

ОБЩЕСТВО С ОГРАНИЧЕННОЙ ОТВЕТСТВЕННОСТЬЮ
«СТРАХОВАЯ КОМПАНИЯ «АРСЕНАЛЬ»

УТВЕРЖДАЮ
Генеральный директор
ООО «СТРАХОВАЯ КОМПАНИЯ «АРСЕНАЛЬ»

_____ А.П. Сандимиров

утверждено Приказом от 15.10.2019 № 268-10/19
Правила подлежат применению с 01.11.2019



ПРАВИЛА
ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ (ДМС)
от 23.05.2014, в редакции от 15.10.2019

1. Общие положения
2. Объект страхования
3. Страховой риск. Страховые случаи
4. Страховая сумма
5. Страховая премия
6. Срок действия договора страхования
7. Порядок заключения и прекращения договора страхования
8. Права и обязанности сторон
9. Порядок организации медицинских услуг
10. Страховая выплата. Отказ в страховой выплате
11. Порядок разрешения споров

МОСКВА

1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

1.1. В соответствии с действующим законодательством и Гражданским кодексом Российской Федерации, Законом Российской Федерации «Об организации страхового дела в Российской Федерации», нормативными документами в области страхования и на основании настоящих Правил добровольного медицинского страхования (ДМС) (далее по тексту - Правила) Страховщик заключает с юридическими лицами или дееспособными физическими лицами (далее - Страхователи) договоры добровольного медицинского страхования, по условиям которых гарантируется организация и финансирование медицинских и иных услуг определенного перечня и качества в объеме Программы добровольного медицинского страхования и приложений к ней, разрабатываемых Страховщиком и являющихся неотъемлемой частью договора страхования.

1.2. Страховщик – Общество с ограниченной ответственностью «СТРАХОВАЯ КОМПАНИЯ «АРСЕНАЛЪ», осуществляющее страховую деятельность в соответствии с выданной органом страхового надзора лицензией.

1.3. Страхователи – юридические или дееспособные физические лица, заключившее со Страховщиком договор добровольного медицинского страхования.

1.4. В объем страховой ответственности по договору добровольного медицинского страхования не включаются обязательства по обязательному медицинскому страхованию.

1.5. Добровольное медицинское страхование проводится в индивидуальной и коллективной форме.

1.6. Застрахованное лицо (далее – Застрахованный) – названное в договоре страхования физическое лицо, в пользу которого Страхователем заключен договор страхования. В случае если договор страхования заключен Страхователем — физическим лицом в свою пользу, на него распространяются права и обязанности Застрахованного.

Застрахованным, если иное не предусмотрено договором страхования, может быть лицо в любом возрасте.

1.7. Основные термины и определения, используемые в настоящих Правилах:

программа добровольного медицинского страхования (Программа страхования) – перечень видов медицинских услуг оказываемых при наступлении страхового случая, которые могут быть оплачены Страховщиком, с указанием общей страховой суммы (лимитов ответственности) и/или отдельных страховых сумм по каждому виду рисков (медицинской помощи), иных оказываемых услуг. В Программе добровольного медицинского страхования может указываться также перечень медицинских учреждений, где Застрахованный может получить медицинские услуги.

договор на предоставление лечебно-профилактической помощи (медицинских услуг) - соглашение, по которому медицинское учреждение обязуется предоставлять застрахованным медицинскую помощь определенного объема и качества, предусмотренного программой добровольного медицинского страхования, в конкретные сроки и в рамках программы добровольного медицинского страхования.

медицинские учреждения – организации (лечебно-профилактические и стационарные учреждения, научно-исследовательские и медицинские институты, реабилитационно-восстановительные и санаторно-курортные учреждения и др.) и физические лица, осуществляющие медицинскую деятельность на территории Российской Федерации и за ее пределами, имеющие лицензию на право осуществления медицинской деятельности.

амбулаторное лечение - организация медицинской помощи в рамках программы добровольного медицинского страхования приходящим в медицинское учреждение Застрахованным пациентам.

стационарное лечение - организация круглосуточной медицинской помощи и ухода за больными пациентами, помещенными в специально оборудованное медицинское учреждение.

медицинские услуги - медицинское вмешательство или комплекс медицинских вмешательств, направленных на профилактику, диагностику и лечение заболеваний, медицинскую реабилитацию и имеющих самостоятельное законченное значение.

медицинское вмешательство - выполняемые медицинским работником по отношению к пациенту, затрагивающие физическое или психическое состояние человека и имеющие профилактическую, исследовательскую, диагностическую, лечебную, реабилитационную направленность виды медицинских обследований и /или медицинских манипуляций.

профилактика - комплекс мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннее выявление, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания.

диагностика - комплекс медицинских вмешательств, направленных на распознавание состояний

или установление факта наличия либо отсутствия заболеваний, осуществляемых посредством сбора и анализа жалоб пациента, данных его анамнеза и осмотра, проведения лабораторных, инструментальных и иных исследований в целях определения диагноза, выбора мероприятий по лечению пациента и (или) контроля за осуществлением этих мероприятий.

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

лечение - комплекс медицинских вмешательств, выполняемых по назначению медицинского работника, целью которых является устранение или облегчение проявлений заболевания или заболеваний либо состояний пациента, восстановление или улучшение его здоровья, трудоспособности и качества жизни.

лечащий врач - врач, на которого возложены функции по организации и непосредственному оказанию пациенту медицинской помощи в период наблюдения за ним и его лечения.

выжидательный период - промежуток времени, по истечении которого свершившееся событие, предусмотренное договором страхования, может быть рассмотрено в качестве страхового случая.

1.8. На страхование не принимаются, если иное не оговорено договором страхования:

1.8.1. лица, имеющие на момент заключения договора страхования следующее заболевание и (или) связанные с ним осложнения:

а) туберкулез, онкологические заболевания;

б) болезни, вызванные вирусом иммунодефицита человека, ВИЧ-носительство;

в) психические расстройства и расстройства поведения, в том числе связанные с употреблением психоактивных веществ;

г) злокачественные новообразования, в том числе заболевания крови.

1.8.2. лица, находящиеся на момент заключения договора страхования на стационарном лечении.

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

1.9. Условия, содержащиеся в настоящих Правилах и не включенные в текст договора страхования (страхового полиса), обязательны для Страхователя (Застрахованного), если в договоре (полисе) страхования прямо указывается на применение таких Правил и сами Правила изложены в одном документе с договором (полисом) страхования или на его оборотной стороне либо приложены к нему. В последнем случае вручение Правил страхователю при заключении договора (полиса) страхования должно быть удостоверено записью в договоре (полисе) страхования.

1.10. Страховщик не вправе разглашать полученные им в результате своей профессиональной деятельности сведения о Страхователе и его имущественном положении.

1.11. При заключении договора страхования стороны могут договориться об изменении или неприменении отдельных положений настоящих Правил, а также о дополнении договора страхования положениями, отличными от тех, которые изложены в настоящих Правилах, если такие изменения и дополнения не противоречат действующему законодательству. Положения договоров страхования имеют преимущественную силу над положениями настоящих Правил.

1.12. В рамках настоящих Правил Страховщик осуществляет добровольное страхование, относящееся согласно принятой в законодательстве классификации к виду страхования - медицинское страхование.

2. ОБЪЕКТ СТРАХОВАНИЯ

2.1. Объектом страхования являются имущественные интересы, связанные с оплатой организации и оказания медицинской 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 (медицинское страхование).

2.2. По договору страхования Страхователь (Застрахованный) в объеме и на условиях Программы добровольного медицинского страхования и приложений к ней (Приложение 2 к настоящим Правилам), выбранных Страхователем имеет право на получение медицинских и иных услуг в медицинских учреждениях (организациях) и у частнопрактикующих медицинских работников, имеющих соответствующую лицензию, а также в сервисных организациях, перечисленных в страховом договоре (страховом полисе) или в приложении к нему. Медицинские и иные услуги оказываются медицинскими организациями по Программе страхования.

Страховщик несет ответственность за номенклатуру, качество, сервис и условия предоставления медицинских и иных услуг, оказанных по выбранной Страхователем (Застрахованным) Программе

добровольного медицинского страхования и приложениям к ней, только в этих учреждениях и не несет ответственности при оказании медицинской помощи вне этих учреждений.

2.3. Территорией страхования является территория Российской Федерации, если в договоре страхования не указано иное.

3. СТРАХОВОЙ РИСК. СТРАХОВЫЕ СЛУЧАИ

3.1. Страховым риском является предполагаемое событие, обладающее признаками вероятности и случайности его наступления, на случай реализации (наступления) которого проводится страхование.

3.2. Страховым случаем является событие, свершившееся в период действия Договора страхования, с наступлением которого возникает обязанность Страховщика осуществить оплату медицинских и иных услуг, соответствующего качества, номенклатуры, сервиса и условий их предоставления, предусмотренных выбранной Страхователем (Застрахованным) Программой добровольного медицинского страхования и приложениями к ней, в медицинской организации из числа организаций, представленных в приложении к страховому полису, при ухудшении состояния здоровья Страхователя (Застрахованного) в результате обстоятельств, которые определены Программой добровольного медицинского страхования.

Программой добровольного медицинского страхования может быть предусмотрено получение Страхователем (Застрахованным) лечебной, консультативной, реабилитационной, паллиативной, профилактической, диагностической, фармацевтической и иной помощи.

3.3. По договору страхования, заключенному на основании настоящих Правил, страховым случаем признается возникновение обстоятельств, требующих оказания Застрахованному медицинских и иных, связанных с его здоровьем услуг. Условиями заключенного договора страхования Страховщик гарантирует Застрахованному предоставление и оплату услуг в медицинских организациях, которые определены договором страхования, или возмещение расходов за медицинские и иные услуги на оговоренных Сторонами в договоре страхования условиях, в соответствии с Программами добровольного медицинского страхования (включая приложения).

3.4. Не признается страховым случаем обращение Страхователя (Застрахованного) за получением медицинских и иных услуг:

3.4.1. не предусмотренных договором и/или программой страхования;

3.4.2. в медицинские организации, не предусмотренные договором страхования, за исключением случая, указанного в п. 9.3 настоящих Правил;

3.4.3. если медицинские услуги не назначены врачом, выполняются по желанию Страхователя (Застрахованного) или без медицинских показаний;

3.4.4. в связи с патологическими состояниями и травмами, возникшими или полученными в состоянии алкогольного, наркотического или иного токсического опьянения или остаточных явлений такого опьянения, а также в период нахождения под воздействием иных психоактивных веществ;

3.4.5. в связи с получением травматического повреждения или иного расстройства здоровья, наступившего в результате совершения Страхователем (Застрахованным) противоправных действий;

3.4.6. в связи с умышленным причинением себе телесных повреждений, а также с покушением на самоубийство, за исключением тех случаев, когда Застрахованный был доведен до такого состояния противоправными действиями третьих лиц;

3.4.7. в связи с участием (Страхователя) Застрахованного в военных действиях любого рода, гражданских волнениях, беспорядках, несанкционированных митингах и демонстрациях, если это не сопряжено с исполнением Застрахованным его служебных обязанностей;

3.4.8. в связи с лечением заболеваний, явившихся причиной установления инвалидности или являющихся сопутствующими этому заболеванию, при заключении договора страхования в отношении инвалидов;

3.4.9. в связи с получением медицинских и иных услуг, связанных с пластической и косметической хирургией, если иное не предусмотрено договором страхования;

3.4.10. в связи с травмами и заболеваниями, лечение которых оплачено другими организациями или предоставлено бесплатно;

3.5. Если иное не предусмотрено договором страхования, Страховщик освобождается от выплаты страхового возмещения, когда страховой случай наступил вследствие:

3.5.1. воздействия ядерного взрыва, радиации или радиоактивного заражения;

3.5.2. военных действий, а также маневров или иных военных мероприятий;

3.5.3. гражданской войной, народными волнениями всякого рода или забастовками;

3.5.4. массовыми заболеваниями при стихийных бедствиях, катастрофах и производственных авариях, приведших к массовым поражениям;

3.5.5. террористического акта.

4. СТРАХОВАЯ СУММА

4.1. Страховая сумма – денежная сумма, которая определена соглашением Сторон в договоре страхования и исходя из которой устанавливается размер страховой премии (страховых взносов) и размер страховой выплаты при наступлении страхового случая.

4.2. Страховой суммой является предельный уровень страховых выплат по договору добровольного медицинского страхования, который определяется по соглашению между Страхователем и Страховщиком в соответствии с выбранной Страхователем (Застрахованным) Программой добровольного медицинского страхования и приложениями к ней и стоимостью медицинских и иных услуг в медицинских организациях, привлекаемых для обеспечения этой Программы страхования. Если договором предусмотрено несколько страховых рисков, по каждому из них страховая сумма может устанавливаться индивидуально.

4.3. Страховая сумма может определяться по всей Программе страхования в целом или 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 по всем страховым случаям суммарно.

4.4. Страховщик вправе устанавливать отдельные лимиты ответственности – по отдельным Программам страхования, видам медицинских услуг, группам Застрахованных и т.п.

4.5. Договором страхования может быть установлена условная, безусловная или временная франшиза. Условная франшиза освобождает Страховщика от страховой выплаты, если её размер не превышает размер франшизы. Безусловная франшиза уменьшает размер страховой выплаты на размер франшизы. Временная франшиза – период времени, в течение которого медицинская помощь, определенная программой страхования, оказывается за счет Страхователя (Застрахованного) и оплате Страховщиком не подлежит. Размер франшизы определяется Страховщиком и Страхователем соглашением Сторон.

5. СТРАХОВАЯ ПРЕМИЯ

5.1. Страховая премия (страховые взносы - при уплате страховой премии в рассрочку), уплачиваемая (-ые) Страхователем по договору страхования, устанавливаются в зависимости от выбранных Страхователем страховых рисков, перечня медицинских и иных услуг, условий их предоставления, размера страховой суммы, срока страхования, результатов предварительного медицинского освидетельствования (если оно предусмотрено Программой) и иных условий, определенных договором страхования.

5.2. Страховой тариф - ставка страховой премии с единицы страховой суммы с учетом объекта страхования и характера страхового риска, а также других условий страхования. Страховой тариф по конкретному договору страхования определяется по соглашению сторон.

5.3. Размер страховой премии определяется исходя из согласованной сторонами страховой суммы, базовой тарифной ставки и поправочных коэффициентов к ней в соответствии с Приложением 1 к настоящим Правилам.

При этом Страховщик вправе вводить повышающий коэффициент для Застрахованных лиц старше 60 лет, а также повышающие или понижающие коэффициенты к страховым тарифам, экспертно определяемые по результатам предварительного медицинского освидетельствования Застрахованного, устанавливаемые на основании анализа иных сведений, полученных при заключении договора страхования, исходя из рода занятий Застрахованного, наличия привычек, влияющих на состояние здоровья в соответствии с Приложением 1 к настоящим Правилам.

При определении размера страховой премии лицу, в отношении которого заключается договор страхования, может быть предложено заполнение медицинской анкеты. В случае необходимости, для уточнения данных о лице, в пользу которого заключается договор страхования, Страховщик имеет право направить его на медицинское обследование. В случае отказа от заполнения медицинской анкеты или прохождения медицинского обследования, объем которого определяется Страховщиком, Страховщик имеет право отказать Страхователю в заключении договора страхования.

5.4. Страховая премия по договору страхования может быть уплачена Страхователем единовременно – разовым платежом за весь срок страхования или в рассрочку (уплата страховых взносов) – в порядке, установленном договором страхования.

5.5. При уплате страховой премии (страховых взносов) безналичным путем датой уплаты страховой премии (страхового взноса) считается дата поступления денег на расчетный счет Страховщика (его уполномоченного представителя), если иное не предусмотрено договором страхования. При уплате страховой премии (страхового взноса) наличным платежом датой уплаты

страховой премии (страхового взноса) считается дата поступления денег в кассу Страховщика или его уполномоченному представителю в порядке, предусмотренном действующим законодательством.

В случае просрочки уплаты Страхователем очередного страхового взноса в течение 3 (трех) рабочих дней со дня, установленного договором страхования срока его оплаты, Страховщик вправе направить уведомление о досрочном прекращении договора страхования. Договор страхования считается досрочно прекратившим свое действие со дня, указанного в уведомлении о досрочном прекращении договора страхования, при этом обязательства, вытекающие из договора страхования (за исключением, обязательств Страховщика по страховой выплате по страховым случаям, наступившим в период действия договора страхования и обязательств Страхователя по уплате страховой премии за период действия договора страхования) прекращаются.

В договоре страхования могут быть определены иные последствия неуплаты в установленные сроки очередных страховых взносов.

5.6. При указании в договоре страхования страховых сумм в иностранной валюте, эквивалентом которых являются соответствующие суммы в рублях, страховая премия уплачивается в валюте, предусмотренной договором страхования в соответствии с законодательством Российской Федерации.

5.7. По договорам, заключаемым на срок менее одного года (краткосрочное страхование), или дополнительным соглашениям, оформляемым в связи с увеличением страховой суммы, страховая премия определяется, если иное не предусмотрено договором страхования, по таблице:

Срок страхования в месяцах:	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Доля годовой страховой премии:	0,30	0,40	0,50	0,60	0,65	0,70	0,75	0,80	0,85	0,90	0,95	1,0

При заключении договора страхования на срок более года страховая премия определяется из расчета 1/12 годовой суммы страховой премии за каждый месяц страхования. При этом страховая премия за неполный месяц исчисляется как за полный.

5.8. При заключении дополнительного соглашения к договору страхования в связи с увеличением срока страхования страховая премия определяется из расчета 1/12 годовой суммы страховой премии за каждый месяц страхования. При этом страховая премия за неполный месяц исчисляется как за полный, если иное не предусмотрено договором страхования.

5.9. Если страховой случай наступил до уплаты очередного страхового взноса, внесение которого просрочено, Страховщик вправе при определении размера подлежащего выплате страхового возмещения зачесть сумму просроченного страхового взноса.

5.10. При страховании в валютном эквиваленте страховая премия и страховые взносы указываются в иностранной валюте. Оплата страховой премии производится в рублях по курсу Банка России (ЦБ РФ), установленному для данной валюты на дату уплаты, если иное не предусмотрено договором страхования.

6. СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ

6.1. Договор страхования заключается сроком на один год, если условиями договора не предусмотрено иное.

6.2. Договор страхования, если в нем не предусмотрено иное, вступает в силу с 00 часов 00 минут дня, следующего за днем уплаты всей суммы страховой премии (первого страхового взноса) и действует в течение периода времени, указанного в договоре страхования.

6.3. Если в договоре страхования предусмотрен выжидательный период, Страховщик несет обязательства только по страховым случаям, произошедшим после окончания выжидательного периода.

7. ПОРЯДОК ЗАКЛЮЧЕНИЯ И ПРЕКРАЩЕНИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ

7.1. Договор страхования является соглашением между Страхователем и Страховщиком, в силу которого Страховщик обязуется при страховом случае произвести оплату или возмещение расходов на получение медицинских и иных услуг на оговоренных условиях, определенных договором страхования в соответствии с конкретным перечнем услуг (программой добровольного медицинского страхования), при обращении Застрахованного в течение срока действия договора страхования в медицинские учреждения, а Страхователь обязуется уплатить страховую премию (взнос) в установленные сроки.

7.2. Страхователь обязан при заключении договора страхования (Приложение 3 к настоящим Правилам) сообщить Страховщику известные Страхователю обстоятельства, имеющие существенное значение для определения вероятности наступления страхового случая и размера возможных убытков. Существенными признаются обстоятельства, оговоренные Страховщиком в заявлениях на страхование (Приложения 5 или 6 к настоящим Правилам), медицинской анкете (Приложение 7 к настоящим

Правилам) и (или) в его письменном запросе.

7.3. Договор страхования заключается на основании письменного заявления Страхователя, являющегося неотъемлемой частью договора страхования, по форме, установленной Страховщиком (Приложение 5 или 6 к настоящим Правилам), и медицинской анкеты (Приложение 7 к настоящим Правилам). Заявление Страхователя должно содержать информацию, необходимую для оформления договора страхования и оценки Страховщиком страхового риска, принимаемого на страхование.

7.3.1. если Страхователем выступает физическое лицо, в заявлении на страхование указывается:

- а) фамилия, имя, отчество и паспортные данные Страхователя и Застрахованного;
- б) год рождения Застрахованного;
- в) домашний адрес и телефон Страхователя и Застрахованного;
- г) условия, срок страхования, размер страховой суммы;
- д) предполагаемый перечень медицинских и иных услуг согласно выбранной Страхователем

Программе добровольного медицинского страхования и приложениям к ней.

7.3.2. если Страхователем выступает юридическое лицо, в заявлении указывается:

- а) наименование Страхователя, его юридический адрес и банковские реквизиты;
- б) условия, срок страхования, размер страховой суммы;
- в) телефон, факс, электронная почта и иные средства связи, по которым можно связаться со Страхователем;
- г) число лиц, подлежащих страхованию;
- д) предполагаемый перечень медицинских и иных услуг согласно выбранной Страхователем

Программе добровольного медицинского страхования и приложениям к ней.

7.3.3. к заявлению на страхование должен быть приложен список Застрахованных с указанием фамилий, имен, отчеств и паспортных данных, домашних адресов и контактных телефонов, возраста, выбранного варианта и программы страхования. После заключения договора страхования этот список, подписанный с обеих сторон, становится его неотъемлемой частью.

7.4. Страхователь обязан сообщить по требованию Страховщика сведения о состоянии здоровья Застрахованных и иную информацию, необходимую Страховщику для определения степени страхового риска условий договора.

7.5. Страховщик оставляет за собой право в каждом конкретном случае перед заключением договора страхования потребовать проведения предварительного медицинского освидетельствования лиц, подлежащих страхованию, за счет Страхователя или медицинского анкетирования.

7.6. Страховщик имеет право проверить достоверность указанных Страхователем сведения. В случае установления того, что Страхователь сообщил о себе или Застрахованном заведомо ложные сведения, Страховщик имеет право отказать Страхователю в заключение договора.

7.7. Если недостоверность данных, сообщенных при заключении договора и влияющих на степень риска, будет обнаружена после вступления договора в силу, Страховщик имеет право потребовать признания договора недействительным.

7.8. Договор страхования может быть оформлен путем составления одного документа либо вручения Страхователю страхового полиса (Приложение 4 к настоящим Правилам), подписанного Сторонами, с приложением настоящих Правил и Программы добровольного медицинского страхования.

7.8.1. Договор страхования может заключаться на основании устного заявления Страхователя путем составления одного документа, подписанного Сторонами, либо вручением Страховщиком Страхователю на основании его устного заявления, договора страхования (страхового полиса, свидетельства, сертификата), подписанного Страховщиком.

В последнем случае согласие Страхователя заключить договор страхования на предложенных Страховщиком условиях подтверждается принятием от Страховщика указанных в первом абзаце настоящего пункта документов. Договор страхования может быть составлен в виде электронного документа с учетом особенностей, определенных действующим законодательством Российской Федерации. При этом в случае направления Страховщиком Страхователю-физическому лицу на основании его заявления в письменной или устной форме договора страхования (страхового полиса, свидетельства, сертификата, квитанции), подписанного усиленной квалифицированной электронной подписью Страховщика с соблюдением требований действующего законодательства Российской Федерации, договор страхования, составленный в виде электронного документа, считается заключенным Страхователем на предложенных Страховщиком условиях с момента оплаты Страхователем страховой премии (страхового взноса).

7.8.2. На основании ст.435, ст.438, ст.940, ст.943 Гражданского кодекса Российской Федерации, согласие Страхователя заключить договор страхования на основании его устного или письменного заявления путем вручения Страховщиком Страхователю подписанного Страховщиком договора страхования (страхового полиса, свидетельства, сертификата), на предложенных Страховщиком

условиях подтверждается уплатой страховой премии (страхового взноса) в полном объеме, в установленный срок, и принятием от Страховщика страховых документов. Вручение договора страхования может быть осуществлено путем направления Страхователю курьером, посредством информационно-телекоммуникационной сети Интернет, а также с помощью почтовой, электронной и иной связи (в том числе в форме электронного документа), содержащего настоящие Правила, что является офертой для заключения договора страхования на условиях, содержащихся в договоре страхования и настоящих Правилах.

Оплата страховой премии или первого страхового взноса (если договором страхования предусмотрена оплата страховой премии в рассрочку) в срок, указанный в договоре страхования, подтверждает согласие Страхователя заключить договор страхования на предложенных условиях и факт получения настоящих Правил, а также всех приложений к договору страхования.

7.8.3. Согласно статье 160 Гражданского кодекса Российской Федерации, при заключении договора страхования Страхователем и Страховщиком достигнуто соглашение о возможности использования Страховщиком для подписания договора страхования факсимильного воспроизведения подписи уполномоченного представителя Страховщика и воспроизведения оттиска печати Страховщика.

Договор страхования, содержащий факсимильное воспроизведение подписи уполномоченного представителя Страховщика и воспроизведение оттиска печати Страховщика, имеет силу, аналогичную документу, собственноручно подписанному уполномоченным представителем Страховщика с предоставленным оттиском печати Страховщика.

При заключении договора страхования, а также при осуществлении иных юридических и фактических действий после заключения договора страхования, между Страховщиком и Страхователем может быть заключено соглашение об использовании сторонами факсимильного воспроизведения подписи и оттиска печати с помощью средств механического или иного копирования, электронной подписи или иного аналога собственноручной подписи и печати в соответствии с законодательством Российской Федерации.

7.9. При коллективном страховании Страховщик выдает Страхователю (для передачи их Застрахованным) страховые полисы на каждого Застрахованного.

При обращении Застрахованного лица в медицинское учреждение предъявляется страховой полис, карточка медицинского страхования, документ, удостоверяющий личность, если иное не предусмотрено договором страхования.

При утрате страхового полиса Страхователь или Застрахованный должны незамедлительно известить об этом Страховщика. Утраченные документы признаются недействительными и не могут являться основанием для получения медицинских услуг в соответствии с договором страхования, взамен Страхователю выдаются новые. При повторной утрате страхового полиса в течение действия договора страхования со Страхователя дополнительно взыскивается платеж в размере фактической стоимости его изготовления.

7.10. Страховщик вправе выдать для каждого застрахованного лица различные информационные документы: страховую карточку, памятку, пропуск в медицинское учреждение и т.п.

7.10.1. в случае утраты страховых, информационных документов Застрахованный должен незамедлительно известить об этом Страховщика. С этого момента утраченные документы признаются недействительными и не могут являться основанием для получения медицинских услуг в соответствии с договором страхования. Взамен утерянных документов Страхователю (Застрахованным) выдаются дубликаты.

7.11. В период действия договора страхования Страхователь (Выгодоприобретатель) обязан обеспечить по требованию Страховщика возможность осуществлять проверку сведений, которые Страхователь сообщил Страховщику при заключении договора страхования.

Если в результате такой проверки будет установлено, что Страхователь сообщил Страховщику при заключении договора страхования заведомо ложные сведения об обстоятельствах, указанных в пункте 7.2 настоящих Правил, то Страховщик вправе потребовать признания такого договора страхования недействительным в порядке, предусмотренном законодательством Российской Федерации.

7.12. В период действия договора страхования Страхователь обязан незамедлительно (но не позднее двадцати четырех часов с момента обнаружения) письменно сообщать Страховщику о ставших известными Страхователю значительных изменениях в обстоятельствах, сообщенных Страховщику при заключении договора страхования, если эти изменения могут существенно повлиять на увеличение страхового риска, а также при диагностировании онкологического заболевания, инсульта, инфаркта, установлении инвалидности.

7.13. Страховщик, уведомленный об обстоятельствах, влекущих увеличение страхового риска, имеет право потребовать изменения условий договора страхования или уплаты дополнительной страховой премии соразмерно увеличению риска. Если Страхователь (Выгодоприобретатель) возражает

против изменения условий договора страхования или доплаты страховой премии, Страховщик вправе потребовать расторжения договора в соответствии с законодательством Российской Федерации.

7.14. Условия договора страхования могут быть изменены и/или дополнены по соглашению сторон в порядке, предусмотренном законодательством Российской Федерации. Любые изменения и дополнения к договору страхования действуют лишь в том случае, если они оформлены надлежащим образом в письменном виде и подписаны сторонами договора страхования.

7.15. Договор страхования прекращает действие и Застрахованный теряет право на получение медицинских и иных услуг по договору в случаях:

7.15.1. истечения срока его действия;

7.15.2. исполнения Страховщиком обязательств перед Страхователем по договору в полном объеме;

7.15.3. неуплаты Страхователем страховой премии или очередного взноса в установленные договором сроки;

7.15.4. смерти Застрахованного (в случае заключения договора страхования в отношении нескольких Застрахованных, договор страхования прекращается в отношении данного Застрахованного) с момента уведомления Страховщика;

7.15.5. смерти Страхователя - физического лица, заключившего договор о страховании третьего лица, или ликвидации Страхователя - юридического лица, если Застрахованный или иное лицо в соответствии с действующим законодательством не приняли на себя исполнение обязанностей Страхователя по уплате страховых взносов;

7.15.6. по соглашению сторон или требованию одной из сторон, только если это предусмотрено условиями договора или действующим законодательством Российской Федерации;

7.15.7. ликвидации Страховщика в порядке, предусмотренном законодательством Российской Федерации;

7.15.8. принятия судом решения о признании договора недействительным.

7.16. При досрочном прекращении действия договора в соответствии с п. 7.15.4 и п. 7.15.7, если иное не вытекает из требований законодательства или условий договора страхования, Страховщик возвращает полученную страховую премию за не истекший срок договора за вычетом понесенных расходов.

7.17. Страхователь вправе отказаться от договора страхования в любое время. В этом случае Страховщик не возвращает уплаченную Страхователем страховую премию, если иное не предусмотрено в договоре страхования.

7.18. Если возврат страховой премии предусмотрен условиями договора страхования, он осуществляется исходя из фактически поступившей по договору страхования страховой премии (страховых взносов), при этом возврату подлежит часть оплаченной страховой премии за не истекший период действия страхования за вычетом расходов Страховщика на ведение дела.

7.19. О намерении досрочного прекращения договора страхования стороны обязаны уведомить друг друга не менее чем за 30 (Тридцати) дней до предполагаемой даты прекращения договора страхования, если договором не предусмотрено иное.

7.20. Во всех случаях прекращения договора страхования Страхователь обязан вернуть Страховщику страховой полис, памятку, пропуск в медицинское учреждение, страховые карточки, действие которых прекращается с момента окончания срока страхования, поступления письменного заявления Страхователя о досрочном прекращении действия договора страхования, принятия решения Страховщиком о досрочном прекращении действия договора страхования при несоблюдении Страхователем (Застрахованным) своих обязанностей, в иных случаях, предусмотренных действующим законодательством Российской Федерации и настоящими Правилами.

7.21. В случае утраты договора страхования в период его действия, Страхователю, на основании его письменного заявления, выдается дубликат договора, после чего утраченный договор считается не действующим и страховые выплаты по нему не производятся.

7.22. Условия, содержащиеся в настоящих Правилах и не включенные в текст договора страхования (Полиса), обязательны для Страхователя, если в договоре страхования (Полисе) прямо указывается на применение этих Правил и они изложены в одном документе с договором страхования (Полисом) или на его оборотной стороне либо приложены к нему. В последнем случае вручение Страхователю при заключении договора страхования настоящих Правил должно быть удостоверено записью в договоре страхования.

7.23. Если Страхователем по договору страхования (страховому полису) является физическое лицо, то:

7.23.1. Страхователь-физическое лицо вправе отказаться от договора страхования (страхового полиса) в любое время, если к моменту отказа возможность наступления страхового случая не отпала по

обстоятельствам иным, чем страховой случай, путем направления Страховщику письменного заявления в произвольной форме об отказе от договора страхования/страхового полиса (далее – заявление об отказе) и представления следующих документов: копии документа, удостоверяющего личность Страхователя-физического лица (его уполномоченного представителя); надлежащим образом оформленного документа, подтверждающего полномочия представителя Страхователя-физического лица (для представителей); копии документа, подтверждающего оплату страховой премии (платежного поручения / чека-ордера / чека по операции / квитанции на получение страховой премии (взноса)/ подлинника договора страхования (страхового полиса)).

7.23.2. В случае отказа Страхователя-физического лица от договора страхования (страхового полиса) в течение 14 (четырнадцати) календарных дней со дня его заключения и при отсутствии в данном периоде событий, имеющих признаки страхового случая, Страховщик:

- осуществляет возврат уплаченной Страхователем страховой премии в полном объеме, если Страхователь отказался от договора страхования (страхового полиса) до даты возникновения обязательств Страховщика по договору страхования (страхового полиса) (далее - дата начала действия страхования);

- вправе удержать часть уплаченной страховой премии, рассчитанной в соответствии с п. 7.23.4 настоящих Правил, пропорционально сроку действия договора страхования (страхового полиса), прошедшему с даты начала действия страхования до даты прекращения действия договора страхования (страхового полиса), если Страхователь отказался от договора после даты начала действия страхования.

При этом договор страхования (страховой полис) считается прекратившим свое действие:

а) с даты получения Страховщиком письменного заявления об отказе, если эта дата приходится на указанный в п. 7.23.2 настоящих Правил период;

б) на четырнадцатый календарный день со дня заключения договора страхования (страхового полиса), если дата получения Страховщиком письменного заявления об отказе, не приходится на указанный в п. 7.23.2 настоящих Правил период.

7.23.3. В случае отказа Страхователя-физического лица от договора страхования за пределами срока, определенного в п. 7.23.2 настоящих Правил, договор страхования (страховой полис) считается прекратившим свое действие с даты получения Страховщиком письменного заявления об отказе.

7.23.4. Сумма удержания Страховщиком части уплаченной страховой премии рассчитывается по формуле $S_u = P \times n/N$, где:

S_u — сумма удержания Страховщиком части уплаченной страховой премии;

P - страховая премия, указанная в договоре страхования (страховом полисе);

n - количество дней срока действия договора страхования (страхового полиса), прошедших с даты начала действия страхования до даты прекращения действия договора страхования (страхового полиса);

N - срок действия договора страхования (страхового полиса) в днях.

7.23.5. Возврат Страхователю-физическому лицу страховой премии (части страховой премии) осуществляется Страховщиком в течение 10 рабочих дней со дня получения письменного заявления об отказе, направленного в срок, указанный в п. 7.23.2 настоящих Правил, в порядке, указанном в заявлении об отказе (наличными деньгами или в безналичном порядке на указанный Страхователем-физическим лицом счет).

7.23.6. В случае отказа Страхователя-физического лица от договора страхования (страхового полиса) до вступления договора страхования (страхового полиса) в силу (начала действия договора страхования/страхового полиса), договор страхования (страховой полис) считается не вступившим в силу и страховые выплаты по нему не производятся.

7.24. Под исполнением договора страхования (страхового полиса) понимается выполнение вытекающих из него обязательств, перечисленных в настоящих Правилах, в том числе обязанности Страхователя по уплате страховой премии, а также незамедлительных сообщений Страховщику о ставших ему известными значительных изменениях в обстоятельствах, сообщенных Страховщику при заключении договора страхования (страхового полиса), если эти изменения могут существенно повлиять на увеличение страхового риска.

8. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

8.1. Страхователь имеет право:

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

8.1.2. требовать организацию Застрахованному оказания медицинских и иных услуг в медицинских учреждениях, определенных в договоре страхования, в соответствии с условиями страхования, выбранной Страхователем (Застрахованным) Программой добровольного медицинского страхования и приложениями к ней. В случае непредставления таких медицинских услуг, несвоевременного, неполного или некачественного их предоставления Страхователь (Застрахованный)

или другие уполномоченные им лица должны немедленно поставить в известность об этом Страховщика;

8.1.3. расширить перечень медицинских и иных услуг, гарантируемых по договору страхования, или повысить уровень страхового обеспечения, заключив дополнительное соглашение к договору страхования и уплатив при этом дополнительный страховой взнос. Дополнительное соглашение к договору страхования начинает действовать со дня уплаты страховой премии (первого страхового взноса);

8.1.4. расторгать досрочно договор страхования в отношении одного или нескольких Застрахованных, обратившись с письменным заявлением к Страховщику. При уменьшении числа Застрахованных в рамках договора страхования возврат части страховой премии осуществляется исходя из фактически поступившей по договору страхования страховой премии (страховых взносов), при этом возврату подлежит часть оплаченной страховой премии за не истекший период действия страхования за вычетом расходов Страховщика на ведение дел;

8.1.5. получить дубликат страхового полиса в случае его утраты.

8.2. Застрахованный имеет право:

8.2.1. требовать предоставления в лечебных учреждениях медицинских и иных услуг в соответствии с условиями заключенного договора страхования и Программой страхования и приложениями к ней;

8.2.2. получать дубликат программы страхования, страховой карточки или пропуска в медицинское учреждение в случае их утраты;

8.2.3. выбрать любую лечебно-профилактическую организацию из числа, указанных в договоре страхования, и лечащего врача из числа врачей, привлекаемых для осуществления Программы добровольного медицинского страхования и приложений к ней, и менять их не чаще одного раза в квартал, если договором не предусмотрено иное;

8.2.4. обращаться к Страховщику за разъяснениями по особенностям медицинского обеспечения, для получения медико-организационной помощи, а также при возникновении спорных ситуаций в связи с оказанием медицинской помощи;

8.2.5. предъявлять претензии к Страховщику по качеству своего обслуживания в избранном медицинском учреждении;

8.2.6. принять на себя обязанности Страхователя, а также приобрести все его права в случае смерти Страхователя-физического лица, или ликвидации Страхователя-юридического лица в порядке, предусмотренном законодательством Российской Федерации.

8.3. Страховщик имеет право:

8.3.1. требовать у Страхователя (Застрахованного) информацию и документы, позволяющие произвести оценку вероятности наступления страхового случая;

8.3.2. проверять сообщенную Страхователем информацию, а также выполнение Страхователем и Застрахованным требований договора страхования;

8.3.3. отказать в оплате медицинских и иных услуг при обстоятельствах, предусмотренных настоящими Правилами или договором страхования;

8.3.4. отсрочить решение вопроса об оплате медицинских и иных услуг или отказа от оплаты в случае возбуждения уголовного дела в отношении Застрахованного по факту событий, приведших к травматическому повреждению или иному расстройству здоровья Застрахованного, до момента принятия соответствующего решения компетентными органами. Если у Страховщика имеются мотивированные сомнения в подлинности документов, подтверждающих страховой случай, страховая выплата может быть отсрочена до тех пор, пока не будет подтверждена подлинность таких документов;

8.3.5. в рамках своих обязательств по договору страхования знакомиться с медицинской документацией Застрахованного отражающей его заболевание, физическое и психическое состояние, диагноз, ход и прогноз результатов лечения, а так же использовать данную информацию для решения вопросов, связанных с исполнением договора страхования, оплатой оказанных Застрахованному медицинских и иных услуг, защитой прав Застрахованного;

8.3.6. требовать внесения изменений в договор страхования, в том числе увеличения страховой премии или снижения страховой суммы, если в течение срока действия договора страхования возникли обстоятельства, повлекшие за собой существенное увеличение страхового риска (согласно п. 7.13 настоящих Правил);

8.3.7. получать дополнительную страховую премию при изменении условий договора страхования, оформлении дополнительных соглашений к договору страхования и т.п.;

8.3.8. по согласованию со Страхователем изменять страховую программу в случае прекращения взаимоотношений с медицинским учреждением, предусмотренным договором страхования;

8.3.9. в случае отсутствия возможности предоставления медицинских и иных услуг

Застрахованному в медицинских и иных учреждениях, определенных договором страхования, организовать предоставление необходимых и соответствующих по объему и качеству услуг Застрахованному на базе иных учреждений соответствующего профиля, определенных по усмотрению Страховщика;

8.3.10. запрашивать у Страхователя (Застрахованного) дополнительные сведения, прямо или косвенно связанные с причинами и обстоятельствами наступления страхового случая;

8.3.11. направлять запросы в компетентные органы по вопросам, связанным с расследованием причин и обстоятельств наступления страхового случая. В случае если компетентные органы располагают материалами, дающими основание Страховщику отказать в страховой выплате, отсрочить страховую выплату до выяснения всех обстоятельств;

8.3.12. самостоятельно производить выяснение причин и обстоятельств события, обладающего признаками страхового случая;

8.3.13. требовать от Застрахованного выполнения обязанностей по договору страхования, включая обязанности, лежащие на Страхователе, но не выполненные им, при предъявлении Застрахованным требования о страховой выплате. Риск последствий невыполнения или несвоевременного выполнения обязанностей, которые должны были быть выполнены ранее, несет Застрахованное лицо;

8.3.14. приостанавливать выполнение своих обязательств в отношении Застрахованного в случаях необоснованного или ложного вызова скорой медицинской помощи (СМП), нарушении лечебного режима, невыполнении медицинских предписаний и рекомендаций врачебного персонала;

8.3.15. при выявлении Страховщиком факта подлога в документах или заведомо неверных (ложных) сведений, предоставленных Страхователем и/или Застрахованным при получении медицинских услуг, отказать в оплате медицинских услуг и прекратить действие договора в отношении данного Застрахованного, что означает исключение его из списка Застрахованных.

8.3.16. потребовать признания договора страхования недействительным и применения последствий, предусмотренных п. 2 ст. 179 Гражданского кодекса Российской Федерации, в случае установления после заключения договора страхования, что Страхователь сообщил Страховщику заведомо ложные сведения об обстоятельствах, указанных в п. 7.4 настоящих Правил.

8.4. Страхователь обязан:

8.4.1. при заключении договора страхования сообщить Страховщику обо всех известных ему обстоятельствах, имеющих существенное значение для определения вероятности наступления страхового случая и размера возможных убытков от его наступления. Существенными в любом случае признаются обстоятельства, запрашиваемые Страховщиком в Заявлении на страхование, медицинской анкете или других дополнительных документов предоставленных Страхователем. Страхователь также обязан письменно информировать Страховщика обо всех договорах страхования, заключенных в отношении Застрахованного Страхователем с другими страховыми компаниями с указанием наименования страховых компаний, видов заключенных договоров и, по требованию Страховщика, существенных условий этих договоров, а также обо всех заявлениях на страхование в отношении Застрахованного, направленных в другие страховые компании, по которым было принято решение об отказе в принятии на страхование;

8.4.2. уплачивать страховую премию (страховые взносы) в порядке и сроки, указанные в договоре страхования;

8.4.3. при заключении договора страхования ознакомить Застрахованного со сроками и условиями страхования, условиями предоставления медицинской помощи, а также с его правами и обязанностями по договору страхования;

8.4.4. в период действия договора страхования незамедлительно (но не позднее двадцати четырех часов с момента обнаружения) письменно сообщать Страховщику о ставших известными Страхователю значительных изменениях в обстоятельствах, сообщенных Страховщику при заключении договора страхования, если эти изменения могут существенно повлиять на увеличение страхового риска, а также при диагностировании онкологического заболевания, инсульта, инфаркта, установлении инвалидности. Значительными признаются изменения, определенно оговоренные в договоре страхования (полисе), заявлении на страхование и медицинской анкете;

8.4.5. обеспечить сохранность документов по договору страхования;

8.4.6. в течение 30 (тридцати) календарных дней известить Страховщика о наступлении события, которое может быть квалифицировано в качестве страхового случая, если Программой добровольного медицинского страхования и приложениями к ней предусмотрено полное или частичное возмещение дополнительных расходов Застрахованного (Страхователя) на получение медицинских и иных услуг. Эта обязанность может быть исполнена Застрахованным;

8.4.7. возратить Страховщику полученную страховую выплату (или ее соответствующую часть), если обнаружится такое обстоятельство, которое по закону или в соответствии с настоящими Правилами полностью или частично лишает Страхователя права на страховую выплату. Данная обязанность

распространяется также на Застрахованного, в зависимости от того, кто именно получил такую страховую выплату.

8.5. Застрахованный обязан:

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

8.5.2. находясь на лечении, соблюдать режим лечения, в том числе определенный на период его временной нетрудоспособности, и правила поведения пациента в медицинских организациях;

8.5.3. заботиться о сохранности страховых документов и не передавать их другим лицам с целью получения ими медицинских и иных услуг. Если будет установлено, что Застрахованный передал другому лицу страховой полис с целью получения им медицинских и иных услуг по договору страхования, Страховщик досрочно прекращает действие договора страхования в отношении такого Застрахованного. Возврат страховых взносов в этом случае не производится;

8.5.4. соблюдать настоящие Правила и условия договора страхования;

8.5.5. в период действия договора страхования незамедлительно (но не позднее двадцати четырех часов с момента обнаружения) письменно сообщать Страховщику о ставших известными Страхователю значительных изменениях в обстоятельствах, сообщенных Страховщику при заключении договора страхования, если эти изменения могут существенно повлиять на увеличение страхового риска, а также при диагностировании онкологического заболевания, инсульта, инфаркта, установлении инвалидности. Значительными признаются изменения, определенно оговоренные в договоре страхования (полисе), заявлении на страхование и медицинской анкете.

8.6. Страховщик обязан:

8.6.1. ознакомить Страхователя с настоящими Правилами и Программой страхования, помимо этого, Страхователь (Застрахованный) может ознакомиться с текстом настоящих Правил на официальном сайте Страховщика в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет»;

8.6.2. в течение 5 (пяти) рабочих дней после уплаты страховой премии (первого страхового взноса) выдать страховой полис (договор) с приложением настоящих Правил и Программы;

8.6.3. при наступлении страхового случая произвести в соответствии с договором на оказание услуг, заключенным между Страховщиком и медицинским учреждением, оплату медицинских и иных услуг организации, оказавшей такую услугу, либо возместить Застрахованному (Страхователю) расходы, понесенные им для получения медицинских и иных услуг, предусмотренных Программой добровольного медицинского страхования и приложениями к ней, выбранными Страхователем (Застрахованным);

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

8.6.5. защищать права Застрахованных в отношениях с медицинскими учреждениями в рамках заключенного договора страхования;

8.6.6. не разглашать сведения о Страхователе и Застрахованном и их имущественном положении, за исключением случаев, связанных с обязанностью Страховщика по договорам перестрахования, а также случаев, предусмотренных действующим законодательством Российской Федерации.

8.7. Договором страхования могут быть дополнительно предусмотрены иные права и обязанности сторон с учетом особенностей объекта страхования.

8.8. Заключая договор страхования на условиях настоящих Правил, Страхователь (Выгодоприобретатель, Застрахованное лицо) - физическое лицо, в том числе зарегистрированный в качестве индивидуального предпринимателя, действуя в соответствии с Федеральным законом от 27.07.2006 №152-ФЗ «О персональных данных» (далее - «ФЗ о персональных данных»), выражает Страховщику свое согласие на автоматизированную, в том числе в информационно-телекоммуникационных сетях, а также без использования средств автоматизации обработку (включая, но не ограничиваясь: сбор (получение); запись; систематизацию; накопление; хранение; уточнение (обновление, изменение); извлечение; использование; передачу (распространение, предоставление, доступ), в том числе путем передачи своих персональных данных/документов, содержащих персональные данные, в том числе по открытым каналам связи и сетям общего пользования, включая информационно-телекоммуникационную сеть Интернет, третьим лицам, с правом обработки ими персональных данных Страхователя; обезличивание; блокирование; удаление; уничтожение; трансграничную передачу персональных данных не дальше, чем этого требуют цели обработки) персональных данных Страхователя (включая получение от Страхователя и/или от любых третьих лиц, с учетом норм действующего законодательства Российской Федерации), на принятие решений, порождающих юридические последствия для Страхователя или затрагивающих его права и законные интересы, на основании исключительно автоматизированной обработки его персональных данных.

Согласие распространяется на персональные данные Страхователя, включая: год, дату и место рождения, гражданство, серию и номер документа удостоверяющего личность, кем и когда выдан документ удостоверяющий личность, адрес регистрации по месту жительства и/или пребывания, почтовый адрес, контактный телефон, контактный адрес электронной почты, идентификационный номер налогоплательщика (ИНН), данные полиса обязательного медицинского страхования, реквизиты банковского счета.

Целями обработки персональных данных Страхователя являются: заключение и исполнение Страховщиком договоров страхования, сострахования и перестрахования (в том числе урегулирование убытков, принятие решений о страховой выплате/отказе в выплате или совершение иных действий, порождающих юридические последствия в отношении Страхователя или других лиц, предоставления Страхователю информации о действиях Страховщика); оценка страховых рисков; установление связи со Страхователем; улучшение качества услуг, оказываемых Страховщиком, продвижение услуг Страховщика на рынке, путем осуществления прямых контактов со Страхователем (с помощью технических средств связи и почтовой рассылки), обработка статистической информации, анализа страховых рисков.

На основании настоящих Правил Страхователь дает свое согласие на обработку персональных данных Страхователя с момента заключения договора страхования (если заключению договора страхования предшествовала подача Страхователем заявления на страхование, то согласие действует с даты, указанной в заявлении на страхование). Согласие Страхователя на обработку персональных данных Страхователя действует с даты его выдачи и прекращается свое действие по истечении 5 (пяти) лет с даты прекращения договора страхования.

Страхователь вправе отозвать своё согласие (если отзыв согласия не нарушает норм действующего законодательства Российской Федерации) посредством составления соответствующего письменного документа, который должен быть направлен в адрес Страховщика заказным письмом с уведомлением о вручении либо вручен лично под расписку уполномоченному представителю Страховщика.

После окончания срока действия согласия или отзыва согласия на обработку персональных данных, Страховщик обязуется прекратить обработку персональных данных и уничтожить персональные данные Страхователя.

Согласие Страхователя на обработку его персональных данных может быть оформлено путем составления отдельного документа, собственноручно подписанного Страхователем.

Согласие Застрахованного лица-физического лица, зарегистрированного в качестве индивидуального предпринимателя, на обработку его персональных данных может быть оформлено путем составления отдельного собственноручно подписанного документа.

Заключая договор страхования на основании настоящих Правил, Страхователь несет ответственность за получение согласия Застрахованного лица-физического лица, зарегистрированного в качестве индивидуального предпринимателя, на обработку его персональных данных Страховщиком.

Указанные Страхователем в заключенном со Страховщиком договоре страхования (включая неотъемлемые его части – заявление на страхование, приложения, акты осмотра) или в ходе его исполнения данные, которые могут быть отнесены в соответствии с законодательством Российской Федерации к персональным данным Застрахованного лица-физического лица, предоставлены Страхователем в соответствии с пунктом 8 статьи 9 ФЗ о персональных данных.

Заключая договор страхования (страховой полис) на основании настоящих Правил, Страхователь подтверждает, что согласие Застрахованных лиц на обработку их персональных данных им получено и несет ответственность за предоставление согласия Застрахованных лиц на обработку их персональных данных.

Отзыв Застрахованным лицом или Страхователем согласия на обработку своих персональных данных признается Страховщиком в качестве волеизъявления Застрахованного лица или Страхователя о досрочном отказе от договора страхования, действие договора страхования в отношении такого лица прекращается, а в случае отзыва такого согласия субъектом персональных данных, являющимся Страхователем, договор страхования (страховой полис) прекращается досрочно с даты получения Страховщиком соответствующего заявления об отзыве согласия на обработку персональных данных, уплаченная Страховщику страховая премия за лиц, в отношении которых прекращается действие договора страхования, не подлежит возврату Страхователю или зачету при последующем страховании новых лиц. В этом случае Страховщик обязуется уничтожить такие персональные данные в сроки, установленные действующим законодательством Российской Федерации.

9. ПОРЯДОК ОРГАНИЗАЦИИ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

9.1. Страховщик заключает договор на предоставление медицинской помощи (медицинских

услуг) с медицинским учреждением по установленной форме (Приложение 8 к настоящим Правилам), либо по любой другой форме, согласованной с медицинским учреждением.

9.2. Для получения предусмотренной договором страхования и Программой страхования медицинской и иной помощи Застрахованный обращается в медицинское учреждение (или иному участнику оказания таких услуг), предусмотренную договором (Программой страхования) страхования либо к Страховщику в порядке, определенном договором страхования.

9.3. При отсутствии возможности оказания услуг, предусмотренных Программой страхования, в организации, определенной в договоре страхования по независящим от Страховщика причинам, Страховщик организует их выполнение в ином медицинском учреждении. При этом выбор медицинского учреждения производится Страховщиком.

9.4. Медицинская помощь оказывается Застрахованному в соответствии с режимом работы медицинским учреждением.

9.5. В случае выявления у Застрахованного заболеваний и состояний, при которых лечение не может быть осуществлено в медицинских учреждениях, сотрудничающих со Страховщиком, Страховщик оказывает содействие в направлении Застрахованного в специализированное медицинское учреждение. При этом Страховщик не компенсирует расходы по оплате медицинских услуг, оказанных Застрахованному в этих медицинских учреждениях, если договором не предусмотрено иное.

9.6 Страховщик имеет право организовывать экстренную медицинскую помощь Застрахованным по жизненным (экстренным) показаниям с привлечением муниципальной медицины (скорая медицинская помощь, госпитализация в ближайший стационар и пр.) с дальнейшей организацией перевода по желанию Страхователя (Застрахованного) и при отсутствии медицинских противопоказаний в одно из медицинских учреждений, предусмотренных договором страхования.

9.7. Вся необходимая медицинская документация - листки нетрудоспособности, рецепты (кроме льготных и бесплатных), выписные эпикризы и другие документы - выдаются Застрахованным на общих основаниях согласно действующему законодательству Российской Федерации.

10. СТРАХОВАЯ ВЫПЛАТА. ОТКАЗ В СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЕ

10.1. Страховая выплата - денежная сумма, которая определяется в установленном договором страхования порядке и выплачивается Страховщиком Страхователю (Застрахованному) при наступлении страхового случая. Страховая выплата по договорам страхования производится в валюте Российской Федерации.

10.2. Страховая выплата осуществляется в пределах страховой суммы или в пределах лимита ответственности по каждому Застрахованному в виде:

10.2.1. оплаты медицинских и иных услуг, предусмотренных Программой добровольного медицинского страхования и приложениями к ней, выбранными Страхователем (Застрахованным), организациями, перечисленными в страховом полисе или в приложении к нему;

10.2.2. возмещения расходов Застрахованного (Страхователя) (если это предусмотрено договором страхования), понесенных им для получения медицинских и иных услуг, предусмотренных Программой добровольного медицинского страхования и приложениями к ней, выбранными Страхователем (Застрахованным).

10.3. Страховщик производит оплату медицинских и иных услуг только по тем страховым случаям, которые предусмотрены договором страхования, при предоставлении соответствующих документов.

10.4. Для получения медицинских и иных услуг Страхователь (Застрахованный) обращается в медицинские учреждения, предусмотренные договором страхования, или к Страховщику в порядке, указанном в договоре страхования (страховом полисе). Медицинские и иные услуги Страхователю (Застрахованному) оказываются медицинскими учреждениями при условии предъявления им страхового полиса и документа, удостоверяющего его личность.

10.5. Для получения страховой выплаты в форме возмещения расходов, понесенных для получения медицинских и иных услуг, предусмотренных выбранной Страхователем (Застрахованным) Программой добровольного медицинского страхования и приложениями к ней, Застрахованный (Страхователь) обращается к Страховщику с заявлением и предъявляет договор страхования или страховой полис, документы подтверждающие оплату медицинских услуг, а также документы, удостоверяющие его личность.

Заявление Застрахованного принимается в срок не позднее одного месяца после получения им медицинских услуг.

10.6. К заявлению должны быть приложены:

а) договор (полис) страхования, документ, удостоверяющий личность Страхователя (Застрахованного);

б) договор на оказание платных услуг (подтверждение факта получения услуг) Застрахованным;
в) копия направления лечащего врача на получение медицинских и иных услуг, предусмотренных выбранной Страхователем (Застрахованным) Программой добровольного медицинского страхования и приложениями к ней, а в случае госпитализации - копии документов, послуживших основанием для госпитализации;

г) врачебное заключение об установлении соответствующего диагноза, заверенное личной печатью врача и печатью лечебного учреждения;

д) документы, подтверждающие оказание Застрахованному соответствующих услуг (заключение о проведенном обследовании или лечении, выписку из истории болезни, результаты обследования, амбулаторную карту и т.д.);

е) документ, свидетельствующий об оплате Застрахованным медицинских и иных услуг с полным реестром и указанием стоимости услуг, предусмотренных выбранной Страхователем (Застрахованным) Программой добровольного медицинского страхования и приложениями к ней.

10.6.1. Дополнительно в отношении несовершеннолетних и/или недееспособного Застрахованного его представитель должен предоставить следующие документы:

а) свидетельство о рождении Застрахованного;

б) паспорт Застрахованного (для лиц старше 14 лет);

в) копию паспорта родителей (опекунов, попечителя) Застрахованного;

г) документы, удостоверяющие права опекунов (попечителей) в отношении Застрахованного.

10.7. Размер страховой выплаты равен стоимости медицинских и иных услуг, оплаченных в соответствии с выбранной Страхователем (Застрахованным) Программой добровольного медицинского страхования и приложениями к ней, если договором не определена оплата части стоимости услуг за счет средств Застрахованного (в этом случае размер страховой выплаты уменьшается на размер безусловной франшизы, установленной в договоре страхования).

10.8. В течение 15 (пятнадцати) календарных дней эксперты Страховщика на основании предъявленных документов дают заключение о целесообразности с медицинской точки зрения получения платных медицинских и иных услуг для диагностирования или лечения заболевания и составляют страховой акт (Приложение 9 к настоящим Правилам).

10.9. Страховая выплата производится в течение 10 (десяти) банковских дней после получения заключения эксперта и подписания сторонами страхового акта.

10.10. Предусмотренные договором страхования выплаты производятся Страховщиком независимо от сумм, причитающихся Застрахованному по государственному социальному страхованию, социальному обеспечению, сумм, выплачиваемых в порядке возмещения вреда по другим договорам страхования.

10.11. Страховщик вправе отказать в страховой выплате по следующим основаниям, если:

10.11.1. установлен факт передачи Застрахованным страхового полиса другому лицу для получения им медицинских и иных услуг;

10.11.2. Страхователь предоставил искаженные сведения о Застрахованном при заключении договора страхования (состоянии здоровья Застрахованного на момент заключения договора страхования или на момент изменения условий договора страхования и др.);

10.11.3. Страхователь сообщил недостоверные сведения об обстоятельствах, имеющих существенное значение для суждения о страховом риске (п. 7.2 и п. 8.4.1 настоящих Правил);

10.11.4. Страхователь (Застрахованный) не известил Страховщика о существенных изменениях в риске (п. 8.4.4 и п. 8.5.5 настоящих Правил);

10.11.5. расходы, возникли по окончании срока действия договора страхования, за исключением расходов, связанных с экстренной госпитализацией Застрахованного, начавшейся в течение срока действия договора страхования и до момента выписки из стационара;

10.11.6. расходы связаны с повторным выполнением исследований для плановой госпитализации, не состоявшейся по инициативе Застрахованного;

10.11.7. произошло нарушение Застрахованным сроков, предусмотренных договором страхования, для предоставления Страховщику заявления на страховое возмещение его личных средств, затраченных на приобретение медицинской помощи, предусмотренной Программой страхования;

10.11.8. обращение в медицинское учреждение, не предусмотренную Программой страхования, не было согласовано со Страховщиком, или информирование Страховщика о таком обращении было осуществлено в процессе получения медицинской помощи, если договором страхования не предусмотрено иное;

10.11.9. Страхователь (Застрахованный) не выполнил обязанностей, указанных в п. 8.4., п. 8.5. настоящих Правил;

10.11.10. сумма причиненного убытка не больше суммы франшизы, установленной по договору

страхования;

10.11.11. свершившееся событие не признается страховым случаем и подпадает под перечень исключений согласно п. 3.4 и п. 3.5 настоящих Правил.

10.12. Решение об отказе в страховой выплате принимается Страховщиком и сообщается Страхователю (Застрахованному) в письменной форме с мотивированным обоснованием причин отказа в течение 15 (пятнадцати) рабочих дней со дня подачи заявления и представления необходимых документов.

11. ПОРЯДОК РАЗРЕШЕНИЯ СПОРОВ

11.1. Споры, возникающие в процессе исполнения договора страхования (страхового полиса), заключенного на условиях настоящих Правил, разрешаются путем ведения переговоров.

Для соблюдения досудебного претензионного порядка до предъявления иска Страхователь (Выгодоприобретатель, Застрахованное лицо) направляет Страховщику претензию с документами, приложенными к ней и обосновывающими свое требование в письменной форме.

Указанная досудебная претензия подлежит рассмотрению Страховщиком в течение 30 (тридцати) дней со дня поступления. Ответ на претензию направляется Страховщиком по адресу электронной почты Страхователя (Выгодоприобретателя, Застрахованного лица), а при его отсутствии – по почтовому адресу.

При невозможности достижения соглашения по спорным вопросам, их решение передается на рассмотрение судебных органов в порядке, предусмотренном действующим законодательством Российской Федерации, с обязательным соблюдением досудебного претензионного порядка.

Споры, возникающие из договоров страхования (страховых полисов), заключенных с юридическими лицами, рассматриваются Арбитражным судом города Москвы, если иное не указано в договоре страхования (страховом полисе).

11.2. В соответствии с Федеральным законом от 04.06.2018 № 123-ФЗ «Об уполномоченном по правам потребителей финансовых услуг» (далее — Федеральный закон № 123-ФЗ) споры, возникшие из договоров страхования (страховых полисов), заключенных на условиях настоящих Правил с физическими лицами (потребителями), предметом которых является выплата денежных сумм в пределах суммы, установленной ст. 15 Федерального закона № 123-ФЗ, подлежат рассмотрению уполномоченным по правам потребителей финансовых услуг, если с момента когда Страхователь (Выгодоприобретатель) узнал или должен был узнать о нарушении своего права прошло не более трех лет.

Страхователь (Выгодоприобретатель) должен до направления финансовому уполномоченному обращения направить Страховщику претензию с документами, приложенными к ней и обосновывающими свое требование в письменной или электронной форме.

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

- в течение 15 (пятнадцати) рабочих дней со дня получения претензии в случае, если она направлена в соответствии с положениями Федерального закона № 123-ФЗ в электронной форме по стандартной форме, и если со дня нарушения, по существу которого идет спор, прошло не более ста восьмидесяти дней;

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

Ответ на претензию направляется Страховщиком по адресу электронной почты Страхователя (Выгодоприобретателя), а при его отсутствии по почтовому адресу.

11.3. Иск по требованиям, вытекающим из договора страхования (страхового полиса), может быть предъявлен в течение срока исковой давности, предусмотренного действующим законодательством Российской Федерации.

БАЗОВЫЕ ТАРИФНЫЕ СТАВКИ
по добровольному медицинскому страхованию
(в процентах от страховой суммы в год)

Страховой случай		Базовые тарифные ставки в %
Возникновение обстоятельств, требующих оказания Застрахованному медицинских и иных, связанных с его здоровьем услуг в соответствии с п. 3.3 настоящих Правил согласно Программам добровольного медицинского страхования (Приложение 2 к настоящим Правилам):		
1	Комплексная медицинская программа для взрослых от 18 лет	5,22
2	Комплексная медицинская программа для детей до 17 лет	6,67
3	Программа «Амбулаторно - поликлиническая помощь»	3,60
4	Программа «Стационарная помощь»	4,52
5	Программа «Стоматологическая помощь»	5,67
6	Программа «Скорая и неотложная медицинская помощь»	4,73
7	Программа «Реабилитационное - восстановительное лечение»	8,29
8	Программа «Личный врач»	5,82
9	Комплексная программа наблюдение для беременных женщин	7,19
10	Программа «Антиклещ»	0,41
11	Программа «Лекарственное обеспечение»	5,71

При заключении конкретного договора страхования Страховщик имеет право применять к базовым тарифным ставкам поправочные коэффициенты (повышающие и понижающие) в зависимости от следующих факторов риска и условий договора страхования:

Виды медицинских учреждений, предусмотренные программой страхования:	Поправочные коэффициенты
первичные участковые (районные) поликлиники	0,1 - 1,0
консультативно-диагностические центры общего профиля	1,1 - 1,8
специализированные медико-диагностические центры	1,9 - 2,9
медико-диагностические центры оказывающие высокотехнологичную медицинскую помощь	3,0 - 5,0
первичные участковые (районные) стоматологические поликлиники	0,1 - 1,0
специализированные стоматологические клиники	1,9 - 2,9
специализированные реабилитационные стоматологические центры	3,0 - 5,0
первичные (участковые) учреждения скорой и неотложной помощи	0,1 - 1,0
специализированные учреждения скорой и неотложной помощи	1,9 - 2,9
первичные участковые (районные) больницы	0,1 - 1,0
специализированные медико-диагностические стационары	1,9 - 2,9
первичные (участковые) учреждения родовспоможения и женских консультации	0,1 - 1,0
специализированные учреждения родовспоможения и женских консультации	1,9 - 2,9

Объемы и стандарты оказания медицинской помощи конкретным медицинским учреждением	Поправочные коэффициенты
первичные	0,1 - 1,5
специализированные	1,5 - 2,8
высокотехнологичные	3,0 - 5,0

Территория страхования	Поправочные коэффициенты
г. Москва, г. Санкт-Петербург	0,1 - 1,5
Европейская часть Российской Федерации	0,4 - 1,9
Южная часть Российской Федерации	0,7 - 2,5
Урал, Сибирь	0,7 - 3,5
Республики Северного Кавказа	0,9 - 5,7
Дальневосточный регион	0,8 - 4,0

Возраст Застрахованного	Поправочные коэффициенты
возраст Застрахованного от 0 до 9 лет	1,2 - 1,7
возраст Застрахованного от 10 до 17 лет	1,1 - 1,5
возраст Застрахованного от 18 до 34 лет	0,7 - 0,9
возраст Застрахованного от 35 до 39 лет	0,8 - 1,0
возраст Застрахованного от 40 до 44 лет	0,9 - 1,1
возраст Застрахованного от 45 до 50 лет	1,1 - 1,6
возраст Застрахованного от 51 до 60 лет	1,2 - 1,7
возраст Застрахованного от 61 и более	1,3 - 3,5

Состояние здоровья Застрахованного	Поправочные коэффициенты
Первая группа здоровья Застрахованного	0,5 - 0,7
Вторая группа здоровья Застрахованного	0,7 - 0,9
Третья группа здоровья Застрахованного	0,9 - 1,1
Наличие хронических заболеваний	1,5 - 2,3
Вероятность возникновения и развития заболеваний с наследственной предрасположенностью	1,1 - 3,0
Особенности данных об анамнезах жизни и/или болезнях Застрахованного лица	1,5 - 4,3
Имеющиеся заболевания, требующее неотложное лечение	1,5 - 3,5
Имеющиеся заболевания, требующее хирургического вмешательства	1,1 - 1,6

Факторы профессиональной деятельности Застрахованного лица	Поправочные коэффициенты
Нормальная интенсивность рабочей нагрузки (восьмичасовой рабочий день)	0,9 - 1,2
Высокая и интенсивная рабочая нагрузка (ночные работы, рабочий день более восьми часов)	1,3 - 3,0
Ниже средней интенсивность рабочей нагрузки (рабочий день менее восьми часов)	0,5 - 0,9
Работа на вредном производстве	1,5 - 3,0
Работа и деятельность связанная с различными видами спорта	1,5 - 5,0

Количество Застрахованных	Поправочные коэффициенты
до 10 чел.	1,0 - 1,5
от 11 до 50	0,9 - 1,2
от 50 до 100	0,8 - 1,1
от 100 до 200	0,7 - 1,0
от 200 до 500	0,6 - 0,9
более 500	0,5 - 0,8

Сопутствующие услуги	Поправочные коэффициенты
Выезд врача за пределы административной границы населенного пункта	1,1 - 2,5
Выезд бригады скорой помощи за пределы административной границы населенного пункта	1,1 - 3,0
Услуги персональной сиделки	2,0 - 4,0

Применение франшизы	Поправочные коэффициенты
Отсутствие франшизы	1,0
Франшиза условная	0,8 - 0,9
Франшиза безусловная	0,5 - 0,9
Временная франшиза	0,1 - 0,9

Лимиты ответственности	Поправочные коэффициенты
Отсутствие лимитов ответственности	1,0
Лимиты по отдельным Программам страхования	0,5 - 0,9
Лимиты по видам медицинских услуг	0,6 - 0,9
Лимиты по группам Застрахованных	0,7 - 0,9

При определении итоговой величины тарифной ставки по конкретному договору страхования, результирующий коэффициент не может превышать 10,0 или быть меньше 0,1.

Реальная (итоговая) тарифная ставка при заключении конкретного договора страхования рассчитывается Страховщиком путем умножения базовой тарифной ставки на соответствующий повышающий или понижающий коэффициент.

При заключении договора, включаемым в себя несколько программ страхования, страховые тарифы по программам складываются.

В связи с тем, что конкретные факторы риска и обстоятельства, влияющие на вероятность наступления страхового события, а также конкретные значения повышающих или понижающих коэффициентов по другим выявленным обстоятельствам, имеющих существенное значение для определения степени страхового риска, могут быть определены только в ходе оценки Страховщиком страхового риска при заключении конкретного договора страхования, то значения понижающих и повышающих коэффициентов могут быть определены диапазоне их применения. Это позволяет Страховщику определить реальную тарифную ставку, учитывающие особенности объекта страхования и характер страхового риска по конкретному договору страхования и является гарантией его финансовой устойчивости.

Обоснование факторов риска и размера, примененных повышающих или понижающих коэффициентов производится Страховщиком при заключении договора страхования.

Перечень программ добровольного медицинского страхования:

- Комплексная медицинская программа для взрослых от 18 лет
- Комплексная медицинская программа для детей до 17 лет
- Программа «Амбулаторная-поликлиническая помощь»
- Программа «Стационарная помощь»
- Программа «Стоматологическая помощь»
- Программа «Скорая и неотложная помощь»
- Программа «Реабилитационное-восстановительное лечение»
- Программа «Личный врач»
- Комплексная программа наблюдения для беременных женщин
- Программа «Антиклевс»
- Программа «Лекарственное обеспечение»

Комплексная медицинская программа для взрослых от 18 лет

1. Общие положения

Страховым случаем по комплексной медицинской программе для взрослых, является обращение Застрахованного в течение срока действия договора страхования, в медицинское учреждение из числа предусмотренных договором страхования или в иные медицинские учреждения, предварительно согласованное Страховщиком, для получения плановой и экстренной медицинской (амбулаторно - поликлинической, стационарной, стоматологической, скорой и неотложной медицинской помощи) и иной помощи, указанной в программе страхования и в соответствии с условиями договора страхования, повлекшее возникновение обязательств Страховщика произвести оплату.

При наступлении страхового случая конкретный перечень медицинских услуг, предоставляемых Застрахованному в рамках программы добровольного медицинского страхования, а также их количество и порядок оказания, устанавливается лечащим врачом базового лечебного учреждения программы страхования.

Программой страхования предусмотрено оформление необходимой медицинской документации, в том числе листов временной нетрудоспособности, рецептов (кроме льготных) по каждому страховому случаю.

2. Объем предоставляемых услуг

В соответствии с настоящей программой страхования Страховщик организует и оплачивает следующую медицинскую помощь:

2.1. Амбулаторно - Поликлиническая помощь:

- приемы, консультации специалистов;
- общие манипуляции и процедуры;
- проведение профилактических прививок отечественными и импортными вакцинами в соответствии с действующим национальным календарем профилактических прививок;
- экстренная профилактика столбняка, бешенства, клещевого вирусного энцефалита и болезни Лайма;
- общие манипуляции и процедуры;
- манипуляции: хирургические, травматологические, ортопедические, проктологические, урологические, отоларингологические, офтальмологические, гинекологические, аллергологические, гематологические, пульмонологические, дерматовенерологические, эндоскопические, логопедические, функциональная диагностика;
- эндоскопические манипуляции;
- функциональная диагностика;
- общеклинические лабораторные исследования;
- биохимические лабораторные исследования;
- микробиологические (бактериологические) лабораторные исследования;
- иммунологические лабораторные исследования;
- гистологические исследования;
- цитологические исследования;
- биофизические лабораторно-диагностические исследования;
- гормональные исследования;
- рентгенологические исследования;
- ангиография;
- компьютерная томография;
- радиоизотопные диагностические исследования;
- радиоиммунологические диагностические исследования;
- ультразвуковые диагностические исследования;
- термография;
- анестезиологические манипуляции;
- хирургические вмешательства;
- гипербарическая оксигенация;
- физиотерапия, ЛФК, массаж;

- рефлексотерапия;
- мануальная терапия;
- контрольные приемы врачей-специалистов в рамках диспансерного наблюдения;
- контрольные лабораторные и инструментальные исследования в рамках диспансерного наблюдения.

2.2. Стационарная помощь:

- диагностические лабораторные и инструментальные исследования;
- консультации специалистов;
- лечебные манипуляции и процедуры;
- оперативные вмешательства;
- медикаментозная терапия;
- уход младшего и среднего медицинского персонала;

2.3. Стоматологическая помощь:

- приемы, консультации специалистов;
- функциональная диагностика;
- физиотерапия;
- анестезиологические манипуляции;

- терапевтическая стоматология (лечение кариеса, лечение пульпита, лечение периодонтита, терапевтические методы лечения болезней тканей пародонта, лечение заболеваний слизистой оболочки полости рта и языка);

- хирургическая стоматология (лечения заболеваний челюстно-лицевой области, слюнных желез, заболеваний нервов челюстно-лицевой области, доброкачественных новообразований челюстно-лицевой области, травматических повреждений челюстно-лицевой области, удаление зубов, ретинированных и дистопированных зубов, а также оперативное лечение пародонтального абсцесса).

2.4. Скорая и неотложная помощь:

- выезд бригады скорой и неотложной медицинской помощи;
- проведение диагностических и лечебных мероприятий;
- транспортировка в стационар.

3. Исключения

3.1. В настоящую программу не входит оплата медицинских услуг в связи с обращением по поводу следующих заболеваний, и их осложнений:

3.1.1. новообразований центральной нервной системы, злокачественных онкологических заболеваний, злокачественных заболеваний крови и кроветворных органов;

3.1.2. врожденных заболеваний и аномалий развития, заболеваний и состояний, обусловленных хромосомными (генетическими) нарушениями;

3.1.3. эпилепсии и эпилептиформного синдрома, психических расстройств и расстройств поведения, в том числе алкоголизма, наркомании, токсикомании;

3.1.4. ВИЧ-инфицирования и СПИДа, венерических «классических» заболеваний (сифилис, гонорея, шанкрод (мягкий шанкр), лимфогранулематоз венерический, гранулема венерическая (паховая);

3.1.5. сахарного диабета и его осложнений;

3.1.6. вирусных гепатитов (за исключением вирусных гепатитов «А» и «Е»), фиброза и цирроза печени;

3.1.7. туберкулеза, саркоидоза, амилоидоза, псориаза, глубоких и системных микозов, онихомикозов;

3.1.8. заболеваний, сопровождающихся хронической почечной и печеночной недостаточностью, требующей проведения экстракорпоральных методов лечения;

3.1.9. системных аутоиммунных заболеваний, деформирующих дорсопатий (за исключением остеохондроза), воспалительных полиартропатий, артрозов (за исключением посттравматических артрозов), болезни Бехтерева;

3.1.10. рассеянного склероза, болезни Паркинсона, иных экстрапирамидных и двигательных нарушений;

3.1.11. лучевой болезни;

3.1.12. профессиональных заболеваний.

3.2. Также в настоящую программу не входит оплата следующих медицинских услуг:

3.2.1. не предусмотренных договором страхования, не назначенных врачом или выполняемых по желанию Застрахованного;

3.2.2. оказанных в связи с патологическими состояниями и травмами, возникшими или полученными в состоянии алкогольного, наркотического или иного токсического опьянения, а также в период нахождения под воздействием иных психоактивных веществ;

3.2.3. приемы врачами-специалистами, консультации, диагностические исследования, процедуры и манипуляции и прочие услуги, связанные с диагностикой и ведением беременности и ее осложнений, в том числе при угрозе прерывания беременности, по родовспоможению и по послеродовым состояниям и/или заболеваниям и их осложнениям;

3.2.4. приемы врачами-специалистами, консультации, диагностические исследования, процедуры и манипуляции и прочие услуги оказываемые по планированию семьи, в том числе медико-генетическое консультирование и генетические исследования при планировании беременности; процедуры и манипуляции, способствующие или предотвращающие зачатие включая медикаментозные методы, процедуры и манипуляции по искусственному оплодотворению, медикаментозной и хирургической контрацепции (стерилизацию), по диагностике и лечению бесплодия (мужского и женского), эректильной дисфункции, болезни Пейрони, всех

видов сексуальных расстройств;

3.2.5. по эндодонтическому лечению и по восстановлению коронковой части зуба, разрушенной на 50% и более на момент первичного осмотра, по различным манипуляциям на зубах, покрытых ортопедическими и ортодонтическими конструкциями (за исключением необходимости оказания экстренной медицинской помощи с целью купирования острого болевого синдрома при остром воспалении или травме), зубосохраняющие операции в том числе цистэктомия, по лечению некариозных поражений зубов за исключением клиновидных дефектов, по устранению ортодонтических нарушений, услуг оказываемых в профилактических (герметизация фиссур взрослым, снятие мягких зубных налетов, покрытие зубов фторсодержащими препаратами методом глубокого фторирования и лаками и прочие аналогичные) и косметических (косметическое восстановление зубов, в том числе с применением виниров и ламинатов, отбеливание зубов и прочие аналогичные) целях, в том числе замена пломб без медицинских показаний, по зубопротезированию и подготовке к нему, включая депульпирование и удаление зубов, реплантация зубов, имплантации зубов, включая подготовку к ней, все услуги направленные на изменение прикуса, подготовка и проведение ортодонтического лечения, лечение заболеваний тканей пародонта. Не являются медицинскими показаниями к оказанию стоматологической (амбулаторной) помощи с применением общего наркоза психические заболевания, в том числе неврозы, фобии и иные расстройства поведения;

3.2.6. приемов врачами-специалистами по диагностике и лечению кондилом, заболеваний волос, мозолей, бородавок, папиллом, контагиозных моллюсков, невусов, гиперкератозов, а также по устранению косметических дефектов, в том числе в целях улучшения психологического состояния Застрахованного;

3.2.7. по диагностике и лечению с использованием авторских методов, в медицинских учреждениях не предусмотренных программой страхования, по проведению гидрocolонотерапии и мониторной очистке кишечника и водолечению и грязелечению, иммерсионной терапии, механотерапии, ударно-волновой терапии, аппаратного массажа, курсового лечения хронических заболеваний с использованием аппаратно-программных комплексов (например, «Ярило», «Андро-Гин», «Мультиамг», программные комплексы в офтальмологии и прочие аналогичные), кинезотерапии, теста «Гемокод» и аналогичных гематологических тестов;

3.2.8. вертебролога, кинезиотерапевта, диетолога, генетика, логопеда, психолога, фонопеда, фоониатра, сомнолога; по психотерапии и компьютерной психодиагностике;

3.2.9. по аллергенспецифической диагностике (кожные тесты, стандартные и/или индивидуальные аллергологические панели и т.п.) и по аллерген-специфической гипосенсибилизирующей терапии, в том числе, СИТ;

3.2.10. по диагностике и лечению (в том числе процедуры и манипуляции), проводимых с эстетической или косметической целью, или проводимых с целью улучшения психического состояния, склеротерапия вен любыми методами, а также любых медицинских и иных услуг, оказываемых в оздоровительных, профилактических и косметических целях;

3.2.11. по диагностике и лечению заболеваний, связанных с нарушением питания и коррекции веса;

3.2.12. по диагностике и лечению ронхопатии (храпа) и апноэ во время сна;

3.2.13. по лечению патологических установок стоп, в том числе плоскостопия, и по лечению нарушений осанки;

3.2.14. по применению методов народной медицины, используемых с целью диагностики (акупунктурная, аурикулярная, термопунктурная, электропунктурная, мануальная, энергоинформационная, иридодиагностика, диагностика по пульсу и прочие аналогичные), лечения (гирудотерапия, гомеопатия, фитотерапия, апитерапия, хромотерапия («альфа-капсула») и прочие аналогичные) и оздоровления (цигун-терапия, управление дыханием, музыкотерапия и прочие аналогичные);

3.2.15. по экстракорпоральному воздействию на кровь, в том числе программный гемодиализ, внутривенная лазеротерапия, и прочие аналогичные услуги, за исключением случаев проведения методов экстракорпорального воздействия на кровь по жизненным показаниям при нахождении больного в отделении реанимации, озонотерапии, по проведению гипо (нормо) гипербарической оксигенации, за исключением случаев проведения гипербарической оксигенации по жизненным показаниям при нахождении больного в отделении реанимации;

3.2.16. по проведению подготовки к плановой стационарному лечению при отсутствии риска в программе страхования;

3.2.17. по проведению лечебно-диагностических мероприятий и манипуляций, проводимых с применением стационарно замещающих технологий («стационар одного дня», «дневной стационар»), если программой страхования не предусмотрен соответствующий риск;

3.2.18. по диспансерному наблюдению по поводу хронических заболеваний и наличию факторов повышенного риска у Застрахованных;

3.2.19. сверх объемов, предусмотренных программой страхования по отдельным рискам (видам медицинской помощи).

3.3. Не оплачивается Страховщиком:

3.3.1. трансплантация (имплантация) органов и тканей;

3.3.2. хирургическая коррекция зрения, в том числе с применением лазера; слухопротезирование, в том числе восстановление функции утраченного слуха с помощью слухового аппарата и/или методом кохлеарной имплантации;

3.3.3. проведение септопластики, в том числе подслизистой резекции перегородки носа;

3.3.4. плановое нейрохирургическое лечение;

3.3.5. плановое хирургическое лечение заболеваний опорно-двигательной системы, в том числе суставов

и грыж (протрузий) дисков позвоночника;

3.3.6. плановое хирургическое лечение заболеваний сердца и сосудов, в том числе малоинвазивными эндоваскулярными (интервенционными) методами (стентирование, баллонная ангиопластика), плановое хирургическое лечение нарушений ритма и проводимости сердца, в том числе малоинвазивными эндоваскулярными (интервенционными) методами (абляция, установка искусственных водителей ритма);

3.3.7. ортопедическое протезирование (восстановление функции утраченных органов и частей тела при помощи протезов (конечности, суставы, глаза, зубы и другие);

3.3.8. электрокардиостимуляторы, кардиовертеры-дефибрилляторы, протезы, эндопротезы, имплантаты, наборы для остеосинтеза и фиксации, ангиографии, ангиопластики и стентирования (кроме кава-фильтра, установленного по экстренным показаниям), медицинское оборудование, медицинские изделия по коррекции зрения и слуха, медицинских изделий и расходных материалов, предназначенных для ухода за больными при любых заболеваниях.

3.4. Исключения указанные в настоящей Программе действуют в дополнении к положениям п. 3.4 и п.

3.5 Правил страхования.

Комплексная медицинская программа для детей до 17 лет

1. Общие положения

Страховым случаем по комплексной медицинской программе для детей, является обращение Застрахованного в течение срока действия договора страхования, в медицинское учреждение из числа предусмотренных договором страхования или в иные медицинские учреждения, предварительно согласованное Страховщиком, для получения плановой и экстренной медицинской (амбулаторно - поликлинической, стационарная, стоматологической, скорой и неотложной медицинской помощи) и иной помощи, указанной в программе страхования и в соответствии с условиями договора страхования, повлекшее возникновение обязательств Страховщика произвести оплату.

При наступлении страхового случая конкретный перечень медицинских услуг, предоставляемых Застрахованному в рамках программы добровольного медицинского страхования, а также их количество и порядок оказания, устанавливается лечащим врачом базового лечебного учреждения программы страхования.

Сроки, количество и перечень профилактических мероприятий (плановые осмотры врачом-педиатром (врачом семейной медицины), сестринский патронаж, диспансерные (плановые) осмотры врачами-специалистами, лабораторные и инструментальные исследования, вакцинации) определяются по действующим в период действия договора добровольного медицинского страхования нормативным документам Министерства здравоохранения Российской Федерации, Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения и Федерального медико-биологического агентства и другими компетентными органами.

Оформление медицинской документации необходимой для поступления в детские дошкольные учреждения или в школу осуществляется по результатам плановой диспансеризации в декретированном возрасте однократно за период действия договора страхования по результатам проведенной диспансеризации.

2. Объем предоставляемых услуг

В соответствии с настоящей программой страхования Страховщик организует и оплачивает следующую медицинскую помощь:

2.1. Амбулаторно - Поликлиническая помощь:

- приемы, консультации детских врачей и специалистов;
- приемы (в том числе контрольные приемы и динамическое наблюдение), диспансерные (плановые) осмотры, консультации педиатра (врача семейной медицины);
- проведение плановых осмотров наблюдающим врачом-педиатром, врачами-специалистами, лабораторно-диагностические мероприятия в объемах и в сроки, определенными федеральными нормативами по наблюдению детей в рамках диспансеризации в декретированные сроки;
- проведение профилактических прививок отечественными и импортными вакцинами в соответствии с действующим национальным календарем профилактических прививок;
- экстренная профилактика столбняка, бешенства, клещевого вирусного энцефалита и болезни Лайма;
- общие манипуляции и процедуры;
- манипуляции: хирургические, травматологические, ортопедические, проктологические, урологические, отоларингологические, офтальмологические, гинекологические, аллергологические, гематологические, пульмонологические, дерматовенерологические, эндоскопические, логопедические, функциональная диагностика;
- эндоскопические манипуляции;
- функциональная диагностика;
- общеклинические лабораторные исследования;
- биохимические лабораторные исследования;
- микробиологические (бактериологические) лабораторные исследования;
- иммунологические лабораторные исследования;
- гистологические исследования;
- цитологические исследования;
- биофизические лабораторно-диагностические исследования;
- гормональные исследования;
- рентгенологические исследования;

- ангиография;
- компьютерная томография;
- радиоизотопные диагностические исследования;
- радиоиммунологические диагностические исследования;
- ультразвуковые диагностические исследования;
- термография;
- анестезиологические манипуляции;
- хирургические вмешательства;
- гипербарическая оксигенация;
- физиотерапия, ЛФК, массаж;
- рефлексотерапия;
- мануальная терапия;
- контрольные приемы врачей-специалистов в рамках диспансерного наблюдения;
- контрольные лабораторные и инструментальные исследования в рамках диспансерного наблюдения.

2.2. Стационарная помощь:

- диагностические лабораторные и инструментальные исследования;
- консультации специалистов;
- лечебные манипуляции и процедуры;
- оперативные вмешательства;
- медикаментозная терапия;
- уход младшего и среднего медицинского персонала;

2.3. Стоматологическая помощь:

- приемы, консультации специалистов;
- функциональная диагностика;
- физиотерапия;
- анестезиологические манипуляции;

- терапевтическая стоматология (лечение кариеса, лечение пульпита, лечение периодонтита, терапевтические методы лечения болезней тканей пародонта, лечение заболеваний слизистой оболочки полости рта и языка);

- хирургическая стоматология (лечение заболеваний челюстно-лицевой области, слюнных желез, заболеваний нервов челюстно-лицевой области, доброкачественных новообразований челюстно-лицевой области, травматических повреждений челюстно-лицевой области, удаление зубов, в том числе зубов сменного прикуса («молочные зубы»), ретинированных и дистопированных зубов, а также оперативное лечение пародонтального абсцесса)

2.4. Скорая и неотложная помощь:

- выезд бригады скорой и неотложной медицинской помощи;
- проведение диагностических и лечебных мероприятий;
- транспортировка в стационар.

3. Исключения

3.1. В настоящую программу не входит оплата медицинских услуг в связи с обращением по поводу следующих заболеваний, и их осложнений:

3.1.1. новообразований центральной нервной системы, злокачественных онкологических заболеваний, злокачественных заболеваний крови и кроветворных органов;

3.1.2. врожденных заболеваний и аномалий развития, заболеваний и состояний, обусловленных хромосомными (генетическими) нарушениями;

3.1.3. эпилепсии и эпилептиформного синдрома, психических расстройств и расстройств поведения, в том числе алкоголизма, наркомании, токсикомании;

3.1.4. ВИЧ-инфицирования и СПИДа, венерических «классических» заболеваний (сифилис, гонорея, шанкрод (мягкий шанкр), лимфогрануломатоз венерический, гранулема венерическая (паховая);

3.1.5. сахарного диабета и его осложнений;

3.1.6. вирусных гепатитов (за исключением вирусных гепатитов «А» и «Е»), фиброза и цирроза печени;

3.1.7. туберкулеза, саркоидоза, амилоидоза, псориаза, глубоких и системных микозов, онихомикозов;

3.1.8. заболеваний, сопровождающихся хронической почечной и печеночной недостаточностью, требующей проведения экстракорпоральных методов лечения;

3.1.9. системных аутоиммунных заболеваний, деформирующих дорсопатий (за исключением остеохондроза), воспалительных полиартропатий, артрозов (за исключением посттравматических артрозов), болезни Бехтерева;

3.1.10. рассеянного склероза, болезни Паркинсона, иных экстрапирамидных и двигательных нарушений;

3.1.11. лучевой болезни;

3.1.12. профессиональных заболеваний.

3.2. Также в настоящую программу не входит оплата следующих медицинских услуг:

3.2.1. не предусмотренных договором страхования, не назначенных врачом или выполняемых по желанию Застрахованного;

3.2.2. оказанных в связи с патологическими состояниями и травмами, возникшими или полученными в состоянии алкогольного, наркотического или иного токсического опьянения, а также в период нахождения под

воздействием иных психоактивных веществ;

3.2.3. приемы врачами-специалистами, консультации, диагностические исследования, процедуры и манипуляции и прочие услуги, связанные с диагностикой и ведением беременности и ее осложнений, в том числе при угрозе прерывания беременности, по родовспоможению и по послеродовым состояниям и/или заболеваниям и их осложнениям;

3.2.4. приемы врачами-специалистами, консультации, диагностические исследования, процедуры и манипуляции и прочие услуги оказываемые по планированию семьи, в том числе медико-генетическое консультирование и генетические исследования при планировании беременности; процедуры и манипуляции, способствующие или предотвращающие зачатие включая медикаментозные методы, процедуры и манипуляции по искусственному оплодотворению, медикаментозной и хирургической контрацепции (стерилизацию), по диагностике и лечению бесплодия (мужского и женского), эректильной дисфункции, болезни Пейрони, всех видов сексуальных расстройств;

3.2.5. по эндодонтическому лечению и по восстановлению коронковой части зуба, разрушенной на 50% и более на момент первичного осмотра, по различным манипуляциям на зубах, покрытых ортопедическими и ортодонтическими конструкциями (за исключением необходимости оказания экстренной медицинской помощи с целью купирования острого болевого синдрома при остром воспалении или травме), зубосохраняющие операции в том числе цистэктомия, по лечению некариозных поражений зубов за исключением клиновидных дефектов, по устранению ортодонтических нарушений, услуг оказываемых в профилактических (герметизация фиссур, снятие мягких зубных налетов, покрытие зубов фторсодержащими препаратами методом глубокого фторирования и лаками и прочие аналогичные) и косметических (косметическое восстановление зубов, в том числе с применением виниров и ламинатов, отбеливание зубов и прочие аналогичные) целях, в том числе замена пломб без медицинских показаний, по зубопротезированию и подготовке к нему, включая депульпирование и удаление зубов, реплантация зубов, имплантации зубов, включая подготовку к ней, все услуги направленные на изменение прикуса, подготовка и проведение ортодонтического лечения, лечение заболеваний тканей пародонта. Не являются медицинскими показаниями к оказанию стоматологической (амбулаторной) помощи с применением общего наркоза психические заболевания, в том числе неврозы, фобии и иные расстройства поведения;

3.2.6. приемов врачами-специалистами по диагностике и лечению кондилом, заболеваний волос, мозолей, бородавок, папиллом, контактных дерматитов, невусов, гиперкератозов, а также по устранению косметических дефектов, в том числе в целях улучшения психологического состояния Застрахованного;

3.2.7. по диагностике и лечению с использованием авторских методов, в медицинских учреждениях не предусмотренных программой страхования, по проведению гидроклонолтерапии и мониторинговой очистке кишечника и водолечению и грязелечению, иммерсионной терапии, механотерапии, ударно-волновой терапии, аппаратного массажа, курсового лечения хронических заболеваний с использованием аппаратно-программных комплексов (например, «Ярило», «Андро-Гин», «Мультиамг», программные комплексы в офтальмологии и прочие аналогичные), кинезотерапии, теста «Гемокод» и аналогичных гематологических тестов;

3.2.8. вертебролога, кинезиотерапевта, диетолога, генетика, логопеда, психолога, фонопеда, фоониатра, сомнолога; по психотерапии и компьютерной психодиагностике;

3.2.9. по аллергенспецифической диагностике (кожные тесты, стандартные и/или индивидуальные аллергологические панели и т.п.) и по аллерген-специфической гипосенсибилизирующей терапии, в том числе, СИТ;

3.2.10. по диагностике и лечению (в том числе процедуры и манипуляции), проводимых с эстетической или косметической целью, или проводимых с целью улучшения психического состояния, склеротерапия вен любыми методами; любых медицинских и иных услуг, оказываемых в оздоровительных, профилактических и косметических целях;

3.2.11. по диагностике и лечению заболеваний, связанных с нарушением питания и коррекции веса;

3.2.12. по диагностике и лечению ронхопатии (храпа) и апноэ во время сна;

3.2.13. по лечению патологических установок стоп, в том числе плоскостопия, и по лечению нарушений осанки;

3.2.14. по применению методов народной медицины, используемых с целью диагностики (акупунктурная, аурикулярная, термпунктурная, электропунктурная, мануальная, энергоинформационная, иридодиагностика, диагностика по пульсу и прочие аналогичные), лечения (гирудотерапия, гомеопатия, фитотерапия, апитерапия, хромотерапия («альфа-капсула») и прочие аналогичные) и оздоровления (цигун-терапия, управление дыханием, музыкотерапия и прочие аналогичные);

3.2.15. по экстракорпоральному воздействию на кровь, в том числе программный гемодиализ, внутривенная лазеротерапия, и прочие аналогичные услуги, за исключением случаев проведения методов экстракорпорального воздействия на кровь по жизненным показаниям при нахождении больного в отделении реанимации, озонотерапии, по проведению гипо (нормо) гипербарической оксигенации, за исключением случаев проведения гипербарической оксигенации по жизненным показаниям при нахождении больного в отделении реанимации;

3.2.16. по проведению подготовки к плановой стационарному лечению при отсутствии риска в программе страхования;

3.2.17. по проведению лечебно-диагностических мероприятий и манипуляций, проводимых с применением стационарно замещающих технологий («стационар одного дня», «дневной стационар»), если программой страхования не предусмотрен соответствующий риск;

3.2.18. по диспансерному наблюдению по поводу хронических заболеваний и наличию факторов

повышенного риска у Застрахованных;

3.2.19. сверх объемов, предусмотренных программой страхования по отдельным рискам (видам медицинской помощи).

3.3. Не оплачивается Страховщиком:

3.3.1. трансплантация (имплантация) органов и тканей;

3.3.2. хирургическая коррекция зрения, в том числе с применением лазера; слухопротезирование, в том числе восстановление функции утраченного слуха с помощью слухового аппарата и/или методом кохлеарной имплантации;

3.3.3. проведение септопластики, в том числе подслизистой резекции перегородки носа;

3.3.4. плановое нейрохирургическое лечение;

3.3.5. плановое хирургическое лечение заболеваний опорно-двигательной системы, в том числе суставов и грыж (протрузий) дисков позвоночника;

3.3.6. плановое хирургическое лечение заболеваний сердца и сосудов, в том числе малоинвазивными эндоваскулярными (интервенционными) методами (стентирование, баллонная ангиопластика), плановое хирургическое лечение нарушений ритма и проводимости сердца, в том числе малоинвазивными эндоваскулярными (интервенционными) методами (абляция, установка искусственных водителей ритма);

3.3.7. ортопедическое протезирование (восстановление функции утраченных органов и частей тела при помощи протезов (конечности, суставы, глаза, зубы и другие));

3.3.8. электрокардиостимуляторы, кардиовертеры-дефибрилляторы, протезы, эндопротезы, имплантаты, наборы для остеосинтеза и фиксации, ангиографии, ангиопластики и стентирования (кроме кава-фильтра, установленного по экстренным показаниям), медицинское оборудование, медицинские изделия по коррекции зрения и слуха, медицинских изделий и расходных материалов, предназначенных для ухода за больными при любых заболеваниях.

3.4. Исключения указанные в настоящей Программе действуют в дополнении к положениям п. 3.4 и п.

3.5 Правил страхования.

Программа «Амбулаторно - поликлиническая помощь»

1. Общие положения

Страховым случаем по настоящей программе, является обращение Застрахованного в течение срока действия договора страхования, в медицинское учреждение из числа предусмотренных договором страхования или в иные медицинские учреждения, предварительно согласованное Страховщиком, для получения амбулаторно - поликлинической помощи, указанной в программе страхования и в соответствии с условиями договора страхования, повлекшее возникновение обязательств Страховщика произвести оплату.

При наступлении страхового случая конкретный перечень медицинских услуг, предоставляемых Застрахованному в рамках программы добровольного медицинского страхования, а также их количество и порядок оказания, устанавливается лечащим врачом базового лечебного учреждения программы страхования.

Программой страхования предусмотрено оформление необходимой медицинской документации, в том числе листков временной нетрудоспособности, рецептов (кроме льготных) по каждому страховому случаю.

2. Объем предоставляемых услуг

В соответствии с настоящей программой страхования Страховщик организует и оплачивает следующую медицинскую помощь:

2.1. Амбулаторно - Поликлиническая помощь:

- приемы, консультации специалистов;
- общие манипуляции и процедуры;
- проведение профилактических прививок отечественными и импортными вакцинами в соответствии с действующим национальным календарем профилактических прививок;
- экстренная профилактика столбняка, бешенства, клещевого вирусного энцефалита и болезни Лайма;
- общие манипуляции и процедуры;
- манипуляции: хирургические, травматологические, ортопедические, проктологические, урологические, отоларингологические, офтальмологические, гинекологические, аллергологические, гематологические, пульмонологические, дерматовенерологические, эндоскопические, логопедические, функциональная диагностика;
- эндоскопические манипуляции;
- функциональная диагностика;
- общеклинические лабораторные исследования;
- биохимические лабораторные исследования;
- микробиологические (бактериологические) лабораторные исследования;
- иммунологические лабораторные исследования;
- гистологические исследования;
- цитологические исследования;
- биофизические лабораторно-диагностические исследования;
- гормональные исследования;
- рентгенологические исследования;
- ангиография;
- компьютерная томография;

- радиоизотопные диагностические исследования;
- радиоиммунологические диагностические исследования;
- ультразвуковые диагностические исследования;
- термография;
- анестезиологические манипуляции;
- хирургические вмешательства;
- гипербарическая оксигенация;
- физиотерапия, ЛФК, массаж;
- рефлексотерапия;
- мануальная терапия;
- контрольные приемы врачей-специалистов в рамках диспансерного наблюдения;
- контрольные лабораторные и инструментальные исследования в рамках диспансерного наблюдения.

3.Исключения

3.1. В настоящую программу не входит оплата медицинских услуг в связи с обращением по поводу следующих заболеваний, и их осложнений:

3.1.1. новообразований центральной нервной системы, злокачественных онкологических заболеваний, злокачественных заболеваний крови и кроветворных органов;

3.1.2. врожденных заболеваний и аномалий развития, заболеваний и состояний, обусловленных хромосомными (генетическими) нарушениями;

3.1.3. эпилепсии и эпилептиформного синдрома, психических расстройств и расстройств поведения, в том числе алкоголизма, наркомании, токсикомании;

3.1.4. ВИЧ-инфицирования и СПИДа, венерических «классических» заболеваний (сифилис, гонорея, шанкрод (мягкий шанкр), лимфогрануломатоз венерический, гранулема венерическая (паховая);

3.1.5. сахарного диабета и его осложнений;

3.1.6. вирусных гепатитов (за исключением вирусных гепатитов «А» и «Е»), фиброза и цирроза печени;

3.1.7. туберкулеза, саркоидоза, амилоидоза, псориаза, глубоких и системных микозов, онихомикозов;

3.1.8. заболеваний, сопровождающихся хронической почечной и печеночной недостаточностью, требующей проведения экстракорпоральных методов лечения;

3.1.9. системных аутоиммунных заболеваний, деформирующих дорсопатий (за исключением остеохондроза), воспалительных полиартропатий, артрозов (за исключением посттравматических артрозов), болезни Бехтерева;

3.1.10. рассеянного склероза, болезни Паркинсона, иных экстрапиримидных и двигательных нарушений;

3.1.11. лучевой болезни;

3.1.12. профессиональных заболеваний.

3.2. Также в настоящую программу не входит оплата следующих медицинских услуг:

3.2.1. не предусмотренных договором страхования, не назначенных врачом или выполняемых по желанию Застрахованного;

3.2.2. оказанных в связи с патологическими состояниями и травмами, возникшими или полученными в состоянии алкогольного, наркотического или иного токсического опьянения, а также в период нахождения под воздействием иных психоактивных веществ;

3.2.3. приемы врачами-специалистами, консультации, диагностические исследования, процедуры и манипуляции и прочие услуги, связанные с диагностикой и ведением беременности и ее осложнений, в том числе при угрозе прерывания беременности, по родовспоможению и по послеродовым состояниям и/или заболеваниям и их осложнениям;

3.2.4. приемы врачами-специалистами, консультации, диагностические исследования, процедуры и манипуляции и прочие услуги оказываемые по планированию семьи, в том числе медико-генетическое консультирование и генетические исследования при планировании беременности; процедуры и манипуляции, способствующие или предотвращающие зачатие включая медикаментозные методы, процедуры и манипуляции по искусственному оплодотворению, медикаментозной и хирургической контрацепции (стерилизацию), по диагностике и лечению бесплодия (мужского и женского), эректильной дисфункции, болезни Пейрони, всех видов сексуальных расстройств;

3.2.5. приемов врачами-специалистами по диагностике и лечению кондилом, заболеваний волос, мозолей, бородавок, папиллом, контагиозных моллюсков, невусов, гиперкератозов, а также по устранению косметических дефектов, в том числе в целях улучшения психологического состояния Застрахованного;

3.2.6. по диагностике и лечению с использованием авторских методов, в медицинских учреждениях не предусмотренных программой страхования, по проведению гидроколонотерапии и мониторной очистке кишечника и водолечению и грязелечению, иммерсионной терапии, механотерапии, ударно-волновой терапии, аппаратного массажа, курсового лечения хронических заболеваний с использованием аппаратно-программных комплексов (например, «Ярило», «Андро-Гин», «Мультиамг», программные комплексы в офтальмологии и прочие аналогичные), кинезотерапии, теста «Гемокод» и аналогичных гематологических тестов;

3.2.7. вертебролога, кинезиотерапевта, диетолога, генетика, логопеда, психолога, фонопеда, фоониатра, сомнолога; по психотерапии и компьютерной психодиагностике;

3.2.8. по аллергенспецифической диагностике (кожные тесты, стандартные и/или индивидуальные аллергологические панели и т.п.) и по аллерген-специфической гипосенсибилизирующей терапии, в том числе, СИТ;

3.2.9. по диагностике и лечению (в том числе процедуры и манипуляции), проводимых с эстетической или косметической целью, или проводимых с целью улучшения психического состояния, склеротерапия вен любыми методами; любых медицинских и иных услуг, оказываемых в оздоровительных, профилактических и косметических целях;

3.2.10. по диагностике и лечению заболеваний, связанных с нарушением питания и коррекции веса;

3.2.11. по диагностике и лечению ронхопатии (храпа) и апноэ во время сна;

3.2.12. по лечению патологических установок стоп, в том числе плоскостопия, и по лечению нарушений осанки;

3.2.13. по применению методов народной медицины, используемых с целью диагностики (акупунктурная, аурикулярная, термопунктурная, электропунктурная, мануальная, энергоинформационная, иридодиагностика, диагностика по пульсу и прочие аналогичные), лечения (гирудотерапия, гомеопатия, фитотерапия, апитерапия, хромотерапия («альфа-капсула») и прочие аналогичные) и оздоровления (цигун-терапия, управление дыханием, музыкотерапия и прочие аналогичные);

3.2.14. по экстракорпоральному воздействию на кровь, в том числе программный гемодиализ, внутривенная лазеротерапия, и прочие аналогичные услуги, за исключением случаев проведения методов экстракорпорального воздействия на кровь по жизненным показаниям при нахождении больного в отделении реанимации, озонотерапии, по проведению гипо (нормо) гипербарической оксигенации, за исключением случаев проведения гипербарической оксигенации по жизненным показаниям при нахождении больного в отделении реанимации;

3.2.15. по проведению подготовки к плановой стационарному лечению при отсутствии риска в программе страхования;

3.2.16. по проведению лечебно-диагностических мероприятий и манипуляций, проводимых с применением стационарно замещающих технологий («стационар одного дня», «дневной стационар»), если программой страхования не предусмотрен соответствующий риск;

3.2.17. по диспансерному наблюдению по поводу хронических заболеваний и наличию факторов повышенного риска у Застрахованных;

3.2.18. сверх объемов, предусмотренных программой страхования по отдельным рискам (видам медицинской помощи).

3.3. Не оплачивается Страховщиком:

3.3.1. трансплантация (имплантация) органов и тканей;

3.3.2. хирургическая коррекция зрения, в том числе с применением лазера; слухопротезирование, в том числе восстановление функции утраченного слуха с помощью слухового аппарата и/или методом кохлеарной имплантации;

3.3.3. проведение септопластики, в том числе подслизистой резекции перегородки носа;

3.3.4. плановое нейрохирургическое лечение;

3.3.5. плановое хирургическое лечение заболеваний опорно-двигательной системы, в том числе суставов и грыж (протрузий) дисков позвоночника;

3.3.6. плановое хирургическое лечение заболеваний сердца и сосудов, в том числе малоинвазивными эндоваскулярными (интервенционными) методами (стентирование, баллонная ангиопластика), плановое хирургическое лечение нарушений ритма и проводимости сердца, в том числе малоинвазивными эндоваскулярными (интервенционными) методами (абляция, установка искусственных водителей ритма);

3.3.7. ортопедическое протезирование (восстановление функции утраченных органов и частей тела при помощи протезов (конечности, суставы, глаза, зубы и другие);

3.3.8. электрокардиостимуляторы, кардиовертеры-дефибрилляторы, протезы, эндопротезы, имплантаты, наборы для остеосинтеза и фиксации, ангиографии, ангиопластики и стентирования (кроме кава-фильтра, установленного по экстренным показаниям), медицинское оборудование, медицинские изделия по коррекции зрения и слуха, медицинских изделий и расходных материалов, предназначенных для ухода за больными при любых заболеваниях.

3.4. Исключения указанные в настоящей Программе действуют в дополнении к положениям п. 3.4 и п. 3.5 Правил страхования.

Программа «Стационарная помощь»

1. Общие положения

Страховым случаем по настоящей программе, является обращение Застрахованного в течение срока действия договора страхования, в медицинское учреждение из числа предусмотренных договором страхования или в иные медицинские учреждения, предварительно согласованное Страховщиком, для получения плановой или экстренной стационарной помощи, указанной в программе страхования и в соответствии с условиями договора страхования, повлекшее возникновение обязательств Страховщика произвести оплату.

При наступлении страхового случая конкретный перечень медицинских услуг, предоставляемых Застрахованному в рамках программы добровольного медицинского страхования, а также их количество и порядок оказания, устанавливается лечащим врачом базового лечебного учреждения программы страхования.

Программой страхования предусмотрено оформление необходимой медицинской документации, в том числе листков временной нетрудоспособности, рецептов (кроме льготных) по каждому страховому случаю.

2. Объем предоставляемых услуг

В соответствии с настоящей программой страхования Страховщик организует и оплачивает следующую медицинскую помощь:

2.1. Стационарная помощь:

- диагностические лабораторные и инструментальные исследования;
- консультации специалистов;
- лечебные манипуляции и процедуры;
- оперативные вмешательства;
- медикаментозная терапия;
- уход младшего и среднего медицинского персонала.

3.Исключения

3.1. В настоящую программу не входит оплата медицинских услуг в связи с обращением по поводу следующих заболеваний, и их осложнений:

3.1.1. новообразований центральной нервной системы, злокачественных онкологических заболеваний, злокачественных заболеваний крови и кроветворных органов;

3.1.2. врожденных заболеваний и аномалий развития, заболеваний и состояний, обусловленных хромосомными (генетическими) нарушениями;

3.1.3. эпилепсии и эпилептиформного синдрома, психических расстройств и расстройств поведения, в том числе алкоголизма, наркомании, токсикомании;

3.1.4. ВИЧ-инфицирования и СПИДа, венерических «классических» заболеваний (сифилис, гонорея, шанкрод (мягкий шанкр), лимфогрануломатоз венерический, гранулема венерическая (паховая);

3.1.5. сахарного диабета и его осложнений;

3.1.6. вирусных гепатитов (за исключением вирусных гепатитов «А» и «Е»), фиброза и цирроза печени;

3.1.7. туберкулеза, саркоидоза, амилоидоза, псориаза, глубоких и системных микозов, онихомикозов;

3.1.8. заболеваний, сопровождающихся хронической почечной и печеночной недостаточностью, требующей проведения экстракорпоральных методов лечения;

3.1.9. системных аутоиммунных заболеваний, деформирующих дорсопатий (за исключением остеохондроза), воспалительных полиартропатий, артрозов (за исключением посттравматических артрозов), болезни Бехтерева;

3.1.10. рассеянного склероза, болезни Паркинсона, иных экстрапирамидных и двигательных нарушений;

3.1.11. лучевой болезни;

3.1.12. профессиональных заболеваний.

3.2. Также в настоящую программу не входит оплата следующих медицинских услуг:

3.2.1. не предусмотренных договором страхования, не назначенных врачом или выполняемых по желанию Застрахованного;

3.2.2. оказанных в связи с патологическими состояниями и травмами, возникшими или полученными в состоянии алкогольного, наркотического или иного токсического опьянения, а также в период нахождения под воздействием иных психоактивных веществ;

3.2.3. приемы врачами-специалистами, консультации, диагностические исследования, процедуры и манипуляции и прочие услуги, связанные с диагностикой и ведением беременности и ее осложнений, в том числе при угрозе прерывания беременности, по родовспоможению и по послеродовым состояниям и/или заболеваниям и их осложнениям;

3.2.4. приемы врачами-специалистами, консультации, диагностические исследования, процедуры и манипуляции и прочие услуги оказываемые по планированию семьи, в том числе медико-генетическое консультирование и генетические исследования при планировании беременности; процедуры и манипуляции, способствующие или предотвращающие зачатие включая медикаментозные методы, процедуры и манипуляции по искусственному оплодотворению, медикаментозной и хирургической контрацепции (стерилизацию), по диагностике и лечению бесплодия (мужского и женского), эректильной дисфункции, болезни Пейрони, всех видов сексуальных расстройств;

3.2.5. приемов врачами-специалистами по диагностике и лечению кондилом, заболеваний волос, мозолей, бородавок, папиллом, контагиозных моллюсков, невусов, гиперкератозов, а также по устранению косметических дефектов, в том числе в целях улучшения психологического состояния Застрахованного;

3.2.6. по диагностике и лечению с использованием авторских методов, в медицинских учреждениях не предусмотренных программой страхования, по проведению гидроксонотерапии и мониторинговой очистке кишечника и водолечению и грязелечению, иммерсионной терапии, механотерапии, ударно-волновой терапии, аппаратного массажа, курсового лечения хронических заболеваний с использованием аппаратно-программных комплексов (например, «Ярило», «Андро-Гин», «Мультиамг», программные комплексы в офтальмологии и прочие аналогичные), кинезотерапии, теста «Гемокод» и аналогичных гематологических тестов;

3.2.7. вертебролога, кинезиотерапевта, диетолога, генетика, логопеда, психолога, фонопеда, фоониатра, сомнолога; по психотерапии и компьютерной психодиагностике;

3.2.8. по аллергенспецифической диагностике (кожные тесты, стандартные и/или индивидуальные аллергологические панели и т.п.) и по аллерген-специфической гипосенсибилизирующей терапии, в том числе, СИТ;

3.2.9. по диагностике и лечению (в том числе процедуры и манипуляции), проводимых с эстетической или косметической целью, или проводимых с целью улучшения психического состояния, склеротерапия вен любыми методами; любых медицинских и иных услуг, оказываемых в оздоровительных, профилактических и

косметических целях;

3.2.10. по диагностике и лечению заболеваний, связанных с нарушением питания и коррекции веса;

3.2.11. по диагностике и лечению ронхопатии (храпа) и апноэ во время сна;

3.2.12. по лечению патологических установок стоп, в том числе плоскостопия, и по лечению нарушений осанки;

3.2.13. по применению методов народной медицины, используемых с целью диагностики (акупунктурная, аурикулярная, термопунктурная, электропунктурная, мануальная, энергоинформационная, иридодиагностика, диагностика по пульсу и прочие аналогичные), лечения (гирудотерапия, гомеопатия, фитотерапия, апитерапия, хромотерапия («альфа-капсула») и прочие аналогичные) и оздоровления (цигун-терапия, управление дыханием, музыкотерапия и прочие аналогичные);

3.2.14. по экстракорпоральному воздействию на кровь, в том числе программный гемодиализ, внутривенная лазеротерапия, и прочие аналогичные услуги, за исключением случаев проведения методов экстракорпорального воздействия на кровь по жизненным показаниям при нахождении больного в отделении реанимации, озонотерапии, по проведению гипо (нормо) гипербарической оксигенации, за исключением случаев проведения гипербарической оксигенации по жизненным показаниям при нахождении больного в отделении реанимации;

3.2.15. по проведению подготовки к плановой стационарному лечению при отсутствии риска в программе страхования;

3.2.16. по проведению лечебно-диагностических мероприятий и манипуляций, проводимых с применением стационарно замещающих технологий («стационар одного дня», «дневной стационар»), если программой страхования не предусмотрен соответствующий риск;

3.2.17. по диспансерному наблюдению по поводу хронических заболеваний и наличию факторов повышенного риска у Застрахованных;

3.2.18. сверх объемов, предусмотренных программой страхования по отдельным рискам (видам медицинской помощи).

3.3. Не оплачивается Страховщиком:

а) трансплантация (имплантация) органов и тканей;

б) хирургическая коррекция зрения, в том числе с применением лазера; слухопротезирование, в том числе восстановление функции утраченного слуха с помощью слухового аппарата и/или методом кохлеарной имплантации;

в) проведение септопластики, в том числе подслизистой резекции перегородки носа;

г) плановое нейрохирургическое лечение;

д) плановое хирургическое лечение заболеваний опорно-двигательной системы, в том числе суставов и грыж (протрузий) дисков позвоночника;

е) плановое хирургическое лечение заболеваний сердца и сосудов, в том числе малоинвазивными эндоваскулярными (интервенционными) методами (стентирование, баллонная ангиопластика), плановое хирургическое лечение нарушений ритма и проводимости сердца, в том числе малоинвазивными эндоваскулярными (интервенционными) методами (абляция, установка искусственных водителей ритма);

ж) ортопедическое протезирование (восстановление функции утраченных органов и частей тела при помощи протезов (конечности, суставы, глаза, зубы и другие);

з) электрокардиостимуляторы, кардиовертеры-дефибрилляторы, протезы, эндопротезы, имплантаты, наборы для остеосинтеза и фиксации, ангиографии, ангиопластики и стентирования (кроме кава-фильтра, установленного по экстренным показаниям), медицинское оборудование, медицинские изделия по коррекции зрения и слуха, медицинских изделий и расходных материалов, предназначенных для ухода за больными при любых заболеваниях.

3.4. Исключения указанные в настоящей Программе действуют в дополнении к положениям п. 3.4 и п.

3.5 Правил страхования.

Программа «Стоматологическая помощь»

1. Общие положения

Страховым случаем по настоящей программе, является обращение Застрахованного в течение срока действия договора страхования, в медицинское учреждение из числа предусмотренных договором страхования или в иные медицинские учреждения, предварительно согласованное Страховщиком, для получения стоматологической помощи, указанной в программе страхования и в соответствии с условиями договора страхования, повлекшее возникновение обязательств Страховщика произвести оплату.

При наступлении страхового случая конкретный перечень медицинских услуг, предоставляемых Застрахованному в рамках программы добровольного медицинского страхования, а также их количество и порядок оказания, устанавливается лечащим врачом базового лечебного учреждения программы страхования.

Программой страхования предусмотрено оформление необходимой медицинской документации, в том числе листов временной нетрудоспособности, рецептов (кроме льготных) по каждому страховому случаю.

2. Объем предоставляемых услуг

В соответствии с настоящей программой страхования Страховщик организует и оплачивает следующую медицинскую помощь:

2.1. Стоматологическая помощь:

- приемы, консультации специалистов;

- функциональная диагностика;

- физиотерапия;
- анестезиологические манипуляции;
- терапевтическая стоматология (лечение кариеса, лечение пульпита, лечение периодонтита, терапевтические методы лечения болезней тканей пародонта, лечение заболеваний слизистой оболочки полости рта и языка);
- хирургическая стоматология (лечение заболеваний челюстно-лицевой области, слюнных желез, заболеваний нервов челюстно-лицевой области, доброкачественных новообразований челюстно-лицевой области, травматических повреждений челюстно-лицевой области, удаление зубов, ретинированных и дистопированных зубов, а также оперативное лечение пародонтального абсцесса).

3.Исключения

3.1. В настоящую программу не входит оплата медицинских услуг в связи с обращением по поводу следующих заболеваний, и их осложнений:

3.2. Также в настоящую программу не входит оплата следующих медицинских услуг:

3.2.1. не предусмотренных договором страхования, не назначенных врачом или выполняемых по желанию Застрахованного;

3.2.2. оказанных в связи с патологическими состояниями и травмами, возникшими или полученными в состоянии алкогольного, наркотического или иного токсического опьянения, а также в период нахождения под воздействием иных психоактивных веществ;

3.2.3. по эндодонтическому лечению и по восстановлению коронковой части зуба, разрушенной на 50% и более на момент первичного осмотра, по различным манипуляциям на зубах, покрытых ортопедическими и ортодонтическими конструкциями (за исключением необходимости оказания экстренной медицинской помощи с целью купирования острого болевого синдрома при остром воспалении или травме), зубосохраняющие операции в том числе цистэктомия, по лечению некариозных поражений зубов за исключением клиновидных дефектов, по устранению ортодонтических нарушений, услуг оказываемых в профилактических (герметизация фиссур взрослым, снятие мягких зубных налетов, покрытие зубов фторсодержащими препаратами методом глубокого фторирования и лаками и прочие аналогичные) и косметических (косметическое восстановление зубов, в том числе с применением виниров и ламинатов, отбеливание зубов и прочие аналогичные) целях, в том числе замена пломб без медицинских показаний, по зубопротезированию и подготовке к нему, включая депульпирование и удаление зубов, реплантация зубов, имплантации зубов, включая подготовку к ней, все услуги направленные на изменение прикуса, подготовка и проведение ортодонтического лечения, лечение заболеваний тканей пародонта. Не являются медицинскими показаниями к оказанию стоматологической (амбулаторной) помощи с применением общего наркоза психические заболевания, в том числе неврозы, фобии и иные расстройства поведения;

3.2.4. сверх объемов, предусмотренных программой страхования по отдельным рискам (видам медицинской помощи).

3.3. Не оплачивается Страховщиком:

- а) трансплантация (имплантация) органов и тканей;
- б) ортопедическое протезирование (восстановление функции утраченных органов и частей тела при помощи протезов (конечности, суставы, глаза, зубы и другие);

3.4. Исключения указанные в настоящей Программе действуют в дополнении к положениям п. 3.4 и п. 3.5 Правил страхования.

Программа «Скорая и неотложная помощь»

1.Общие положения

Страховым случаем по настоящей программе, является обращение Застрахованного в течение срока действия договора страхования, в медицинское учреждение из числа предусмотренных договором страхования или в иные медицинские учреждения, предварительно согласованное Страховщиком, для получения скорой и неотложной медицинской помощи указанной в программе страхования и в соответствии с условиями договора страхования, повлекшее возникновение обязательств Страховщика произвести оплату.

При наступлении страхового случая конкретный перечень медицинских услуг, предоставляемых Застрахованному в рамках программы добровольного медицинского страхования, а также их количество и порядок оказания, устанавливается лечащим врачом базового лечебного учреждения программы страхования.

Программой страхования предусмотрено оформление необходимой медицинской документации, в том числе листков временной нетрудоспособности, рецептов (кроме льготных) по каждому страховому случаю.

2.Объем предоставляемых услуг

В соответствии с настоящей программой страхования Страховщик организует и оплачивает следующую медицинскую помощь:

2.1. Скорая и неотложная помощь:

- выезд бригады скорой и неотложной медицинской помощи;
- проведение диагностических и лечебных мероприятий;
- транспортировка в стационар.

3.Исключения

3.1. В настоящую программу не входит оплата медицинских услуг в связи с обращением по поводу следующих заболеваний, и их осложнений:

3.1.1. новообразований центральной нервной системы, злокачественных онкологических заболеваний,

злокачественных заболеваний крови и кроветворных органов;

3.1.2. врожденных заболеваний и аномалий развития, заболеваний и состояний, обусловленных хромосомными (генетическими) нарушениями;

3.1.3. эпилепсии и эпилептиформного синдрома, психических расстройств и расстройств поведения, в том числе алкоголизма, наркомании, токсикомании;

3.1.4. ВИЧ-инфицирования и СПИДа, венерических «классических» заболеваний (сифилис, гонорея, шанкроид (мягкий шанкр), лимфогранулематоз венерический, гранулема венерическая (паховая);

3.1.5. сахарного диабета и его осложнений;

3.1.6. вирусных гепатитов (за исключением вирусных гепатитов «А» и «Е»), фиброза и цирроза печени;

3.1.7. туберкулеза, саркоидоза, амилоидоза, псориаза, глубоких и системных микозов, онихомикозов;

3.1.8. заболеваний, сопровождающихся хронической почечной и печеночной недостаточностью, требующей проведения экстракорпоральных методов лечения;

3.1.9. системных аутоиммунных заболеваний, деформирующих дорсопатий (за исключением остеохондроза), воспалительных полиартропатий, артрозов (за исключением посттравматических артрозов), болезни Бехтерева;

3.1.10. рассеянного склероза, болезни Паркинсона, иных экстрапирамидных и двигательных нарушений;

3.1.11. лучевой болезни;

3.1.12. профессиональных заболеваний.

3.2. Также в настоящую программу не входит оплата следующих медицинских услуг:

3.2.1. не предусмотренных договором страхования, не назначенных врачом или выполняемых по желанию Застрахованного;

3.2.2. оказанных в связи с патологическими состояниями и травмами, возникшими или полученными в состоянии алкогольного, наркотического или иного токсического опьянения, а также в период нахождения под воздействием иных психоактивных веществ;

3.2.3. приемы врачами-специалистами, консультации, диагностические исследования, процедуры и манипуляции и прочие услуги, связанные с диагностикой и ведением беременности и ее осложнений, в том числе при угрозе прерывания беременности, по родовспоможению и по послеродовым состояниям и/или заболеваниям и их осложнениям;

3.2.4. приемы врачами-специалистами, консультации, диагностические исследования, процедуры и манипуляции и прочие услуги оказываемые по планированию семьи, в том числе медико-генетическое консультирование и генетические исследования при планировании беременности; процедуры и манипуляции, способствующие или предотвращающие зачатие включая медикаментозные методы, процедуры и манипуляции по искусственному оплодотворению, медикаментозной и хирургической контрацепции (стерилизацию), по диагностике и лечению бесплодия (мужского и женского), эректильной дисфункции, болезни Пейрони, всех видов сексуальных расстройств;

3.2.5. по эндодонтическому лечению и по восстановлению коронковой части зуба, разрушенной на 50% и более на момент первичного осмотра, по различным манипуляциям на зубах, покрытых ортопедическими и ортодонтическими конструкциями (за исключением необходимости оказания экстренной медицинской помощи с целью купирования острого болевого синдрома при остром воспалении или травме), зубосохраняющие операции в том числе цистэктомия, по лечению некариозных поражений зубов за исключением клиновидных дефектов, по устранению ортодонтических нарушений, услуг оказываемых в профилактических (герметизация фиссур взрослым, снятие мягких зубных налетов, покрытие зубов фторсодержащими препаратами методом глубокого фторирования и лаками и прочие аналогичные) и косметических (косметическое восстановление зубов, в том числе с применением виниров и ламинатов, отбеливание зубов и прочие аналогичные) целях, в том числе замена пломб без медицинских показаний, по зубопротезированию и подготовке к нему, включая депульпирование и удаление зубов, реплантация зубов, имплантации зубов, включая подготовку к ней, все услуги направленные на изменение прикуса, подготовка и проведение ортодонтического лечения, лечение заболеваний тканей пародонта. Не являются медицинскими показаниями к оказанию стоматологической (амбулаторной) помощи с применением общего наркоза психические заболевания, в том числе неврозы, фобии и иные расстройства поведения;

3.2.6. приемов врачами-специалистами по диагностике и лечению кондилом, заболеваний волос, мозолей, бородавок, папиллом, контагиозных моллюсков, невусов, гиперкератозов, а также по устранению косметических дефектов, в том числе в целях улучшения психологического состояния Застрахованного;

3.2.7. по диагностике и лечению с использованием авторских методов, в медицинских учреждениях не предусмотренных программой страхования, по проведению гидроклонолтерапии и мониторинной очистке кишечника и водолечению и грязелечению, иммерсионной терапии, механотерапии, ударно-волновой терапии, аппаратного массажа, курсового лечения хронических заболеваний с использованием аппаратно-программных комплексов (например, «Ярило», «Андро-Гин», «Мультиамг», программные комплексы в офтальмологии и прочие аналогичные), кинезотерапии, теста «Гемокод» и аналогичных гематологических тестов;

3.2.8. вертебролога, кинезиотерапевта, диетолога, генетика, логопеда, психолога, фонопеда, фоониатра, сомнолога; по психотерапии и компьютерной психодиагностике;

3.2.9. по аллергенспецифической диагностике (кожные тесты, стандартные и/или индивидуальные аллергологические панели и т.п.) и по аллерген-специфической гипосенсибилизирующей терапии, в том числе, СИТ;

3.2.10. по диагностике и лечению (в том числе процедуры и манипуляции), проводимых с эстетической или косметической целью, или проводимых с целью улучшения психического состояния, склеротерапия вен

любыми методами; любых медицинских и иных услуг, оказываемых в оздоровительных, профилактических и косметических целях;

3.2.11. по диагностике и лечению заболеваний, связанных с нарушением питания и коррекции веса;

3.2.12. по диагностике и лечению ронхопатии (храпа) и апноэ во время сна;

3.2.13. по лечению патологических установок стоп, в том числе плоскостопия, и по лечению нарушений осанки;

3.2.14. по применению методов народной медицины, используемых с целью диагностики (акупунктурная, аурикулярная, термопунктурная, электропунктурная, мануальная, энергоинформационная, иридодиагностика, диагностика по пульсу и прочие аналогичные), лечения (гирудотерапия, гомеопатия, фитотерапия, апитерапия, хромотерапия («альфа-капсула») и прочие аналогичные) и оздоровления (цигун-терапия, управление дыханием, музыкотерапия и прочие аналогичные);

3.2.15. по экстракорпоральному воздействию на кровь, в том числе программный гемодиализ, внутривенная лазеротерапия, и прочие аналогичные услуги, за исключением случаев проведения методов экстракорпорального воздействия на кровь по жизненным показаниям при нахождении больного в отделении реанимации, озонотерапии, по проведению гипо (нормо) гипербарической оксигенации, за исключением случаев проведения гипербарической оксигенации по жизненным показаниям при нахождении больного в отделении реанимации;

3.2.16. по проведению подготовки к плановой стационарному лечению при отсутствии риска в программе страхования;

3.2.17. по проведению лечебно-диагностических мероприятий и манипуляций, проводимых с применением стационарно замещающих технологий («стационар одного дня», «дневной стационар»), если программой страхования не предусмотрен соответствующий риск;

3.2.18. по диспансерному наблюдению по поводу хронических заболеваний и наличию факторов повышенного риска у Застрахованных;

3.2.19. сверх объемов, предусмотренных программой страхования по отдельным рискам (видам медицинской помощи).

3.3. Не оплачивается Страховщиком:

3.3.1. трансплантация (имплантация) органов и тканей;

3.3.2. хирургическая коррекция зрения, в том числе с применением лазера; слухопротезирование, в том числе восстановление функции утраченного слуха с помощью слухового аппарата и/или методом кохлеарной имплантации;

3.3.3. проведение септопластики, в том числе подслизистой резекции перегородки носа;

3.3.4. плановое нейрохирургическое лечение;

3.3.5. плановое хирургическое лечение заболеваний опорно-двигательной системы, в том числе суставов и грыж (протрузий) дисков позвоночника;

3.3.6. плановое хирургическое лечение заболеваний сердца и сосудов, в том числе малоинвазивными эндоваскулярными (интервенционными) методами (стентирование, баллонная ангиопластика), плановое хирургическое лечение нарушений ритма и проводимости сердца, в том числе малоинвазивными эндоваскулярными (интервенционными) методами (абляция, установка искусственных водителей ритма);

3.3.7. ортопедическое протезирование (восстановление функции утраченных органов и частей тела при помощи протезов (конечности, суставы, глаза, зубы и другие);

3.3.8. электрокардиостимуляторы, кардиовертеры-дефибрилляторы, протезы, эндопротезы, имплантаты, наборы для остеосинтеза и фиксации, ангиографии, ангиопластики и стентирования (кроме кава-фильтра, установленного по экстренным показаниям), медицинское оборудование, медицинские изделия по коррекции зрения и слуха, медицинских изделий и расходных материалов, предназначенных для ухода за больными при любых заболеваниях.

3.4. Исключения указанные в настоящей Программе действуют в дополнении к положениям п. 3.4 и п.

3.5 Правил страхования.

Программа «Реабилитационное-восстановительное лечение»

1. Общие положения

Страхование по настоящей программе имеет основной целью предоставление и оплату специализированной медицинской помощи, оказываемой в учреждениях лечебно-восстановительной терапии, в отделениях реабилитации или санаторно-курортных учреждениях.

По данной программе страховым случаем признается оказание медицинских услуг в учреждениях лечебно-восстановительной терапии, в отделениях реабилитации или санаторно-курортных учреждениях в связи с восстановлением (реабилитацией) Застрахованного.

2. Объем предоставляемых услуг

В соответствии с настоящей программой страхования Страховщик организует и оплачивает следующую помощь:

2.1. Медицинская восстановительная (реабилитационная) помощь амбулаторного характера:

а) амбулаторный прием специалистами, консультации, лабораторные и инструментальные исследования – в удобное для Застрахованного время (с учетом режима работы Учреждения);

б) проведение всех инвазивных процедур и манипуляций с применением только одноразовых игл,

скарификаторов, шприцов и систем;

в) расширенный объем диагностического обследования с применением (по показаниям) специальных методик лучевой диагностики, компьютерной и магнитно-резонансной томографии, функциональных методик диагностики, использования холтеровского мониторинга, современных эндоскопических методик, исследования гормонов, и другие исследования по медицинским показаниям;

г) объем лечебной помощи, включая баротерапию, галотерапию, все виды массажа, акупунктуру, мануальную терапию, лазеротерапию и бальнеологические процедуры;

д) обеспечение предметами медицинского ухода;

е) консультации Застрахованных специалистами кафедр медицинских ВУЗов;

ж) противорецидивное лечение.

2.2. Медицинская восстановительная (реабилитационная) помощь стационарного характера:

а) восстановительное лечение для устранения последствий перенесенных заболеваний, травм, оперативных вмешательств и других состояний;

б) расширенный объем диагностического обследования с применением (по показаниям) компьютерной томографии, ультразвуковой доплерографии, современных эндоскопических методик, холтеровского мониторинга, чрезпищеводной электрокардиографии и другие исследования по медицинским показаниям;

в) расширенный объем лечебной помощи, включая баротерапию, галотерапию, гемосорбцию, УФО крови и плазмаферез, все виды массажа, рефлексотерапию, мануальную терапию, лазеротерапию и другие манипуляции по медицинским показаниям;

г) стоимость пребывания в медицинском учреждении;

д) стоимость медицинского восстановительного (реабилитационного) обслуживания;

е) стоимость вспомогательных медицинских услуг;

ж) медицинская реабилитация в санаторно-курортных условиях.

3.Исключения

3.1. Программа не предусматривает предоставление и оплату медицинской помощи при:

а) терминальных онкологических, психических, венерических заболеваний, и заболевания любой формы СПИДа в любой его стадии;

б) необходимости проведения гемодиализа в связи с хронической почечной недостаточностью;

в) при алкоголизме, токсикомании или наркомании.

3.2. Страховщик не несет страховой ответственности, если Застрахованный обратился в медицинское учреждение:

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

б) в связи с умышленным причинением себе телесных повреждений, в том числе с покушением на самоубийство;

в) в связи с оплатой услуг, лечения, которые не были признаны врачом-экспертом Страховщика как необходимые и разумные меры;

3.3. Страховщик не оплачивает медицинскую помощь и медицинские услуги, полученные по инициативе Застрахованного в медицинских учреждениях, не определенных договором страхования, и (или) не согласованные со Страховщиком.

3.4. Исключения указанные в настоящей Программе действуют в дополнении к положениям п. 3.4 и п. 3.5 Правил страхования.

Программа «Личный врач»

1.Общие положения

Страхование по настоящей программе позволяет получить услуги «личного» врача высокой квалификации в поликлинике и на дому. «Личный» врач, закрепленный за каждым Застрахованным проводит необходимую консультацию, в т.ч. предварительную - по телефону, оказывает неотложную помощь, в т.ч. и в течение рабочего дня (ЭКГ, необходимые анализы), оформляет медицинскую документацию (листок временной нетрудоспособности, рецепты, справки, направления на консультации к специалистам или госпитализацию и т.д.). Если состояние Застрахованного требует экстренной госпитализации - организует ее и в дальнейшем, будет курировать больного в стационаре. Если состояние Застрахованного не настолько тяжелое, «личный» врач может составить план диагностического обследования по медицинским показаниям в поликлинике.

В соответствии с настоящей Программой Страховщик гарантирует предоставление и оплату специализированной медицинской помощи в виде услуг «личного» врача.

Страховым случаем является обращение Застрахованного в Медицинское учреждение в период развития острых и обострения хронических заболеваний на дому, на работе, в кабинете врача, отравлении и других состояниях, требующих медицинской помощи, консультативной, лечебной, и иной помощи, предусмотренной договором страхования.

Программой страхования предусмотрено оформление и ведение медицинской документации, выдачу листов нетрудоспособности и медицинских справок, а также выписывание рецептов на приобретение лекарственных препаратов, за исключением льготных.

2.Объем предоставляемых услуг

В соответствии с настоящей программой страхования Страховщик организует и оплачивает следующую медицинскую помощь:

- наблюдение и лечение Застрахованного в период развития острых и обострения хронических заболеваний и других состояниях на дому, на работе, в кабинете врача,
- консультаций по телефону;
- направление на консультации специалистов и диагностические исследования;
- организацию, курирование и контроль медицинской помощи Медицинском учреждении.

3.Исключения

3.1. Программа не предусматривает предоставление и оплату медицинской помощи при выявленных:

а) терминальных онкологических, психических, венерических заболеваний, и заболевания любой формы СПИДа в любой его стадии;

б) всех форм туберкулеза.

В случаях выявления перечисленных заболеваний Застрахованный направляется в специализированные учреждения, где проходит лечение на общих основаниях.

3.2. Страховщик не несет страховой ответственности, если Застрахованный обратился в медицинское учреждение:

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

3.2.2. в связи с умышленным причинением себе телесных повреждений, в том числе с покушением на самоубийство;

3.2.3. в связи с оплатой услуг, препаратов лечения, которые не были рекомендованы, письменно засвидетельствованы уполномоченным представителем Страховщика или лечащим врачом Застрахованного как необходимые и разумные меры;

3.2.4. в случае применения косметической или пластической хирургии;

3.2.5. по поводу коррекции зрения или его исследования с целью назначения линз или очков или их подбора, кроме факторов нарушения зрения в результате несчастного случая или других случаях, определенных прямыми медицинскими показаниями;

3.2.6. по поводу алкоголизма, токсикомании или наркомании.

3.3. Страховщик не оплачивает медицинскую помощь, стоимость медикаментов и медицинские услуги, полученные по инициативе Застрахованного в медицинских учреждениях, не определённых договором страхования, и (или) не согласованные со Страховщиком.

3.4. Исключения указанные в настоящей Программе действуют в дополнении к положениям п. 3.4 и п.

3.5 Правил страхования.

Комплексная программа наблюдения для беременных женщин

1.Общие положения

Программа предусматривает проведение комплексного обследования и наблюдения женщин на любом сроке беременности врачом акушером-гинекологом и имеет основной целью предоставление нижеуказанных медицинских услуг в соответствии с установленными Минздравом РФ требованиями, с применением разрешенных методик и средств лечения.

Страхователь (Застрахованный) обязан предоставить необходимую достоверную информацию и строго соблюдать указания лечащего врача, а в случае нахождения в стационаре - врачебного персонала указанного медицинского учреждения.

2.Объем предоставляемых услуг

Программа предусматривает проведение комплексного обследования и наблюдения женщин на любом сроке беременности персональным врачом акушером-гинекологом.

2.1. В соответствии с настоящей программой страхования Страховщик организует и оплачивает следующую медицинскую помощь:

а) проведение консультаций врача акушера-гинеколога;

б) осмотры врачами - специалистами различных профилей по согласованию с акушером-гинекологом;

в) проведение комплекса инструментальных и лабораторно-диагностических мероприятий: УЗИ-исследования, доплерометрия, внутриутробная ЭХО-КГ плода, определение группы крови и Rh-фактора, исследование по показаниям Rh-антител и титр Rh-антител, исследование крови на RW, ВИЧ-инфекцию, гемсиндром, определение глюкозы крови, клинические анализы крови, исследования мочи, исследования влагалищного отделяемого на флору, а также определение ХГЧ и АПФ в крови, исследование крови на ЦМВ, герпес, токсоплазмоз, краснуху, влагалищного отделяемого на хламидиоз, уреоплазмоз, микоплазмоз, цитологическое исследование влагалищного мазка, бактериологическое исследование.

Настоящей Программой может быть предусмотрено оказание медицинской помощи на дому, услуг скорой и неотложной медицинской помощи с транспортировкой Застрахованного в медицинское учреждение по медицинским показаниям.

3. Исключения

Настоящей Программой не предусмотрено оказание медицинской помощи при:

3.1. выявлении заболеваний, связанных с последствиями радиоактивного или иного облучения;

- 3.2. выявлении профессиональных заболеваний;
- 3.3. выявлении онкологических заболеваний;
- 3.4. выявлении венерических заболеваний;
- 3.5. травмах всех видов;
- 3.6. наличия гнойно-септических очагов инфекции и т.п.;
- 3.7. наличия пороков сердца с нарушением кровообращения;
- 3.8. гипертонической болезни II Б и III стадий;
- 3.9. заболеваниях почек (гломерулонефрит) и т.п.;
- 3.10. психических расстройствах (эпилепсия, шизофрения) и т.п.;
- 3.11. при наличии сахарного диабета;
- 3.12. системных заболеваниях соединительной ткани (коллагенозы) и т.п.;
- 3.13. ВИЧ-инфекции и т.п.

3.2. Исключения указанные в настоящей Программе действуют в дополнении к положениям п. 3.4 и п. 3.5 Правил страхования.

Программа «Антиклещ»

1. Общие положения

Программа предусматривает предоставление медицинских услуг и оплату расходов Застрахованного в связи со страховыми случаями в дополнение к системе государственного здравоохранения или обязательного медицинского страхования.

Программа предусматривает обеспечение Застрахованного комплексным медицинским обслуживанием (амбулаторно-поликлиническим или стационарным), направленным на профилактику и лечение заболеваний передающихся иксодовым, таежным, лесным клещом, в том числе клещевого энцефалита, болезнью Лайма, клещевым сыпным тифом, возникшее, несмотря на своевременное введение иммуноглобулина, после укуса клещом.

2. Объем предоставляемых услуг

Страховыми случаями признаются следующие события, имевшие место в период действия Договора (Полиса) страхования:

- а) инфицирование вирусом клещевого энцефалита вследствие укуса иксодового таежного или лесного клещом (в том числе и повторного за сезон);
- б) заболевание клещевым энцефалитом, болезнью Лайма, клещевым сыпным тифом, возникшее, несмотря на своевременное введение иммуноглобулина, после укуса клещом.

3. Исключения

3.1. Страховыми случаями не являются:

- а) прививочный энцефалит (энцефаломиелит);
- б) заболевания, которые не связаны непосредственно с укусом клещом.

3.2. Не являются страховыми случаями и Страховщик не несет ответственности, если Застрахованный:

- а) сообщил представителю Страховщика заведомо ложные сведения о здоровье в момент заключения Договора (Полиса) страхования, в частности не правильно указал вес;
- б) своевременно не известил Страховщика о страховом случае;
- в) при укусе клещом своевременно в течение 72 (Семидесяти двух) часов с момента укуса клещом, не получил инъекцию иммуноглобулина;
- г) обратился для проведения серопрфилактики после 72 (Семидесяти двух) часов с момента укуса клещом и/или по окончании срока действия Медицинской карточки;
- д) обратился по поводу клещевого энцефалита после иммунизации, проведенной в лечебном учреждении, не предусмотренном программой страхования;
- е) обратился в учреждения, не предусмотренные программой страхования или не согласованы Страховщиком или медицинское учреждение по телефону Горячей линии, указанному в Памятке Застрахованному;
- ж) обратился по поводу заболевания клещевым энцефалитом при не проведенной медикаментозной профилактике клещевого энцефалита противоклещевым иммуноглобулином в случае укуса клеща или после серопрфилактики, проведенной с нарушением инструкции к иммуноглобулину (в том числе в части сроков проведения);
- з) обратился за медицинской помощью вне сроков действия Договора страхования (Полиса);
- и) обратился по поводу гнойно-септических осложнений, связанных с удалением клеща вне медицинских учреждений, предусмотренных Программой страхования;
- к) обратился по поводу заболеваний центральной нервной системы, вызванных другими вирусными инфекциями;
- л) обратился по поводу предоставления или оплаты услуг, которые не были письменно согласованы между Страховщиком и медицинским учреждением, как необходимые и разумные в сложившейся ситуации.

3.3. Исключения указанные в настоящей Программе действуют в дополнении к положениям п. 3.4 и п. 3.5 Правил страхования.

Программа «Лекарственное обеспечение»

1. Общие положения

1.1. По настоящей программе Страховщик компенсирует Застрахованному стоимость лекарственных средств и изделий медицинского назначения в фармацевтических (и иных) организациях, с которыми Страховщик имеет соответствующие договорные отношения и/или (если это предусмотрено договором страхования) путем возмещения (страховой выплаты) Застрахованному его личные средства (полностью или частично), затраченные на самостоятельное приобретение лекарственных средств и изделий медицинского назначения, предписанных врачом медицинского учреждения, предусмотренного договором страхования и/или иного лечебного учреждения, если это согласовано со Страховщиком.

1.2. Программа предусматривает предоставление лекарственного обеспечения только застрахованным по «Комплексной медицинской программе для взрослых от 18 лет» и «Комплексной медицинской программе для детей до 17 лет».

2. Объем предоставляемых услуг

2.1. Программа предусматривает предоставление сертифицированных для продажи на территории Российской Федерации лекарственных препаратов следующих клинико-фармацевтических групп, необходимых для проведения амбулаторно-поликлинического лечения:

2.1.1. контрастные диагностические средства для магнитно-резонансной терапии (МРТ), рентгеновских и ультразвуковых методов исследования;

2.1.2. сердечно-сосудистые средства;

2.1.3. бронхо-легочные средства;

2.1.4. диуретики и препараты с диуретическим эффектом;

2.1.5. средства, применяемые в неврологии;

2.1.6. анальгетики;

2.1.7. противовоспалительные средства;

2.1.8. антибиотики;

2.1.9. противомикробные средства;

2.1.10. противовирусные средства;

2.1.11. средства, влияющие на иммунитет, в том числе вакцины и специфические иммуноглобулины для экстренной профилактики отдельных инфекций таких как столбняк, бешенство, клещевой энцефалит и др.;

2.1.12. препараты иммуноглобулинов;

2.1.13. средства, применяемые в гастроэнтерологии и гепатологии;

2.1.14. противоаллергические средства;

2.1.15. средства для лечения заболеваний щитовидной железы;

2.1.16. средства, влияющие на гемопоэз, гемостаз, гомеостаз;

2.1.17. витамины и их аналоги;

2.1.18. средства, применяемые в гинекологии, в том числе средства, влияющие на тонус и сократительную активность миомерия;

2.1.19. средства, применяемые в оториноларингологии;

2.1.20. средства, применяемые в стоматологии;

2.1.21. средства, применяемые в офтальмологии;

2.1.22. средства, применяемые в проктологии;

2.1.23. средства, применяемые в урологии;

2.1.24. средства для наружного применения;

2.1.25. средства, применяемые в дерматологии;

2.1.26. средства, применяемые в педиатрии.

3. Исключения

3.1. В рамках настоящей программы не компенсируются затраты на лекарственные средства следующих фармакотерапевтических групп:

3.1.1. препараты половых гормонов и препараты-антагонисты половых гормонов, средства контрацепции, противоклимактерические средства;

3.1.2. наркотические анальгетики;

3.1.3. анаболические стероиды, гормоны и препараты, влияющие на продукцию гормонов, за исключением препаратов для лечения щитовидной железы;

3.1.4. противопротозойные средства;

3.1.5. противопаразитные средства;

3.1.6. средства, влияющие на различные виды обмена;

3.1.7. средства с дезинфицирующим и антисептическим действием;

3.1.8. средства, применяемые в микропедиатрии;

3.1.9. поливитамины, микроэлементы для системного применения;

3.1.10. гомеопатические средства;

3.1.11. питательные смеси и корректирующие добавки к питанию;

3.1.12. средства для коррекции половой функции у мужчин;

3.1.13. средства для инструментальной диагностики, включая аппараты для измерения артериального давления;

3.1.14. медицинских изделий и предметов по уходу за больными и для целей медицинской реабилитации (кроме шприцов и перевязочного материала);

3.1.15. косметические и гигиенические средства, в т.ч. зубные пасты.

3.2. В рамках настоящей программы не компенсируются затраты на лечение следующих заболеваний и их осложнений:

3.2.1. злокачественных онкологических заболеваний, новообразований центральной нервной системы, злокачественных заболеваний крови и кроветворных органов;

3.2.2. врожденных и наследственных заболеваний, врожденных аномалий развития органов и тканей, хромосомные деформации и нарушения;

3.2.3. эпилепсии и эпилептиформного синдрома, психических расстройств и расстройств поведения, в том числе алкоголизма, наркомании, токсикомании;

3.2.4. ВИЧ-инфицирования и СПИДа, венерических «классических» заболеваний (сифилис, гонорея, шанкроид (мягкий шанкр), лимфогрануломатоз венерический, гранулема венерическая (паховая)); инфекционных заболеваний передаваемых половым путем (ИППП), в том числе хламидиоза, уреаплазмоза, микоплазмоза, герпеса половых органов, цитомегаловирусной инфекции, гарднереллеза, вируса папилломы человека, сверх объемов, предусмотренных программой страхования;

3.2.5. сахарного диабета первого и второго типов (за исключением случаев оказания амбулаторно-поликлинической помощи);

3.2.6. острых и хронических вирусных гепатитов (за исключением гепатитов «А» и «Е»), фиброза и цирроза печени;

3.2.7. туберкулеза, саркоидоза, амилоидоза, псориаза, глубоких (системных /распространенных) микозов и онихомикозов;

3.2.8. заболеваний, сопровождающихся хронической почечной и печеночной недостаточностью, требующей проведения экстракорпоральных методов лечения;

3.2.9. системных аутоиммунных поражений кожи и соединительной ткани, деформирующих дорсопатий (за исключением остеохондроза), воспалительных полиартропатий, артрозов (за исключением посттравматических артрозов), болезни Бехтерева;

3.2.10. рассеянного склероза, болезни Паркинсона, иных экстрапирамидных и двигательных нарушений;

3.2.11. острой и хронической лучевой болезни;

3.2.12. профессиональных заболеваний.

3.3. В рамках настоящей Программы не возмещаются расходы на медикаментозное лечение следующих заболеваний и состояний:

3.3.1. лечение, предотвращающее или способствующее наступлению беременности, включая искусственное оплодотворение, лечение и диагностику бесплодия и импотенции), иные услуги по планированию семьи;

3.3.2. лечение сексуальных расстройств;

3.3.3. лечение, процедуры, проводимые с эстетической или косметической целью или с целью улучшения психологического состояния Застрахованного;

3.3.4. лечение, которое будет использоваться при лечении Застрахованного в стационаре;

3.3.5. лечение, необходимость которого не подтверждена рецептом лечащего врача медицинского учреждения, предусмотренного Договором страхования и/или согласованного Страховщиком.

3.4. Исключения указанные в настоящей Программе действуют в дополнении к положениям п. 3.4 и п. 3.5 Правил страхования.

** В образец договора страхования могут быть внесены изменения, не противоречащие действующему законодательству Российской Федерации*

ДОГОВОР № _____
добровольного медицинского страхования (ДМС)

г. _____ «__» _____ 20__ г.

Общество с ограниченной ответственностью «СТРАХОВАЯ КОМПАНИЯ «АРСЕНАЛЬ», далее именуемое «Страховщик», в лице _____, действующего на основании _____, с одной стороны, и _____, далее именуемое «Страхователь», в лице _____, действующего на основании _____, с другой стороны, именуемые в дальнейшем «Стороны», в соответствии с Правилами добровольного медицинского страхования (ДМС) от 23.05.2014, в редакции от _____ 20__ г. (далее - Правила страхования) заключили настоящий договор о нижеследующем:

1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

1.1. В соответствии с настоящим договором Страховщик обязуется за плату (страховую премию) при наступлении определенных событий (страховых случаев) произвести оплату или возмещение расходов на получение медицинских и иных услуг на оговоренных условиях, определенных Договором страхования в соответствии с конкретным перечнем услуг (программой добровольного медицинского страхования), при обращении Застрахованного в течение срока действия Договора страхования в медицинские учреждения.

1.2. Договор заключен на основании заявления на страхование от _____ 20__ г. (Приложение № 1 к настоящему договору) Страхователя и в соответствии с Правилами добровольного медицинского страхования (ДМС) от 23.05.2014, в редакции от _____ 20__ г. (Приложение № 2 к настоящему договору).

1.3. Объем услуг, оказываемых Застрахованному, и наименование учреждений, предоставляющих данные услуги, определяется в Программе (Программах) добровольного медицинского страхования, прилагаемых к настоящему договору страхования (Приложение №3).

1.4. Застрахованными являются физические лица, указанные в Списке Застрахованных в соответствии с Приложением №4 к настоящему Договору страхования.

Общее число Застрахованных на момент заключения настоящего Договора страхования составляет _____ человек.

1.5. Страхованию не подлежат лица, которые на момент заключения договора страхования являются: лицами, состоящими на учете в онкологических, наркологических, психоневрологических, туберкулезных, кожно-венерологических (по поводу венерических заболеваний) диспансерах, лицами, состоящими на диспансерном учете по поводу ВИЧ-инфицирования или СПИДа, лица имеющие злокачественные образования в том числе заболевания крови, а также лицами, находящимися на стационарном лечении на дату заключения настоящего договора страхования.

1.5.1. Если после заключения договора страхования будет установлено, что настоящий договор страхования был заключен в отношении указанных выше лиц, Страховщик вправе исключить их из списка Застрахованных (в случае заключения договора страхования в отношении нескольких Застрахованных), потребовать уплаты дополнительной страховой премии или признать договор страхования недействительным в отношении такого лица в соответствии с законодательством Российской Федерации.

1.6. Настоящий договор включает в себя, кроме входящих в него положений и условий, положения и условия, содержащиеся в Правилах страхования, в той части, в которой последние не противоречат настоящему договору.

Положения настоящего договора имеют преимущественную силу над положениями Правил страхования (на основании п. 3 ст. 943 Гражданского кодекса Российской Федерации).

2. ОБЪЕКТ СТРАХОВАНИЯ

2.1. Объектом страхования являются имущественные интересы, связанные с оплатой организации и оказания медицинской 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 (медицинское страхование).

2.2. Территория страхования - Российская Федерация.

3. СТРАХОВОЙ РИСК. СТРАХОВОЙ СЛУЧАЙ

3.1. Страховым случаем является событие, свершившееся в период действия настоящего Договора, с наступлением которого возникает обязанность Страховщика осуществить оплату медицинских и иных услуг, соответствующего качества, номенклатуры, сервиса и условий их предоставления, предусмотренных выбранной

Страхователем (Застрахованным) Программой добровольного медицинского страхования и Приложениями к ней, в медицинском учреждении из числа организаций, представленных в приложении к страховому полису, при ухудшении состояния здоровья Страхователя (Застрахованного) в результате обстоятельств, которые определены Программой добровольного медицинского страхования.

Программой добровольного медицинского страхования может быть предусмотрено получение Страхователем (Застрахованным) лечебной, консультативной, реабилитационной, бальнеологической, профилактической, диагностической, фармакологической и иной помощи.

3.2. По настоящему договору страховым случаем признается возникновение обстоятельств, требующих оказания Застрахованному медицинских и иных, связанных с его здоровьем услуг в форме стационарной и/или амбулаторно-поликлинической помощи в соответствии с Программами добровольного медицинского страхования, которые прилагаются к настоящему договору (Приложение №3 к настоящему договору) и являются неотъемлемой частью.

3.3. Не признается страховым случаем обращение Страхователя (Застрахованного) за получением медицинских и иных услуг:

- а) не предусмотренных договором и/или программой страхования;
- б) в медицинские учреждения, не предусмотренные договором страхования за исключением случая указанного в п. 9.3 Правил страхования;
- в) если медицинские услуги не назначены врачом, выполняются по желанию Страхователя (Застрахованного) или без медицинских показаний;
- г) в связи с патологическими состояниями и травмами, возникшими или полученными в состоянии алкогольного, наркотического или иного токсического опьянения или остаточных явлений такого опьянения, а также в период нахождения под воздействием иных психоактивных веществ;
- д) в связи с получением травматического повреждения или иного расстройства здоровья, наступившего в результате совершения (Страхователем) Застрахованным противоправных действий;
- е) в связи с умышленным причинением себе телесных повреждений, а также с покушением на самоубийство, за исключением тех случаев, когда Застрахованный был доведен до такого состояния противоправными действиями третьих лиц;
- ж) в связи с участием (Страхователя) Застрахованного в военных действиях любого рода, гражданских волнениях, беспорядках, несанкционированных митингах и демонстрациях, если это не сопряжено с исполнением Застрахованным его служебных обязанностей;
- з) в связи с лечением заболеваний, явившихся причиной установления инвалидности или являющихся сопутствующими этому заболеванию, при заключении договора страхования в отношении инвалидов;
- и) в связи с получением медицинских и иных услуг, связанных с пластической и косметической хирургией;
- к) в связи с травмами и заболеваниями, лечение которых оплачено другими организациями или предоставлено бесплатно;
- л) в связи с показанием лечебно-диагностических мероприятий, выходящие за рамки выбранной Страхователем (Застрахованным) Программы добровольного медицинского страхования и приложений к ней, обусловленной договором страхования. При этом лечащий врач должен поставить его об этом в известность. За решение вопросов их назначения и финансирования Страховщик ответственности не несет.

3.4. Страховщик освобождается от выплаты страхового возмещения, когда страховой случай наступил вследствие:

- а) воздействия ядерного взрыва, радиации или радиоактивного заражения;
- б) военных действий, а также маневров или иных военных мероприятий;
- в) гражданской войны, народными волнениями всякого рода или забастовками;
- г) массовыми заболеваниями при стихийных бедствиях, катастрофах и производственных авариях, приведших к массовым поражениям;
- д) террористического акта.

4. СТРАХОВАЯ СУММА. СТРАХОВАЯ ПРЕМИЯ

4.1. Страховой суммой является предельный уровень страховых выплат по договору добровольного медицинского страхования, который определяется по соглашению между Страхователем и Страховщиком в соответствии с выбранной Страхователем (Застрахованным) Программой добровольного медицинского страхования и приложениями к ней и стоимостью медицинских и иных услуг в медицинских учреждениях, привлекаемых для обеспечения этой Программы. Если договором предусмотрено несколько страховых рисков, по каждому из них страховая сумма может устанавливаться индивидуально.

4.2. Размер страховой суммы, страховой премии на одного Застрахованного составляет:

Программа страхования	Страховая премия на одного Застрахованного, руб.	Страховая сумма на одного Застрахованного, руб.	Количество Застрахованных

4.2.1. При расчете страховых премий по программам страхования настоящего договора применены следующие поправочные коэффициенты в отношении Застрахованных, чей возраст на момент заключения

настоящего договора страхования составил: _____.

4.3. Общая страховая сумма по настоящему договору составляет _____ руб., в том числе _____.

4.4. Предельные суммы страховых выплат (лимиты ответственности) : _____

4.5. Страховой тариф по настоящему договору на весь срок его действия составляет _____ %.

4.6. Общая страховая премия по настоящему договору составляет _____ рублей.

4.7. Страховая премия подлежит оплате в следующем порядке: _____.

После уплаты Страхователем страховой премии (первой ее части) Страховщик выдает Страхователю страховой полис в течение трех рабочих дней со дня поступления страховой премии на расчетный счет Страховщика.

4.8. В случае просрочки уплаты Страхователем очередного страхового взноса в течение 3 (трех) рабочих дней со дня, установленного договором страхования срока его оплаты, Страховщик вправе направить уведомление о досрочном прекращении договора страхования. Договор страхования считается досрочно прекратившим свое действие со дня, указанного в уведомлении о досрочном прекращении договора страхования, при этом обязательства, вытекающие из договора страхования (за исключением, обязательств Страховщика по страховой выплате по страховым случаям, наступившим в период действия договора страхования и обязательств Страхователя по уплате страховой премии за период действия договора страхования) прекращаются.

4.9. По настоящему договору устанавливается / не устанавливается _____ франшиза в размере _____ руб.

5. СРОК ДЕЙСТВИЯ И ПОРЯДОК ИЗМЕНЕНИЯ ДОГОВОРА

5.1. Настоящий договор заключен на срок _____ с _____ 20__ г. по _____ 20__ г.

5.2. Настоящий договор вступает в силу с 00 час. 00 мин. _____ 20__ г.

Настоящий договор прекращается и никакие выплаты по нему не производятся в случае неуплаты Страхователем одновременно страховой премии в полном размере и сроки, установленные в п. 4.6 и п. 4.7 настоящего договора, с 00 часов 00 минут дня, следующего за просроченным днем уплаты страховой премии, если Сторонами не заключено письменное дополнительное соглашение в части изменения порядка уплаты страховой премии.

5.3. В течение 10 (десяти) рабочих дней после предоставления Страхователем списка Застрахованных, Страховщик выдает Страхователю по количеству Застрахованных: карточки медицинского страхования, Программу (Программы) добровольного медицинского страхования, Список (Списки) медицинских учреждений.

При обращении Застрахованного в медицинское учреждение предъявляется карточка медицинского страхования, документ, удостоверяющий личность.

5.4. В течение срока действия настоящего Договора по инициативе Страхователя могут быть изменены: количество Застрахованных, программы страхования Застрахованных (перечень медицинских учреждений и видов медицинской помощи), размер страховой суммы для одного или нескольких Застрахованных.

5.5. Изменения состава Застрахованных, программ страхования Застрахованных по настоящему Договору допускается только с 1 или 15 числа каждого месяца в зависимости от перечня выбранных медицинских учреждений.

5.6. О необходимости внесения изменений в условия настоящего Договора страхования Страхователь должен известить Страховщика не позднее, чем за 10 (Десять) дней до предполагаемого начала их действия. В случае включения в состав Застрахованных по настоящему Договору новых лиц, Страхователю необходимо представить списки Застрахованных установленной формы.

5.7. До момента внесения изменений настоящий Договор сохраняет силу в отношении Застрахованных, указанных в ранее представленных списках. Условия настоящего Договора полностью распространяются на вновь внесенных в списки Застрахованных.

5.8. При необходимости вновь включаемый Застрахованный либо Застрахованный, у которого меняется программа страхования, обязан заполнить предложенную Страховщиком медицинскую анкету, которая будет являться неотъемлемой частью настоящего Договора.

5.9. Изменения состава Застрахованных, программ страхования, размера страховой суммы оформляются дополнительными соглашениями к настоящему Договору, подписываемыми Сторонами, оформляемыми Страховщиком на основании писем Страхователя.

5.10. Исключение Застрахованного из списка Застрахованных по инициативе Страхователя по настоящему Договору влечет прекращение исполнения Страховщиком обязательств в отношении данного Застрахованного и оформляется дополнительным соглашением к настоящему Договору.

5.11. Страховая документация дополнительно включенным в списки Застрахованным и тем Застрахованным, у которых изменилась программа страхования, выдается в соответствии с условиями п.5.3 настоящего Договора.

5.12. Договор страхования также может быть изменен или прекращен (расторгнут) в соответствии с Правилами страхования и Гражданским кодексом Российской Федерации.

6. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

6.1. Страхователь имеет право:

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

6.1.2. требовать предоставления и организацию Застрахованному оказания медицинских и иных услуг в медицинских учреждениях, определенных в договоре страхования, в соответствии с условиями страхования, выбранной Страхователем (Застрахованным) Программой добровольного медицинского страхования и приложениями к ней. В случае непредоставления таких медицинских услуг, несвоевременного, неполного или некачественного их предоставления Страхователь (Застрахованный) или другие уполномоченные им лица должны немедленно поставить в известность об этом Страховщика;

6.1.3. расширить перечень медицинских и иных услуг, гарантируемых по договору страхования, или повысить уровень страхового обеспечения, заключив дополнительное соглашение к договору страхования и уплатив при этом дополнительный страховой взнос. Дополнительное соглашение к договору страхования начинает действовать со дня уплаты страховой премии (первого страхового взноса);

6.1.4. расторгать досрочно договор страхования в отношении одного или нескольких Застрахованных, обратившись с письменным заявлением к Страховщику. При уменьшении числа Застрахованных в рамках договора страхования возврат части страховой премии осуществляется исходя из фактически поступившей по Договору страхования страховой премии (страховых взносов), при этом возврату подлежит часть оплаченной страховой премии за не истекший период действия страхования за вычетом расходов Страховщика на ведение дел;

6.1.5. получить дубликат страхового полиса в случае его утраты.

6.2. Застрахованный имеет право:

6.2.1. требовать предоставление в лечебных учреждениях медицинских и иных услуг в соответствии с условиями заключенного договора страхования и Программой добровольного медицинского страхования и приложениями к ней;

6.2.2. получать дубликат программы страхования, страховой карточки или пропуска в медицинское учреждение в случае их утраты;

6.2.3. выбрать любую лечебно-профилактическую организацию из числа, указанных в договоре страхования, и лечащего врача из числа врачей, привлекаемых для осуществления Программы добровольного медицинского страхования и приложений к ней, и менять их не чаще одного раза в квартал, если договором не предусмотрено иное;

6.2.4. обращаться к Страховщику за разъяснениями по особенностям медицинского обеспечения, для получения медико-организационной помощи, а также при возникновении спорных ситуаций в связи с оказанием медицинской помощи;

6.2.5. предъявлять претензии к Страховщику по качеству своего обслуживания в избранном медицинском учреждении;

6.2.6. принять на себя обязанности Страхователя, а также приобрести все его права в случае смерти Страхователя - физического лица, или ликвидации Страхователя - юридического лица в порядке, предусмотренном законодательством Российской Федерации.

6.3. Страховщик имеет право:

6.3.1. требовать у Страхователя (Застрахованного) информацию и документы, позволяющие произвести оценку вероятности наступления страхового случая;

6.3.2. проверять сообщенную Страхователем информацию, а также выполнение Страхователем и Застрахованным требований договора страхования;

6.3.3. отказать в оплате медицинских и иных услуг при обстоятельствах, предусмотренных Правилами или договором страхования;

6.3.4. отсрочить решение вопроса об оплате медицинских и иных услуг или отказа от оплаты в случае возбуждения уголовного дела в отношении Застрахованного по факту событий, приведших к травматическому повреждению или иному расстройству здоровья Застрахованного, до момента принятия соответствующего решения компетентными органами. Если у Страховщика имеются мотивированные сомнения в подлинности документов, подтверждающих страховой случай, страховая выплата может быть отсрочена до тех пор, пока не будет подтверждена подлинность таких документов;

6.3.5. в рамках своих обязательств по договору страхования знакомиться с медицинской документацией Застрахованного отражающей его заболевание, физическое и психическое состояние, диагноз, ход и прогноз результатов лечения, а так же использовать данную информацию для решения вопросов, связанных с исполнением договора страхования, оплатой оказанных Застрахованному медицинских и иных услуг, защитой прав Застрахованного;

6.3.6. требовать внесения изменений в Договор страхования, в том числе увеличения страховой премии или снижения страховой суммы, если в течение срока действия Договора страхования возникли обстоятельства, повлекшие за собой существенное увеличение страхового риска (согласно п. 7.13 Правил страхования);

6.3.7. получать дополнительную страховую премию при изменении условий договора страхования, оформлении дополнительных соглашений к договору страхования и т.п.;

6.3.8. по согласованию со Страхователем изменять страховую программу в случае прекращения взаимоотношений с медицинским учреждением, предусмотренным договором страхования;

6.3.9. в случае отсутствия возможности предоставления медицинских и иных услуг Застрахованному в медицинских и иных учреждениях, определенных договором страхования, организовать предоставление необходимых и соответствующих по объему и качеству услуг Застрахованному на базе иных учреждений соответствующего профиля, определенных по усмотрению Страховщика;

6.3.10. запрашивать у Страхователя (Застрахованного) дополнительные сведения, прямо или косвенно

связанные с причинами и обстоятельствами наступления страхового случая;

6.3.11. направлять запросы в компетентные органы по вопросам, связанным с расследованием причин и обстоятельств наступления страхового случая. В случае если компетентные органы располагают материалами, дающими основание Страховщику отказать в страховой выплате, отсрочить страховую выплату до выяснения всех обстоятельств;

6.3.12. самостоятельно производить выяснение причин и обстоятельств события, обладающего признаками страхового случая;

6.3.13. требовать от Застрахованного выполнения обязанностей по Договору страхования, включая обязанности, лежащие на Страхователе, но не выполненные им, при предъявлении Застрахованным требования о страховой выплате. Риск последствий невыполнения или несвоевременного выполнения обязанностей, которые должны были быть выполнены ранее, несет Застрахованный;

6.3.14. приостанавливать выполнение своих обязательств в отношении Застрахованного в случаях необоснованного или ложного вызова скорой медицинской помощи (СМП), нарушении лечебного режима, невыполнении медицинских предписаний и рекомендаций врачебного персонала;

6.3.15. при выявлении Страховщиком факта подлога в документах или заведомо неверных (ложных) сведений, предоставленных Страхователем и/или Застрахованным при получении медицинских услуг, отказать в оплате медицинских услуг и прекратить действие Договора в отношении данного Застрахованного, что означает исключение его из списка Застрахованных.

6.3.16. потребовать признания договора страхования недействительным и применения последствий, предусмотренных п. 2 ст. 179 Гражданского кодекса Российской Федерации, в случае установления после заключения договора страхования, что Страхователь сообщил Страховщику заведомо ложные сведения об обстоятельствах, указанных в п. 7.4 Правил страхования.

6.4. Страхователь обязан:

6.4.1. при заключении договора страхования сообщить Страховщику обо всех известных ему обстоятельствах, имеющих существенное значение для определения вероятности наступления страхового случая и размера возможных убытков от его наступления. Существенными в любом случае признаются обстоятельства, запрашиваемые Страховщиком в Заявлении на страхование, медицинской анкете или других дополнительных документов предоставленных Страхователем. Страхователь также обязан письменно информировать Страховщика обо всех договорах страхования, заключенных в отношении Застрахованного Страхователем с другими страховыми компаниями с указанием наименования страховых компаний, видов заключенных договоров и, по требованию Страховщика, существенных условий этих договоров, а также обо всех заявлениях на страхование в отношении Застрахованного, направленных в другие страховые компании, по которым было принято решение об отказе в принятии на страхование;

6.4.2. уплачивать страховую премию (страховые взносы) в порядке и сроки, указанные в договоре страхования;

6.4.3. при заключении договора страхования ознакомить Застрахованного со сроками и условиями страхования, условиями предоставления медицинской помощи, а также с его правами и обязанностями по договору страхования;

6.4.4. в период действия договора страхования незамедлительно (но не позднее двадцати четырех часов с момента обнаружения) письменно сообщать Страховщику о ставших известными Страхователю значительных изменениях в обстоятельствах, сообщенных Страховщику при заключении договора страхования, если эти изменения могут существенно повлиять на увеличение страхового риска, а также при диагностировании онкологического заболевания, инсульта, инфаркта, установлении инвалидности. Значительными признаются изменения, определенно оговоренные в договоре страхования (полисе), заявлении на страхование и медицинской анкете;

6.4.5. обеспечить сохранность документов по договору страхования;

6.4.6. в течение 30 (тридцати) календарных дней известить Страховщика о наступлении события, которое может быть квалифицировано в качестве страхового случая, если Программой добровольного медицинского страхования и приложениями к ней предусмотрено полное или частичное возмещение дополнительных расходов Застрахованного (Страхователя) на получение медицинских и иных услуг. Эта обязанность может быть исполнена Застрахованным;

6.4.7. возратить Страховщику полученную страховую выплату (или ее соответствующую часть), если обнаружится такое обстоятельство, которое по закону или в соответствии с Правилами страхования полностью или частично лишает Страхователя права на страховую выплату. Данная обязанность распространяется также на Застрахованного, в зависимости от того, кто именно получил такую страховую выплату;

6.4.8. в соответствии с Федеральным законом РФ №152-ФЗ от 27.07.2006 «О персональных данных» передавать персональные данные Застрахованных Страховщику для их обработки в целях заключения и реализации Договора добровольного медицинского страхования, на основании согласия Застрахованных и/или гарантийного обязательства (Приложение №5).

6.5. Застрахованный обязан:

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

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

6.5.3. заботиться о сохранности страховых документов и не передавать их другим лицам с целью получения

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

6.5.4. соблюдать условия Правил и договора страхования;

6.5.5. в период действия договора страхования незамедлительно (но не позднее двадцати четырех часов с момента обнаружения) письменно сообщать Страховщику о ставших известными Страхователю значительных изменениях в обстоятельствах, сообщенных Страховщику при заключении договора страхования, если эти изменения могут существенно повлиять на увеличение страхового риска, а также при диагностировании онкологического заболевания, инсульта, инфаркта, установлении инвалидности. Значительными признаются изменения, определенно оговоренные в Договоре страхования (полисе), заявлении на страхование и медицинской анкете.

6.6. Страховщик обязан:

6.6.1. ознакомить Страхователя с Правилами страхования и Программой страхования, помимо этого, Страхователь (Застрахованный) может ознакомиться с текстом Правил страхования на официальном сайте Страховщика в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет»;

6.6.2. в течение 5 (пяти) рабочих дней после уплаты страховой премии (первого страхового взноса) выдать страховой полис (договор) с приложением Правил страхования и Программы;

6.6.3. при наступлении страхового случая произвести в соответствии с договором на оказание услуг, заключенным между Страховщиком и медицинским учреждением, оплату медицинских и иных услуг организации, оказавшей такую услугу, либо возместить Застрахованному (Страхователю) расходы, понесенные им для получения медицинских и иных услуг, предусмотренных Программой добровольного медицинского страхования и приложениями к ней, выбранными Страхователем (Застрахованным);

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

6.6.5. защищать права Застрахованных в отношениях с медицинскими учреждениями в рамках заключенного договора страхования;

6.6.6. не разглашать сведения о Страхователе и Застрахованном и их имущественном положении, за исключением случаев, связанных с обязанностью Страховщика по договорам перестрахования, а также случаев, предусмотренных действующим законодательством Российской Федерации.

7. ПОРЯДОК ОПРЕДЕЛЕНИЯ РАЗМЕРА УБЫТКОВ И СУММЫ СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЫ

7.1. Страховая выплата - денежная сумма, которая определяется в установленном договором страхования порядке и выплачивается Страховщиком Страхователю (Застрахованному) при наступлении страхового случая. Страховая выплата по договорам страхования производится в валюте Российской Федерации.

7.2. Страховая выплата осуществляется в пределах страховой суммы или в пределах лимита ответственности по каждому Застрахованному в виде:

7.2.1. оплаты медицинских и иных услуг, предусмотренных Программой добровольного медицинского страхования и приложениями к ней, выбранными Страхователем (Застрахованным), организациями, перечисленными в страховом полисе или в приложении к нему;

7.2.2. возмещения расходов Застрахованного (Страхователя) (если это предусмотрено договором страхования), понесенных им для получения медицинских и иных услуг, предусмотренных Программой добровольного медицинского страхования и приложениями к ней, выбранными Страхователем (Застрахованным).

7.3. Страховщик производит оплату медицинских и иных услуг только по тем страховым случаям, которые предусмотрены договором страхования, при предоставлении соответствующих документов.

7.4. Для получения медицинских и иных услуг Страхователь (Застрахованный) обращается в медицинские учреждения, предусмотренные договором страхования, или к Страховщику в порядке, указанном в договоре страхования (страховом полисе). Медицинские и иные услуги Страхователю (Застрахованному) оказываются медицинскими учреждениями при условии предъявления им страхового полиса и документа, удостоверяющего его личность.

7.5. Для получения страховой выплаты в форме возмещения расходов, понесенных для получения медицинских и иных услуг, предусмотренных выбранной Страхователем (Застрахованным) Программой добровольного медицинского страхования и приложениями к ней, Застрахованный (Страхователь) обращается к Страховщику с заявлением и предъявляет договор страхования или страховой полис, документы подтверждающие оплату медицинских услуг, а также документы, удостоверяющие его личность.

Заявление Застрахованного принимается в срок не позднее одного месяца после получения им медицинских услуг.

7.6. К заявлению должны быть приложены:

а) договор (полис) страхования, документ удостоверяющий личность Страхователя (Застрахованного);

б) договор на оказание платных услуг (подтверждение факта получения услуг) Застрахованным;

в) копия направления лечащего врача на получение медицинских и иных услуг, предусмотренных выбранной Страхователем (Застрахованным) Программой добровольного медицинского страхования и приложениями к ней, а в случае госпитализации - копии документов, послуживших основанием для

госпитализации;

г) врачебное заключение об установлении соответствующего диагноза, заверенное личной печатью врача и печатью лечебного учреждения;

д) документы, подтверждающие оказание Застрахованному соответствующих услуг (заключение о проведенном обследовании или лечении, выписку из истории болезни, результаты обследования, амбулаторную карту и т.д.);

е) документ, свидетельствующий об оплате Застрахованным медицинских и иных услуг с полным реестром и указанием стоимости услуг, предусмотренных выбранной Страхователем (Застрахованным) Программой добровольного медицинского страхования и приложениями к ней.

7.6.1. Дополнительно в отношении несовершеннолетних и/или недееспособного Застрахованного его представитель должен предоставить следующие документы:

а) свидетельство о рождении Застрахованного;

б) паспорт Застрахованного (для лиц старше 14 лет);

в) копию паспорта родителей (опекунов, попечителя) Застрахованного;

г) документы удостоверяющие права опекунов (попечителей) в отношении Застрахованного.

7.7. Размер страховой выплаты равен стоимости медицинских и иных услуг, оплаченных в соответствии с выбранной Страхователем (Застрахованным) Программой добровольного медицинского страхования и приложениями к ней, если договором не определена оплата части стоимости услуг за счет средств Застрахованного (в этом случае размер страховой выплаты уменьшается на размер безусловной франшизы, установленной в договоре страхования).

7.8. В течение 15 (пятнадцати) календарных дней эксперты Страховщика на основании предъявленных документов дают заключение о целесообразности с медицинской точки зрения получения платных медицинских и иных услуг для диагностирования или лечения заболевания и составляют страховой акт.

7.9. Страховая выплата производится в течение 10 (десяти) банковских дней после получения заключения эксперта и подписания сторонами страхового акта.

7.10. Предусмотренные договором страхования выплаты производятся Страховщиком независимо от сумм, причитающихся Застрахованному по государственному социальному страхованию, социальному обеспечению, сумм, выплачиваемых в порядке возмещения вреда по другим договорам страхования.

7.11. Страховщик вправе отказать в страховой выплате по следующим основаниям, если:

7.11.1. установлен факт передачи Застрахованным страхового полиса другому лицу для получения им медицинских и иных услуг;

7.11.2. Страхователь предоставил искаженные сведения о Застрахованном при заключении договора страхования (состоянии здоровья Застрахованного на момент заключения договора страхования или на момент изменения условий договора страхования и др.);

7.11.3. Страхователь сообщил недостоверные сведения об обстоятельствах, имеющих существенное значение для суждения о страховом риске (п. 7.2 и п. 8.4.1 Правил страхования);

7.11.4. Страхователь (Застрахованный) не известил Страховщика о существенных изменениях в риске (п. 8.4.4 и п. 8.5.5 Правил страхования);

7.11.5. расходы, возникли по окончании срока действия договора страхования, за исключением расходов, связанных с экстренной госпитализацией Застрахованного, начавшейся в течение срока действия договора страхования и до момента выписки из стационара;

7.11.6. расходы связаны с повторным выполнением исследований для плановой госпитализации, не состоявшейся по инициативе Застрахованного;

7.11.7. произошло нарушение Застрахованным сроков, предусмотренных договором страхования, для предоставления Страховщику заявления на страховое возмещение его личных средств, затраченных на приобретение медицинской помощи, предусмотренной Программой страхования;

7.11.8. обращение в медицинское учреждение, не предусмотренную Программой страхования, не было согласовано со Страховщиком, или информирование Страховщика о таком обращении было осуществлено в процессе получения медицинской помощи, если договором страхования не предусмотрено иное;

7.11.9. Страхователь (Застрахованный) не выполнил обязанностей, указанных в п. 6.4., п. 6.5. настоящего договора;

7.11.10. сумма причиненного убытка не больше суммы франшизы, установленной по договору страхования;

7.11.11. свершившееся событие не признается страховым случаем и подпадает под перечень исключений согласно п.3.4 и п.3.5 Правил страхования.

7.12. Решение об отказе в страховой выплате принимается Страховщиком и сообщается Страхователю (Застрахованному) в письменной форме с мотивированным обоснованием причин отказа в течение 15 (пятнадцати) рабочих дней со дня подачи заявления и представления необходимых документов.

7.13. Отказ Страховщика произвести страховую выплату может быть обжалован Страхователем в суде.

8. ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ УСЛОВИЯ

8.1. _____

8.2. _____

9. КОНФИДЕНЦИАЛЬНОСТЬ

9.1. Обработка персональных данных Застрахованных по настоящему Договору, содержащихся в документах, передаваемых Страховщику в целях заключения и исполнения Договора страхования, осуществляется

в соответствии с Федеральным законом от 27.07.2006 года №152-ФЗ «О персональных данных».

9.2. Стороны берут на себя взаимные обязательства по соблюдению режима конфиденциальности информации, полученной при исполнении условий настоящего Договора. Передача информации третьим лицам или иное разглашение информации признанной по настоящему Договору конфиденциальной, может осуществляться только с письменного согласия другой Стороны.

9.3. Конфиденциальной по настоящему Договору признается информация о программе страхования, сумме страховых взносов, а также сведения о заболеваниях Застрахованных и о факте их обращения за медицинской помощью, эта информация не может быть использована Страховщиком или сотрудниками Страховщика иначе, как в целях выполнения обязательств Страховщика по настоящему Договору.

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

9.5. Страховщик обязуется соблюдать режим конфиденциальности относительно информации о заболеваниях Застрахованного лица, указанной им в Медицинской анкете, либо полученной Страховщиком в ходе исполнения настоящего Договора от медицинских учреждений. Страховщик обязуется предпринимать все зависящие от него меры в целях недопущения разглашения любым третьим лицам указанной информации, ставшей известной Страховщику или сотрудникам Страховщика в связи с исполнением настоящего Договора без письменного согласия Застрахованного лица каким-либо третьим лицам, в т.ч. Страхователю.

10. ИСКОВАЯ ДАВНОСТЬ И ПОРЯДОК РАЗРЕШЕНИЯ СПОРОВ

10.1. Споры, возникающие при исполнении настоящего Договора, разрешаются сторонами в процессе переговоров.

Для соблюдения досудебного претензионного порядка до предъявления иска Страхователь (Выгодоприобретатель, Застрахованное лицо) направляет Страховщику претензию с документами, приложенными к ней и обосновывающими свое требование в письменной форме.

Указанная досудебная претензия подлежит рассмотрению Страховщиком в течение 30 (тридцати) дней со дня поступления. Ответ на претензию направляется Страховщиком по адресу электронной почты Страхователя (Выгодоприобретателя), а при его отсутствии по почтовому адресу.

При невозможности достижения соглашения по спорным вопросам, их решение передается на рассмотрение судебных органов в порядке, предусмотренном действующим законодательством Российской Федерации, с обязательным соблюдением досудебного претензионного порядка.

10.2. Иск по требованиям, вытекающим из настоящего Договора, заключенного на условиях Правил страхования, может быть предъявлен в течение сроков исковой давности, установленных действующим законодательством Российской Федерации.

11. ПРОЧИЕ УСЛОВИЯ

11.1. В случае, если какие-либо положения Правил страхования отличаются от условий настоящего Договора, Стороны будут руководствоваться положениями настоящего Договора. Во всем, что не отражено в настоящем Договоре, Стороны руководствуются положениями Правил страхования и нормами действующего законодательства Российской Федерации.

11.2. Настоящий Договор составлен в 2-х экземплярах, каждый из которых имеет равную юридическую силу.

11.3. Прилагаемые документы являются неотъемлемой частью настоящего договора:

Приложение 1. Заявление на страхование от _____ 20__ г. (с приложениями);

Приложение 2. Правила добровольного медицинского страхования (ДМС) от 23.05.2014, в редакции от ____ 20__ г.;

Приложение 3. Программа добровольного медицинского страхования;

Приложение 4. Список Застрахованных;

Приложение 5. Гарантийное обязательство.

12. АДРЕСА И БАНКОВСКИЕ РЕКВИЗИТЫ СТОРОН

Страховщик:

**ООО «СТРАХОВАЯ КОМПАНИЯ
«АРСЕНАЛЬ»**

Адрес: _____

Банковские реквизиты: _____

_____ / _____

м.п.

Страхователь:

С Правилами страхования и условиями договора страхования ознакомлен, согласен. Экземпляр Правил страхования и договора страхования получил

Адрес: _____

Банковские реквизиты: _____

_____ / _____

м.п.

СПИСОК ЗАСТРАХОВАННЫХ

№ п/п	Фамилия	Имя	Отчество	Дата рождения	Пол	Адрес проживания (фактический)	Паспортные данные	Телефон личный (дом./моб.)	Телефон рабочий	Программа	Согласен с условиями страхования. Полис ДМС получил. Согласен с откреплением от договора страхования в случае увольнения. Согласно ФЗ РФ №152-ФЗ от 27.07.2006 «О персональных данных» разрешаю обработку моих персональных данных Страховщику и медицинским учреждениям в целях реализации договора ДМС, разрешаю медицинским учреждениям предоставлять Страховщику всю информацию о моем здоровье. (Подпись Застрахованного)
1											
2											
3											
4											
5											
6											
7											
8											
9											
10											

*Личная подпись Застрахованного означает передачу им его персональных данных ООО «СТРАХОВАЯ КОМПАНИЯ «АРСЕНАЛЬ», расположенному по адресу: 111020, г. Москва, ул. 2-я Синичкина, д.9а, строен.10 (далее - «Страховщик») в соответствии с Федеральным законом от 27.07.2006 N152-ФЗ «О персональных данных» (далее - «Федеральный закон») и выражает Страховщику, медицинским учреждениям, сервисными компаниям и иным контрагентам Страховщика безусловное согласие Застрахованного на автоматизированную, в т.ч. в информационно-телекоммуникационных сетях, а также без использования средств автоматизации обработку (включая, но не ограничиваясь: сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, распространение (в т.ч. путем передачи третьим лицам с правом обработки ими персональных данных Застрахованного, получение от него и/или от любых третьих лиц, с учетом норм действующего законодательства РФ), обезличивание, блокирование, уничтожение, трансграничную передачу не дальше, чем этого требуют цели обработки, персональных данных Застрахованного, включая фамилию, имя, отчество, пол, дату и место рождения, адрес места жительства и адрес регистрации, паспортные данные, данные заграничного паспорта, контактный(е) телефон(ы), реквизиты полиса ОМС (ДМС), данные о состоянии его здоровья и сведения, составляющие врачебную тайну, в целях заключения, сопровождения и исполнения договоров добровольного медицинского страхования (ДМС), на принятие решений, порождающих юридические последствия для Застрахованного или затрагивающих его права и законные интересы, на основании исключительно автоматизированной обработки его персональных данных, а также подтверждает, что Застрахованный уведомлено об осуществлении обработки его персональных данных в установленном Федеральным законом порядке. Настоящее согласие действует в течение 5 (пяти) лет после прекращения договора страхования или письменного отзыва Застрахованным настоящего согласия, подписанного им собственноручно и направленного заказным письмом с уведомлением о вручении в адрес Страховщика либо врученного лично под расписку уполномоченному представителю Страховщика, если отзыв согласия не нарушает норм действующего законодательства Российской Федерации.

Страховщик:
ООО «СТРАХОВАЯ КОМПАНИЯ «АРСЕНАЛЬ»

Страхователь:

_____/_____
М.П.

_____/_____
М.П.

ГАРАНТИЙНОЕ ОБЯЗАТЕЛЬСТВО

г. _____ 20__ г.

Настоящим _____ гарантирует, что на момент передачи Обществу с ограниченной ответственностью «СТРАХОВАЯ КОМПАНИЯ «АРСЕНАЛЬ» персональных данных работников _____ (далее - «Застрахованные»), в целях заключения, исполнения и сопровождения Страховщиком договоров добровольного медицинского страхования (ДМС), и их дальнейшего исполнения (в том числе урегулирования убытков, принятия решений о страховой выплате/отказе в выплате или совершения иных действий, порождающих юридические последствия в отношении Застрахованных, предоставления им информации о действиях Страховщика), оценки страховых рисков, установления связи с Застрахованными, улучшения качества услуг, оказываемых Страховщиком, продвижения услуг Страховщика на рынке, путем осуществления прямых контактов с Застрахованными (с помощью технических средств связи и почтовой рассылки), а также обработки статистической информации, _____ получено согласие субъектов персональных данных — Застрахованных на обработку их персональных данных в порядке, установленном Федеральным законом от 27.07.2006 №152-ФЗ «О персональных данных» (далее - «Федеральный закон»).

_____ настоящим гарантирует, что им получено согласие Застрахованных на обработку персональных данных Застрахованных, включая данные о состоянии здоровья и сведения, составляющие врачебную тайну, Обществом с ограниченной ответственностью «СТРАХОВАЯ КОМПАНИЯ «АРСЕНАЛЬ», медицинскими учреждениями, сервисными компаниями и иными контрагентами Общества с ограниченной ответственностью «СТРАХОВАЯ КОМПАНИЯ «АРСЕНАЛЬ» для обработки в целях исполнения договоров добровольного медицинского страхования (ДМС), а также подтверждает, что Застрахованные уведомлены об осуществлении обработки их персональных данных в установленном Федеральным законом порядке.

_____ принимает на себя обязательство компенсировать Обществу с ограниченной ответственностью «СТРАХОВАЯ КОМПАНИЯ «АРСЕНАЛЬ» ущерб, причиненный ему в связи с возмещением субъектам персональных данных - Застрахованным убытков, причиненных им в результате нарушения _____ настоящих гарантий.

Компенсация производится _____ в течение 10 (Десяти) банковских дней на основании письменного требования Общества с ограниченной ответственностью «СТРАХОВАЯ КОМПАНИЯ «АРСЕНАЛЬ» с приложением документов, подтверждающих возмещение убытков Застрахованным.

Настоящее гарантийное обязательство действительно до окончания срока исковой давности по Договору № _____ от «__» _____ 20__ г.

наименование организации

должность

м.п.

/ _____ /
Ф.И.О.

Приложение 4
к Правилам добровольного медицинского страхования (ДМС)

** В образце полиса могут быть внесены изменения,
не противоречащие действующему законодательству Российской Федерации*

ООО «СТРАХОВАЯ КОМПАНИЯ «АРСЕНАЛЬ»

Юридический адрес: _____
Телефон: _____ Факс: _____ Эл. почта: _____

ПОЛИС № _____
добровольного медицинского страхования (ДМС)

г. _____ «__» _____ 20__ г.

Настоящий полис подтверждает факт заключения договора страхования № _____ от _____ 20__ г. (далее - Договор страхования) на условиях «Правил добровольного медицинского страхования (ДМС)» от 23.05.2014, в редакции от _____ 20__ г. (далее – Правила страхования) и на основании Заявления о страховании от _____ 20__ г.

Страхователь	
Адрес	
Реквизиты	
ФИО Застрахованного дата рождения	
Адрес, местожительства	
Паспортные данные	
Объект страхования	Объектом страхования являются имущественные интересы, связанные с оплатой организации и оказания медицинской 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 (медицинское страхование).
Страховой случай	Страховым случаем является событие с наступлением которого возникает обязанность Страховщика осуществить оплату медицинских и иных услуг, соответствующего качества, номенклатуры, сервиса и условий их предоставления, предусмотренных указанной Программой страхования
Наименование программы страхования	
Территория страхования	
Страховая сумма	
Лимит ответственности	
Франшиза	
Страховая премия	страховой тариф
Порядок уплаты страховой премии	
Срок действия	
Особые условия	
Приложения к полису	1. Правила добровольного медицинского страхования (ДМС) от 23.05.2014, в редакции от _____ 20__ г. 2. Заявление на страхование от _____ 20__ г.
Место, дата выдачи	

Изменение и расторжение договора страхования осуществляется в порядке, предусмотренном гражданским законодательством Российской Федерации и Правилами страхования. Во всем, что не оговорено в настоящем полисе стороны руководствуются договором и Правилами страхования

СТРАХОВЩИК: ООО «СТРАХОВАЯ КОМПАНИЯ «АРСЕНАЛЬ»	СТРАХОВАТЕЛЬ: С Правилами страхования и условиями договора страхования ознакомлен, согласен. Экземпляр Правил страхования и договора страхования на руки получил.
_____ / _____	_____ / _____
М.П.	М.П.

ЗАЯВЛЕНИЕ

на добровольное медицинское страхование (коллективное)

Страхователь: _____
Юридический (почтовый) адрес, телефон: _____
Реквизиты: _____
Основной вид деятельности: _____
Прочие виды деятельности: _____
E-mail: _____
Контактное лицо: _____
Место работы / Должность (профессия): _____
Контактная информация: _____

Застрахованные: (в соответствии с прилагаемым Списком лиц, подлежащих страхованию)

Программы страхования:

Условия страхования:

Индивидуальная страховая сумма	<input type="checkbox"/> Указана в списке Застрахованных		
Одинакова для каждого сотрудника и составляет:			
Валюта договора	<input type="checkbox"/> Рубли	<input type="checkbox"/> Доллары США	<input type="checkbox"/> Евро
Срок страхования	С _____ по _____		

Желаемый порядок оплаты страховой премии:

- наличными, - безналичным платежом, - иное _____
 - единовременно, - в рассрочку, 1-й взнос _____%, количество взносов _____

Наличие договора в ООО «СК «АРСЕНАЛЬ»: - нет, - да _____

Наличие договора с иным Страховщиком: - нет, - да _____

если «да», то укажите № договора, страховую сумму

Дополнительные сведения: (Указать сведения, имеющие значение для оценки риска – работа, связанная с повышенным риском, командировками, занятие спортом и т.д.)

В случае требования Страховщика все Застрахованные не возражают против прохождения медицинского обследования или предоставления иных необходимых документов

Приложения:

Список лиц, подлежащих страхованию на _____ л.

Дополнительная информация:

Лица, подлежащие страхованию не имеют на момент заключения договора страхования следующие заболевания и (или) связанные с ними осложнения:

- а) туберкулез, онкологические заболевания;
- б) болезни, вызванные вирусом иммунодефицита человека, ВИЧ-носительство;
- в) психические расстройства и расстройства поведения, в том числе связанные с употреблением психоактивных веществ;
- г) злокачественные новообразования, в том числе заболевания крови.

Лицо, подлежащее страхованию не находится на момент заключения договора страхования на стационарном лечении.

Сведения, содержащиеся в настоящем заявлении, являются существенными для заключения договора страхования. В соответствии со ст. 944 Гражданского кодекса Российской Федерации и положениями правил страхования предоставление заведомо ложных сведений при заключении договора страхования может послужить основанием для признания договора недействительным. Страхователь с Правилами страхования ознакомлен, один экземпляр получил и согласен их выполнять. Страхователь подтверждает согласие на обработку Страховщиком персональных данных Застрахованных согласно п. 8.8 Правил страхования.

Настоящее заявление является неотъемлемой частью договора страхования.

Страхователь: _____ / _____

м.п.

подпись

ФИО, должность

« _____ » _____ 20__ г.

ЗАЯВЛЕНИЕ

на добровольное медицинское страхование (индивидуальное)

Страхователь (ФИО) _____

Дата рождения: _____

Паспортные данные: _____

Фактический адрес проживания, телефон: _____

E-mail: _____

Место работы / Должность (профессия): _____

Застрахованный: (ФИО) _____

Дата рождения: _____

Паспортные данные: _____

Фактический адрес проживания, телефон: _____

E-mail: _____

Место работы / должность (профессия): _____

Программа страхования: _____ **Страховая сумма по программе страхования**

Условия страхования:

Общая страховая сумма	<input type="checkbox"/>		
Валюта договора	<input type="checkbox"/> Рубли	<input type="checkbox"/> Доллары США	<input type="checkbox"/> Евро
Срок страхования	С _____	по _____	

Желаемый порядок оплаты страховой премии:

- наличными, - безналичным платежом, - иное _____

- единовременно, - в рассрочку, 1-й взнос _____%, количество взносов _____

Наличие договора в ООО «СК «АРСЕНАЛЬ»: - нет, - да _____

Наличие договора с иным Страховщиком: - нет, - да _____

если «да», то укажите № договора, страховую сумму

Дополнительные сведения: (Указать сведения, имеющие значение для оценки риска – работа, связанная с повышенным риском, командировками, занятие спортом и т.д.)

В случае требования Страховщика Застрахованный не возражает против прохождения медицинского обследования или предоставления иных необходимых документов

Приложения:

Дополнительная информация

Лицо, подлежащее страхованию не имеет на момент заключения договора страхования следующее заболевание и (или) связанные с ним осложнения:

- а) туберкулез, онкологические заболевания;
- б) болезни, вызванные вирусом иммунодефицита человека, ВИЧ-носительство;
- в) психические расстройства и расстройства поведения, в том числе связанные с употреблением психоактивных веществ;
- г) злокачественные новообразования, в том числе заболевания крови.

Лицо, подлежащее страхованию не находится на момент заключения договора страхования на стационарном лечении.

Сведения, содержащиеся в настоящем заявлении, являются существенными для заключения договора страхования. В соответствии со ст. 944 Гражданского кодекса Российской Федерации и положениями правил страхования предоставление заведомо ложных сведений при заключении договора страхования может послужить основанием для признания договора недействительным.

С Правилами страхования ознакомлен, один экземпляр получил и согласен их выполнять. Подтверждаю свое согласие на обработку Страховщиком моих персональных данных согласно п. 8.8 Правил страхования.

Настоящее заявление является неотъемлемой частью договора страхования.

Страхователь: _____ / _____

подпись

ФИО

« ____ » _____ 20__ г.

конфиденциально после заполнения

ВНИМАНИЕ!

Все поля анкеты являются обязательными к заполнению.

Медицинская анкета, заполненная не полностью, не может быть принята к рассмотрению

МЕДИЦИНСКАЯ АНКЕТА

Ф.И.О.									
Пол	ж	м	Дата рождения			Рост, см		Вес, кг	
Был ли у Вас в течение последних 12 месяцев полис добровольного медицинского страхования?								да	нет
Дата Вашего последнего обращения к врачу, по поводу какого заболевания?									
Сколько раз за год Вы посещаете поликлинику?									
К каким специалистам Вы обращаетесь наиболее часто?									
Имеете ли Вы в настоящее время (или имели в прошлом) группу инвалидности? Если «да» – укажите причину, группу и дата установления (снятия) инвалидности?								да	нет
Группа инвалидности			Дата установления			Дата снятия			
Причина установления									
Приходилось ли Вам за последний год вызывать скорую медицинскую помощь?								да	нет
Если «да», то укажите как часто и по какой причине (заболеванию)									
Проходили ли Вы стационарное лечение за последние 5 лет? Если "да", то укажите год, диагноз и проведенное лечение								да	нет
Год	Диагноз		Проведенное терапевтическое лечение (укажите продолжительность лечения)			Проведенное хирургическое лечение (укажите вид операции)			
Было ли Вам рекомендовано или планируете ли Вы в ближайшее время оперативное лечение? Если «да», то какое и по поводу какого заболевания?								да	нет
Ставили ли Вам когда-нибудь следующие диагнозы? Если «да», то укажите год начала заболевания								Год начала болезни	
Ишемическая болезнь сердца, инфаркт миокарда, инсульт, нарушения ритма сердца, гипертоническая болезнь (подчеркните)							да	нет	
Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки							да	нет	
Хронический холецистит или панкреатит (подчеркните)							да	нет	
Желчекаменная болезнь, мочекаменная болезнь (подчеркните)							да	нет	
Хронический гепатит В, С, D, E, F, G (подчеркните)							да	нет	
Онкологические заболевания, сахарный диабет (подчеркните)							да	нет	
Бронхиальная астма							да	нет	
Анемия, лейкоз и другие заболевания крови							да	нет	
Искривление носовой перегородки, требующие оперативного вмешательства							да	нет	
Пиелонефрит							да	нет	
Грыжа межпозвоночного диска, радикулит							да	нет	
Хронический бронхит							да	нет	
Варикозное расширение вен нижних конечностей							да	нет	
Полипы эндометрия или цервикального канала							да	нет	

Катаракта, глаукома (подчеркнуть)	да	нет	
Почечная или печеночная недостаточность?	да	нет	
Туберкулез	да	нет	
Ревматизм	да	нет	
Заболевания щитовидной железы	да	нет	
Хронический простатит, аденома предстательной железы (подчеркнуть) МУЖ	да	нет	
Киста яичника, эрозия шейки матки, миома матки (подчеркнуть) ЖЕН	да	нет	
Мастопатия, гиперплазия эндометрия (подчеркнуть)	да	нет	
Врожденные пороки, аномалии развития органов и систем. Если «да», то какие?	да	нет	
Рекомендовали ли Вам постоянное (диспансерное) наблюдение у каких-либо врачей? Если «да», по какому заболеванию?			
Отмечали ли Вы у себя за последние 12 месяцев?			
Повышение артериального давления			
Укажите наиболее высокие и низкие показатели			
Боли в области сердца, головные боли, головокружение, боль в глазах, судороги, Расстройство речи, изменения на ЭКГ, ощущения покалывания, онемения, ползания мурашек, преходящие шум и заложенность в ушах, нарушения сознания (кратковременная потеря сознания, оглушенность), повышение сахара в крови, ослабление или потеря движения в конечностях (подчеркните)	да		нет
Курите ли Вы?	да		нет
Если «да», то сколько сигарет (папирос) в день? (сколько лет?)			
Вы обеспокоены состоянием своего здоровья в настоящий момент? Если «да», то укажите, что Вас беспокоит (на что Вы жалуетесь)	да		нет
Укажите заболевания, которые у Вас отмечались ранее или имеются в настоящее время, но не были указаны выше?			
Принимаете ли Вы регулярно в настоящее время лекарственные препараты?			
Если «да», то укажите какие:			
	да		нет

Настоящим Страхователь подтверждает, что сведения, изложенные в настоящей анкете, являются полными и достоверными, а медицинская анкета в целом является составной частью договора страхования, который выдается Застрахованному.

Страхователь обязуется информировать ООО «СТРАХОВАЯ КОМПАНИЯ «АРСЕНАЛЬ» (далее - «Страховщик») о каких-либо изменениях состояния здоровья Застрахованного в пределах дат подписания этой анкеты и даты начала действия страхования.

Страхователь согласен, что Страховщик имеет право выяснить информацию от врачей, которые когда-либо лечили Застрахованного, как до даты подписания договора страхования, так и в течение срока действия договора страхования.

Страхователь разрешает любому врачу поликлиники и больницы или другим медицинским работникам из других медицинских учреждений, имеющим информацию об истории его заболевания, о его физическом и психическом состоянии, диагнозе, лечении и прогнозе, предоставлять ее в случае необходимости Страховщику, в том числе в случае его смерти.

Страхователь согласен, что Страховщик имеет право выяснять информацию у страховых компаний, к которым Застрахованный обращался по поводу страхования жизни.

Страховщик со своей стороны обязуется не разглашать вышеуказанные сведения о Застрахованном и его имущественном положении, включая коммерческую тайну и любую другую конфиденциальную информацию, за исключением случаев, предусмотренных действующим законодательством.

Страхователь: _____ / _____

« _____ » _____ 20__ г.

Представитель Страховщика: _____ / _____

МЕДИЦИНСКАЯ АНКЕТА ДЛЯ ДЕТЕЙ

ФИО ребенка								
Пол	м	ж	Дата рождения					
Был ли у ребенка за последние 12 месяцев полис добровольного медицинского страхования?							да	нет
Ребенок посещает школу или детский сад? Если «да», то сколько лет, если «нет», то укажите причину.							да	нет
Занимается ли ребенок каким-либо видом спорта? Если «да», укажите каким именно							да	нет
Имеется ли у ребенка инвалидность? Если «да», укажите её причину							да	нет
Причина инвалидности								
Были ли выполнены ребенку все профилактические прививки соответственно возрасту? Если «нет», то укажите какие и причины (медицинские отводы с указанием диагноза, нежелание родителей и т.п.)								
Против туберкулеза (БЦЖ)							да	нет
Против гепатита В							да	нет
Против коклюша, дифтерии и столбняка (АКДС)							да	нет
Против полиомиелита							да	нет
Против кори							да	нет
Против краснухи							да	нет
Против эпидемического паротита							да	нет
Приходилось ли в течение последнего года вызывать к ребенку бригаду скорой помощи? Если «да», то укажите как часто и по какой причине								
							да	нет
Находился ли ребенок на стационарном лечении? Если «да», укажите год, диагноз и проведенное лечение								
Год	Диагноз	Проведенное терапевтическое лечение (укажите продолжительность лечения)			Проведенное хирургическое лечение (укажите вид операции)			
Отмечаются ли у ребенка в настоящее время или отмечались когда-либо следующие заболевания (состояния):							Год начала заболевания	
Анафилактический шок							да	нет
Ожирение, аллергия, вегето-сосудистая дистония (подчеркните)							да	нет
Сахарный диабет, бронхиальная астма (подчеркните)							да	нет
Гепатит А, В, С, D, E (подчеркните)							да	нет
Грыжа паховая, пупочная, белой линии живота (подчеркните)							да	нет
Дискинезия желчевыводящих путей							да	нет
Пиелонефрит, пузырно-мочеточниковый рефлюкс							да	нет
Отит, тонзиллит, гайморит (подчеркните)							да	нет

Увеличение аденоидов	да	нет	
Дисплазия тазобедренных суставов	да	нет	
Эпилепсия, детский церебральный паралич (подчеркните)	да	нет	
Приобретенные пороки органов и систем (если «да» – укажите какие)	да	нет	
Врожденные пороки, аномалии развития органов и систем (если «да» – укажите какие)			
	да	нет	
Укажите заболевания, которые отмечались или отмечаются у ребенка, но не были указаны выше.			
Рекомендовано ли ребенку стационарное лечение или проведение медицинских исследований и манипуляций в условиях стационара? Если «да», укажите причину			
	да	нет	
Вы обеспокоены состоянием здоровья вашего ребенка в настоящее время? Если «да», укажите причину			
	да	нет	
ЗАПОЛНЯЕТСЯ ДОПОЛНИТЕЛЬНО для детей младше трех лет			
Укажите данные ребенка при рождении:			
Вес (в граммах)		Рост (в см)	Оценка по шкале Апгар (в баллах)
Ребенок кричал сразу?			
	да	нет	
Беременность протекала нормально? Если «нет», то укажите осложнения беременности и сроки, на которых они возникли			
	да	нет	
Родоразрешение было проведено с помощью операции кесарева сечения? Если «да» – укажите показания к операции			
	да	нет	
Ребенок родился здоровым? Если «нет» – укажите заболевания, выявленные в роддоме			
	да	нет	
Ребенок родился доношенным и в срок? Если «нет», то на каком сроке беременности?			
	да	нет	
Были ли у ребенка родовые травмы? Если «да» – укажите, какие			
	да	нет	
В роддоме сделаны прививки (если «нет» - укажите причину)?			
	да	нет	
Из роддома ребенок выписан домой? Если «нет» – укажите причину (заболевание) и стационар, куда был переведен ребенок			
	да	нет	
Укажите заболевания, которые ребенок перенес до 1 года			

«Я, _____, действуя в качестве законного представителя моего ребенка _____, настоящим подтверждаю, что все вопросы настоящей Анкеты мне понятны, а данные мной ответы на указанные вопросы являются правдивыми и соответствуют имеющимся у меня сведениям. Мне известно, что дача мною ложных ответов на вышеуказанные вопросы ведет к признанию недействительным договора добровольного медицинского страхования (ДМС), заключаемого с ООО «СТРАХОВАЯ КОМПАНИЯ «АРСЕНАЛЬ».

Настоящим заявлением я также разрешаю любому практикующему врачу, медицинскому учреждению, имеющему информацию о состоянии здоровья моего ребенка, диагнозе, проведенном лечении, предоставлять указанную информацию по запросу ООО «СТРАХОВАЯ КОМПАНИЯ «АРСЕНАЛЬ».

Я разрешаю ООО «СТРАХОВАЯ КОМПАНИЯ «АРСЕНАЛЬ» использовать вышеуказанную информацию только для решения вопросов, связанных с заключением и/или исполнением договора добровольного медицинского страхования моего ребенка.

подпись

расшифровка

« ____ » _____ 20__ г.

Представитель Страховщика: _____ / _____

ДОГОВОР № _____
на предоставление медицинских услуг

г. _____

«__» _____ 20__ г.

Общество с ограниченной ответственностью «СТРАХОВАЯ КОМПАНИЯ «АРСЕНАЛЬ», далее именуемое «Заказчик», в лице _____, действующего на основании _____, с одной стороны, и Медицинское учреждение _____, далее именуемое «Исполнитель», имеющее лицензию № _____ от «__» _____ г., выданную _____ в лице _____, действующего на основании _____, с другой стороны, именуемые в дальнейшем «Стороны», заключили настоящий договор о нижеследующем:

1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

1.1. Заказчик поручает, а Исполнитель принимает на себя обязательства оказывать медицинскую помощь гражданам, застрахованным у Заказчика (далее по тексту – «Застрахованные»).

1.2. Основанием предоставления Застрахованному медицинской помощи является наличие у Застрахованного действующего страхового медицинского полиса Заказчика, включение его в Списки Застрахованных (Приложение №3 к настоящему договору), предоставляемые Заказчиком Исполнителю, или наличие гарантийного письма Заказчика (Приложение № 5 к настоящему договору).

1.3. Заказчик оплачивает Исполнителю стоимость оказанной Застрахованному медицинской помощи, в объеме, определенном Программой медицинских услуг (Приложение №2 к настоящему договору). Оплата осуществляется на основании Прейскуранта на медицинскую помощь, утверждаемого Исполнителем (Приложение №1 к настоящему договору).

2. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

2.1. Исполнитель обязан:

2.1.1. поддерживать необходимый санитарно-гигиенический, противоэпидемический и организационно-хозяйственный режимы функционирования своих подразделений, работающих с Застрахованными;

2.1.2. оказывать Застрахованным лечебно-профилактическую помощь, виды, объем и сроки выполнения которой, устанавливаются исходя из договора (полиса) страхования и Программы медицинских услуг (Приложение № 2 к настоящему договору);

2.1.3. обеспечить оказание медицинских услуг своевременно, в полном объеме и на высоком профессиональном уровне, по стандартам, утвержденным Минздравом России;

2.1.4. немедленно извещать Заказчика о невозможности оказания лечебно-профилактической помощи установленного вида, объема или стандарта;

2.1.5. ставить в известность Заказчика о возникших обстоятельствах, которые в ближайшее время могут привести к сокращению вида, объема и изменению срока, оказываемой лечебно-профилактической помощи за 30 (Тридцать) дней;

2.1.6. немедленно оповестить Заказчика о необходимости оказания медицинской помощи Застрахованному, не входящей в Программу медицинских услуг (Приложение №2), соблюдать порядок согласования услуг согласно Приложению № 4 настоящего Договора;

2.1.7. выдавать Застрахованным при необходимости медицинские документы установленного Минздравом России образца (выписной эпикриз, лист временной нетрудоспособности и медицинские справки);

2.1.8. вести учет видов, объемов, сроков оказания, и стоимости оказанной медицинской помощи Застрахованным, а также денежных средств, поступивших от Заказчика;

2.1.9. предоставлять Заказчику списки Застрахованных, нарушивших врачебный режим;

2.1.10. предоставить экспертной группе Заказчика возможность ознакомления со всеми необходимыми документами по обслуживанию своих Застрахованных клиентов.

2.2. Заказчик обязан:

2.2.1. выдавать каждому Застрахованному именной страховой полис, являющийся основным документом на право получения медицинских услуг;

2.2.2. своевременно передавать Исполнителю списки Застрахованных для медицинского обслуживания;

2.2.3. оплачивать, оказанные медицинские услуги, по Договору, в срок и согласно представленным счетам;

2.2.4. довести до сведения всех Застрахованных порядок предоставления услуг Исполнителем.

2.3. Исполнитель имеет право:

2.3.1. требовать от Заказчика выполнения обязательств, взятых на себя согласно настоящему Договору.

2.3.2. при оказании медицинской помощи Застрахованным, согласно Программе страхования, Исполнитель вправе привлекать соисполнителей, оплата услуг которых будет осуществляться в рамках Прейскуранта (Приложение №1 к настоящему договору).

2.4. Заказчик имеет право:

2.4.1. не оплачивать медицинскую помощь в случае, если она была оказана Исполнителем Застрахованному в период прекращения действия лицензии на медицинскую деятельность;

2.4.2. требовать от Исполнителя надлежащего выполнения принятых им обязательств по настоящему Договору;

2.4.3. вносить рекомендации по улучшению качества медицинского обслуживания Застрахованных лиц.

3. СТОИМОСТЬ УСЛУГ И ПОРЯДОК РАСЧЕТОВ

3.1. Ежемесячно по результатам выполненных работ Исполнитель выставляет Заказчику Счет, содержащий все необходимые реквизиты для перечисления денег, ссылку на настоящий Договор. К Счету прилагается Счет-фактура, «Акт приемки-сдачи выполненных работ», Реестр оказанных Застрахованному медицинских услуг с указанием:

- Ф.И.О. Застрахованного;
- № страхового полиса;
- наименования медицинской услуги;
- даты оказания медицинской услуги;
- стоимости оказанной медицинской услуги;
- кода медицинской услуги, кода диагноза.

3.2. Расчеты между Сторонами ведутся безналично, в рублях или иным образом, по согласованию обеих Сторон. Оплата стоимости медицинских услуг, указанная в Прейскуранте в иностранной валюте, производится в рублях по курсу ЦБ РФ на день выставления счета.

3.3. Заказчик в течение 10 (Десяти) банковских дней со дня получения счета оплачивает его.

3.4. В срок до 10 (Десятого) числа месяца, следующего за отчетным кварталом, Стороны производят выверку взаиморасчетов по оплате оказанной Застрахованным медицинской помощи. Составленный Исполнителем Акт сверки должен быть подписан Заказчиком и возвращен Исполнителю в вышеуказанные сроки. Окончательный расчет по договору должен быть произведен сторонами не позднее 10 банковских дней после подписания Акта сверки.

3.5. По окончании действия Договора Стороны производят окончательный взаиморасчет в течение 30-ти календарных дней.

3.6. Исполнитель имеет право пересматривать и утверждать цены на медицинскую помощь, оказываемую по настоящему Договору. Для Заказчика новый Прейскурант начинает действовать после письменного согласования Сторонами, но не ранее, чем через 30 (Тридцать) дней после официального направления Исполнителем нового Прейскуранта по почте, а также в электронном виде по e-mail: _____ или по факсу: _____.

4. КОНТРОЛЬ

4.1. Заказчик проводит экспертизу объемов и качества медицинской помощи, оказанной Застрахованным лицам, на основании представленных Исполнителем счетов и статистической информации, первичной медицинской документации.

4.2. Заказчик контролирует соответствие оказываемой Исполнителем медицинской помощи Застрахованным требованиям настоящего Договора.

4.3. Контроль осуществляется путем проверок, проводимых представителями Заказчика и Исполнителя. Проверка осуществляется ежемесячно в течение 30 (Тридцати) банковских дней со дня получения счета за оказанную Застрахованным медицинскую помощь, а так же по мере необходимости. Результаты проверок оформляются Актом медико-экономической экспертизы (МЭЭ) и утверждаются руководством Заказчиком и Исполнителя.

4.4. Исполнитель обязан обеспечить представителю Заказчика, осуществляющему проверку, свободное ознакомление с деятельностью Исполнителя, связанной с выполнением настоящего Договора. Проверку медицинской деятельности, связанной с выполнением настоящего Договора, может осуществлять только представитель Заказчика, имеющий соответствующие полномочия и квалификацию.

4.5. По результатам экспертизы не подлежат оплате услуги, включенные Исполнителем в счет:

- а) оказанные лицам, не являющимся Застрахованными лицами Заказчика;
- б) не подтвержденные записями в медицинских документах;
- в) не предусмотренные Программой медицинских услуг (Приложение 2) или гарантийным письмом;
- г) оказанные без медицинских показаний.

4.6. При несогласии Исполнителя с выводами представителя Заказчика он вправе обратиться за разрешением спора в Согласительную комиссию.

4.7. Согласительная комиссия создается из представителей Исполнителя и Заказчика, при необходимости с привлечением независимого эксперта. Если Согласительная комиссия признала обоснованными претензии Заказчика, то расходы на оплату работы независимых специалистов, включенных в состав Согласительной комиссии, производит Исполнитель, а при признании претензий необоснованными - расходы возмещает Заказчик.

4.8. Выявленные в результате экспертизы ошибочно перечисленные денежные средства учитываются Сторонами при дальнейших взаиморасчетах.

5. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН

5.1. Стороны могут предъявлять взаимные претензии по факту нарушений, связанных с исполнением

настоящего Договора, в течение всего срока действия Договора. При наличии претензий и при согласии с ними, виновная сторона должна в 5 (Пяти) срок представить объяснения, исправить упущения и учесть в последующей работе требования, содержащиеся в претензии. В случае несогласия с предъявленными претензиями, Сторона, к которой такие претензии предъявляются, вправе обратиться за разрешением спора в Согласительную комиссию.

5.2. В случае задержки в оплате счета на 15 (Пятнадцать) и более банковских дней, Заказчик уплачивает Исполнителю пени в размере 0,01 % от суммы выставленного счета за каждый день просрочки платежа, но не более 10 % от суммы счета. При этом Исполнитель вправе приостановить прием Застрахованных до полного погашения задолженности.

5.3. Ни одна из Сторон не будет нести ответственность за полное или частичное неисполнение любой из своих обязанностей, если докажет, что надлежащее исполнение оказалось невозможным вследствие действия непреодолимой силы, то есть чрезвычайных и непредотвратимых при данных условиях обстоятельств. К таким обстоятельствам не относятся, в частности, нарушение обязанностей со стороны контрагентов должника, отсутствие на рынке нужных для исполнения товаров, отсутствие у должника необходимых денежных средств.

5.4. Срок исполнения обязательств по настоящему Договору отодвигается соразмерно времени действия обстоятельств непреодолимой силы.

5.5. Сторона, для которой создалась невозможность исполнения обязательства, обязана немедленно известить другую Сторону о наступлении, предполагаемом сроке действия и прекращения вышеуказанных обстоятельств.

5.6. В случае взимания платы с Застрахованного за медицинские услуги, входящие в Программу страхования, Исполнитель возвращает Застрахованному необоснованно полученные от него средства.

5.7. В случае необоснованного отказа Исполнителя в предоставлении Застрахованному медицинской помощи по настоящему Договору, а также некачественного или неполного предоставления, Исполнитель оказывает необходимую медицинскую помощь качественно, за свой счет.

5.8. Исполнитель несет финансовую ответственность перед Заказчиком. В случае возникновения по вине Исполнителя осложнений у Застрахованного, Исполнитель устраняет их за свой счет. Если Согласительной комиссией установлен факт оказания Исполнителем некачественной медицинской помощи, повлекшей за собой нанесение вреда здоровью пациента, оплачивает расходы Заказчика по лечению, возникших у Застрахованного осложнений.

6. УВЕДОМЛЕНИЕ И СООБЩЕНИЯ

6.1. Все уведомления и сообщения, направленные сторонами в связи с исполнением настоящего договора, должны быть сделаны в письменной форме.

6.2. Стороны обязуются известить друг друга об изменении своего юридического статуса или изменениях в дополнениях в учредительных документах в течение двух недель с даты их регистрации, а также уведомить в письменной форме в течение 3 (Трех) рабочих дней об изменении адреса (юридического и фактического), платёжных реквизитов, номеров телефонов, факса и т.п., о приёме, увольнении (назначении, избрании, переизбрании) должностных лиц, имеющих право подписывать документы.

7. СРОК ДЕЙСТВИЯ, ИЗМЕНЕНИЯ И ПРЕКРАЩЕНИЯ ДОГОВОРА

7.1. Настоящий Договор вступает в силу с момента его подписания и действует в течение одного года до _____ 20__ г.

7.2. Если ни одна из Сторон за 30 дней до истечения срока действия настоящего Договора не заявит о его расторжении и не предложит иные условия, Договор считается автоматически продленным на следующий год и каждый последующий год на тех же условиях, с обязательным предоставлением Исполнителем новой лицензии на медицинскую деятельность в случае окончания ранее действовавшей.

7.3. Условия настоящего Договора могут быть изменены или дополнены в связи с принятием законодательных актов или по предложению одной из Сторон. Предложения Сторон об изменении или дополнении условий Договора рассматриваются в течение 2 (Двух) недель с момента поступления. Изменения и дополнения к настоящему Договору будут считаться имеющими силу, если они выполнены в письменной форме и подписаны обеими Сторонами.

7.4. Настоящий Договор может быть прекращен до окончания срока его действия:

7.4.1. по обоюдному Согласию сторон, оформленному в виде Соглашения и подписанному Заказчиком и Исполнителем;

7.4.2. по инициативе одной из Сторон настоящего Договора:

а) в случае прекращения деятельности, указанной в настоящем Договоре, ликвидации или реорганизации одной из Сторон, при этом за другой Стороной сохраняется право требовать возмещения убытков;

б) в случае существенного нарушения условий данного Договора другой Стороной и невозможности ликвидировать отрицательные последствия такого нарушения иным, способом нежели расторжение Договора;

в) при наступлении обстоятельств, перечисленных в п. 5.3 настоящего Договора.

7.5. Прекращение настоящего Договора освобождает Стороны от исполнения обязательств по Договору только после того, как они выполнят в отношении Застрахованных свои обязательства, возникшие у них до прекращения настоящего Договора, в полном объеме.

8. ПОРЯДОК РАЗРЕШЕНИЯ СПОРОВ

8.1. Все споры и разногласия, которые могут возникнуть из настоящего Договора или в связи с ним, будут по возможности решаться путем переговоров между Заказчиком и Исполнителем.

8.2. В случае если споры и разногласия не будут решены путем переговоров, они подлежат разрешению в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

9. КОНФИДЕНЦИАЛЬНОСТЬ

9.1. Стороны обязуются соблюдать конфиденциальность в отношении информации, полученной ими друг от друга или ставшей известной им в ходе исполнения обязательств по настоящему Договору, не открывать и не разглашать в общем или в частности информацию какой-либо третьей стороне без предварительного письменного согласия другой Стороны настоящего Договора.

9.2. Требования п. 9.1 настоящего Договора не распространяются на случаи раскрытия конфиденциальной информации по запросу уполномоченных органов в случаях, предусмотренных законом. Однако даже в этом случае Стороны обязаны согласовать друг с другом объем и характер предоставляемой информации.

9.3. Стороны обязуются не распространять сведений, способных нанести ущерб деловой репутации другой Стороны.

10. ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ

10.1. По вопросам, не предусмотренным настоящим Договором, Стороны руководствуются законодательством Российской Федерации.

10.2. Настоящий Договор составлен в двух экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу: один экземпляр находится у Заказчика, другой у Исполнителя.

10.3. Приложения №1, 2, 3, 4, 5 являются неотъемлемыми частями настоящего Договора:

Приложение 1. Прейскурант на медицинскую помощь;

Приложение 2. Программа медицинских услуг;

Приложение 3. Форма списка Застрахованных;

Приложение 4. Порядок согласования услуг;

Приложение 5. Гарантийное письмо Заказчика.

11. АДРЕСА И БАНКОВСКИЕ РЕКВИЗИТЫ СТОРОН

Заказчик:

ООО «СТРАХОВАЯ КОМПАНИЯ «АРСЕНАЛЬ»

Адрес: _____

Банковские реквизиты: _____

_____ / _____

М.П.

Исполнитель:

Адрес: _____

Банковские реквизиты: _____

_____ / _____

М.П.

Приложение 9
к Правилам добровольного медицинского страхования (ДМС)

ООО «СТРАХОВАЯ КОМПАНИЯ «АРСЕНАЛЬ»

Юридический адрес: _____
Телефон: _____ Факс: _____ Эл. почта: _____

УТВЕРЖДАЮ

_____/_____
« ____ » _____ 20__ г.

СТРАХОВОЙ АКТ № _____ от _____ 20__ г.

1. Договор страхования:

Страхователь	Номер договора (полиса)	Дата договора (полиса)	Дата начала	Дата окончания	Вид	Страховая сумма	Валюта	Лимит ответственности	Франшиза
					ДМС				

2. Основание:

ФИО Застрахованного _____

№ полиса Застрахованного _____

Дата наступления страхового случая _____

3. Получатель возмещения:

Наименование получателя	Наименование документа на оплату (Заявление на страховую выплату)	Сумма
Заявленная сумма к возмещению:		
Не подлежит возмещению:		
Случай признается страховым и подлежит оплате в размере:		

Договор расчетов с медицинским учреждением:

№ _____	от _____
---------	----------

4. Страховой акт составил:

Должность	Дата	Подпись	ФИО подписанта

Согласование:

5. Данные об оплате:

наличная

Дата оплаты _____

безналичная

Номер платежного документа _____

зачет аванса

(нужное выделить)