и специалистами. Основаниями для назначения медицинской экспертизы являются:

- жалобы Застрахованных лиц или Страхователей на качество оказания услуг;
- неблагоприятный исход заболевания Застрахованного лица, прямо связанный с недостатками в оказании медицинских услуг по программе страхования или включение в счет услуг, не входящих в программу;
- наличие многочисленных дефектов в оказании медицинских услуг;
- несоответствие проведенного лечения диагнозу заболевания, повлиявшие на срок лечения (согласно действующих медицинских стандартов);

Страховщик ведет учет всех предъявленных претензий, результатов их анализа и экспертного контроля.

12.10. Решение об отказе в оплате медицинских или иных услуг принимается экспертной комиссией Страховщика на основании заключения Медицинского учреждения и врача-эксперта Страховщика. В случае несогласия Медицинского учреждения с решением экспертной комиссии, отказ Страховщика в оплате медицинских и иных услуг может быть обжалован в порядке, предусмотренном действующим законодательством РФ.

13. ПОРЯДОК РАЗРЕШЕНИЯ СПОРОВ

13.1. Все споры по договору страхования между Страхователем и Страховщиком рассматриваются в претензионном порядке, а при недостижении согласия по претензиям - в Арбитражном суде Ульяновской области, Заволжском районном суде г. Ульяновска.

13.2. Срок рассмотрения претензий предъявленных в досудебном порядке – 30 календарных дней с момента получения претензии.

13.3. В случае возникновения претензий со стороны Застрахованного лица претензия, предъявляемая Страховщику должна отражать позицию Страхователя (содержать документы) по данному вопросу.

Программа «АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ»

Страховые случаи:

В рамках программы «Амбулаторно-поликлиническая помощь» страховым случаем является обращение к лечащему врачу за медицинской помощью при любых заболеваниях, не включенных в список случаев, не признаваемых страховыми в соответствии с п. 5.2 Правил страхования.

Цель программы - организация и финансирование квалифицированной амбулаторно-поликлинической помощи застрахованным лицам на основе предоставления им медицинских и сервисных услуг в комфортных условиях.

1. Общие условия реализации программы:

Запись на прием к лечащему врачу осуществляется в регистратуре поликлиники или по телефону.

Консультативно - диагностические и лечебные услуги проводятся, по назначению лечащего врача по предварительной записи в согласованное с Застрахованным лицом время.

2. Услуги, предусмотренные программой и условия их реализации:

Лечащий врач обеспечивает полный цикл медицинского наблюдения Застрахованного - комплекс профилактических и лечебно – диагностических мероприятий. В соответствии с рекомендациями лечащего врача может проводиться комплексное обследование Застрахованного по индивидуальной программе с применением современных методик на базе поликлиник и дневных стационаров, состоящих в договорных отношениях со Страховщиком. Оказывается консультативная помощь квалифицированными врачами различного профиля, в том числе ведущими специалистами лечебных учреждений. При наличии показаний, исследования технически выполнимые в домашних условиях, могут быть проведены непосредственно на дому у Застрахованного лица.

3. Проведение комплекса лечебных и профилактических мероприятий.

На основании рекомендаций лечащего врача осуществляется:
необходимый комплекс амбулаторного лечения.
лечение в условиях стационара дневного пребывания.

4. Застрахованное по настоящей программе лицо обязано:

Предоставлять лечащему врачу достоверную информацию о состоянии своего здоровья.

Исполнять предписания своего врача и согласовывать с ним все планируемые самостоятельные действия, касающиеся своего здоровья, диагностики и лечения имеющихся заболеваний.

Предупреждать врача (регистратора) о невозможности прийти на обследование и консультации, если время приема было согласованно заранее.

5. В рамках Программы «Амбулаторно-поликлиническая помощь» Застрахованным лицам могут быть предложены следующие комплексы:

5.1. Комплекс «Деловая женщина - путь к успеху»

Услуги, предусмотренные комплексом:

Консультация гинеколога (осмотр, обследование, забор анализов).

Консультация врача гинеколога-эндокринолога

Консультация врача иммунолога.

Консультация врача маммолога (по показаниям).

УЗИ (брюшная полость, малый таз, щитовидная железа).

Маммография (по показаниям и старше 40 лет в обязательном порядке).

Рентгенография органов грудной клетки (флюорография).

ЭКГ.

УЗДГ сосудов головного мозга (при менопаузе)

Лабораторные исследования:

- Клинические анализы (кровь, моча, кал и др.)

- Биохимические исследования (кровь и др.)

- Исследование на гормоны

- Иммунограмма

- Цитология и гистология

Заключение и рекомендации консультанта по результатам осмотра и обследования, план лечения.

5.2. Комплекс «Мужское здоровье»

Услуги, предусмотренные комплексом:

Консультация врача уролога-андролога (мануальное обследование, забор урологических анализов).

Консультация врача-иммунолога.

Консультация врача отоларинголога (инструментальное исследование ЛОР-органов).

УЗИ предстательной железы и органов мошонки.

Рентгенография органов грудной клетки (флюорография).

Лабораторные исследования:

- Клинические анализы (кровь, моча, кал и др.)
- Биохимические исследования (кровь и др.)
- Исследование на гормоны
- Иммунограмма
- Цитология и гистология

Заключение и рекомендации консультанта по результатам осмотра и обследования, план лечения.

5.3. Комплекс «Твой внутренний мир»

Услуги, предусмотренные комплексом:

Консультация врача гастроэнтеролога (диетолога).

Консультация врача кардиолога.

УЗИ (брюшная полость, почки, щитовидная железа).

Фиброгастроскопия (по показаниям).

Рентгенография органов грудной клетки (флюорография).

ЭКГ.

УЗДГ (сосуды головы, шеи и нижних конечностей).

Эхокардиография.

Лабораторные исследования:

- Клинические анализы (кровь, моча, кал и др.)
- Биохимические исследования (кровь и др.)
- Исследование на гормоны

5.4. Комплекс «Антистресс»

Услуги, предусмотренные комплексом:

Консультация врача-психотерапевта.

Корректирующие сеансы.

Физиотерапевтические процедуры:

- хвойные радоновые ванны
- релаксирующий массаж
- спелеотерапия
- электросон

Иглорефлексотерапия.

СПА- капсула.

Заключение и рекомендации консультанта по результатам осмотра и обследования, план лечения.

Приложение № 5.2
к Правилам добровольного
медицинского страхования

Программа «СТАЦИОНАРНАЯ ПОМОЩЬ»

Страховые случаи:

В рамках программы «Стационарная помощь» страховым случаем является обращение Застрахованного в лечебно-профилактические учреждения за медицинской помощью при любых заболеваниях, не включенных в список случаев (заболеваний) не признаваемых страховыми в соответствии с п. 5.2 Правил страхования.

Цель программы - оказание квалифицированной стационарной медицинской помощи Застрахованным лицам на основе предоставления дополнительных услуг и обеспечения комфортных условий пребывания сверх программы обязательного медицинского страхования.

Услуги, предусмотренные программой, и условия их реализации:

1. Госпитализация Застрахованного в стационарное отделение лечебного учреждения соответствующего профиля:

При наличии показаний к госпитализации, определяемых лечащим врачом страховая компания организует госпитализацию Застрахованного в отделение соответствующее профилю патологии и степени тяжести состояния пациента.

В случае плановой госпитализации Застрахованному предоставляется право выбора лечебного учреждения, имеющего соответствующий профиль госпитальных отделений из числа включенных в список лечебных учреждений с которыми Страховщик состоит в договорных отношениях.

2. Предоставление квалифицированной стационарной медицинской помощи:

На протяжении всего периода стационарного лечения, Застрахованный пациент находится под наблюдением врача-консультанта (эксперта) страховой компании, представляющего интересы пациента в процессе получения им медицинской помощи.

При наличии показаний к выполнению дополнительных методов диагностики, невыполнимых в условиях стационара, Застрахованному организуется их проведение в других лечебных учреждениях.

3. Предоставление комфортных условий пребывания:

При плановой госпитализации Застрахованному предоставляется одно-, двухместная палата повышенной комфортности с удобствами (при наличии в отделении). Данное условие не распространяется на палаты реанимации и интенсивной терапии.

При экстренной госпитализации в общую палату страховая компания организует перевод Застрахованного в палату повышенной комфортности в первоочередном порядке.

По показаниям в палате организуется индивидуальный сестринский пост для оказания Застрахованному пациенту услуг по уходу и выполнения назначенных врачом процедур (за дополнительную плату).

Для Застрахованных, госпитализированных в стационар, устанавливается индивидуальный график посещения родственниками с доступом в палату, если это не нарушает требований санитарно-противоэпидемического режима.

Приложение № 5.3
к Правилам добровольного
медицинского страхования

Программа «ЭКСТРЕННАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ»

Страховые случаи:

В рамках программы «Экстренная медицинская помощь» страховым случаем является обращение Застрахованного за экстренной медицинской помощью (вызов скорой медицинской помощи - СМП) при возникновении острых и обострении хронических заболеваний, травмах и отравлениях:

Программа предусматривает предоставление Застрахованным лицам следующих видов медицинской помощи:

- Выезд бригады СМП;

Проведение диагностических и лечебных мероприятий на дому;

Транспортировка в стационар.

В программу экстренной медицинской помощи не входит:

Оказание медицинских услуг в связи с лечением следующих заболеваний (с момента постановки диагноза):

заболеваний, по которым Застрахованный проходил курс лечения до начала срока страхования;

хронических заболеваний и их обострений, не влекущих угрозы для жизни Застрахованного;

онкологических заболеваний (злокачественных новообразований, в т.ч. кроветворной и лимфатической тканей, доброкачественных новообразований злокачественного течения) и их осложнений;

венерических заболеваний, ВИЧ-инфекции и их осложнений;

психических заболеваний, органических психических расстройств (включая симптоматические), расстройств поведения, настроения, личности, невротических и соматоформных расстройств;

туберкулеза;

алкоголизма, наркомании, токсикомании и их осложнений;

острой и хронической лучевой болезни.

Оказание медицинских услуг, связанных с протекающей беременностью при сроках свыше 8 недель, прерыванием беременности, по не обоснованным медицинскими показаниями, вне зависимости от срока беременности.

Программа «СТОМАТОЛОГИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ»

Страховые случаи:

В рамках программы «Стоматологическая помощь» страховым случаем является обращение за стоматологической помощью по поводу: кариеса, заболеваний пародонта и периодонта болезней пульпы, травмы (в т.ч. ожога, отморожения) челюстно-лицевой области.

Цель программы - оказание Застрахованным высококвалифицированной стоматологической помощи с использованием новейших медицинских технологий и материалов в течение срока действия Договора страхования.

1. По настоящей программе Страховщик организует и оплачивает предоставление Застрахованному медицинских услуг в специализированных стоматологических медицинских учреждениях и стоматологических отделениях поликлиник, стационаров.

2. Объем предоставляемых услуг.

По настоящей программе Страховщик организует и оплачивает в перечисленных выше случаях, следующие стоматологические услуги (диагностические и лечебные), включая:

- консультации (первичный осмотр) – стоматолога-терапевта, хирурга, пародонтолога и ортодонта для составления сметы и объема лечения;

- терапевтическое лечение кариеса, периодонтита, заболеваний пульпы с применением свето и химиоотверждаемых материалов (композитов);

хирургическое лечение, в том числе:

- лечение воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области;
- лечение повреждений челюстно-лицевой области;
- лечение заболеваний слюнных желез;
- лечение заболеваний нервов челюстно-лицевой области;
- удаление зубов;

хирургические методы лечения болезней тканей пародонта;

лечение доброкачественных новообразований челюстно-лицевой области;

- местную анестезию и наркоз;
- рентгенологические исследования и компьютерная визиография
- физиотерапевтическое лечение;
- лечебно- профилактические стоматологические мероприятия

- подготовку к протезированию и восстановление коронки зуба, в том числе с помощью штифтов

3. Исключения из Программы добровольного медицинского страхования «Стоматологическая помощь»

- косметическое восстановление зуба;
- замена старых пломб с косметической целью;
- герметизация фиссур;
- хирургическое лечение пародонтоза (лоскутные операции);
- все виды зубопротезирования;
- имплантация зубов.

4. Порядок оказания услуг

После заключения Договора страхования Застрахованный по своему выбору прикрепляется на медицинское обслуживание в лечебное учреждение, с которым состоит в договорных отношениях Страховщик;

Услуги оказываются в режиме работы медицинского учреждения, при наличии полиса добровольного медицинского страхования и (при необходимости) документа, удостоверяющего личность, по предварительной записи в удобное для Застрахованного время по графику лечащего врача;

5. Застрахованное по настоящей программе лицо обязано:

предоставить лечащему врачу полную достоверную информацию о состоянии своего здоровья;

- исполнять предписания врача и согласовывать с ним все планируемые самостоятельные действия, касающиеся своего здоровья, диагностики и лечения имеющихся заболеваний;

- предупреждать врача (регистратора) о невозможности прийти на прием, обследования и консультации, если время приема было согласовано заранее.

Приложение № 5.5
к Правилам добровольного
медицинского страхования

Программа «РЕАБИЛИТАЦИЯ»

Страховые случаи:

В рамках программы «Реабилитация» страховым случаем является обращение Застрахованного за получением реабилитационно-восстановительной помощи после перенесенного заболевания, травм, отравлений, несчастных случаев и т.п.

Цель программы - оказание квалифицированной медицинской помощи, направленной на восстановление здоровья, медицинскую реабилитацию Застрахованного лица на основе предоставления ему разнообразных медицинских и сервисных услуг в более полном объеме и комфортных условиях, чем предусмотрено Программой государственных гарантий.

Данная программа является дополнительной к основным программам страхования.

1. Объем предоставляемых услуг:

1.1. Приёмы, консультации специалистов по восстановительным видам лечения и реабилитации.

1.2. Оказание медицинской помощи:

В соответствии с назначением лечащего врача, а также по результатам консультаций специалистов по восстановительным видам лечения и реабилитации (физиотерапевт, врач-ЛФК, иглорефлексотерапевт, мануальный терапевт, специалистов по «нетрадиционным» видам лечения), отраженных в амбулаторной карте пациента (Застрахованного) или в направлении:

проводится комплекс необходимого обследования Застрахованного лица с использованием современных методик на базе диагностических центров, других специализированных лечебных учреждений города;

оказывается комплекс лечебно-реабилитационных мероприятий с применением разнообразных методов (бальнеофизиотерапия, ЛФК, массаж, мануальная терапия, игло- рефлексотерапия, гомеопатия, оздоровительное плавание, лазеротерапия, другие методы, в т.ч. нетрадиционные);

проводится реабилитационное (санаторно-курортное) лечение в профильных лечебных учреждениях с оформлением всей необходимой для этого медицинской документации.

2. Общие условия реализации программы:

Запись на консультации, диагностические обследования, лечебные и оздоровительные процедуры осуществляется в регистратуре лечебных учреждений, по направлению лечащего врача или через регистратуру поликлиники для прикрепленных к этому лечебному учреждению.

Прием пациентов осуществляется строго в указанное время, длительность ожидания у кабинета - не более 15 минут.

Срок ожидания проведения необходимых диагностических обследований, консультаций или лечебных процедур - не более трех рабочих дней.

3. В программу не входят острые патологические состояния.

4. Застрахованное по настоящей программе лицо обязано:

обращаться в регистратуру медицинских учреждений за консультативно-диагностической и лечебной помощью по данной программе только при наличии рекомендаций или направления от лечащего врача;

предупреждать врача (регистратора) о невозможности прийти на обследования и консультации, если время приема было согласовано заранее.

Приложение № 5.6
к Правилам добровольного
медицинского страхования

Программа «НАБЛЮДЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ»

Страховые случаи:

В рамках программы «Наблюдение беременности» страховым случаем является обращение за медицинской помощью в случае наступления беременности.

Цель программы – обеспечение постоянного контроля за состоянием здоровья беременных женщин, застрахованных по договорам добровольного медицинского страхования (ДМС), оказания им квалифицированной амбулаторно-поликлинической помощи на базе женских консультаций в объемах и при сервисном обеспечении, превышающих рамки программы обязательного медицинского страхования.

1. Общие условия реализации программы:

Прикрепление к лечащему врачу осуществляется Страховщиком с учетом желания Застрахованной. Лечащий врач назначается из числа квалифицированных специалистов (имеющих первую и высшую квалификационную категорию).

Оказание медицинской помощи и организация профилактических мероприятий производится на базе женских консультаций и других лечебных учреждений.

Первичная запись на прием к врачу осуществляется в согласованное по телефону с ответственным врачом время.

Консультативно-диагностические и лечебные услуги осуществляются по назначению ответственного врача гинеколога по предварительной записи в согласованное с Застрахованным время.

Прием пациентов осуществляется строго в указанное время, длительность ожидания у кабинета не более 15 минут.

2. Услуги, предусмотренные программой, и условия их реализации:

Оказание консультативно-диагностической, лечебной и профилактической помощи Застрахованным в объеме, предусмотренном для поликлинического акушера-гинеколога.

Осуществление диспансерного наблюдения за состоянием здоровья Застрахованных.

Организация консультаций специалистов различного медицинского профиля и диагностических услуг на базе лечебно-профилактических учреждений (по направлению ответственного врача гинеколога).

Оказание помощи в госпитализации Застрахованных в дневных стационарах.

В стоимость программы не входят: оплата пребывания Застрахованных в стационаре, как в течение беременности, так и во время родов.

3. Застрахованное по настоящей программе лицо обязано:

Предоставить лечащему врачу гинекологу полную и достоверную информацию о состоянии своего здоровья.

Исполнять предписания своего врача и согласовывать с ним все планируемые действия, касающиеся своего здоровья, диагностики и лечения имеющихся заболеваний.

Предупреждать врача о невозможности прийти на обследование или консультацию, если время приема было согласовано заранее.

Приложение № 5.7
к Правилам добровольного
медицинского страхования

Программа «РОДОВСПОМОЖЕНИЕ»

Страховые случаи:

В рамках программы «Родовспоможение» страховым случаем является обращение за медицинской помощью с целью родоразрешения при сроке беременности 36 недель.

Застрахованным обеспечивается организация и оплата следующих медицинских услуг:

1.1. Физиологические роды

Консультативный прием в специализированном медицинском учреждении при сроке беременности 36 недель, включая ультразвуковое исследование, кардиомониторное исследование внутриутробного состояния плода, лабораторные исследования по медицинским показаниям.

Стационарное обслуживание в специализированном медицинском учреждении с момента начала родовых схваток, а также при экстренной госпитализации, связанной с преждевременным излитием околоплодных вод и кровяных выделений, включая:

родовспоможение в соответствии с медицинскими показаниями. Ведение родов обеспечивается медицинской бригадой, в которую входит акушер-гинеколог, анестезиолог (при необходимости проведения анестезии), неонатолог, акушерка. По совместному желанию родителей и при отсутствии медицинских противопоказаний возможно присутствие супруга при родах. Сервисные условия пребывания Застрахованной в медицинском учреждении определяются Договором страхования.

послеродовое наблюдение матери и ребенка в течение срока, определенного медицинскими показаниями.

При возникновении у Застрахованной гнойно-септических осложнений со стороны органов малого таза в течение 28 календарных дней после родов проводится:

консультация акушера-гинеколога,

дополнительные исследования или госпитализация (по медицинским показаниям) в гинекологическое отделение специализированного медицинского учреждения.

1.2. Родовспоможение (Кесарево сечение)

Обеспечивается организация и оплата следующих медицинских услуг:

Родовспоможение, при наличии показаний к плановой операции кесарева сечения, включая услуги службы скорой помощи Застрахованным

Консультативный прием в специализированном медицинском учреждении при сроке беременности 36 недель, включая ультразвуковое исследование, кардиомониторное исследование внутриутробного состояния плода, лабораторные исследования по медицинским показаниям.

Стационарное обслуживание в специализированном медицинском учреждении включая:

госпитализацию в отделение патологии беременных не ранее 7 календарных дней до планируемого оперативного родоразрешения,

оперативное родоразрешение в соответствии с медицинскими показаниями. Ведение оперативных родов обеспечивается медицинской бригадой, в которую входят акушеры-гинекологи, анестезиолог, неонатолог, акушерка. Сервисные условия пребывания застрахованной в медицинском учреждении определяются договором страхования.

послеродовое наблюдение матери и ребенка в течение срока, определенного медицинскими показаниями.

При возникновении у Застрахованной гнойно-септических осложнений со стороны органов малого таза в течение 28 календарных дней после родов проводится:

консультация акушера-гинеколога,

дополнительные исследования или госпитализация (по медицинским показаниям) в гинекологическое отделение специализированного медицинского учреждения.

1.3. Родовспоможение, при наличии показаний к плановой операции кесарева сечения

Застрахованным обеспечивается организация и оплата следующих медицинских услуг:

Консультативный прием в специализированном медицинском учреждении при сроке беременности 36 недель, включая ультразвуковое исследование, кардиомониторное исследование внутриутробного состояния плода, лабораторные исследования по медицинским показаниям.

Стационарное обслуживание в специализированном медицинском учреждении включая:
госпитализацию в отделение патологии беременных не ранее 7 календарных дней до планируемого оперативного родоразрешения,
оперативное родоразрешение в соответствии с медицинскими показаниями. Ведение оперативных родов обеспечивается медицинской бригадой, в которую входят акушеры-гинекологи, анестезиолог, неонатолог, акушерка. Сервисные условия пребывания застрахованной в медицинском учреждении определяются договором страхования.
послеродовое наблюдение матери и ребенка в течение срока, определенного медицинскими показаниями.

При возникновении у застрахованной гнойно-септических осложнений со стороны органов малого таза в течение 28 календарных дней после родов проводится:
консультация акушера-гинеколога,
дополнительные исследования или госпитализация (по медицинским показаниям) в гинекологическое отделение специализированного медицинского учреждения.

Приложение № 5.8
к Правилам добровольного
медицинского страхования

Программа «НАБЛЮДЕНИЕ ДЕТЕЙ ДО 1 ГОДА»

Страховые случаи:

В рамках программы «Наблюдение детей до 1 года» страховым случаем является обращение за медицинской помощью детей до 1 года.

Цель программы – обеспечение постоянного контроля за состоянием здоровья детей до 1 года, застрахованных по договорам добровольного медицинского страхования, оказания им квалифицированной амбулаторно-поликлинической помощи на базе детского лечебного учреждения в объемах, превышающих рамки программы обязательного медицинского страхования.

1. Общие условия:

Прикрепление к лечащему врачу осуществляется Страховщиком с учетом желания Страхователя. Лечащий врач назначается из числа квалифицированных специалистов (имеющих первую и высшую квалификационную категорию, ученую степень).

Оказание медицинской помощи и организация профилактических мероприятий производится на базе детских лечебных учреждений и на дому.

2. Услуги, предусмотренные программой, и условия их реализации:

Постоянное медицинское наблюдение Застрахованного врачом-педиатром, который обеспечивает полный цикл медицинского наблюдения Застрахованного - комплекс профилактических, лечебно-диагностических мероприятий.

Плановое медицинское наблюдение проводится в течение рабочего дня поликлиники и на дому в согласованное по телефону с лечащим врачом время.

Контроль за состоянием здоровья проводится путем личного посещения.

- Прием пациентов осуществляется строго в указанное время, длительность ожидания у кабинета не более 15 минут.

В стоимость программы не входит оплата пребывания Застрахованных в стационаре. Вышеуказанная услуга оказывается в рамках другой программы добровольного медицинского страхования.

3. Застрахованное по настоящей программе лицо обязано:

Предоставлять лечащему врачу-педиатру полную и достоверную информацию о состоянии Застрахованного здоровья.

Исполнять предписания своего врача и согласовывать с ним все планируемые действия, касающиеся здоровья Застрахованного, диагностики и лечения имеющихся заболеваний.

Предупреждать врача о невозможности прийти на обследование или консультацию, если время приема было согласовано заранее.

Приложение № 5.9
к Правилам добровольного
медицинского страхования

Программа «ДМС-Авто»

Страховые случаи:

В рамках программы «ДМС-Авто» страховым случаем является однократная в течение периода действия договора страхования экстренная госпитализация Застрахованного лица с места дорожно-транспортного происшествия (ДТП)* в медицинское учреждение вследствие полученной Застрахованным лицом травмы в результате ДТП, при условии, что во время ДТП Застрахованное лицо находилось в легковом автомобиле (категории В), указанном в договоре страхования.

*Дорожно-транспортное происшествие (ДТП) - Событие, возникшее в процессе эксплуатации ТС, при котором погибли или ранены люди, либо повреждены ТС, сооружения, грузы, либо причинен иной материальный ущерб.

По программе «ДМС-АВТО» предусмотрены две подпрограммы для страхования только водителя в ТС (полис «ДМС-АВТО Персональный») и водителя с указанным числом пассажиров ТС (полис «ДМС-АВТО Семейный»).

В зависимости от величины страховой суммы по полису предусмотрены покрытия «Есопот», «Standart», «VIP».

Оказание первой (неотложной) медицинской помощи на месте ДТП и транспортировка Застрахованного в медицинское учреждение осуществляется бригадой скорой медицинской помощи «03».

Цель программы - оказание специализированной медицинской помощи Застрахованным лицам на базе медицинских учреждений из числа предусмотренных договором страхования при наличии медицинских показаний к экстренной госпитализации в стационар с предоставлением дополнительных услуг и обеспечением комфортных условий пребывания сверх программы обязательного медицинского страхования. Территорией страхового покрытия являются Ульяновская область, г. Москва, г. Красноярск.

По программе возможна одна госпитализация на срок до 15 календарных дней. Детей в возрасте до трех лет размещают в стационаре с мамой или одним из родственников.

Услуги, предусмотренные программой страхования, и условия их реализации:

Если, при наличии показаний к госпитализации, определяемых лечащим врачом общей практики (скорой медицинской помощи «03»), Застрахованное лицо доставлено бригадой скорой медицинской помощи «03» в медицинское учреждение, которое не входит в список предусмотренных договором страхования, то Страховщик в течение двух суток (в специализированные отделения - в течение трех суток) организует транспортировку Застрахованного лица в соответствующее медицинское учреждение при отсутствии медицинских противопоказаний к транспортированию.

Страховщик организует госпитализацию Застрахованного лица в отделение соответствующее профилю патологии и степени тяжести состояния пациента.

Лечение и наблюдение в стационаре за Застрахованным лицом осуществляется квалифицированными специалистами.

На протяжении всего периода лечения контролирует и представляет интересы Застрахованного лица в процессе получения им медицинской помощи врач-эксперт Страховщика.

При наличии показаний к выполнению дополнительных методов диагностики, невыполнимых в условиях данного стационара, для оказания таких услуг Застрахованному организуется их проведение другими медицинскими учреждениями.

При экстренной госпитализации Застрахованному предоставляется одно-, двухместная палата повышенной комфортности с удобствами (при наличии их в отделении).

При госпитализации в общую палату Страховщик организует перевод Застрахованного лица в палату повышенной комфортности в первоочередном порядке.

При отсутствии в медицинском учреждении лекарственных препаратов из числа жизненно необходимых для оказания полноценной медицинской помощи Застрахованному лицу Страховщик возмещает стоимость их приобретения медицинскому учреждению или, если Застрахованное лицо (его представитель) самостоятельно приобрело препарат, непосредственно Застрахованному лицу при предоставлении им чеков (товарных и кассовых) и выписного эпикриза по окончании срока лечения в стационаре. Дорогостоящие препараты, не входящие в список жизненно необходимых лекарственных средств, оплачиваются за счет Застрахованного лица, и Страховщиком не возмещается их стоимость.

Застрахованное по настоящей программе лицо обязано:

- Быть пристёгнутым ремнём безопасности на момент ДТП,
- Перевозить детей до 12 лет, застрахованных по настоящей программе в детском кресле либо с использованием специализированного крепления,
- Предоставлять лечащему врачу полную достоверную информацию о состоянии своего здоровья.
- Исполнять предписания врача и согласовывать с ним все планируемые самостоятельные действия, касающиеся своего здоровья.

Приложение № 5.10
к Правилам добровольного
медицинского страхования

Программа «Комплексная медицинская помощь»

Страховые случаи:

В рамках программы «Комплексная медицинская помощь» страховым случаем является обращение в лечебно-профилактические учреждения застрахованным лицам по медицинским показаниям при остром заболевании (состоянии), обострении хронического заболевания, травме (в том числе ожоге, отморожении) и отравлении.

Территория действия настоящей программы определяется Договором страхования.

Экстренная медицинская помощь оказывается застрахованному лицу по медицинским показаниям при состояниях, требующих оказания неотложной медицинской помощи для устранения угрозы жизни и/или снятия острой боли.

По программе предусмотрены покрытия «ЭКОНОМ», «СТАНДАРТ», «ВИП» исходя из перечня лечебных учреждений, в которых предусмотрено оказание медицинских услуг по договору страхования.¹

Покрытие «ВИП» предусматривает оказание услуг во всех лечебно-профилактических учреждениях, с которыми заключен договор у Страховщика в пределах территории действия договора страхования.

Покрытие «СТАНДАРТ» предусматривает оказание услуг в лечебно-профилактических учреждениях со средним по региону действия договора страхования ценовым диапазоном на оказываемые медицинские услуги.

Покрытие «ЭКОНОМ» предусматривает оказание услуг в государственных лечебно-профилактических учреждениях, либо в частных лечебно-профилактических учреждениях с аналогичным уровнем цен.

В рамках программы предусмотрены комплексы медицинских услуг:

1. «АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ - К»

Объем предоставляемых услуг:

1.1. Консультативная помощь:

1.1.1 Первичные, повторные, консультативные приемы врачей-специалистов по: гинекологии, аллергологии и иммунологии, анестезиологии и реаниматологии, гастроэнтерологии, дерматовенерологии, инфекционным болезням, кардиологии, колопроктологии, мануальной терапии, неврологии, нейрохирургии, нефрологии, общей врачебной практике (семейной медицине), оториноларингологии, офтальмологии, паразитологии, пульмонологии, ревматологии, рефлексотерапии, терапии, травматологии, урологии, физиотерапии, функциональной диагностике, хирургии, эндокринологии.

1.1.2. До установления диагноза из перечня заболеваний и состояний, лечение которых не может быть оплачено Страховщиком, - первичные, повторные, консультативные приемы врачей-специалистов по: гематологии, психиатрии, онкологии, токсикологии, фтизиатрии.

1.2. Лечебные амбулаторные манипуляции:

- Лечебные манипуляции врачей-специалистов и среднего медицинского персонала (в соответствии с объемами указанными в п.5.)

1.3. Оформление медицинской документации:

1.3.1. Экспертиза временной нетрудоспособности с оформлением листков нетрудоспособности и справок, за исключением случаев указанных в п. 5.2.34

1.4. Диагностические лабораторные и инструментальные исследования:

- Лабораторные: клинические, биохимические, иммунологические и аллергологические, гормональные, серологические, бактериологические, микологические, цитологические, гистологические, ПЦР-диагностика. (в соответствии с объемами указанными в п.5.)

¹ Список лечебных учреждений указывается в договоре страхования

- Инструментальные: рентгенологические, эндоскопические, ультразвуковые, функциональная диагностика, исследования на компьютерном томографе, исследования на магнитно-резонансном томографе, радиоизотопные, оптическая когерентная томография. (в соответствии с объемами указанными в п.5.)

1.5. Физиотерапевтическое лечение:

- Физиотерапия (лазеро-, электро-, свето- и теплотечение, ультразвуковая терапия, УФО-терапия, магнитотерапия, ингаляции)*; (в соответствии с объемами указанными в п.5.)

- ЛФК;

- Классический лечебный массаж; (в соответствии с объемами указанными в п.5.)

- Классическая иглорефлексотерапия, (в соответствии с объемами указанными в п.5.)

- Мануальная терапия. (в соответствии с объемами указанными в п.5.)

1.6. Вакцинация от гриппа по эпидемическим показаниям (в эпидемиологически опасный период)

2. «СТАЦИОНАРНАЯ ПОМОЩЬ - К» (только по направлению Страховщика и в соответствии с объемами указанными в п.5.)

2.1. Пребывание в стационаре, питание, уход медицинского персонала, медикаментозное обеспечение, предоставляемое стационаром;

2.2. Первичные, повторные, консультативные приемы врачей-специалистов;

2.3. Лечебные манипуляции врачей-специалистов и среднего медицинского персонала;

2.4. Оперативное и консервативное лечение;

2.5. Лабораторные и инструментальные диагностические исследования;

2.6. Анестезиологические пособия;

2.7. Реанимационные мероприятия;

2.8. Физиотерапия и восстановительное лечение по назначению врача, в случаях, когда эти процедуры необходимы для лечения заболевания, послужившего причиной госпитализации;

2.9. Экспертиза нетрудоспособности с оформлением листков временной нетрудоспособности и справок, за исключением случаев указанных в п. 5.2.34

2.10. Оформление медицинской документации, предусмотренной действующим законодательством.

3. «ЭКСТРЕННАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ - К»

В рамках медицинского комплекса услуг «Экстренная медицинская помощь» страховым случаем является обращение Застрахованного за экстренной медицинской помощью (вызов скорой медицинской помощи - СМП) при возникновении острых и обострении хронических заболеваний, травме (в том числе ожоге, отморожении) и отравлении.

Предусматривается предоставление Застрахованным лицам следующих видов медицинской помощи:

- Выезд бригады СМП;

- Проведение диагностических и лечебных мероприятий на дому;

- Транспортировка в стационар.

4. «СТОМАТОЛОГИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ - К» (в соответствии с объемами указанными в п.5.)

4.1. Терапевтическая стоматология:

а. Приемы, консультации врачей-специалистов по стоматологии: терапевтической и хирургической, включая услуги по пародонтологии;

- b. Лечебные манипуляции врачей-специалистов и среднего медицинского персонала;
- 4.2. Терапевтическое лечение с применением химио - и светоотверждаемых композитных материалов;
- 4.3. Хирургическая стоматология;
консультация стоматолога-хирурга;
удаление зубов в лечебных целях по медицинским показаниям;
разрезы при периоститах, периодонтитах, вскрытие абсцессов, иссечение слизистого «капюшона».
- 4.4. Радиовизиография, дентальные рентгеновские снимки, ортопантомограмма;
- 4.5. Местная анестезия (инфильтрационная, аппликационная, проводниковая);
- 4.6. Снятие зубных отложений при лечении острых состояний тканей пародонта;
- 4.7. Фторирование, глубокое фторирование зубов при гиперестезии;
- 4.8. Физиотерапевтическое лечение;
- 4.9. Пломбировка каналов с использованием гуттаперчевых штифтов и термофилов;
- 4.10. Восстановление коронковой части зуба с помощью пломбировочного материала при ее разрушении не более чем на 50% без применения анкерных штифтов;
- 4.11. При разрушении коронковой части зуба более, чем на 50% - эндодонтическое лечение;
- 4.12. Консервативное лечение острых и обострений хронических воспалительных заболеваний тканей пародонта I-II степени;
- 4.13. Лечение заболеваний слизистой оболочки полости рта и языка;
- 4.14. Зубопротезирование и подготовка к нему (без имплантации зубов, применения драгоценных металлов и металлокерамики), когда необходимость в протезировании возникла в результате травмы, произошедшей в течение срока действия договора
5. Объемы медицинской помощи предусмотренные программой «Комплексная медицинская помощь»²:

Иммунологические и аллергологические исследования	Кроме расширенного исследования аллергологического и иммунологического статуса, AST-, NAST-диагностики.
иммунологические, гормональные анализы	1 раз в течение периода действия договора
ПЦР диагностика	1 раза в течение периода действия договора, не более 5 возбудителей.
Онкомаркеры	1 раз в течение периода действия договора (не более 3-х показателей)
Гормональные	Кроме половых гормонов: тестостерона, прогестерона, эстрадиола, эстриола.
Радиоизотопные исследования	В объеме сцинтиграфии
Физиотерапия и восстановительное лечение:	
Классический лечебный массаж	1 курс (суммарно не более 10 сеансов, не более одной массажной области) в течение периода действия Договора
ЛФК	1 курс (суммарно не более 10 сеансов) в течение периода действия Договора
Физиотерапевтическое лечение	3 вида лечебного воздействия по 1 курсу каждого вида (суммарно не более 30 процедур) в течение периода действия договора.

² - указанные объемы медицинской помощи могут быть изменены по согласованию сторон договора страхования, с последующим изменением страхового тарифа.

- 6.2.1. Медицинские услуги, не назначенные врачом;
- 6.2.2. Генетические исследования, включая ДНК-диагностику;
- 6.2.3. Диагностика и лечение мужского и женского бесплодия, импотенции; вопросы планирования семьи (включая вопросы контрацепции), введение и удаление (без медицинских показаний) ВМС;
- 6.2.4. Медицинские услуги, связанные с беременностью за исключением оказания неотложной помощи при угрожающих жизни состояниях до установления диагноза развивающейся беременности, прерывание беременности без медицинских показаний, родовспоможение;
- 6.2.5. Диагностика, лечение, процедуры, пластические операции, проводимые с эстетической или косметической целью или с целью улучшения психологического состояния Застрахованного, включая лечение заболеваний волос, удаление кондилом, мозолей, бородавок, папиллом, контагиозных моллюсков, невузов;
- 6.2.6. Диагностика и лечение ринхопатии, лечение апноэ во сне;
- 6.2.7. Хирургическое изменение пола;
- 6.2.8. Склеротерапия вен;
- 6.2.9. Коррекция веса;
- 6.2.10. Диагностические и лечебные мероприятия, связанные с контактной коррекцией зрения (линзы), лазерной коррекцией зрения, аппаратные методы лечения в офтальмологии, периферическая лазерокоагуляция сетчатки (за исключением случаев, когда диагностирован разрыв сетчатки, отслоение сетчатки, очаговая дистрофия сетчатки);
- 6.2.11. Аппаратная диагностика в офтальмологии: HRT (ретиальная томография), пахиметрия, визокон-трастопериметрия, цветное фотографирование глазного дна;
- 6.2.12. Трансплантология;
- 6.2.13. Протезы и эндопротезы, импланты, включая искусственные хрусталики, металлоконструкции, наборы для остеосинтеза и фиксации, стабилизирующие системы и т.п. за исключением случаев, когда необходимость использования возникла в экстренных случаях в течение 24 часов после травмы полученной застрахованным лицом;
- 6.2.14. Кардиостимуляторы, стенты, баллоны, проводники и пр. для проведения ангиопластики и стентирования, кроме операций, за исключением случаев, когда необходимость использования возникла в экстренных случаях в течение 24 часов после обращения в стационарное лечебное учреждение;
- 6.2.15. Экстракорпоральные методы лечения, (плазмаферез, гемосорбция, ЛОК, УФО-крови и пр.), за исключением случаев, когда они проводятся в экстренных случаях по жизненным показаниям;
- 6.2.16. Робот-ассистированные операции;
- 6.2.17. Традиционная диагностика: мануальная, акупунктурная, термпунктурная, электропунктурная в том числе по методу Фоля, пульсовая, аурикулодиагностика, иридодиагностика; энергоинформатика и пр.;
- 6.2.18. Традиционная терапия: биорезонансная терапия, водолечение, гомеопатия, фитотерапия, гирудотерапия, апитерапия, другие методы лечения средствами природного происхождения, рефлексотерапия (за исключением классической иглорефлексотерапии);
- 6.2.19. Колоногидротерапия, баротерапия, гипокситерапия, ударно-волновая терапия, криотерапия, крио-сауна, спакапсула;
- 6.2.20. Традиционные системы оздоровления;
- 6.2.21. Лечение, являющееся по характеру экспериментальным или исследовательским;
- 6.2.22. Восстановительное аппаратное лечение нарушений двигательной функции костно-мышечной системы аппаратами типа Lokomat, Biodex, Con-Trex, TERGUMED Artromot, "Theravital и т.п.
- 6.2.23. Лечение некариозных поражений зубов;
- 6.2.24. Зубопротезирование и подготовка к нему (за исключением случаев, предусмотренных Программой), включая перелечивание корневых каналов, удаление кист, удаление и депульпирование зубов и пр. подготовительные работы;
- 6.2.25. Замена старых пломб без медицинских показаний;
- 6.2.26. Восстановление разрушенной более чем на 50% коронки зуба;
- 6.2.27. Восстановление разрушенной коронки зуба с использованием анкерных штифтов;
- 6.2.28. Имплантация зубов;
- 6.2.29. Услуги, оказываемые в профилактических и косметических целях: герметизация фиссур, покрытие фторсодержащими препаратами, химическое, лазерное и другое отбеливание зубов, реставрация зубных рядов, косметическое восстановление зубов;
- 6.2.30. Ортодонтические виды лечения;
- 6.2.31. Удаление ретинированных и дистопированных зубов;
- 6.2.32. Шинирование зубов при заболеваниях тканей пародонта;
- 6.2.33. Лечение пародонтоза, хирургическое лечение заболеваний тканей пародонта, в том числе открытый кюретаж;

6.2.34. Медицинское обследование, проводимое с целью оформления справок для получения водительских прав, разрешения на ношение оружия, для посещения бассейна, занятий спортом, для пансионатов, домов отдыха, для санаторно-курортного лечения, для реабилитационно-восстановительного лечения, для трудоустройства, оформления выезда за рубеж;

6.2.35. Оформление посылного листа для МСЭ в амбулаторно-поликлинических учреждениях;

6.2.36. Выдача оригиналов и копий амбулаторных карт, оформление выписок из них за исключением случаев, предусмотренных законодательством;

6.2.37. Профилактические и оздоровительные мероприятия; иммунопрофилактика, кроме противостолбнячной, антирабической вакцинации;

6.2.38. Приемы, консультации и манипуляции врачей-специалистов и среднего медицинского персонала по: восстановительной медицине, генетике, гериатрии, диабетологии, косметологии (терапевтической), косметологии (хирургической), ортодонтии, применению методов традиционной медицины, профпатологии, психиатрии-наркологии, психотерапии, радиологии, сексологии, стоматологии ортопедической, сурдологии-оториноларингологии, за исключением случаев предусмотренных Программой;

6.2.39. Приемы: логопеда, психолога, фониатра;

6.2.40. Любые медицинские услуги, не предусмотренные настоящей Программой.

Приложение № 6.1
к Правилам добровольного
медицинского страхования

**Базовые тарифы по программам добровольного медицинского страхования
(кроме «ДМС-Авто»)**

Таблица 1

№ п/п	Программы страхования	Брутто- ставка T_b (в % от страховой суммы)
3.1.	«Амбулаторно-поликлиническая помощь»	0,41
3.2.	«Стационарная помощь»	0,54
3.3.	«Экстренная медицинская помощь»	0,01
3.4.	«Стоматологическая помощь»	0,22
3.5.	«Реабилитация»	2,50
3.6.	«Наблюдение беременности»	13,41
3.7.	«Родовспоможение»	14,29
3.8.	«Наблюдение детей до 1 года»	14,29

**Система поправочных коэффициентов
к базовым тарифам по программам страхования (кроме «ДМС-Авто»).**

Таблица 2

<i>Факторы, влияющие на степень страхового риска</i>	<i>Понижающие по- правочные коэф- фициенты</i>	<i>Повышающие поправочные ко- эффициенты</i>
По программам страхования ДМС кроме «ДМС-Авто»		
Пол и возраст застрахованного лица	от 0,3 до 1,00	от 1,00 до 3,00
Состояние здоровья застрахованного лица	от 0,3 до 1,00	от 1,00 до 3,00
Профессиональная деятельность застрахованного лица	от 0,3 до 1,00	от 1,00 до 3,00
Зона страхового покрытия	-	от 1,00 до 10,00
Иные факторы, имеющие существенное значение для определения степени страхового риска, в том числе изменение объема оказываемых услуг, численность застрахованных лиц, перечень медицинских учреждений, включенных в договор страхования *	от 0,01 до 1,00	от 1,00 до 10,00

*Помимо представленных в таблице могут также существовать факторы повышенной опасности или специальные риски, присущие отдельным категориям страхователей. Коэффициенты по таким случаям вычисляются индивидуально андеррайтером страховой компании путем нахождения вероятности страхового случая по данным рискам. Андеррайтер может применять поправочные коэффициенты.

Приложение № 6.2
к Правилам добровольного
медицинского страхования

Базовые тарифы по программе «ДМС-Авто»

Таблица 3

Полис «ДМС-АВТО Персональный»	Страховая сумма (руб.)	Базовый тариф	Страховая премия (руб.)
“VIP”	500 000	0,710	3 550,00
“Standart”	250 000	0,710	1 775,00
“Econom”	100 000	0,710	710,00
Полис «ДМС-АВТО Семейный»	Страховая сумма (руб.)	Базовый тариф, %	Страховая премия (руб.)
«ДМС-АВТО Семейный» для водителя и 1-ого пассажира			
“VIP”	1 000 000	0,630	6 300,00
“Standart”	500 000	0,630	3 150,00
“Econom”	200 000	0,630	1 260,00
«ДМС-АВТО Семейный» для водителя и 2-ух пассажиров			
“VIP”	1 500 000	0,590	8 850,00
“Standart”	750 000	0,590	4 425,00
“Econom”	300 000	0,590	1 770,00
«ДМС-АВТО Семейный» для водителя и 3-х пассажиров**			
“VIP”	2 000 000	0,520	10 400,00
“Standart”	1 000 000	0,520	5 200,00
“Econom”	400 000	0,520	2 080,00

**Если условиями договора страхования предусмотрено большее число застрахованных лиц, то к базовому тарифу по программе «ДМС-Авто Семейный» (см. Таблицу 3) применяется поправочный коэффициент, устанавливаемый андеррайтером исходя из анализа имеющихся у него статических данных.

Система поправочных коэффициентов к базовым тарифам
по программе страхования «ДМС-Авто».

Таблица 4

Факторы, влияющие на степень страхового риска	Понижающие поправочные коэффициенты	Повышающие поправочные коэффициенты
По программе страхования «ДМС-Авто»		
Вид ТС		
ТС отечественного производства	-	1,5
ТС иностранного производства до 300 т.р. включительно	-	1,3
ТС иностранного производства от 300 т.р. до 1,2 млн.р. вкл.	-	1,2
ТС иностранного производства от 1,2 млн.р.	1,0	1,0
Наименьший стаж вождения водителя		
с 0 до 2 лет	-	1,1
с 3 до 10 лет	1,0	1,0
с 11 до 15 лет	0,9	-
с 16 до 20 лет	0,7	-
с 21 и более	0,6	-
Наличие элементов пассивной безопасности по застрахованным местам в салоне ТС		
ДМС-Авто Персональный		
Без защитных средств	-	9,9
Ремень безопасности	-	1,4
Ремень безопасности + подушка безопасности	1,0	1,0
ДМС-Авто Семейный		

Без защитных средств	-	2,2
Только ремни безопасности (по каждому застрахованному месту)	-	1,2
Ремни + 2 подушки безопасности	-	1,1
Ремни + 4 подушки безопасности и более	1,0	1,0
Иные факторы, имеющие существенное значение для определения степени страхового риска*	от 0,01 до 1,00	от 1,00 до 10,00

*Помимо представленных в таблице могут также существовать факторы повышенной опасности или специальные риски, присущие отдельным категориям страхователей. Коэффициенты по таким случаям вычисляются индивидуально андеррайтером страховой компании путем нахождения вероятности страхового случая по данным рискам. Андеррайтер может применять поправочные коэффициенты.

Приложение № 6.3
к Правилам добровольного
медицинского страхования

Базовые тарифы по программе «Комплексная медицинская помощь»

Таблица 5

№ п/п	Комплекс медицинских услуг	Брутто-ставка T_6 (в % от страховой суммы)
5.1	«Амбулаторно-поликлиническая помощь – К»	0,15%
5.2	«Стационарная помощь - К»	0,24%
5.3	«Стоматологическая помощь - К»	0,45%
5.4	«Экстренная помощь - К»	0,02%

Таблица 6

Система поправочных коэффициентов к базовым тарифам
по программе страхования «Комплексная медицинская помощь».

№	Факторы риска	Минимальный коэффициент	Максимальный коэффициент
1	Зона страхового покрытия	1,00	10,0
2	Перечень медицинских учреждений, включенных в договор страхования	1,00	10,0
3	Численность застрахованных лиц	0,5	1,5
4	Статистика убытков за предыдущие периоды страхования	0,1	5,0
5	Изменение объема оказываемых услуг	0,1	10,0
6	Иные обстоятельства, влияющие на степень риска	0,1	10,0

Таблица 7

Таблица коэффициентов, изменяющая базовый тариф в зависимости от зоны страхового покрытия и категории медицинских учреждений

Наименование	Зона страхового покрытия	Категория медицинских учреждений		
		ЭКОНОМ	СТАНДАРТ	VIP
K_1	МОСКВА	3,41	5,17	10,82
	УЛЬЯ-НОВСК	1,00	1,25	2,00
	Другие города	3,14	4,33	8,00

Таблица 8

Таблица коэффициентов, изменяющая базовый тариф в зависимости от численности Застрахованных лиц

Количество застрахованных	K_3
1-10	1,3
11-25	1,2
26-50	1,0
51-100	0,9
от 101 и выше	0,8

Таблица 9

Поправочный коэффициент в зависимости от величины изменения индекса потребительских цен на медицинские услуги:

Расчет поправочного коэффициента в зависимости от величины изменения индекса потребительских цен производится по формуле:

$$K_t = K_{t-1} \cdot (1 + \tau_k)$$

где k - прошедшее количество лет, начиная с года расчета экономического обоснования тарифа и заканчивая t годом.

τ_k - индекс потребительских цен на медицинские услуги начиная с года расчета экономического обоснования тарифа до $t - 1$ года

Помимо представленных могут также существовать факторы повышенной опасности или специальные риски, присущие отдельным категориям страхователей. Коэффициенты по таким случаям вычисляются индивидуально андеррайтером страховой компании путем нахождения вероятности страхового случая по данным рискам. Андеррайтер может применять поправочные коэффициенты к базовому тарифу.