

Утверждаю:
Генеральный директор
Общество с ограниченной ответственностью
«Поволжский страховой альянс»

Бычков В.О.

Приказ № 71/О-осн от 06.05.2019 г.



ПРАВИЛА ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

СОДЕРЖАНИЕ

1. Общие Положения. Субъекты страхования
2. Объект страхования
3. Страховой риск. Страховой случай
4. Страховая сумма. Страховая премия
5. Срок действия договора страхования
6. Договор страхования. Порядок заключения договора страхования. Прекращение договора страхования
7. Порядок исполнения договора страхования
8. Отказ в страховой выплате
9. Последствия изменения степени риска
10. Права и обязанности Сторон
11. Порядок разрешения споров

Приложение 1. Программы добровольного медицинского страхования.

Приложение 2. Базовые тарифы по программам добровольного медицинского страхования.

1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ. СУБЪЕКТЫ СТРАХОВАНИЯ

1.1. Настоящие Правила добровольного медицинского страхования (далее по тексту- Правила) разработаны в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации о страховании, определяют общие условия и порядок осуществления страхования, в том числе заключения, исполнения и прекращения Обществом с ограниченной ответственностью «Поволжский страховой альянс», именуемым в дальнейшем Страховщик, договоров добровольного медицинского страхования с юридическими и дееспособными физическими лицами, в том числе индивидуальными предпринимателями, в дальнейшем именуемыми Страхователями.

1.2. Страхование осуществляется на основе программ добровольного медицинского страхования и обеспечивает застрахованным лицам при наступлении события, признанного страховым случаем, получение медицинской помощи и ее оплату в соответствии с условиями договора страхования и программы страхования. При заключении договора страхования на условиях, содержащихся в настоящих Правилах страхования, эти условия становятся неотъемлемой частью договора страхования и обязательными для Страхователя и Страховщика, если в договоре страхования прямо указано на применение таких Правил и сами Правила страхования изложены в одном документе с Договором страхования либо приложены к нему.

1.3. Страховщик вправе на основании настоящих Правил страхования формировать Программы страхования с использованием отдельных условий страхования, закрепленных в настоящих Правилах, с присвоением таким Программам страхования маркетинговых наименований.

1.4. Применяемые в настоящих Правилах страхования наименования и понятия в ряде случаев специально поясняются соответствующими определениями. Если значение какого-либо наименования или понятия не оговорено настоящими Правилами и не может быть определено, исходя из законодательства и нормативных актов, то такое наименование или понятие используется в своем обычном лексическом значении.

Определения, применяемые в настоящих Правилах:

- **Врач**- специалист соответствующей квалификации с окончанным высшим медицинским образованием, практикующий в соответствии с установленными медицинскими стандартами и требованиями действующего законодательства.

- **Группа заболеваний** – совокупность заболеваний и состояний, сформированная по этиологическим признакам, анатомической локализации, обстоятельствам возникновения болезни и т.д.

- **Договор добровольного медицинского страхования**- письменное соглашение Страхователя и Страховщика, определяющее порядок и условия страхования в соответствии с Правилами. Правила являются неотъемлемой частью Договора страхования.

При отличии условий, содержащихся в настоящих Правилах страхования, и договоре страхования, преимущественную силу имеют условия, содержащиеся в договоре страхования.

Индивидуальный договор страхования – договор добровольного медицинского страхования, заключенный в отношении одного Застрахованного лица.

Коллективный договор страхования – договор добровольного медицинского страхования, заключенный Страхователем в отношении более чем одного Застрахованного лица.

- **Диагностика** - комплекс медицинских мероприятий, направленных на распознавание состояний или установление факта наличия либо отсутствия заболеваний, осуществляемых посредством сбора и анализа жалоб Застрахованного, данных его анамнеза и осмотра, проведения лабораторных, инструментальных и иных исследований в целях определения диагноза, выбора мероприятий по лечению Застрахованного лица и (или) контроля над 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.

- **Законный представитель Застрахованного лица**- родители, усыновители, опекуны, попечители.

- **Категория «ребенок- инвалид»**- установленная в соответствии с требованиями и на основании законодательства Российской Федерации (стандарты, заключения МСЭК и т.п.) социальная недостаточность лица в возрасте до 18 лет вследствие нарушения здоровья со стойким расстройством функций организма, обусловленная заболеваниями, последствиями травм или дефектами, приводящими к выраженному ограничению жизнедеятельности и необходимости социальной защиты.

- **Классы заболеваний** – группы заболеваний в соответствии с Международной классификацией болезней (МКБ 10):

- I) Инфекционные и паразитарные болезни.
- II) Новообразования.
- III) Болезни крови, кроветворных органов и отдельные нарушения, вовлекающие иммунный механизм.
- IV) Болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ.
- V) Психические расстройства и расстройства поведения.
- VI) Болезни нервной системы.
- VII) Болезни глаза и его придаточного аппарата.
- VIII) Болезни уха и сосцевидного отростка.
- IX) Болезни системы кровообращения.
- X) Болезни органов дыхания.
- XI) Болезни органов пищеварения.
- XII) Болезни кожи и подкожной клетчатки.
- XIII) Болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани.
- XIV) Болезни мочеполовой системы.
- XV) Беременность, роды и послеродовой период.
- XVI) Отдельные состояния, возникающие в перинатальном периоде.

- XVII) Врожденные аномалии (пороки развития), деформации и хромосомные нарушения.
- XVIII) Иные симптомы, признаки и отклонения от нормы, выявленные при клинических и лабораторных исследованиях.
- XIX) Травмы, отравления и другие последствия воздействия внешних причин.
- XX) Внешние причины заболеваемости и смертности
- XXI) Факторы, влияющие на состояние здоровья населения и обращения в организации здравоохранения

- **Блок заболеваний** – группа заболеваний внутри одного класса по МКБ-10.

- **Лечение** - комплекс медицинских мероприятий, 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.

- **Лечебный режим** - установленный лечащим врачом распорядок оказания медицинской и (или) лекарственной помощи.

- **Лечащий врач** - врач, на которого возложены функции по организации и непосредственному оказанию Застрахованному лицу медицинской помощи в период наблюдения за ним и его лечения.

- **Лимит ответственности** (лимит страхового возмещения) – максимальный размер страховой выплаты по программе(ам) страхования/страховому(ым) риску(ам), одному страховому случаю или за определенный период времени.

- **Медицинские, аптечные учреждения:**

Медицинская организация (учреждение) - юридическое лицо независимо от организационно-правовой формы, осуществляющее в качестве основного (уставного) вида деятельности медицинскую деятельность на основании лицензии, выданной в порядке, установленном законодательством Российской Федерации также иные юридические лица независимо от организационно-правовой формы, в том числе, индивидуальные предприниматели, осуществляющие наряду с основной (уставной) деятельностью медицинскую деятельность. К медицинским организациям, в частности, относятся российские и иностранные медицинские организации: стационары, клиники, диспансеры, амбулаторно-поликлинические организации, организации скорой медицинской помощи, организации охраны материнства и детства, санаторно-курортные, лечебно-реабилитационные организации и другие.

Медицинские организации, находящиеся за границей Российской Федерации, должны иметь лицензию на оказание медицинской помощи и (или) удовлетворять иным аналогичным требованиям законодательства того государства, в котором они находятся;

Аптечная организация – организация, структурное подразделение медицинской организации, индивидуальный предприниматель, осуществляющие розничную торговлю лекарственными препаратами для медицинского применения, изготовление и отпуск лекарственных препаратов в соответствии с требованиями действующего законодательства РФ, имеющие лицензию на право осуществления фармацевтической деятельности, оказывающие услуги Застрахованным. К аптечным учреждениям относятся в том числе, но не ограничиваясь, аптеки, аптечные пункты, аптечные киоски, аптечные магазины.

- **Медицинская документация** – комплект документов, касающихся наступления страхового случая: листки нетрудоспособности, выписные эпикризы, заключение о проведенном обследовании или лечении, выписка из истории болезни, результаты обследования, амбулаторная карта, рецепты и назначения лечащего врача и т.д.

- **Медицинская услуга** – медицинская и (или) лекарственная помощь, предоставляемая медицинской или аптечной организацией по договору оказания услуг Застрахованным лицам. К медицинским услугам относятся: консультативная, лечебная, диагностическая, профилактическая, реабилитационно-восстановительная, оздоровительная, диспансерная, лекарственная помощь, направленные на удовлетворение потребностей Застрахованных в поддержании, лечении и восстановлении здоровья.

- **Медицинская помощь**- комплекс мероприятий, направленных на поддержание и (или) восстановление здоровья и включающих в себя медицинское вмешательство или комплекс медицинских вмешательств, направленных на профилактику, диагностику и лечение заболеваний, медицинскую реабилитацию.

Формы оказания медицинской помощи:

1) экстренная - медицинская помощь, оказываемая при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний, представляющих угрозу жизни застрахованного лица;

2) неотложная - медицинская помощь, оказываемая при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний без явных признаков угрозы жизни застрахованного лица;

3) плановая - медицинская помощь, которая оказывается при проведении профилактических мероприятий, при заболеваниях и состояниях, не сопровождающихся угрозой жизни застрахованного лица, не требующих экстренной и неотложной медицинской помощи, и отсрочка оказания которой на определенное время не повлечет за собой ухудшение состояния застрахованного лица, угрозу его жизни и здоровью.

- Лекарственная помощь:

- применение лекарственных средств и изделий медицинского назначения при оказании медицинской помощи;

- лекарственное обеспечение (получение лекарственных средств по назначениям, рецептам врача), предполагающее оплату Страховщиком стоимости медикаментозного лечения, назначенного лечащим врачом амбулаторно-поликлинического медицинского учреждения либо назначенного лечащим врачом стационарного медицинского учреждения.

- **Иные услуги** — услуги, предоставляемые Застрахованному лицу, связанные с оказанием или организацией оказания медицинской помощи и включенные в Программу страхования, в том числе сервисные услуги (дополнительное питание, связь, телевизор, холодильник, кондиционер, душ и др.); оформление медицинским учреждением медицинской документации.

Конкретный перечень иных услуг определяется Программой добровольного медицинского страхования, являющейся неотъемлемой частью договора страхования.

- **Обеспечение изделиями медицинского назначения**- оплата Страховщиком стоимости протезно- ортопедических изделий, очков, слуховых аппаратов и др., включенных в соответствующую Программу медицинского страхования, назначенных (выписанных) лечащим врачом амбулаторно- поликлинического медицинского учреждения либо назначенных лечащим врачом стационарного медицинского учреждения.

- **Программа добровольного медицинского страхования** (Программа страхования)– документ, сформированный Страховщиком, являющийся неотъемлемой частью Договора страхования, определяющий объем медицинских услуг, предоставляемых по договору страхования, а также порядок их предоставления.

- **Полис добровольного медицинского страхования** – документ, выдаваемый Страховщиком Страхователю, удостоверяющий факт заключения договора страхования.

- **Сайт Страховщика**- официальный сайт Страховщика в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет».

- **Период страхования (срок страхования)** – период времени, в течение которого на Застрахованное лицо распространяется действие страхования, обусловленного Договором страхования. Страхование распространяется только на страховые случаи, произошедшие с Застрахованным лицом в течение периода страхования. Если иное не предусмотрено Договором страхования, период страхования исчисляется со дня вступления Договора страхования в силу и заканчивается датой окончания (прекращения/расторжения) Договора страхования.

- **Получатель страховых услуг** – физическое лицо, в том числе зарегистрированное в качестве индивидуального предпринимателя, или юридическое лицо, обратившееся к Страховщику с намерением заключить договор страхования (потенциальный получатель), а также страхователь, застрахованное лицо по заключенному договору страхования;

- **Тайна страхования** – информация, ставшая известной Страховщику в связи с заключением и исполнением договора страхования. Страховщик не вправе сообщать информацию, составляющую тайну страхования, третьим лицам без согласия Страхователя (Застрахованного лица), за исключением случаев, установленных законодательством РФ.

- **Экспертиза медицинских услуг** - исследование, проводимое экспертом для определения соответствия объема, качества и стоимости, оказанных Застрахованным лицам медицинских услуг, установленным стандартам.

1.5. Субъектами страхования в рамках настоящих Правил выступают: Страховщик, Страхователь, Застрахованное лицо.

Страховщик- Общество с ограниченной ответственностью «Поволжский страховой альянс», созданное в соответствии с законодательством Российской Федерации осуществляющее деятельность по добровольному медицинскому страхованию в соответствии с лицензией, выданной органом государственного страхового надзора.

Договоры страхования от имени Страховщика могут заключать его филиалы, структурные подразделения, уполномоченные страховые агенты, брокеры в пределах их полномочий и на основании соответствующих договоров или доверенностей.

Страхователь- российское или иностранное юридическое лицо любой организационно- правовой формы, дееспособное физическое лицо, в том числе

Общество с ограниченной ответственностью «Поволжский страховой альянс»
«Правила добровольного медицинского страхования»

зарегистрированное в качестве индивидуального предпринимателя, заключившее со Страховщиком договор добровольного медицинского страхования (далее- договор страхования).

Застрахованное лицо- названное в договоре страхования физическое лицо, в отношении которого Страхователем заключен договор страхования. В случае если договор страхования заключен Страхователем в свою пользу, на него распространяются права и обязанности Застрахованного.

На условиях настоящих Правил страхования договоры страхования заключаются в отношении застрахованных лиц - в возрасте от 1-го года на момент заключения договора страхования до 80 лет на момент окончания Договора страхования.

Возраст Застрахованного принимается равным числу полных лет.

Программами страхования, сформированными в рамках настоящих Правил страхования, могут быть установлены иные ограничения по возрасту лиц, принимаемых на страхование на условиях этих Программ.

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

Договор страхования не заключается в отношении лиц, имеющих нижеуказанные заболевания и(или) связанные с ними осложнения¹:

- лица, состоящие на учете в наркологических, психоневрологических, туберкулезных, кожно- венерологических, онкологических диспансерах,
- больные СПИДом, ВИЧ- инфицированные на любой стадии,
- больные онкологическими заболеваниями, системными заболеваниями крови, соединительной ткани, в т.ч. все недифференцированные коллагенозы,
- больные, с хронической почечной или печеночной недостаточностью, требующей проведения гемодиализа, с циррозом печени,
- больные с заболеваниями, относящимися к классу врожденные аномалии, деформации и хромосомные нарушения,
- лица, являющиеся инвалидами I, II или III группы, если иное не предусмотрено договором страхования,
- больные сахарным диабетом I или II типа в стадии декомпенсации,
- больные с заболеваниями органов и тканей, требующими их трансплантации,
- больные хроническими гепатитами С,Е, F, G,
- больные особо опасными инфекционными болезнями, в т.ч.: оспой, полиомиелитом, вызванным диким полиовирусом, человеческим гриппом, вызванным новым подтипом, тяжелым острым респираторным синдромом (ТОРС), холерой, чумой, малярией, вирусной лихорадкой, передаваемой членистоногими, вирусной геморрагической лихорадкой, менингококковой болезнью, включенными в утверждаемый Правительством Российской Федерации перечень заболеваний, представляющих опасность для окружающих,
- лица, имеющие категорию «ребенок- инвалид», если иное не предусмотрено договором страхования.

На страхование не принимаются лица, госпитализированные на дату заключения договора страхования.

¹ В настоящих Правилах и Программах медицинского страхования болезни и медицинские состояния указываются в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем, официально действующей на территории Российской Федерации на дату заключения договора страхования

2. ОБЪЕКТ СТРАХОВАНИЯ

2.1. Объектом страхования являются не противоречащие действующему законодательству Российской Федерации имущественные интересы застрахованного лица, связанные с оплатой организации и оказания ему медицинской и(или) лекарственной помощи (медицинских услуг), при наступлении события, признанного Страховщиком страховым случаем, вследствие расстройства его здоровья или состояния застрахованного лица, требующих организации и оказания таких услуг, а также проведения мероприятий, снижающих степень опасных для жизни и здоровья застрахованного лица угроз и (или) устраняющих их в объеме, порядке и на условиях, предусмотренных договором и Программой медицинского страхования.

3. СТРАХОВОЙ РИСК. СТРАХОВОЙ СЛУЧАЙ

3.1. Страховым риском является предполагаемое событие, на случай наступления которого проводится страхование.

Договор страхования заключается в отношении риска возникновения затрат, связанных с обращением Застрахованного лица в течение срока действия договора страхования в медицинскую и(или) аптечную организацию, с целью получения предусмотренных Программой медицинского страхования медицинских услуг вследствие расстройства здоровья и(или) состояния, требующего организации и оказания таких услуг, а также для проведения предусмотренных Программой медицинского страхования мероприятий, снижающих степень опасных для жизни или здоровья Застрахованного лица угроз и(или) устраняющих их.

Страховым случаем является свершившееся событие, предусмотренное Договором страхования (Программой страхования), произошедшее в период страхования, с наступлением которого возникает обязанность Страховщика произвести страховую выплату.

Страховым случаем, с учетом положений п.3.2. настоящих Правил страхования, признается:

3.1.1. обращение Застрахованного лица в течение периода страхования в медицинскую и(или) аптечную организацию из числа предусмотренных договором страхования и согласованных со Страховщиком, для получения медицинских услуг, предусмотренных Программой страхования, по поводу расстройства здоровья Застрахованного лица или состояния Застрахованного лица, требующих организации и оказания таких услуг, а также проведения предусмотренных Программой добровольного медицинского страхования мероприятий, снижающих степень опасных для жизни или здоровья Застрахованного лица угроз и (или) устраняющих их, повлекшее возникновение обязательства Страховщика по организации и оказанию таких услуг и мероприятий и их оплате,

3.1.2. обращение Застрахованного лица в течение периода страхования в медицинскую и(или) аптечную организацию, не предусмотренные договором страхования, за получением медицинских услуг, предусмотренных Программой страхования, по поводу расстройства здоровья Застрахованного лица или состояния Застрахованного лица, требующих организации и оказания таких услуг, а также проведения предусмотренных Программой добровольного медицинского страхования мероприятий, снижающих степень опасных для жизни или здоровья Застрахованного лица угроз и (или) устраняющих их, повлекшее возникновение обязательства Страховщика по организации и оказанию таких услуг и мероприятий и их оплате, если это обращение организовано и (или) согласовано Страховщиком.

Обращение Застрахованного лица для получения услуг, предусмотренных программой страхования, по Направлению Страховщика в медицинскую и (или) аптечную организацию, имеющую договорные отношения со Страховщиком и не указанную в договоре страхования, признается страховым случаем.

Перечень и объем медицинских услуг определяется Программой добровольного медицинского страхования, указанной в договоре страхования и являющейся его неотъемлемой частью (Приложение 1).

Договором страхования может предусматриваться оплата и предоставление застрахованному лицу отдельных видов медицинской помощи, из числа предусмотренных выбранной Программой страхования.

3.2. Не является страховым случаем:

3.2.1 обращение застрахованного лица в медицинскую и(или) аптечную организацию, не предусмотренные договором страхования, или не согласованные со Страховщиком, с целью получения медицинской и(или) лекарственной помощи,

3.2.2. обращение застрахованного лица в медицинскую и(или) аптечную организацию с целью получения медицинской и(или) лекарственной помощи, не назначенных врачом,

3.2.3. обращение застрахованного лица в медицинскую и(или) аптечную организацию с целью получения медицинской и(или) лекарственной помощи, не предусмотренных согласованной Программой страхования, или не согласованных со Страховщиком,

3.2.4. обращение застрахованного лица в медицинскую и(или) аптечную организацию с целью получения медицинской и(или) лекарственной помощи в связи с патологическими состояниями и травмами, возникшими или полученными:

- в состоянии или вследствие алкогольного, наркотического, токсического опьянения,
- при управлении застрахованным лицом транспортным средством под воздействием лекарственных препаратов, ухудшающих реакцию и внимание,
- вследствие передачи застрахованным лицом управления транспортным средством лицу, находящемуся в состоянии алкогольного, наркотического, токсического опьянения, или под воздействием лекарственных препаратов, ухудшающих реакцию и внимание,

3.2.5. обращение застрахованного лица в медицинскую и(или) аптечную организацию с целью получения медицинской и(или) лекарственной помощи в связи с умышленным причинением себе телесных повреждений, иного вреда своему здоровью, в том числе с покушением на самоубийство, подтвержденными документами компетентных

органов, за исключением случаев, когда застрахованное лицо было доведено до такого состояния противоправными действиями третьих лиц,

3.2.6. обращение застрахованного лица в медицинскую и(или) аптечную организацию с целью получения медицинской и(или) лекарственной помощи в связи с заболеваниями и состояниями, которые являются прямым или косвенным следствием синдрома приобретенного иммунодефицита (СПИД) или носительства вируса иммунодефицита человека (ВИЧ), включая мутацию или другие подобные изменения, независимо от сроков выявления (установления) диагноза СПИД или ВИЧ в отношении Застрахованного лица,

3.2.7. обращение застрахованного лица в медицинскую организацию с целью получения услуг по- поводу косметической или пластической хирургии, кроме необходимости ее применения по- медицинским показаниям,

3.2.8. обращение застрахованного лица в медицинскую и(или) аптечную организацию за получением медицинской и(или) лекарственной помощи в связи с беременностью, осложнениями беременности, прерыванием беременности, кроме случая прерывания беременности по медицинским показаниям, родовспоможением, кесаревым сечением, оплодотворением и/ или лечением бесплодия, добровольной стерилизацией,

3.2.9. обращение застрахованного лица в медицинскую и(или) аптечную организацию за получением медицинских и(или) лекарственной помощи по поводу лечения импотенции, нарушений сексуальной функции,

3.2.10. обращение застрахованного лица в медицинскую и(или) аптечную организацию за получением медицинской и(или) лекарственной помощи по поводу опасных инфекционных болезней, заболеваний, включенных в утверждаемый Правительством Российской Федерации перечень заболеваний, представляющих опасность для окружающих, в т.ч., но не ограничиваясь, натуральной оспы, чумы, холеры, сибирской язвы, тифа,

3.2.11. хирургические операции по трансплантации органов в случае:

- если при трансплантации Застрахованное лицо является донором по отношению к третьему лицу,

- если трансплантация органов включает в себя лечение стволовыми клетками,

- если потребность в трансплантации органов возникла вследствие алкогольной болезни печени,

- если трансплантация органов является аутологической (реципиент трансплантата является донором для самого себя),

3.2.12. обращение застрахованного лица в медицинскую и(или) аптечную организацию за получением медицинской и(или) лекарственной помощи по поводу психических заболеваний, независимо от сроков выявления,

3.2.13. обращение застрахованного лица в медицинскую и(или) аптечную организацию за получением медицинской и(или) лекарственной помощи если обращение вызвано заболеваниями и травмами, возникшими в результате стихийных бедствий, если иное не оговорено договором и Программой страхования,

3.2.14. обращение застрахованного лица в медицинскую и(или) аптечную организацию за получением медицинской и(или) лекарственной помощи по поводу врожденных аномалий (пороки развития), деформации и хромосомных нарушений, детского церебрального паралича,

3.2.15. обращение застрахованного лица в медицинскую и(или) аптечную организацию за получением медицинской и(или) лекарственной помощи- с момента постановки диагноза в течение периода страхования- по поводу лечения: артроза, артрита, ревматизма; генерализованных форм инфекций, передающихся преимущественно половым путем (уреаплазмоз, уrogenитальный микоплазмоз, гарднереллез,

папилломовирусная инфекция); заболеваний, сопровождающихся хронической почечной или печеночной недостаточностью и требующих проведения искусственного гемодиализа; хронических и вирусных гепатитов; бронхиальной астмы, сахарного диабета, миелопатии любой природы, бесплодия; злокачественных образований, гемобластоза; системных поражений соединительной ткани; туберкулеза; заболевания органов и тканей, требующих их трансплантации,

3.2.16. обращение застрахованного лица в медицинскую и(или) аптечную организацию за получением медицинской и(или) лекарственной помощи по окончании срока действия Договора страхования и за пределами срока страхования,

3.2.17. обращение застрахованного лица в медицинскую и(или) аптечную организацию за получением медицинской и(или) лекарственной помощи- с момента первичной постановки диагноза в течение периода страхования- по поводу лечения в связи с установлением застрахованному лицу I или II группы инвалидности, в том числе по- поводу сахарного диабета.

3.3. Программами страхования могут быть установлены дополнительные ограничения и исключения из страхового покрытия в отношении определенных заболеваний, медицинской и(или) лекарственной помощи.

4. СТРАХОВАЯ СУММА. СТРАХОВАЯ ПРЕМИЯ

4.1. Страховая сумма – определенная договором страхования денежная сумма, в пределах которой Страховщик обязуется осуществить страховую выплату при признании заявленного события страховым и, исходя из которой, устанавливается размер страховой премии.

4.2. Страховая сумма устанавливается по соглашению Сторон при заключении договора страхования, в отношении каждого Застрахованного лица по каждой согласованной Программе страхования, включенной в договор страхования.

4.3. Страховая сумма является агрегатной. Определяет максимальную стоимость медицинской и(или) лекарственной помощи, которые вправе получить Застрахованное лицо по всем событиям, признанным страховыми случаями, произошедшим в течение периода страхования.

Агрегатная страховая сумма – денежная сумма, в пределах которой Страховщик обязуется выплатить страховое возмещение по всем событиям, признанным страховыми случаями, произошедшими в период срока действия договора страхования. Агрегатная страховая сумма уменьшается на сумму выплаченного Страховщиком в период действия договора страхового возмещения. При установлении агрегатной страховой суммы договор страхования прекращается с момента осуществления суммарных страховых выплат в размере, эквивалентном размеру страховой суммы.

4.4. Договором страхования (Программой страхования) могут устанавливаться Лимиты ответственности Страховщика- ограничения в отношении числа страховых выплат, размера страховой выплаты по одному событию, и т.п.

4.5. В период действия договора страхования Страхователь по согласованию со Страховщиком вправе увеличить размер установленной договором страхования страховой суммы, подав Страховщику соответствующее письменное заявление, а также

уплатив дополнительную страховую премию в порядке, установленном п.4.17 настоящих Правил страхования. В указанном случае Стороны договора страхования оформляют Дополнительное соглашение, составленное в письменном виде.

4.6. Страховая сумма устанавливается в российских рублях.

4.7. Страховая премия является платой за страхование, которую Страхователь обязан оплатить Страховщику в порядке и сроки, предусмотренные договором страхования.

4.8. Размер страховой премии, подлежащей уплате по договору страхования, исчисляется, исходя из страховой суммы, страхового тарифа и срока действия договора страхования.

4.9. Страховой тариф (Приложение 12) - ставка страховой премии с единицы страховой суммы с учетом объекта страхования, характера страхового риска, а также других условий страхования, учитывающих, в том числе:

- возраст Застрахованного лица,
- наличие группы инвалидности,
- включение в договор страхования условия о предоставлении сервисных услуг,
- период страхования в соответствии с условиями страхования,
- результаты предварительного медицинского осмотра и(или) данных медицинской анкеты
- порядок уплаты страховой премии.

Основанием для применения Страховщиком корректирующих коэффициентов (Приложение 12) являются результаты проведенной Страховщиком оценки степени страхового риска.

Для чего, Страховщик анализирует информацию, сообщенную Страхователем, и(или) изучает документы, предоставленные Страхователем, перед заключением договора страхования.

Для оценки вероятности наступления страхового события по каждому из страховых рисков, включаемых в договор страхования, перед заключением договора страхования Страховщик имеет право:

- за свой счет направить лицо, в отношении которого планируется заключить договор страхования, на медицинское обследование;
- предложить заполнить Страхователю Медицинскую анкету установленной формы (Приложение 11).

Указанное позволяет Страховщику, в совокупности, выявить факторы риска, повышающие или понижающие вероятность наступления страхового случая.

При этом Страховщик руководствуется правом, предоставленным ему Гражданским кодексом Российской Федерации и Законом “Об организации страхового дела в Российской Федерации” на оценку страхового риска.

Конкретный размер страхового тарифа определяется договором страхования по соглашению сторон.

4.10. Размер страховой премии, подлежащей уплате по договору страхования, исчисляется, исходя из страховой суммы, страхового тарифа и срока действия договора страхования в отношении каждой Программы страхования, включаемой в договор страхования.

4.11. Размер страховой премии по договору страхования, предусматривающему несколько Программ страхования, определяется путем суммирования страховых премий по каждой согласованной в договоре страхования Программе.

4.12. Оплата страховой премии может производиться путем наличного или безналичного расчета, единовременным платежом или в рассрочку, в размере и сроки, установленные договором страхования.

Если иное не установлено договором страхования датой уплаты страховой премии (взноса) признается:

- дата уплаты денежных средств в кассу Страховщика или получения денежных средств уполномоченным представителем Страховщика- при наличном расчете;
- дата поступления денежных средств на расчетный счет Страховщика или на расчетный счет уполномоченного представителя Страховщика- при безналичном расчете.

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

Страхователь имеет право передать свою обязанность по уплате страховой премии иному лицу. В этом случае он несет ответственность за действия такого лица по своевременной оплате страховой премии.

4.13. Страховщик имеет право, в случае, если договором страхования заключенным со Страхователем- физическим лицом, предусмотрена оплата Страхователем страховой премии в рассрочку и наступление события, признанного страховым случаем, произошло до срока уплаты очередного страхового взноса, изменить сроки исполнения обязанности Страхователя по уплате оставшейся, не уплаченной на момент наступления события, признанного страховым случаем, части страховой премии: не уплаченная на момент наступления события, признанного Страховщиком страховым, часть страховой премии подлежит оплате Страхователем в течение 3 (трех) календарных дней с момента получения Страхователем письменного уведомления Страховщика о признании события страховым случаем. В указанном случае, руководствуясь ст. 410 ГК РФ, Страховщик имеет право зачесть в счет страховой выплаты сумму неуплаченной части страховой премии, подлежащей оплате, в день признания Страховщиком события страховым случаем. Если размер неуплаченной части страховой премии на дату признания события страховым превышает размер страховой выплаты по указанному событию, сумма превышения оплачивается Страхователем в сроки, установленные договором страхования.

4.14. В случае неуплаты очередного страхового взноса в размере и срок, указанные в договоре страхования, Страховщик имеет право расторгнуть договор страхования, письменно уведомив Страхователя о его расторжении в связи с нарушением срока внесения страхового взноса по адресу, указанному Страхователем в договоре страхования. В указанном случае, уплаченная страховая премия признается полностью заработанной Страховщиком, возврату не подлежит.

Договор страхования прекращает свое действие с даты, указанной Страховщиком в письменном уведомлении, направленном в адрес Страхователя, отправленное которого зафиксировано в установленном порядке, в том числе почтовой службой.

Уведомление считается полученным/доставленным, если оно поступило лицу, которому направлено (адресату), но по обстоятельствам, зависящим от него, не было ему вручено или адресат не ознакомился с ним.

Уплаченный Страхователем после даты расторжения Страховщиком Договора страхования по указанной выше причине страховой взнос возвращается Страховщиком Страхователю в полном размере течение 15-ти рабочих дней с момента поступления просроченного страхового взноса на расчетный счет или в кассу Страховщика.

**Общество с ограниченной ответственностью «Поволжский страховой альянс»
«Правила добровольного медицинского страхования»**

Страховщик не несет ответственности по событиям, произошедшим с момента прекращения договора страхования по вышеуказанной причине.

4.15. Страхователь не освобождается от обязанности уплатить страховую премию, если исполнение такой обязанности к моменту прекращения договора страхования просрочено.

4.16. По Договору страхования, заключенному на срок менее 1 года, страховая премия оплачивается в следующих размерах от суммы годовой страховой премии (неполный месяц принимается за полный):

Срок действия договора в месяцах										
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Процент от общего годового размера страховой премии										
25	35	40	50	60	70	75	80	85	90	95

При заключении Договора страхования на срок более одного года:

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

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

По запросу получателя страховых услуг Страховщик один раз по одному Договору страхования бесплатно предоставляет ему заверенный расчет суммы страховой премии (части страховой премии), суммы, подлежащих возврату в связи с расторжением или досрочным прекращением Договора страхования.

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

4.17. При увеличении страховой суммы на основании соглашения Сторон договора страхования в течение срока страхования, а также в случаях расширения перечня Программ страхования, увеличения числа застрахованных лиц, изменения других условий страхования, оформляемых дополнительным соглашением к договору страхования, Страхователь обязан уплатить дополнительную страховую премию, размер которой определяется:

$$\text{ДСП} = (\text{НСС} * \text{T2} - \text{ПСС} * \text{T1}) * \text{п} / 12, \text{ где}$$

ДСП- дополнительная страховая премия

НСС, ПСС – новая и первоначальная страховая сумма;

T1 – годовой тариф на момент заключения договора страхования;

T2 – годовой тариф на момент увеличения страховой суммы;

п – количество месяцев, оставшихся до окончания периода страхования (неполный месяц принимается за полный).

4.18. Страхователь вправе как при заключении Договора страхования, так и в течение срока его действия, перечислить Страховщику денежные средства в большей сумме, чем страховая премия по Договору страхования, для их зачета в счет оплаты страховой премии по последующим Договорам страхования и/или в счет оплаты дополнительной страховой премии в случае изменения условий Договора страхования, влекущего уплату дополнительной страховой премии.

4.19. Зачет денежных средств, оплаченных Страхователем в соответствии с п. 4.18. настоящих Правил, в счет уплаты страховой премии (в том числе дополнительной), осуществляется на основании письменного заявления Страхователя, которое может быть им подписано простой электронно-цифровой подписью и направлено Страховщику через личный кабинет на его официальном сайте в информационно-коммуникационной сети «Интернет». Указанное в настоящем пункте заявление подается Страхователем в течение 1 (одного) календарного дня с даты перечисления Страховщику денежных средств в большей сумме, чем страховая премия.

4.20. В случае если в течение 3 (трех) месяцев с даты направления Страхователем такого заявления последующие Договоры страхования не будут заключены, денежные средства, оплаченные Страхователем в соответствии с п. 4.18. настоящих Правил, подлежат возврату Страхователю после истечения 3 (трех) месяцев с даты направления Страховщику такого заявления.

4.21. По желанию Страхователя возврат остатка денежных средств, оплаченных им в соответствии с п. 4.18. настоящих Правил, осуществляется в любое время на основании его письменного заявления за вычетом сумм страховой премии, зачтенной Страховщиком по заключенным Договорам страхования, и/или дополнительных страховых премий по ним, если такие зачеты будут произведены. Такое заявление Страхователя может быть им подписано простой электронно-цифровой подписью и направлено Страховщику через личный кабинет на его официальном сайте в информационно-коммуникационной сети «Интернет».

4.22. В случае изменения условий Договора страхования, влекущего возврат Страхователю части страховой премии, часть страховой премии, подлежащая возврату Страхователю, может быть зачтена на основании его письменного заявления в счет уплаты страховой премии по последующим Договорам страхования и/или в счет оплаты дополнительной страховой премии в случае изменения условий Договора страхования в будущем, если такие изменения влекут уплату дополнительной страховой премии.

Зачет части страховой премии в соответствии с настоящим пунктом в счет уплаты страховой премии (в том числе дополнительной) осуществляется на основании письменного заявления Страхователя, которое может быть им подписано простой электронно-цифровой подписью и направлено Страховщику через личный кабинет на его официальном сайте в информационно-коммуникационной сети «Интернет». Указанное в настоящем пункте заявление подается Страхователем Страховщику в течение 1 (одного) календарного дня с даты возникновения у него права на возврат части страховой премии.

В случае если в течение 3 (трех) месяцев с даты направления Страхователем такого заявления последующие Договоры страхования не будут заключены, Страховщик возвращает Страхователю часть страховой премии, подлежащую возврату после истечения 3 (трех) месяцев с даты получения Страховщиком такого заявления от Страхователя, за вычетом сумм страховой премии, зачтенной Страховщиком по заключенным Договорам страхования и/или дополнительных страховых премий по ним, если такие зачеты будут произведены.

По желанию Страхователя возврат части страховой премии в соответствии с настоящим пунктом осуществляется в любое время на основании его письменного заявления за вычетом сумм страховой премии, зачтенной Страховщиком по заключенным Договорам страхования, и/или дополнительных страховых премий по ним, если такие

зачеты будут произведены. Такое заявление Страхователя может быть им подписано простой электронно-цифровой подписью и направлено Страховщику через личный кабинет на его официальном сайте в информационно-коммуникационной сети «Интернет».

4.23. Возврат остатка неиспользованных денежных средств в соответствии с п. 4.21., п. 4.22. настоящих Правил осуществляется в течение 10 (десяти) рабочих дней с даты получения Страховщиком письменного заявления Страхователя, которое может быть им подписано простой электронно-цифровой подписью с соблюдением требований Закона об электронной подписи и направлено Страховщику через личный кабинет на его официальном сайте в информационно-коммуникационной сети «Интернет».

4.24. Страховая премия уплачивается в российских рублях.

5. СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ

5.1. Договор страхования заключается на один год, если в нем не предусмотрено иное.

5.2. Договор страхования считается краткосрочным, если он заключен на срок менее года.

5.3. Договор страхования, если в нем не предусмотрено иное, вступает в силу с даты уплаты страховой премии или первого ее взноса.

5.4. Страхование, обусловленное Договором страхования, распространяется на случаи, происшедшие после вступления Договора страхования в силу, если Договором страхования не предусмотрен иной срок начала действия страхования.

5.5. Договор страхования, заключенный в форме электронного документа (в случае наличия указанной возможности информация о которой размещается на официальном сайте Страховщика в сети «Интернет») с учетом положений п.6.14. настоящих Правил страхования вступает в силу на предложенных Страховщиком условиях с момента уплаты Страхователем страховой премии (страхового взноса).

6. ПОРЯДОК ЗАКЛЮЧЕНИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ. ПРЕКРАЩЕНИЕ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ.

6.1. Страховщик на основании настоящих Правил страхования заключает договоры индивидуального и коллективного добровольного медицинского страхования.

Договор страхования заключается на основании устного или письменного заявления Страхователя или его представителя.

При заключении договора страхования на основании письменного заявления Страхователя (его представителя) по просьбе Страхователя (представителя Страхователя) и с его слов Заявление на страхование и прилагаемые к нему документы (при наличии) могут быть заполнены представителем Страховщика с соблюдением следующих требований:

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

Заявление подписывается Страхователем или его уполномоченным представителем.

Письменное Заявление на страхование является неотъемлемой частью договора страхования.

6.1.2. Договор коллективного страхования заключается Страховщиком в письменной форме на основании письменного Заявления на страхование (Приложение 2) Страхователя или его представителя.

6.1.3. Договор индивидуального страхования заключается Страховщиком в письменной форме на основании устного или письменного заявления (Приложение 2) Страхователя или его представителя.

6.1.4. В письменном либо устном заявлении Страхователь (представитель Страхователя) сообщает (указывает) с целью осуществления идентификации получателя страховой услуги, в том числе, с целью проверки имущественного интереса у получателя страховых услуг:

- *индивидуальный предприниматель*: наименование, регистрационные сведения, банковские реквизиты, доверенность или иной документ, свидетельствующий о наличии и объеме полномочий представителя Страхователя;
- *физическое лицо*: фамилию, имя и отчество (при наличии), место регистрации, место жительства, данные документа, удостоверяющего личность.

В случае если Страхователь является гражданином иностранного государства или лицом без гражданства, он дополнительно предоставляет Страховщику сведения о миграционной карте или сведения о ее номере, датах начала и окончания срока пребывания на территории Российской Федерации (в случае если необходимость наличия миграционной карты предусмотрена законодательством Российской Федерации), или сведения о документе, подтверждающем право иностранного гражданина или лица без гражданства на пребывание (проживание) на территории Российской Федерации и сведения о датах начала и окончания срока действия права его пребывания (проживания) на территории Российской Федерации (в случае если необходимость наличия документа, подтверждающего право иностранного гражданина или лица без гражданства на пребывание (проживание) в РФ, предусмотрена законодательством Российской Федерации).

В письменном либо устном заявлении Страхователь сообщает (указывает):

- 1) выбранную программу (программы) страхования;
- 2) срок действия договора страхования;
- 3) порядок уплаты страховой премии;
- 4) территорию страхования (в случае установления);
- 5) информацию об объекте страхования;
- 6) сведения о размере страховых сумм по выбранным Программам страхования, страховых рисках, на случай наступления которых предполагается заключить договор страхования;
- 7) сведения о застрахованном лице- фамилию, имя и отчество (при наличии), место регистрации, место жительства, данные документа, удостоверяющего личность. Указанная в абзаце 7) информация предоставляется Страховщику и с целью проверки наличия имущественного интереса при заключении договора страхования.

8) сведения, имеющие значение для оценки страхового риска и расчета страхового тарифа:

- возраст лица, предлагаемого на страхование
- наличие группы инвалидности у лица, предлагаемого на страхование
- наличие категории «ребенок-инвалид» у лица, предлагаемого на страхование
- наличие постановки на учет в наркологических, психоневрологических, туберкулезных, кожно-венерологических, онкологических диспансерах лица, предлагаемого на страхование
- наличие у лица, предлагаемого на страхование, СПИДа, ВИЧ на любой стадии,
- наличие у лица, предлагаемого на страхование: онкологических заболеваний, системных заболеваний крови, соединительной ткани, хронической почечной недостаточности, требующей проведения гемодиализа, с циррозом печени, сахарного диабета I и II типа в стадии декомпенсации, заболеваний органов и тканей, требующих их трансплантации, СПИДа, ВИЧ на любой стадии,
- факт госпитализации лица, предлагаемого на страхование, на дату подачи заявления на страхование,
- включение в договор страхования дополнительных сервисных услуг.

6.1.5. Страхователь, перед заключением договора страхования, предъявляет Страховщику (представителю Страховщика) *на обозрение для ознакомления:*

- документ, удостоверяющий личность *Страхователя- физического лица, индивидуального предпринимателя;* миграционную карту, подтверждающую право иностранного гражданина или лица без гражданства на пребывание (проживание) в Российской Федерации (для страхователей- иностранных граждан или лиц без гражданства) или документ, подтверждающий право иностранного гражданина или лица без гражданства на пребывание (проживание) на территории Российской Федерации, содержащий сведения о датах начала и окончания срока действия права пребывания (проживания) на территории Российской Федерации (в случае если необходимость наличия у них документа, подтверждающего право иностранного гражданина или лица без гражданства на пребывание (проживание) в РФ, предусмотрена законодательством Российской Федерации);
- свидетельство о государственной регистрации, свидетельство о постановке на учет в налоговом органе- *для Страхователя- юридического лица;*
- документ, удостоверяющий личность представителя Страхователя, действующего от его имени;
- доверенность или иной документ, свидетельствующий о наличии полномочий представителя Страхователя и их объеме.

6.2. Если после заключения Договора страхования будет установлено, что Страхователь сообщил Страховщику заведомо ложные сведения об обстоятельствах, указанных в п.п.6.1.4 - п.п.6.1.5. настоящих Правил страхования, Страховщик вправе потребовать признания Договора страхования недействительным и применения последствий, предусмотренных п.2 ст.179 Гражданского кодекса Российской Федерации.

6.3. До заключения договора страхования Страховщик (представитель Страховщика) вправе (на свое усмотрение):

- или предложить заполнить Страхователю медицинскую анкету лица установленной формы (Приложение 11) в отношении которого планируется заключить договор страхования,
- или за свой счет направить лицо, в отношении которого планируется заключить договор страхования, на медицинское обследование.

Согласование уполномоченным представителем Страховщика и Страхователем (представителем Страхователя) места и времени проведения медицинского обследования фиксируется посредством:

- или заключения соглашения о месте и времени проведения обследования по разработанной Страховщиком форме
- или направления в адрес потенциального получателя страховой услуги заказным письмом с уведомлением места и времени проведения медицинского обследования - не менее двух вариантов на выбор
- или иным способом, позволяющим подтвердить, что потенциальный получатель страховой услуги должным образом уведомлен о необходимости указанного медицинского обследования.

В любом случае, медицинское учреждение, на базе которого осуществляется медицинское обследование, определяется Страховщиком.

В случае проведения Страховщиком медицинского обследования лица, принимаемого на страхование, договор страхования в виде электронного документа (при наличии указанной возможности, информация о которой размещается на официальном сайте Страховщика в сети «Интернет») не заключается в соответствии со ст.6.1. Закона РФ «Об организации страхового дела в Российской Федерации».

Результаты медицинского обследования (заключение) является неотъемлемой частью договора страхования и хранится у Страховщика. По требованию Страхователя (его представителя) ему может быть выдана копия.

6.4. Договор страхования может быть оформлен или путем вручения Страховщиком Страхователю на основании его письменного или устного заявления страхового полиса (Приложение 5), подписанного Страховщиком, или путем составления единого документа, подписанного сторонами Договора страхования (Приложение 4). В первом случае согласие Страхователя заключить Договор страхования на предложенных Страховщиком условиях подтверждается принятием от Страховщика страхового полиса (свидетельства, сертификата, квитанции, индивидуальной карты).

Направление Полиса страхования посредством сетей электросвязи способом и по адресу/номеру, указанному в письменном либо устном заявлении на страхование, либо его направление в Личный кабинет Страхователя, при наличии указанной возможности, информация о которой размещается на сайте Страховщика, является надлежащим вручением Полиса Страхователю. При этом Страховщик и Страхователь вправе при любой возникшей необходимости воспроизвести Полис на бумажный носитель. В случае заключения Полиса на основании устного заявления Страхователя, согласие Страхователя заключить Полис на предложенных Страховщиком условиях подтверждается принятием от Страховщика Полиса и/или оплатой страховой премии.

Договор страхования может быть составлен и направлен Страхователю в виде электронного документа – страхового Полиса (свидетельства, сертификата, квитанции), подписанного усиленной квалифицированной электронной подписью Страховщика, при наличии указанной возможности, информация о которой размещается на сайте Страховщика в сети «Интернет».

6.5. Если согласно информации, размещаемой Страховщиком на его официальном сайте в информационно-телекоммуникационной сети Интернет (далее – официальный сайт Страховщика), допускается представление Страхователем- физическим лицом документов для заключения, изменения, расторжения (прекращения), исполнения договора страхования в электронном виде, договор страхования со Страхователем- физическим лицом может быть составлен в форме электронного документа, подписанного усиленной квалифицированной электронной подписью Страховщика, на основании предоставленных документов в электронном виде. В указанном случае Страхователь направляет Страховщику заявление на страхование с использованием официального сайта Страховщика в информационно-телекоммуникационной сети Интернет путем заполнения Анкеты- заявления на страхование (Приложение 6).

Настоящими Правилами страхования установлено ограничение стоимости страхования при заключении договора страхования в форме электронного документа (при наличии указанной возможности, информация о которой размещается на официальном сайте Страховщика) верхним порогом в 14 999 руб. 99 коп.

Направление Полиса посредством сетей электросвязи способом и по адресу/номеру, указанному в письменном либо устном заявлении на страхование, либо его направление в Личный кабинет Страхователя является надлежащим вручением Полиса Страхователю. При этом Страховщик и Страхователь вправе при любой возникшей необходимости воспроизвести Полис на бумажный носитель.

Анкета- заявление на страхование при заключении договора страхования в электронной форме со Страхователем-физическим лицом- подписывается простой электронной подписью Страхователя в соответствии с требованиями Федерального закона от 06.04.2011 №63- ФЗ «Об электронной подписи».

Руководствуясь пунктом 1 статьи 6 Федерального закона №63-ФЗ от 06.04.2011 «Об электронной подписи», п.4 ст.6.1. Закона РФ «Об организации страхового дела в Российской Федерации» №4015-1 от 27.11.1992 договор страхования, составленный в виде электронного документа, подписанный усиленной квалифицированной электронной подписью Страховщика, признается Сторонами договора электронным документом, равнозначным документу на бумажном носителе, подписанному собственноручной подписью полномочного представителя Страховщика.

Страхователь может знакомиться с условиями Программ страхования, настоящих Правил страхования, размещенными на официальном сайте Страховщика. Факт ознакомления Страхователя с указанными документами и условиями может подтверждаться, в том числе, специальными отметками, проставляемыми Страхователем в электронном виде на сайте Страховщика, при наличии указанной возможности, информация о которой размещается на официальном сайте Страховщика.

Перечень сведений, передаваемых Страхователем- физическим лицом через официальный сайт Страховщика в информационно- телекоммуникационной сети Интернет, при наличии указанной возможности, информация о которой размещается на официальном сайте Страховщика, для формирования заявления на страхование для заключения договора страхования в электронной форме, включает в себя сведения, необходимые для предоставления Страховщику при заполнении Заявления о страховании

для заключения договора страхования на бумажном носителе, указанные в 6.1.4 настоящих Правил страхования.

В случае представления Страхователем информации для заключения Договора страхования в электронной форме не в виде электронного документа, представленного с использованием официального сайта Страховщика в информационно-телекоммуникационной сети Интернет, такая информация считается представленной Страхователем устно.

Оплата страховой премии Страхователем в соответствии со ст. 940 Гражданского кодекса РФ, п.4 ст.6.1. Закона Российской Федерации «Об организации страхового дела в Российской Федерации» №4015-1 от 27.11.1992 является безоговорочным выражением согласия Страхователя заключить договор страхования на предложенных Страховщиком условиях.

В срок не позднее 1 (одного) рабочего дня с момента уплаты страховой премии с использованием банковской карты договор страхования в виде электронного документа, при наличии указанной возможности, информация о которой размещается на официальном сайте Страховщика, подписанного усиленной квалифицированной электронной подписью Страховщика с соблюдением требований Федерального закона от 06.04.2011 №63-ФЗ «Об электронной подписи», направляется Страхователю.

6.6. Перед заключением договора страхования Страховщик для проведения идентификации Страхователя в рамках выполнения требований Федерального закона от 7 августа 2001 г. № 115-ФЗ «О противодействии легализации (отмыванию) доходов, полученных преступным путем, и финансированию терроризма» вправе требовать представления Страхователем сведений и документов, необходимых для идентификации в соответствии с указанным законом, в т.ч., документ, удостоверяющий личность, информацию о страховом номере индивидуального лицевого счета застрахованного лица в системе обязательного пенсионного страхования- для Страхователя- физического лица или действующего от его имени представителя; учредительные документы, документы о государственной регистрации Страхователя-юридического лица (индивидуального предпринимателя). Указанные документы должны быть действительными на дату их предъявления. Страхователи обязаны предоставить по запросу Страховщика необходимые Страховщику объяснения и (или) дополнительные сведения по операции.

Перед заключением Договора страхования Страховщик вправе потребовать от Страхователя предоставление заполненной и подписанной Анкеты Бенефициарного владельца Страхователя в целях обеспечения исполнения Федерального Закона от 07.08.2001 № 115-ФЗ «О противодействии легализации (отмыванию) доходов, полученных преступным путем, и финансированию терроризма».

6.7. Перед заключением договора страхования Страховщик предлагает Страхователю указать номер мобильного телефона и (или) адрес электронной почты для направления Страхователю в случаях, предусмотренных законодательством Российской Федерации, информации об исполнении обязательств по договору страхования.

6.8. *Перед заключением договора страхования Страховщик:*

- знакомит Страхователя с настоящими Правилами страхования, Программами страхования, порядком их применения, вручает Страхователю настоящие Правила страхования, Программу страхования, включаемую в договор страхования, Информационный лист со сведениям об условиях договора страхования, о чем делается соответствующая отметка в Договоре страхования;

**Общество с ограниченной ответственностью «Поволжский страховой альянс»
«Правила добровольного медицинского страхования»**

- разъясняет условия, на которых может быть заключен Договор страхования, включающие информацию об: объекте страхования, страховых рисках, порядке расчета страхового тарифа, размере страховой премии, порядке и условиях осуществления страховой выплаты, в т.ч. перечне документов, которые необходимо представить вместе с Заявлением о наступлении события, имеющего признаки страхового случая, в случае выплаты в форме денежной компенсации оплаты медицинских и(или) иных услуг;

- разъясняет обстоятельства, влияющие на размер страховой премии, способах и сроках уплаты премии, последствиях неуплаты страхового взноса, уплаты не в полном размере;

- разъясняет примерный расчет размера страховой премии, сформированный на основании представленного Страхователем устного или письменного Заявления на страхование, уведомить Страхователя о возможном изменении размера страховой премии, страховой суммы или иных условий страхования по результатам оценки страхового риска;

- дает разъяснения об исключениях из перечня страховых событий, о действиях получателя страховых услуг, совершение которых может повлечь отказ в страховой выплате или сокращение ее размера;

- разъясняет дополнительные условия, связанные с заключением Договора страхования, в том числе: о перечне документов и информации, необходимых для заключения договора страхования; связанные с медицинским осмотром застрахованного лица, в отношении которого заключается договор страхования;

- разъясняет условия о возврате Страхователю уплаченной страховой премии в случае его отказа от договора страхования в течение определенного срока со дня его заключения в соответствии с действующим законодательством;

- разъясняет сроки рассмотрения обращений относительно страховой выплаты, о случаях продления таких сроков в связи с необходимостью получения информации от компетентных органов и(или) сторонних организаций, непосредственно связанной с возможностью принятия решения о признании события страховым случаем или о размере страховой выплаты, в случае выплаты в форме денежной компенсации оплаты медицинских и(или) иных услуг;

- доводит до получателя страховой услуги сведения о праве получателя страховой услуги запросить информацию о размере вознаграждения, выплачиваемого страховому агенту или страховому брокеру;

- доводит до получателя страховой услуги информацию: об адресах мест приема документов: заявлений, уведомлений, запросов; об адресах мест приема документов при наступлении события, имеющего признаки страхового случая.

Разъяснять положения настоящих Правил страхования и вышеуказанное Страховщик обязан по требованию Страхователя, застрахованного лица, лиц, имеющих намерение заключить договор страхования.

Информация, указанная в п.6.8. доводится до получателя страховой услуги (любого обратившегося лица без исключения) бесплатно в устной форме при его личном взаимодействии с представителем Страховщика или третьим лицом, действующим от имени Страховщика при обращении с намерением заключить договор страхования.

По запросу получателя страховой услуги указанная в п. 6.8. информация может быть предоставлена в удобной для него форме, в т.ч. на бумажном носителе, в электронной форме, в т.ч. посредством информационно- телекоммуникационной сети «Интернет».

Заключая договор страхования Страховщик передает Страхователю Информационный лист со сведениями об условиях договора страхования (Приложение 21).

Заключая договор страхования на основании настоящих Правил страхования, Страхователь подтверждает, что он:

- ознакомлен Страховщиком (его уполномоченным представителем) и согласен с условиями настоящих Правил страхования, выбранных Программ страхования;
- получил экземпляр Правил страхования, дополнительных условий страхования (Программу страхования);
- получил экземпляр Информационного листа со сведениями об условиях договора добровольного;
- ознакомлен Страховщиком (его уполномоченным представителем) с информацией, указанной в п.6.8. настоящих Правил страхования, что может подтверждаться или подписью получателя страховой услуги на Договоре страхования, или аудио- и (или) видеозаписью, осуществляемой Страховщиком с согласия получателя страховых услуг в офисе или ином месте совершения действий, связанных с осуществлением страховой деятельности, или иным способом, предусмотренным законом или согласованным с получателем страховых услуг.

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

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

В Договоре страхования указываются:

- фамилия, имя, отчество (при наличии), должность (при подписании Договора страхования работником Страховщика) лица, подписывающего Договор страхования, сведения о документе, подтверждающим полномочия лица
- фамилия, имя, отчество (при наличии) агента (брокера) (при подписании Договора страхования агентом- физическим лицом или индивидуальным Предпринимателем), подписывающего Договор страхования, сведения о документе, подтверждающем полномочия указанного лица,
- наименование агента (брокера)- юридического лица, фамилия, имя, отчество (при наличии) представителя агента (брокера), подписывающего Договор страхования, сведения о документе, подтверждающем полномочия указанного лица.

6.10. При заключении договора страхования Стороны договора могут договориться об изменении (дополнении или исключении) отдельных положений настоящих Правил страхования при условии, что такие изменения (дополнения или исключения) не противоречат действующему законодательству Российской Федерации. Изменения (дополнения) положений настоящих Правил страхования, согласованные Сторонами договора страхования при его заключении, находят отражение в договоре страхования. Условия договора страхования, отличающиеся от условий настоящих Правил, имеют приоритет.

6.11. При подписании Договора страхования Страховщик вправе согласовать со Страхователем, руководствуясь ч.2 ст.160 ГК РФ, использование факсимильного (с

помощью средств механического, электронного или иного копирования) воспроизведения печати Страховщика и подписей лиц, уполномоченных от имени Страховщика подписывать Договор страхования и приложения к нему.

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

6.12. Заключение коллективного договора страхования с юридическим лицом (индивидуальным предпринимателем):

Основанием для заключения Договора коллективного страхования является письменное заявление Страхователя (Приложение 2), неотъемлемым приложением которого является Список лиц, подлежащих страхованию (Приложение 3). При

заключении коллективного договора страхования в Списке лиц, подлежащих страхованию, указываются: фамилия, имя, отчество, дата рождения, место жительства, выбранная программа страхования, страховая сумма в отношении каждого Застрахованного лица, иные необходимые сведения о каждом Застрахованном лице.

Список лиц, подлежащих страхованию по договору с юридическим лицом или индивидуальным предпринимателем, заверяется подписью уполномоченного лица Страхователя и печатью Страхователя (если Страхователь имеет печать) и прилагается к заявлению на страхование.

Список лиц, подлежащих страхованию по договору с физическим лицом, заверяется подписью Страхователя и прилагается к Договору страхования. При страховании одного физического лица по индивидуальному договору список застрахованных лиц может не прилагаться к договору, а все данные застрахованного лица могут быть указаны непосредственно в договоре.

При заключении договора коллективного страхования на страхование принимается любое число лиц, определенное Страхователем.

В случае расширения списка Застрахованных лиц в период действия договора страхования Страхователь представляет Страховщику предусмотренные настоящими Правилами сведения о лицах, включаемых в список застрахованных лиц, и уплачивает за них страховую премию за период с момента включения в список Застрахованных лиц до даты окончания договора страхования. Страховой взнос за неполный месяц уплачивается как за полный.

Факт заключения договора страхования подтверждается оформлением договора страхования, подписанного представителями Страховщика и Страхователя, неотъемлемой частью которого являются выбранные Программы страхования, перечень медицинских учреждений, в которые могут обращаться застрахованные лица за получением медицинских услуг.

Страховщик может выдать Страхователю для дальнейшей передачи в согласованные сроки Застрахованным лицам индивидуальные полисы страхования (Приложение 5) (квитанция, карта застрахованного лица). При принятии Страховщиком решения о выдаче индивидуальных полисов страхования, последние выдаются Страхователю в течение 10 (десяти) рабочих дней с момента вступления в силу договора страхования, если договором страхования не оговорен иной срок.

Страховщик выдает Страхователю Информационный лист со сведениями об условиях договора добровольного медицинского страхования (Приложение 21).

6.13. Заключение индивидуального договора страхования:

При заключении индивидуального договора страхования в заявлении указываются фамилия, имя, отчество, дата рождения, программа страхования, страховая сумма и иные необходимые сведения о Застрахованном лице.

Факт заключения договора страхования подтверждается вручением Страхователю страхового Полиса (Приложение 5), подписанного Страховщиком, с приложением Правил, программы (программ) страхования и перечня медицинских и (или) иных учреждений, в которые может обратиться Застрахованное лицо за получением медицинских услуг. В последнем случае согласие Страхователя заключить договор на предложенных Страховщиком условиях подтверждается принятием от Страховщика полиса.

6.14. Заключение договора страхования в электронной форме.

В случаях если, согласно информации, размещаемой Страховщиком на его официальном сайте в информационно-телекоммуникационной сети Интернет, допускается представление Страхователем- физическим лицом документов для заключения, изменения, расторжения (прекращения) Договора страхования в электронном виде, Страхователь- физическое лицо может представить Страховщику документы и информацию, поименованные в п. п. 6.1.4., п. п. 6.1.5. настоящих Правил, в виде электронных документов, подписанных/заверенных простой электронной подписью Страхователя, в порядке, указанном на официальном сайте Страховщика.

Во всех случаях представление документации в электронном виде для заключения Договора страхования со страхователем- физическим лицом осуществляется с использованием официального сайта Страховщика в информационно-телекоммуникационной сети Интернет, при наличии указанной возможности, информация о которой размещается на официальном сайте Страховщика.

Создание и отправка Страхователем- физическим лицом Страховщику информации в электронной форме для заключения, изменения и прекращения договора страхования осуществляются с использованием официального сайта Страховщика через персональную страницу Страхователя на данном сайте (далее – личный кабинет), при наличии указанной возможности, информация о которой размещается на официальном сайте Страховщика.

При наличии нижеуказанной возможности, информация о которой размещается на официальном сайте Страховщика, создание личного кабинета и доступ к нему Страхователя осуществляется путем идентификации, аутентификации/авторизации, то есть установления личности Страхователя и удостоверения правомочности его обращения к Страховщику с указанием следующих сведений: фамилия, имя, отчество (если иное не вытекает из закона или национального обычая), гражданство, дата рождения, реквизиты документа, удостоверяющего личность (данные миграционной карты, документа, подтверждающего право иностранного гражданина или лица без гражданства на пребывание (проживание) в Российской Федерации), адрес места жительства (регистрации) или места пребывания, идентификационный номер налогоплательщика (при наличии), адреса его электронной почты, абонентского номера, выделенного оператором подвижной радиоэлектронной связи (мобильного телефона) (при наличии), иных необходимых сведений. Страховщик вправе потребовать предоставления копий документов, подтверждающих предоставленные Страхователем сведения посредством загрузки их на сайте Страховщика в графических форматах (pdf, jpg, jpeg, bmp, png, tif, gif. и т.д.).

Условия создания и использования личного кабинета, при наличии указанной возможности, информация о которой размещается на официальном сайте Страховщика, подлежат размещению на сайте Страховщика.

Доступ к официальному сайту Страховщика для совершения действий, связанных с заключением, изменением, прекращением договора страхования, может осуществляться Страхователем с использованием единой системы идентификации и аутентификации, при наличии указанной возможности, информация о которой размещается на официальном сайте Страховщика.

Доступ к сайту Страховщика Страхователя – физического лица, в том числе, с использованием единой системы идентификации и аутентификации осуществляется с согласия Страхователя – физического лица на передачу персональных данных в информационные системы Страховщика, выраженного посредством совершения им действий, позволяющих достоверно установить его волеизъявление, в том числе, посредством проставления отметки в специально предусмотренных полях (графах), размещенных в запросных формах на сайте Страховщика.

После создания личного кабинета Страховщик направляет на указанные Страхователем абонентский номер и (или) адрес электронной почты текстовое сообщение, содержащее последовательность символов, являющуюся ключом простой электронной подписи, позволяющим использовать личный кабинет для осуществления страхования и указание лицу, использующему простую электронную подпись, на необходимость соблюдать ее конфиденциальность и не передавать ключ третьим лицам. Создание личного кабинета Страхователя – юридического лица, при наличии указанной возможности, информация о которой размещается на официальном сайте Страховщика, осуществляется при условии использования юридическим лицом усиленной квалифицированной электронной подписи клиента – юридического лица в соответствии

с требованиями Федерального закона от 6 апреля 2011 года № 63-ФЗ «Об электронной подписи». Сведения, необходимые для создания личного кабинета Страхователя на сайте Страховщика, могут быть предоставлены лицом, намеревающимся заключить договор, также при его личном приеме в офисе Страховщика. В этом случае, Страховщик при личном приеме физического лица создает и предоставляет клиенту на бумажном носителе ключ простой электронной подписи для обеспечения заключения договора без необходимости осуществления действий для создания личного кабинета, и одновременно сообщает лицу, использующему простую электронную подпись, необходимость соблюдать ее конфиденциальность и не передавать ключ третьим лицам.

Страховщик может установить ограничение использования сайта для заключения, изменения, прекращения действия договора страхования в электронной форме.

В случае представления Страхователем информации для заключения Договора страхования не в виде подписанного Страхователем документа на бумажном носителе или не в виде электронного документа, представленного с использованием официального сайта Страховщика в информационно-телекоммуникационной сети Интернет, такая информация считается представленной Страхователем устно.

6.15. В случае утраты договора страхования в период его действия, Страховщик выдает Страхователю дубликат договора страхования на основании его письменного заявления.

Страховщик по запросу Страхователя, позволяющему подтвердить факт его получения Страховщиком, предоставляет копии Договора страхования (Полиса), иных документов, являющихся неотъемлемой частью Договора страхования (Правила страхования, Программы, дополнительные условия страхования, иные документы в соответствии с условиями, указанными в Договоре страхования), за исключением информации, не подлежащей разглашению (персональные данные иных лиц, данные об уплаченных страховых премиях в рамках коллективных договоров страхования и т.д.).

Страховщик предоставляет Страхователю копии указанных документов по действующим договорам страхования бесплатно один раз.

6.16. Договор страхования прекращается в случаях:

6.16.1. истечения срока его действия,

6.16.2. исполнения Страховщиком обязательств по договору в полном объеме,

6.16.3. в случаях, предусмотренных действующим законодательством Российской Федерации.

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

В указанном случае, Страховщик имеет право на часть страховой премии пропорционально времени, в течение которого действовало страхование. Возврат Страхователю Страховщиком части страховой премии в указанном случае осуществляется в течение 15 рабочих дней с момента получения последним письменного заявления Страхователя с указанием причины прекращения договора страхования, если иное не установлено соглашением Сторон.

6.17.1. Страхователь вправе отказаться от договора страхования в любое время, если к моменту отказа возможность наступления страхового случая не отпала по обстоятельствам иным, чем страховой случай.

В указанном случае, уплаченная Страховщику страховая премия не подлежит возврату Страхователю, если договором страхования не предусмотрено иное, если такой отказ последовал по истечении 14 (четырнадцати) календарных дней со дня заключения договора страхования.

Договор страхования считается прекращенным с момента получения Страховщиком письменного заявления Страхователя о досрочном расторжении/прекращении договора страхования, составленного последним в произвольной письменной форме или по форме Приложения 20 к настоящим Правилам страхования, с указанием причины расторжения/прекращения договора страхования, если более поздний срок прекращения договора страхования не указан в заявлении Страхователя.

6.17.2. Страхователь вправе отказаться от договора страхования в течение 14 (четырнадцати) календарных дней со дня его заключения, уведомив Страховщика об отказе от договора страхования письменным заявлением, составленным в произвольной письменной форме, способом, позволяющим зафиксировать передачу/дату передачи указанного заявления Страховщику, при этом:

- Страхователь, отказывающийся от договора страхования в течение 14 (четырнадцати) календарных дней со дня его заключения, и до даты начала действия страхования (до даты возникновения обязательств Страховщика по заключенному договору страхования), имеет право на получение от Страховщика уплаченной ему при заключении договора страхования страховой премии.

- Страхователь, отказывающийся от договора страхования в течение 14 (четырнадцати) календарных дней со дня его заключения, но после даты начала действия страхования (после даты возникновения обязательств Страховщика по заключенному договору страхования), при отсутствии в данном периоде событий, имеющих признаки страхового случая, имеет право на получение от Страховщика части уплаченной ему страховой премии при заключении договора страхования. В указанном случае, Страховщик при возврате уплаченной страховой премии Страхователю удерживает ее часть пропорционально сроку действия договора страхования, прошедшему с даты начала действия страхования до даты прекращения действия договора страхования.

В случаях, указанных в настоящем пункте, Договор страхования считается прекратившим свое действие с даты получения Страховщиком письменного заявления Страхователя об отказе от договора страхования или иной даты, установленной соглашением сторон, но не позднее 14 (четырнадцати) календарных дней со дня заключения договора страхования.

Возврат Страховщиком страховой премии/части страховой премии при соблюдении вышеуказанных условий настоящего пункта Правил страхования производится по выбору Страхователя наличными деньгами или в безналичном порядке в срок, не превышающий 10 (десяти) рабочих дней с даты получения Страховщиком письменного заявления Страхователя об отказе от договора страхования.

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

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

6.18. Страхователь – физическое лицо, заключая договор страхования на основании настоящих Правил, дает свое согласие на обработку Страховщиком персональных данных Страхователя, а также, если это предусмотрено заключаемым договором страхования, указанных Страхователем при заключении договора страхования Застрахованных лиц, Выгодоприобретателей – физических лиц, в соответствии с Федеральным законом от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных».

В соответствии с Федеральным законом от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных» под обработкой персональных данных Страхователя/Застрахованного лица - физического лица в настоящих Правилах понимаются следующие действия или совокупность действий (операций), включая, но не ограничиваясь: сбор, запись, систематизация, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, передача, обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение персональных данных, которые могут осуществляться как на бумажных, так и на электронных носителях, а также совершение иных действий с персональными данными физических лиц в статистических целях и в целях проведения анализа страховых рисков.

Исключительно в связи с осуществлением действий, связанных с: проверкой достоверности сведений, сообщенных Страхователем как до, так и после заключения договора страхования, «наблюдения» за страховым риском в период действия договора страхования, получения информации при установлении причин страхового случая, Страхователь имеет право освободить Страховщика от обязанности сохранения тайны страхования. В указанных случаях Страховщик гарантирует, что будет действовать, не причиняя неоправданного беспокойства Страхователю и всем иным лицам, имеющим отношения к делу. Тайна страхования не будет раскрываться без необходимости, а при возникновении необходимости – лишь тем лицам и в том объеме, которые разумно достаточны в сложившихся ситуациях, и в таких формах, которые обеспечивали бы максимальную защиту интересов Страхователя и всех лиц, имеющих отношение к делу.

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

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

В соответствии с действующим законодательством, Страховщик оставляет за собой право на предоставление информации об исполнении Страховщиком и/или Страхователем обязательств по договору страхования, в том числе, информацию об оплате и размере страховой премии, размере страховой суммы, о возникновении и урегулировании претензий, наступлении страховых случаев, и другую, имеющую отношение к заключенному договору страхования информацию.

Страховщик также ставит в известность Страхователя - физическое лицо, что заключение договора страхования на основании настоящих Правил, подразумевает информационное обеспечение Страхователя, в том числе по каналам связи, о других продуктах и услугах, а также об условиях продления правоотношений Страховщиком.

Моментом получения согласия на обработку персональных данных является момент подачи Заявления на страхование Страхователем Страховщику.

Согласие на обработку персональных данных дается на срок действия договора

страхования, увеличенный на 10 лет, или до момента письменного уведомления Страховщика об отзыве Согласия, в зависимости от того, какой из указанных юридических фактов наступит раньше.

Персональные данные, включаемые в документы, обязанность по хранению которых установлена действующим законодательством Российской Федерации и внутренними документами Страховщика, подлежат хранению в течение установленного срока.

6.19. Изменение условий договора страхования возможно по соглашению сторон.

Страхователь по согласованию со Страховщиком вправе в период действия страхования: изменить список Застрахованных лиц, увеличить размер страховой суммы в отношении Застрахованного лица, расширить перечень программ страхования в отношении Застрахованного лица, изменить (расширить) перечень медицинских и(или) иных учреждений при условии уплаты дополнительной страховой премии.

Соглашение об изменении условий договора страхования совершается в письменной форме путем подписания Страховщиком и Страхователем дополнительного соглашения к договору страхования.

6.20. Любые уведомления и извещения в связи с заключением, исполнением или прекращением договорных правоотношений считаются направленными сторонами в адрес друг друга, указанный в договоре страхования, только если они сделаны в письменной форме.

6.21. Если иное не предусмотрено договором страхования, все уведомления и извещения в связи с исполнением и прекращением договора страхования направляются сторонами по адресам, указанным в договоре страхования.

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

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

Страховщик уведомляет Страхователя об изменении своих контактных данных, в том числе адреса места нахождения, телефона, посредством размещения обновленной информации на своем сайте в информационно- телекоммуникационной сети «Интернет».

6.22. Страховщик обеспечивает прием заявлений, указанных в настоящих Правилах, или в офисах, где заключался Договор страхования, или в ином указанном Страховщиком в Договоре страхования офисе, или посредством почтовой связи, или, если это предусмотрено условиями страхования, через третье лицо, действующее по поручению Страховщика при заключении договора страхования от его имени и за его счет, в случае если это предусмотрено договором Страховщика с указанным третьим лицом.

В случае изменения указанных адресов информация об изменениях размещается на официальном сайте Страховщика в сети «Интернет». Страховщик информирует об указанном получателе страховых услуг при его обращении.

6.23. Территория действия страхования определяется в Договоре страхования, если территория действия страхования не определена в Договоре страхования, то страхование действует на территории Российской Федерации. События, хотя и предусмотренные Договором страхования, но произошедшие за пределами территории страхования, не являются страховым случаем.

7. ПОРЯДОК ИСПОЛНЕНИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ

7.1. Право Застрахованного лица на получение медицинских услуг, предусмотренных договором страхования, наступает с момента вступления договора страхования в силу, если договором страхования не оговорено иное.

7.2. Организация предоставления медицинских услуг, обусловленных Договором страхования и соответствующей Программой страхования, осуществляется при обращении Застрахованного лица:

-или в медицинское учреждение из числа предусмотренных договором страхования при наличии у Застрахованного лица Направления, полученного у Страховщика, оформленного в письменной форме,

- или предварительно к Страховщику по указанным им в договоре страхования телефонам.

Договором страхования может быть предусмотрен иной способ организации предоставления медицинских услуг.

Предоставление медицинских услуг, предусмотренных договором страхования и согласованной Программой страхования, осуществляется в случае ухудшения состояния здоровья Застрахованного лица и(или) состояния, требующего оказания медицинских услуг, а также при иных обстоятельствах, предусмотренных условиями договора страхования.

Медицинские услуги, предусмотренные договором и Программой страхования, предоставляются Застрахованному лицу в соответствии с порядком работы, предусмотренным в медицинской организации, привлеченной Страховщиком для оказания таких услуг, в соответствии с лицензированными видами медицинской деятельности.

7.3. *Страховая выплата осуществляется в пределах страховой суммы в виде:*

7.3.1. или организации предоставления медицинских услуг Застрахованному лицу на основании Направления Страховщика при наступлении страхового случая, предусмотренных программой, договором страхования, в согласованных при заключении договора страхования медицинских и(или) иных организациях, и последующей их оплаты указанным медицинским организациям;

7.3.2. или компенсации расходов Застрахованному лицу, понесенных им при получении медицинских услуг при наступлении страхового случая и предусмотренных программой, договором страхования, при наличии письменного согласования со Страховщиком понесенных расходов перед их получением. Страховщик производит оплату стоимости услуг только по событиям, которые предусмотрены программой страхования и(или) договором страхования, не ранее предоставления в адрес Страховщика последнего из документов, указанных в абзаце 3) п. п.7.5.1. настоящих Правил страхования.

Договор страхования может предусматривать осуществление страховой выплаты как в виде, установленном п.п.7.3.1., п.п.7.3.2 в отдельности, так и в видах, установленных п. п. 7.3.1. и 7.3.2. одновременно.

Порядок осуществления страховой выплаты указывается в договоре страхования при его заключении, или в дополнительных соглашениях к нему.

7.4. При получении выплаты в форме, предусмотренной п.п.7.3.1. настоящих Правил страхования, Застрахованное лицо при обращении в медицинское учреждение, если договором страхования не предусмотрено иное, обязано предъявить:

- Направление (Приложение 9) Страховщика, или иной дополнительный документ, выданный Страховщиком.

Давая Направление или иной дополнительный документ, Страховщик с целью осуществления проверки наличия имущественного интереса у получателя страховой выплаты осуществляет проверку факта соответствия лица, обратившегося за выплатой, лицу, названному в договоре страхования в качестве Застрахованного лица,

- паспорт или иной документ, удостоверяющий личность.

7.4.1. Порядок и условия осуществления выплат медицинским организациям, предоставляющим медицинские услуги Застрахованному лицу при наступлении страхового случая, определяются соответствующими договорами, заключенными Страховщиком с указанными организациями.

7.4.2. Размер страховой выплаты определяется стоимостью оказанной Застрахованному лицу медицинской услуги в объеме, предусмотренном Договором страхования и Программой страхования, но не более размера страховой суммы.

7.5.1. Для получения страховой выплаты в форме компенсации расходов, понесенных Застрахованным лицом с целью получения медицинских услуг (п.7.3.2. настоящих Правил страхования), Застрахованное лицо:

1) уведомляет Страховщика о событии, имеющем признаки страхового случая, в течение 48-ми часов с момента его возникновения, любым доступным способом, позволяющим зафиксировать такое уведомление, сообщая:

номер и дату договора страхования;

при наличии информации, известной Застрахованному лицу на момент сообщения: сведения о возможном размере стоимости медицинских услуг.

С целью осуществления проверки наличия имущественного интереса у получателя страховой выплаты Страховщиком осуществляется проверка факта соответствия лица, обратившегося за выплатой, лицу, названному в договоре страхования в качестве Застрахованного лица.

После того, как Страховщику стало известно о указанном, при наличии запроса получателя страховых услуг Страховщик информирует последнего:

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

- о предусмотренных Договором и (или) Правилами страхования форме и способах осуществления страховой выплаты, направленных на обеспечение прав получателя страховых услуг на получение страховой выплаты удобным для него способом из числа указанных в договоре страхования и (или) Правилах.

2) направляет (предоставляет) в адрес Страховщика (уполномоченного представителя Страховщика) письменное заявление, составленное в произвольной форме, о согласовании медицинских услуг, которые планируется получить в рамках договора

страхования. Заявление рассматривается Страховщиком в течение 2-х рабочих дней с момента его получения от Застрахованного лица. В течение указанного периода Страховщик или согласовывает услуги, заявленные Застрахованным лицом, о чем делается соответствующая запись на заявлении, или отказывает в согласовании, уведомляя Застрахованное лицо в форме, позволяющей зафиксировать уведомление об отказе в согласовании получения медицинских услуг;

3) в течение 35-ти календарных дней с момента наступления события, имеющего признаки страхового случая, обращается к Страховщику с заявлением о получении страховой выплаты в форме компенсации расходов, понесенных с целью получения медицинских услуг (Приложение 10).

Если договором страхования не предусмотрено иное, с заявлением о получении страховой выплаты в форме компенсации расходов, понесенных с целью получения медицинских услуг предоставляются документы:

договор страхования (Полис страхования),

документ, удостоверяющий личность заявителя,

документ, подтверждающий статус законного представителя Застрахованного лица (при обращении законного представителя Застрахованного лица);

копия паспорта или иного документа, удостоверяющего личность законного представителя Застрахованного лица (при обращении законного представителя Застрахованного лица) - все заполненные страницы, в том числе страницы с ФИО и местом постоянной регистрации;

копия свидетельства о рождении (для несовершеннолетних Застрахованных лиц);

документ, подтверждающий право иностранного гражданина или лица без гражданства на пребывание (проживание) в России:

для временно проживающих – разрешение на временное проживание на территории РФ;

для постоянно проживающих – вид на жительство;

для беженцев – удостоверение беженца;

для вынужденных переселенцев - удостоверение вынужденного переселенца;

документы, подтверждающие оказание Застрахованному лицу соответствующих, согласованных со Страховщиком услуг: акт об оказании медицинских и иных услуг, счет-реестр медицинской организации, или заключение о проведенном обследовании или лечении, выписка из истории болезни, результаты обследования, амбулаторная карта, рецепты лечащего врача и др.;

счета из медицинской организации с указанием наименования, стоимости, даты оказания медицинских услуг;

платежно-расчетные документы (оригинал кассового чека (кассовых чеков) или бланки строгой отчетности, квитанции к приходным кассовым ордерам, или платежные поручения, подтверждающие оплату), подтверждающие факт оплаты оказанных медицинских услуг;

оригинал выписки из медицинской карты больного (эпикриз) с информацией об анамнезе, дате обращения, диагнозе, дате получения травмы (заболевания), проведенном обследовании, лечении и сроках лечения. При травме в выписке должны быть указаны обстоятельства травмы, рентгеновские снимки с заключением рентгенолога (если формировались);

копия лицензии (с приложениями) медицинской организации, в которой Застрахованное лицо проходило лечение, или разрешения на оказание платных медицинских услуг населению (для медицинских организаций, не имеющих со Страховщиком договора на оказание медицинских услуг);

заверенная организацией, которой были оказаны соответствующие услуги Застрахованному лицу, копия прейскуранта на ее услуги (для медицинских организаций, не имеющих со Страховщиком договора на оказание медицинских услуг);

документ, содержащий полные банковские реквизиты Застрахованного лица, для перечисления страхового возмещения. Ответственность за полноту и достоверность предоставленных банковских реквизитов несет Застрахованное лицо.

7.5.2. С целью проведения идентификации Застрахованного лица (законного представителя) в рамках выполнения требований Федерального закона от 7 августа 2001 г. № 115-ФЗ «О противодействии легализации (отмыванию) доходов, полученных преступным путем, и финансированию терроризма» Страховщик вправе требовать представления Застрахованным лицом (законным представителем), при урегулировании требования о страховой выплате, сведений и документов, необходимых для идентификации в соответствии с указанным законом, в т.ч., информацию о страховом номере индивидуального лицевого счета застрахованного лица в системе обязательного пенсионного страхования.

7.5.3. Документы, предоставляемые получателем страховой услуги Страховщику, указанные в абзаце 3) п.п.7.5.1. настоящих Правил страхования, *принимаются* последним:

7.5.3.1. *при личном обращении получателя страховых услуг* - по Описи (Приложение 15) с указанием даты приема документов. Опись подписывается уполномоченным представителем Страховщика и получателем страховых услуг. Опись может вестись Страховщиком с использованием автоматизированной системы, имеющейся в распоряжении Страховщика (его уполномоченного представителя),

7.5.3.2. *при предоставлении документов почтовым отправлением или с использованием сети «Интернет»*, в случае наличия указанной возможности, информация о которой размещается на официальном сайте Страховщика, *или по факсу*- Уполномоченный представитель Страховщика проверяет: комплектность документов на соответствие требований настоящих Правил страхования и (или) Договора страхования; правильность оформления документов; фиксирует прием документа и дату приема или в Описи или в автоматизированной системе.

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

- принимает документы, при этом срок принятия решения о признании заявленного события страховым не начинает течь до предоставления последнего из необходимых и надлежащим образом оформленных документов, указанных в абзаце 3) п. п. 7.5.1. настоящих Правил страхования (в зависимости от причины обращения потребителя страховых услуг),

- уведомляет об указанном лице, подавшее Заявление о событии, имеющем признаки страхового случая, с указанием перечня недостающих и(или) ненадлежащим образом оформленных документов.

Срок уведомления получателей страховых услуг о выявлении факта предоставления документов, недостаточных для принятия решения о признании заявленного события страховым и об осуществлении страховой выплаты, и(или) ненадлежащим образом оформленных документов- 15 (пятнадцать) рабочих дней с

момента получения документов почтовым отправлением или с использованием сети «Интернет» или по факсу.

7.5.3.3. В случае если условиями конкретного Договора страхования или согласно официального сообщения Страховщика, размещаемого на его официальном сайте в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет», предусмотрена возможность предоставления Застрахованным лицом (законным представителем) информации и документации для получения страховой выплаты в электронном виде, Застрахованное лицо (законный представитель) может представить Страховщику документы, поименованные в абзаце 3) п.п.7.5.1. настоящих Правил, в виде электронных документов, подписанных/заверенных простой электронной подписью Застрахованного лица (законного представителя).

При этом Страховщик вправе принять решение по заявленному событию на основании документов, подписанных/заверенных электронной подписью Застрахованного лица (законного представителя) или затребовать у Застрахованного лица (законного представителя) оригиналы или заверенные надлежащим образом копии документов, представленных в виде электронных документов, заверенных Застрахованным лицом (законным представителем).

В случае запроса Страховщиком оригиналов или заверенных надлежащим образом копий документов срок осуществления страховой выплаты исчисляется с момента получения Страховщиком оригиналов или заверенных надлежащим образом копий документов, указанных в абзаце 3) п. п. 7.5.1. настоящих Правил.

В случае если заявление о получении страховой выплаты в форме компенсации расходов, понесенных с целью получения медицинских услуг, и документы к нему подаются Застрахованным лицом (законным представителем) в электронном виде, Страховщик вправе до осуществления страховой выплаты направить Застрахованному лицу (законному представителю) любым доступным образом (смс-сообщение на телефон, по электронной почте, посредством размещения в личном кабинете Страхователя и т. д.) осуществленный им расчет страховой выплаты.

Застрахованное лицо (законный представитель) обязан сообщить о своем согласии или несогласии с размером страховой выплаты не позднее 2 (двух) рабочих дней с даты представления Страховщиком соответствующего расчета. При согласии с расчетом Страховщика, срок выплаты страхового возмещения исчисляется с даты получения соответствующего согласия, при несогласии с расчетом суммы страхового возмещения, рассчитанной без представления оригиналов или заверенных в соответствующих компетентных органах копий документов, Застрахованное лицо (законный представитель) обязан в течение 5 (пяти) рабочих дней представить Страховщику оригиналы или заверенные надлежащим образом копии документов, представленных им ранее в виде копий подписанных/заверенных электронной подписью Застрахованного лица (законного представителя). В последнем случае срок осуществления страховой выплаты исчисляется с момента получения Страховщиком оригиналов или заверенных надлежащим образом копий документов.

Во всех случаях представление документации для получения страховой выплаты в электронном виде, в предусмотренных в настоящем пункте Правил страхования случаях, осуществляется с использованием официального сайта Страховщика в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет».

7.5.4. Страховщик (руководитель отдела выплат, иное должностное лицо, наделенное соответствующими полномочиями на основании приказа исполнительного органа) в течение 30-и рабочих дней после получения Заявления о получении страховой выплаты в форме компенсации расходов, понесенных с целью получения медицинских

услуг, и последнего из указанных в абзаце 3) п.п.7.5.1. настоящих Правил документов к нему, оформленных надлежащим образом, необходимых для принятия решения о выплате, рассматривает указанное заявление Застрахованного лица и представленные документы по- существу, принимает решение:

7.5.4.1. или о признании события страховым случаем и составляет Страховой акт (Приложение 16), в котором указываются обстоятельства события, признанного страховым случаем, обоснование расчета размера причиненного вреда, размер суммы, подлежащей выплате,

7.5.4.2. или о не признании события страховым случаем и направляет в адрес Застрахованного лица, указанный в Заявлении о получении страховой выплаты в форме компенсации расходов, понесенных с целью получения медицинских услуг, информацию о принятом решении. Решение о непризнании события страховым случаем оформляется путем составления Акта о непризнании события страховым случаем (Приложение 17),

7.5.4.3. или об отказе в выплате и направляет в адрес Застрахованного лица, указанный в Заявлении о получении страховой выплаты в форме компенсации расходов, понесенных с целью получения медицинских услуг, письменное уведомление об отказе в страховой выплате с указанием причин отказа. Решение об отказе в выплате оформляется путем составления Акта об отказе в выплате страхового возмещения (Приложение 18).

7.5.4.4. Если принятие решения о признании заявленного события страховым и осуществлении страховой выплаты, отказе в страховой выплате или изменение ее размера зависят от результатов производства по уголовному делу, срок принятия решения о признании заявленного события страховым или об отказе в выплате продлевается Страховщиком до окончания указанного производства или вступления в силу решения (приговора или иного постановления) суда. Решение о признании заявленного события страховым или отказе в страховой выплате принимается Страховщиком в срок не более 10 (десяти) рабочих дней после окончания указанного производства, вступления в силу решения (приговора или иного постановления) суда и предоставления Застрахованным лицом (законным представителем Застрахованного лица).

7.5.5. Страховая выплата осуществляется Страховщиком не ранее даты предоставления Застрахованным лицом последнего из документов, определенных абзацем 3) п.п.7.5.1. настоящих Правил страхования, подтверждающих факт наступления страхового события, размер подлежащего возмещению вреда.

7.5.6. Страховая выплата в форме компенсации расходов, понесенных Застрахованным лицом с целью получения медицинских услуг, осуществляется, если договором страхования не оговорено иное, в течение 20 (двадцати) рабочих дней с момента составления Страховщиком Страхового акта.

Страховщик не несет ответственность за нарушение сроков выплаты, если он направил уведомление об утверждении Страхового акта Застрахованному лицу (законному представителю), но тот не явился либо за получением страхового возмещения, либо не предоставил Страховщику документы и информацию, необходимые для перечисления страховой выплаты, в том числе банковские реквизиты. В указанном случае срок осуществления страховой выплаты продлевается (приостанавливается): до даты явки Застрахованного лица (законного представителя) за выплатой (при осуществлении выплаты в наличной форме), или до получения Страховщиком документов и информации, необходимых для перечисления страховой выплаты (при осуществлении выплаты безналичным путем).

При этом Страховщик: направляет Застрахованному лицу (законному представителю) соответствующее уведомление о факте приостановки выплаты любым способом, позволяющим объективно зафиксировать факт отправки сообщения, в том числе надлежащим образом оформленной телефонограммой, в том числе запрашивает недостающие сведения.

Днем выплаты считается:

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

7.5.7. Страховая выплата в форме компенсации расходов, понесенных Застрахованным лицом с целью получения медицинских услуг производится:

- Застрахованному лицу или его законному представителю (за исключением случаев смерти Застрахованного лица)

- в случае смерти Застрахованного лица, не успевшего получить причитающуюся ему сумму страховой выплаты, выплата указанной суммы осуществляется его наследникам в установленном законом порядке.

Страховая выплата может быть произведена законному представителю Застрахованного лица по доверенности, оформленной Застрахованным лицом в установленном законодательством Российской Федерации порядке.

Если Выгодоприобретателем является несовершеннолетний в возрасте с 14 до 18 лет, то причитающаяся страховая выплата производится Застрахованному лицу с уведомлением его законных представителей (родителей, усыновителей, опекунов, попечителей), если иное не предусмотрено условиями Договора.

Если Застрахованным лицом является ребенок в возрасте до 14 лет, то право на получение страховой выплаты имеют один из его родителей, усыновитель либо опекун.

Если Застрахованным лицом является лицо, признанное на дату получения выплаты недееспособным, право на получение страховой выплаты переходит его опекуну.

Если Застрахованным лицом на дату получения выплаты является лицо, дееспособность которого ограничена, право на получение страховой выплаты остается за Застрахованным лицом при наличии письменного согласия его попечителя.

7.6. Размер страховой выплаты равен стоимости медицинских услуг, оказанных Застрахованному лицу в соответствии с программой страхования, но не более размера страховой суммы, установленной договором страхования, с учетом ранее произведенных выплат.

Общая сумма страховых выплат по всем страховым случаям, произошедшим в период действия договора страхования, не может превышать страховую сумму, установленную договором страхования.

7.7. На основании устного или письменного запроса получателя страховых услуг, в срок, не превышающий 30 (тридцати) дней с момента получения такого запроса, при условии возможности идентификации получателя страховых услуг в соответствии с требованиями Федерального закона от 27 июня 2006 года №152-ФЗ «О персональных данных», Страховщик после принятия решения о страховой выплате предоставляет информацию о расчете суммы страховой выплаты, которая включает:

- 1) страховую сумму (ее часть), подлежащую выплате;
- 2) порядок расчета страховой выплаты;

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

7.8. Независимо от формы выплаты, при первичном выявлении заболеваний, указанных в п.п.3.2.15 настоящих Правил страхования, или установлении Застрахованному лицу I,II группы инвалидности в течение периода страхования, в том числе по поводу сахарного диабета, Страховщик оплачивает (возмещает) стоимость медицинских услуг, оказанных Застрахованному лицу до момента установления указанного диагноза, либо установления инвалидности. В дальнейшем, оказание медицинских и иных услуг по выявленному заболеванию не является страховым случаем о чем Страховщик уведомляет Страхователя и Застрахованное лицо, договор страхования может быть расторгнут Страховщиком в отношении Застрахованного лица с момента установления диагноза.

7.9. Если срок действия договора страхования закончился, а лечение по текущему заболеванию Застрахованного лица не завершено, Страховщик оплачивает (возмещает) стоимость оказанных медицинских услуг, и организацию их оказания: при амбулаторном лечении – до окончания острого периода заболевания; при госпитализации – до выписки из стационара, но не более чем в течение 10 (десяти) дней. Плановая госпитализация осуществляется не менее чем за 20 (двадцать) дней до окончания действия установленного договором периода страхования.

Если стоимость медицинских услуг превышает страховую сумму, установленную договором страхования, оказанные услуги оплачиваются в пределах страховой суммы.

8. ОТКАЗ В СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЕ

8.1. Страховщик освобождается от страховой выплаты в случае:

8.1.1. воздействия ядерного взрыва, радиации или радиоактивного заражения;

8.1.2. военных действий, а также маневров или иных военных мероприятий и их последствий;

8.1.3. гражданской войны, народных волнений всякого рода или забастовок,

8.1.4. наступления страхового случая вследствие умысла Страхователя, Застрахованного лица.

9. ПОСЛЕДСТВИЯ ИЗМЕНЕНИЯ СТЕПЕНИ РИСКА

9.1. В период действия договора страхования Страхователь обязан уведомлять Страховщика обо всех, ставших ему известными, значительных изменениях в обстоятельствах, влекущих существенное увеличение страхового риска, в порядке, предусмотренном п.9.2 настоящих Правил страхования.

Значительными изменениями существенных обстоятельств, произошедшими в период действия договора страхования, влекущие увеличение страхового риска, являются:

9.1.1. установление Застрахованному лицу I, II или III группы инвалидности, установление категории «ребенок - инвалид»;

9.1.2. изменение в состоянии здоровья, в том числе: постановка на учет в наркологический, психоневрологический, туберкулезный, кожно-венерологический, онкологический диспансер; выявление онкологического заболевания, системных

заболеваний крови, соединительной ткани; выявление хронической почечной недостаточности, требующей проведения гемодиализа, с циррозом печени; постановка диагноза - сахарный диабет I и II типа в стадии декомпенсации; выявление заболеваний органов и тканей, требующих их трансплантации.

9.2. Об указанных в п.9.1. настоящих Правил страхования значительных изменениях Страхователь обязан в течение 24-х часов с момента, когда ему стало известно об этом, уведомить Страховщика любым доступным способом, позволяющим зафиксировать такое уведомление, и не позднее 3-х рабочих дней с момента, когда ему стало известно об указанном, сообщить Страховщику в произвольной письменной форме о произошедших значительных изменениях, способом, позволяющим зафиксировать передачу Страховщику указанного уведомления.

9.3. Страховщик, уведомленный об обстоятельствах, влекущих увеличение страхового риска, вправе потребовать изменения условий договора страхования или уплаты дополнительной страховой премии соразмерно увеличению риска.

Страховщик, уведомленный об обстоятельствах, влекущих увеличение страхового риска, отправляет Страхователю на адрес, указанный в договоре страхования, в течение 4 (четырёх) рабочих дней с момента получения от последнего письменного уведомления о возникновении указанных обстоятельств в письменной форме требование об изменении условий договора страхования или уплаты дополнительной страховой премии соразмерно увеличению риска.

Страхователь обязан дать в течение 48-ми часов ответ Страховщику о принятом решении в произвольной письменной форме любым доступным способом, позволяющим Страховщику зафиксировать такой ответ.

Если Страхователь возражает против изменения условий договора страхования или доплаты страховой премии, Страховщик вправе потребовать расторжения договора страхования в соответствии с правилами, предусмотренными главой 29 Гражданского кодекса Российской Федерации.

9.4. Если в период действия договора страхования Страховщиком будут установлены обстоятельства, влекущие уменьшение страхового риска и дающие основание для пересмотра размера страховой премии за определенный период действия договора страхования, Страховщик и Страхователь вправе договориться об изменении размера страховой премии по договору страхования и определить условия и порядок возврата части уплаченной страховой премии соразмерно уменьшению страхового риска.

Указанное правомочие осуществляется путем направления Страхователю Страховщиком письменного уведомления - соглашения об изменении размера страховой премии.

9.5. В случае неисполнения Страхователем предусмотренной п.п.9.1, п.п.9.2. настоящих Правил страхования обязанности Страховщик вправе потребовать расторжения договора страхования и возмещения убытков, причиненных расторжением договора страхования.

9.6. Страховщик не вправе требовать расторжения договора страхования, если обстоятельства, влекущие увеличение страхового риска, отпали.

10. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

10.1. Страховщик обязан:

10.1.1. перед заключением договора страхования ознакомить Страхователя с содержанием и вручить ему один экземпляр настоящих Правил страхования, Программ страхования; разъяснить условия страхования, порядок применения тарифов и коэффициентов к ним. Страхователь может ознакомиться с текстом настоящих Правил и

Программ страхования на официальном сайте Страховщика в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет,

10.1.2. разъяснять положения, содержащиеся в Правилах страхования, Программах страхования, по требованию Страхователя, Застрахованного лица, Лица, имеющего намерение заключить договор страхования,

10.1.3. оформить договор страхования при достижении согласия сторон на заключение договора страхования,

10.1.4. защищать права Застрахованных лиц в отношениях с медицинскими и (или) иными организациями в рамках договора страхования

10.1.5. при наступлении события, признанного страховым случаем, произвести:
- оплату медицинских и (или) иных услуг, предусмотренных программой (программами) страхования, медицинской организации, оказавшей такие услуги, и организации их оказания;

- либо возместить Застрахованному лицу расходы, понесенные им при получении медицинских услуг, предусмотренных программой (программами) страхования, при исполнении Застрахованным лицом обязанностей, предусмотренных статьей 11, в предусмотренные настоящими Правилами и договором страхования сроки,

10.1.6. уведомить Страхователя (Застрахованное лицо) об отказе в страховой выплате, если имеются основания для отказа, в срок, указанный в п. п. 7.5.4. настоящих Правил,

10.1.7. соблюдать тайну страхования: не разглашать сведения о Страхователе, его имущественном положении, за исключением случаев, предусмотренных действующим законодательством Российской Федерации. Страховщик несет ответственность за разглашение тайны страхования, включая врачебную тайну, его работниками в соответствии с законодательством Российской Федерации,

10.1.8. выполнять иные обязанности, предусмотренные договором страхования и настоящими Правилами.

10.2. *Страхователь обязан:*

10.2.1. в установленные договором страхования порядке и сроки оплатить страховую премию (страховые взносы),

10.2.2. при заключении договора страхования сообщить Страховщику в устном или письменном Заявлении на страхование обо всех известных ему обстоятельствах, имеющих существенное значение для оценки страхового риска, определения вероятности наступления страхового случая, указанных в абзаце 7) п.п.6.1.4. настоящих Правил страхования, а также обо всех действующих и заключаемых договорах страхования в отношении объектов страхования, передаваемых на страхование в рамках настоящих Правил,

10.2.3. сообщать Страховщику о всяком существенном изменении в степени страхового риска в порядке и сроки, определенные ст.9 настоящих Правил,

10.2.5. в случае если Страхователь не является Застрахованным лицом, любым доступным способом ознакомить Застрахованных лиц с условиями договора страхования, настоящими Правилами, Программой страхования, передать Застрахованным лицам выданные Страховщиком Полисы страхования,

10.2.6. совершать иные действия, предусмотренные договором страхования и настоящими Правилами.

10.3. *Страховщик имеет право:*

10.3.1. получить от Страхователя страховую премию в порядке, сроки и размере, определенных Договором страхования и настоящими Правилами,

10.3.2. проверять достоверность сведений, предоставленных при заключении договора Страхователем или лицом, в отношении которого заключается договор страхования,

10.3.3. перед заключением договора страхования требовать представления в отношении лиц, подлежащих страхованию, сведений, позволяющих судить о степени вероятности наступления страхового случая и(или) размере убытков от его наступления по заключаемому договору, в том числе:

- требовать проведения за свой счет медицинской экспертизы (предварительного медицинского освидетельствования) лица, принимаемого на страхование;

- требовать заполнения Анкеты о состоянии здоровья в отношении лица, принимаемого на страхование,

10.3.4 направлять запросы в медицинские организации о предоставлении информации, подтверждающей факт и причину наступления страхового события, а также перечень и характер предоставленных услуг.

В рамках действующего законодательства, знакомиться с медицинской документацией Застрахованного лица, отражающей историю его заболевания, физическое и психическое состояние, диагноз, и ход лечения, а также использовать данную информацию для решения вопросов, связанных с реализацией Договора страхования, оплатой оказанных Застрахованному лицу медицинских услуг, их организации, защитой прав Застрахованного лица,

10.3.5. проводить экспертизу обоснованности, объема и качества оказанных медицинских услуг, включая экспертизу соответствия лекарственной помощи стандартам медикаментозного лечения,

10.3.6. отсрочить рассмотрение заявления Застрахованного лица о получении выплаты в форме компенсации расходов (в случае возмещения расходов, оплаченных самостоятельно Застрахованным лицом при наличии предварительного согласования со Страховщиком, за предоставленные медицинские услуги):

- при непредоставлении Страхователем (Застрахованным лицом) каждого из документов, определенных абзацем 3) п.п.7.5.1. настоящих Правил, до даты предоставления последнего из указанных,

- в случае возбуждения правоохранительными органами уголовного дела в отношении Застрахованного лица по факту событий, приведших к травматическому повреждению или иному расстройству здоровья Застрахованного лица, до окончания расследования уголовного дела,

- в случае, когда возникла необходимость в дополнительной проверке предоставленных Страхователем (Застрахованным лицом) документов, включая направление Страховщиком дополнительных запросов в медицинские организации. Страховщик обязан письменно уведомить Страхователя (Застрахованное лицо) о начале проведения дополнительной проверки, а по ее окончании сообщить Страхователю (Застрахованному лицу) о ее результатах. Срок каждой дополнительной проверки не может превышать 30 (тридцать) календарных дней.

О факте отсрочки Страховщик направляет Страхователю (Застрахованному лицу) письменное уведомление в течение 10 (десяти) рабочих дней с момента принятия Страховщиком решения об отсрочке.

10.3.7. совершать иные действия, предусмотренные договором страхования, настоящими Правилами и законодательством Российской Федерации.

10.4. *Страхователь имеет право:*

10.4.1. ознакомиться с Правилами страхования, Программами добровольного медицинского страхования; получить экземпляр настоящих Правил страхования, Программы (Программ) страхования перед заключением договора страхования,

10.4.2. отказаться от договора страхования в любое время в порядке, установленном законодательством Российской Федерации. Отказ Страхователя от договора страхования должен быть оформлен в письменной форме,

10.4.3. получить от Страховщика дубликат договора страхования в случае его утраты,

10.4.4. при заключении договора страхования назначить Застрахованное лицо,

10.4.5. требовать от Страховщика организации предоставления Застрахованному лицу медицинских услуг, определенных Программой добровольного медицинского страхования в медицинских учреждениях, согласованных договором страхования, при наступлении страхового случая,

10.4.6. изменить условия договора страхования в течение срока его действия по согласованию со Страховщиком, в том числе:

- увеличить страховую сумму, расширить перечень медицинских и(или) иных услуг, предоставляемых по договору страхования, включив в договор страхования дополнительные программы страхования, заключив дополнительное соглашение к договору страхования и уплатив дополнительный страховой взнос;

- заявлять о внесении изменений в списки Застрахованных лиц (об исключении отдельных лиц из списков, получив на то согласие Застрахованного лица; о дополнении списков новыми лицами),

10.4.7. совершать иные действия, предусмотренные договором страхования, настоящими Правилами и законодательством Российской Федерации.

Застрахованное лицо в случае неудовлетворения качеством предоставленных медицинских и(или) иных услуг имеет право направить в адрес Страховщика письменное обращение*.

*) В обращении указываются:

- Ф.И.О. лица, направившего обращение (застрахованного лица (законного представителя)),

- дата предъявления обращения,

- реквизиты документа, удостоверяющего личность застрахованного лица,

- реквизиты договора страхования (Полиса страхования): дата, номер, серия,

- обстоятельства, являющиеся основанием для предъявления обращения, доказательства, подтверждающие изложенные в обращении обстоятельства,

- требования заявителя- застрахованного лица,

- почтовый адрес для направления ответа на обращение,

- контактные телефоны заявителя,

- перечень прилагаемых к обращению документов. Прилагаются подлинные документы или надлежаще заверенные копии этих документов.

В случае, если обращение направляется законным представителем получателя страховых услуг, являющимся таковым в соответствии с гражданским законодательством Российской Федерации, к обращению прилагается копия документа, подтверждающего полномочия законного представителя получателя страховых услуг.

Обращение подписывается заявителем- застрахованным лицом (представителем заявителя).

Обращение направляется по адресу местонахождения исполнительного органа Страховщика либо вручается представителю Страховщика под расписку.

Если к обращению не приложены документы, необходимые для его рассмотрения, они запрашиваются у заявителя- застрахованного лица с указанием срока предоставления. При неполучении затребованных документов к указанному сроку обращение рассматривается на основании имеющихся документов.

Информация, изложенная в обращении, рассматривается страховщиком в течение 30 (тридцати) рабочих дней со дня ее получения. Ответ на обращение дается в письменной форме и подписывается руководителем или уполномоченным на то представителем Страховщика.

В ответе на обращение могут указываться, в том числе, но не ограничиваясь, при полном или частичном отказе в удовлетворении обращения- мотивы отказа со ссылкой на соответствующее законодательство и доказательства, обосновывающие отказ; перечень прилагаемых к ответу на обращение документов; срок и способ удовлетворения обращения.

Ответ на обращение отправляется заказным письмом по почтовому адресу, указанному в обращении.

11. ПОРЯДОК РАЗРЕШЕНИЯ СПОРОВ

11.1. Для Страхователей, являющихся юридическими лицами, настоящими Правилами страхования устанавливается досудебный претензионный порядок урегулирования споров, возникающих в процессе исполнения обязательств по договору страхования.

11.2. Страхователь- юридическое лицо, имущественные права и законные интересы которого нарушены, обязан предъявить претензию к Страховщику, нарушившему эти права и интересы.

Требования Страховщику, предъявленные с пропуском исковой давности, не рассматриваются/ не удовлетворяются Страховщиком.

11.3. Претензия предъявляется в письменной форме.

В претензии указываются:

- наименование организации, предъявившей претензию, дата предъявления,
- дата регистрации, адрес местонахождения, почтовый адрес получателя страховых услуг- юридического лица,
- обстоятельства, являющиеся основанием для предъявления претензии, доказательства, подтверждающие изложенные в претензии обстоятельства,
- требования заявителя,
- сумма претензии /ее расчет/, если претензия подлежит денежной оценке, платежные и почтовые реквизиты заявителя претензии,
- почтовый адрес для отправки ответа на претензию,
- перечень прилагаемых к претензии документов. Прилагаются подлинные документы или надлежаще заверенные копии этих документов.

В случае, если претензия направляется законным представителем получателя страховых услуг, являющимся таковым в соответствии с гражданским законодательством Российской Федерации, к претензии прилагается копия документа, подтверждающего полномочия законного представителя получателя страховых услуг.

Претензия подписывается лицом, уполномоченным на это.

Претензия отправляется заказным письмом по адресу местонахождения исполнительного органа Страховщика либо вручается представителю Страховщика под расписку.

Если к претензии не приложены документы, необходимые для ее рассмотрения, они запрашиваются у заявителя претензии с указанием срока предоставления. При неполучении затребованных документов к указанному сроку претензия рассматривается на основании имеющихся документов.

Претензия рассматривается страховщиком в течение 30 (тридцати) рабочих дней со дня ее получения. Ответ на претензию дается в письменной форме и подписывается руководителем или уполномоченным на то представителем Страховщика.

В ответе на претензию указываются: при полном или частичном удовлетворении претензии - признанная сумма, номер, дата платежного поручения на перечисление этой суммы или срок и способ удовлетворения претензии, если она не подлежит денежной оценке; при полном или частичном отказе в удовлетворении претензии - мотивы отказа со ссылкой на соответствующее законодательство и доказательства, обосновывающие отказ; перечень прилагаемых к ответу на претензию документов.

При удовлетворении претензии, подлежащей денежной оценке, к ответу на претензию прилагается поручение банку на перечисление денежных средств с отметкой об исполнении.

При полном или частичном отказе в удовлетворении претензии заявителю должны быть возвращены подлинные документы, которые были приложены к претензии, направлены документы, обосновывающие отказ, если их нет у заявителя претензии.

Ответ на претензию отправляется заказным письмом по адресу, указанному в договоре при его заключении, либо иным способом по заявлению получателя страховых услуг.

По усмотрению Страховщика копия ответа может быть дополнительно отправлена по адресу, сообщенному получателем страховых услуг в порядке изменения персональных данных в соответствии с требованиями Федерального закона от 27 июня 2006 года № 152-ФЗ «О персональных данных», в соответствии с условиями Договора страхования. В случае направления претензии от имени получателя страховых услуг его представителем, действующим на законном основании, или адвокатом ответ на такую претензию направляется по адресу, указанному представителем получателя страховых услуг или адвокатом в претензии, с обязательной копией по адресу, предоставленному получателем страховых услуг при заключении договора страхования.

11.4. Ответ на претензию не дается в следующих случаях:

- 1) в претензии недостаточно данных для определения (идентификации) получателя страховых услуг;
- 2) текст претензии не поддается прочтению;
- 3) в претензии содержатся нецензурные либо оскорбительные выражения, угрозы имуществу Страховщика, имуществу, жизни и (или) здоровью работников Страховщика, а также членов их семей;
- 4) из претензии прямо следует, что она не требует ответа.

11.5. В случае полного или частичного отказа в удовлетворении претензии или неполучении в срок ответа на претензию заявитель вправе предъявить иск в арбитражный суд.

11.6. Споры, возникающие в процессе исполнения договора страхования, заключенного на условиях настоящих Правил со Страхователями, являющимися физическими лицами, индивидуальными предпринимателями Стороны договора

страхования будут стремиться разрешать путем ведения переговоров. При невозможности достижения соглашения по спорным вопросам их решение передается на рассмотрение судебных органов в порядке, предусмотренном законодательством Российской Федерации.

11.7. В случае, если отдельные положения настоящих Правил будут признаны, в установленном законодательством Российской Федерации порядке, недействительными или вступят в противоречие с законодательством Российской Федерации, они применению не подлежат, остальные положения Правил сохраняют силу.

11.8. Все иные, не оговоренные настоящими Правилами условия, регулируются законодательством Российской Федерации.

ПРОГРАММЫ ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

Добровольное медицинское страхование осуществляется на основании Основных и Дополнительных Программ страхования.

Основные Программы страхования:

Программа № 1. “Амбулаторно-поликлиническая помощь”

(услуги в рамках настоящей Программы предоставляются при наличии Направления Страховщика, если договором страхования не оговорено иное)

Страховым случаем является: обращение Застрахованного лица, на основании Направления, выданного Страховщиком, если договором страхования не предусмотрено иное, в течение срока действия договора страхования в медицинское учреждение из числа предусмотренных договором страхования вследствие расстройства здоровья или состояния здоровья, требующего устранения и/или снижения угроз жизни и здоровью, для получения медицинских услуг в пределах их перечня, предусмотренного настоящей Программой, за исключением событий, определенных п.3.2. Правил страхования.

Цель Программы: организация и оплата амбулаторно-поликлинических услуг застрахованному лицу.

Условия реализации Программы:

Страховщик гарантирует застрахованному лицу предоставление и оплату в пределах страховой суммы медицинских услуг в амбулаторно-поликлинических условиях, у врачей частной практики, согласованных договором страхования, диагностических, инструментальных, лабораторных исследований, консультаций врачей-специалистов (лечащий врач), лечения, физиотерапевтических и иных нижеуказанных медицинских услуг.

Страховщик организует и оплачивает лечебно-диагностическую помощь, в том числе на дому у Застрахованного лица, с привлечением врачей-специалистов различных специальностей, в том числе консультации специалистов-докторов и кандидатов медицинских наук, медицинской сестры, выдачу листов нетрудоспособности, медицинских справок, рецептов на приобретение лекарственных препаратов, кроме рецептов на бесплатное получение медикаментов по государственным программам, если договором страхования не предусмотрено иное.

Предоставление услуг осуществляется на основании Направления, выданного Застрахованному лицу Страховщиком, если договором страхования не предусмотрено иное.

Объем лабораторных и инструментальных методов диагностики и лечения устанавливается лечащим врачом по медицинским показаниям в пределах следующего перечня:

- определение методов и способов лечения,
- Функциональная диагностика (ЭКГ, велоэргометрия, реовазография, электроэнцефалографи, РВГ, РЭГ, ЭЭГ, исследование функции внешнего дыхания, ЭХО-КГ. Доплеровское исследование сосудов и т.д.);
- инструментальная диагностика по медицинским показаниям: рентгенологическое исследование, в т.ч., рентгеноконтрастные исследования; КТ; -МРТ;- ЯМРТ; - УЗИ; - эндоскопические исследования;
- лабораторная диагностика по медицинским показаниям: общеклинические, биохимические, бактериологические, иммунологические, гормональные, цитологические исследования крови, мочи, мокроты, исследования на дисбактериоз,

**Общество с ограниченной ответственностью «Поволжский страховой альянс»
«Правила добровольного медицинского страхования»**

- прочие исследования в соответствии с прейскурантом медицинского учреждения.

Проведение, исключительно по назначению врача, в амбулаторно- поликлинических условиях физиотерапевтического лечения по медицинским показаниям: лечебный массаж, - водо, - электро, - свето, - грязе, -теплолечение; - магнито- и лазеротерапия; индуктометрия; диодинамические токи; ингаляция; ЛФК, прочие физиопроцедуры.

Амбулаторно-поликлиническая помощь, в том числе, помощь на дому, оказывается по следующим специальностям:

-кардиология, -ревматология, -гастроэнтерология

-пульмонология (за исключением установленных туберкулеза и онкологических заболеваний)

- эндокринология, -неврология, -педиатрия, -терапия, -инфекционные болезни, - травматология, -ортопедия, - урология, - торакальная хирургия, -проктология, - кардиохирургия, за исключением случаев, указанных в Правилах страхования, - сосудистая хирургия, - хирургия, - гинекология, -отоларингология, - офтальмология, -дерматология, -аллергология, -иммунология, - маммология, -физиотерапия (рефлексотерапия), - онкология (до постановки диагноза), - психиатрия (до постановки диагноза), - нефрология, - вертеброневрология.

Программа № 2. “Стационарная помощь”

(услуги в рамках настоящей Программы предоставляются при наличии Направления Страховщика, если договором страхования не оговорено иное)

Страховым случаем является: обращение застрахованного лица по Направлению, выданному Страховщиком, если договором страхования не предусмотрено иное, в течение срока действия договора страхования в медицинское учреждение из числа предусмотренных договором страхования вследствие расстройства здоровья или состояния здоровья, требующего устранения и/или снижения угроз жизни и здоровью, для получения медицинских услуг в пределах их перечня, предусмотренного Программой, за исключением событий, определенных п.3.2. Правил страхования.

Цель Программы: организация и оплата лечебно-профилактических мероприятий застрахованному лицу в стационаре.

Условия реализации Программы:

Страховщик гарантирует предоставление и оплату в пределах страховой суммы плановое и неотложное обследование и лечение в круглосуточных стационарах, дневных стационарах, согласованных договором страхования, при наличии показаний.

Предоставление услуг осуществляется на основании Направления, выданного Застрахованному лицу Страховщиком, если договором страхования не предусмотрено иное.

Показание к госпитализации в стационар определяется врачом амбулаторно-поликлинического учреждения, врачом скорой помощи или врачом-консультантом Страховщика.

Длительность пребывания в стационаре, объем диагностических, лабораторных, инструментальных исследований и лечебных мероприятий относятся к компетенции лечащего врача стационара.

В перечень предоставляемых по медицинским показаниям консультаций входят: консультации врачей-специалистов различных специальностей по профилю заболевания, в том числе консультации специалистов-докторов и кандидатов медицинских наук, ведение палатным врачом застрахованного лица.

Страховщик возмещает реанимационные мероприятия и лечение в отделении интенсивной терапии по медицинским показаниям, услуги медицинской сестры, если договором страхования не оговорено иное.

Врач-консультант Страховщика (при наличии) имеет право принимать участие в определении диагностической и лечебной тактики на всех этапах пребывания больного в стационаре, осуществляет текущую и заключительную экспертизу качества медицинских услуг.

В перечень предоставляемых по медицинским показаниям услуг могут быть включены: хирургическое и(или) консервативное лечение, клиничко-диагностические исследования, инструментальные, лабораторные исследования в рамках оказания медицинской помощи по соответствующей нозологии в профильных больницах, клиниках, отделениях:

общей терапии;	- дерматологии;
кардиологии;	- экспертном;
нейрохирургии;	- анестезиологии;
сосудистой хирургии;	- рентгенологии;
пульмонологии;	- эндоскопическом;
неврологии;	- клиничко-диагностической лаборатории;
эндокринологии;	- общей плановой и экстренной хирургии;
урологии;	- отоларингологии;
офтальмологии;	- реанимации и интенсивной терапии;
гипербарической оксигенации;	- гемодиализа;
гинекологическом;	- гастроэнтерологии;
нефрологии;	- хирургии;
гноной хирургии;	- проктологии;

**Общество с ограниченной ответственностью «Поволжский страховой альянс»
«Правила добровольного медицинского страхования»**

инфекционным; - ЛОР;
аллергологии; - физиотерапии и восстановительного лечения,
прочих отделений.

Обследование и лечение проводятся с использованием медицинских технологий, применяемых в стационарах, согласованных договором страхования.

Застрахованному лицу гарантируется предоставление:

-стандартных сервисных услуг; размещение в стандартной палате, питание, обслуживание медицинским персоналом, предусмотренные в медицинском учреждении.

В рамках настоящей Программы Договором страхования может быть согласовано предоставление застрахованному лицу:

- пребывание в палате повышенной комфортности с предоставлением дополнительных сервисных услуг,

- индивидуальное обслуживание- наблюдение медицинским работником.

При включении в договор страхования указанных услуг при расчете размера страхового тарифа к базовому тарифу применяется корректирующий коэффициент.

Не является страховым случаем по Программам № 1 и №2:

События, определенные п.3.2. настоящих Правил страхования

Программа №3. “Комплексная медицинская помощь”

(услуги в рамках настоящей Программы предоставляются при наличии Направления Страховщика, если договором страхования не оговорено иное)

Комплексная медицинская помощь – включает услуги, определенные Программами №1 и №2.

Программа №4. «Скорая (неотложная) медицинская помощь»
(услуги в рамках настоящей Программы предоставляются при наличии Направления Страховщика, если договором страхования не оговорено иное)

Страховым случаем является: обращение застрахованного лица по Направлению, выданному Страховщиком, если договором страхования не предусмотрено иное, в течение срока действия договора страхования в учреждение скорой (неотложной) медицинской помощи, предусмотренное договором страхования, при возникновении у застрахованного лица состояния, угрожающего его жизни и здоровью, вызванного острыми заболеваниями, обострениями хронических заболеваний, травмами, ожогами, отравлениями, требующего неотложного медицинского вмешательства, за исключением событий, определенных п.3.2. Правил страхования.

Условия реализации Программы:

Скорая (неотложная) медицинская помощь предоставляется по месту вызова бригадой скорой (неотложной) медицинской помощи.

Объем методов диагностики и лечения устанавливается врачом в пределах перечня:

- выезд бригады скорой (неотложной) медицинской помощи,
- первичный осмотр застрахованного лица, диагностические мероприятия,
- экстренные (неотложные) лечебные манипуляции: купирование неотложных состояний, противошоковая терапия, введение лекарственных препаратов: внутримышечные, внутривенные инъекции, вливания лекарственных препаратов, остановка кровотечения, первичная обработка ран, перевязка, дача кислорода, иммобилизация,
- экспресс- диагностика мочи, крови
- экстренная (неотложная) транспортировка в стационар (по показаниям врача скорой помощи).

Не является страховым случаем по Программе № 4:

События, определенные п.3.2. Правил страхования

Страхователь (Застрахованное лицо) самостоятельно возмещает расходы в следующих случаях:

- вызова бригады скорой (неотложной) помощи по неточному, неполному, несуществующему адресу, указанному застрахованным лицом или лицом, действующим в его интересах,
- отсутствие застрахованного лица по указанному адресу при вызове бригады скорой (неотложной) помощи,
- вызова бригады скорой (неотложной) помощи с целью получения плановых медицинских манипуляций, в т.ч. осуществление плановой госпитализации,
- оказания медицинских услуг, предоставленных застрахованному лицу, не предусмотренных настоящей Программой страхования.

Программа № 5 «Гинекология и родовспоможение»
(услуги в рамках настоящей Программы предоставляются при наличии Направления Страховщика, если договором страхования не оговорено иное)

Страховым случаем является:

- обращение застрахованного лица по Направлению, выданному Страховщиком, если договором страхования не предусмотрено иное, в течение срока действия договора страхования в медицинское учреждение из числа предусмотренных договором страхования, в том числе оказывающее амбулаторно- поликлиническую и стационарную акушерскую помощь, для получения медицинских услуг, при расстройствах здоровья застрахованного лица, в том числе относящихся к XV классу МКБ или состояниях застрахованного лица, непосредственно связанных с течением беременности, родов и послеродового периода, требующих организации и оказания услуг, предусмотренных настоящей Программой страхования, повлекшее за собой возникновение обязательств Страховщика произвести оплату оказанных медицинских и иных услуг, предусмотренных настоящей программой страхования, и организации их оказания в пределах страховой суммы.

Договор страхования в рамках настоящей Программы заключается в отношении лиц женского пола возрастом от 18 лет на дату заключения договора до 45 лет на дату окончания договора страхования.

Предоставление услуг осуществляется на основании Направления, выданного Застрахованному лицу Страховщиком, если договором страхования не предусмотрено иное.

Объем медицинских услуг:

-Ведение беременности (с 36 недель):

наблюдение врачом акушером- гинекологом с момента установления беременности до родов; по- медицинским показаниям- осмотр и консультации специалистов: терапевта, отоларинголога, офтальмолога и других, в том числе динамическое наблюдение, ультразвуковое исследование в каждом триместре беременности; лабораторно-диагностические исследования, включающие ЭКГ, клинические анализы крови, мочи, исследования на носительство Hbs-антигена, RW, ВИЧ, вагинальную флору, инфекции половых путей; родовспоможение с участием медицинской бригады: акушер- гинеколог, анестезиолог (при необходимости), неонатолог, акушерка, обезболивание при родоразрешении, наблюдение в послеродовом отделении.

- Гинекология:

консультации врача- гинеколога, иных врачей- специалистов по назначению врача- гинеколога (консультации, динамическое наблюдение); ультразвуковое исследование; лабораторно-диагностические исследования, включающие ЭКГ, клинические анализы крови, мочи, исследования на носительство Hbs-антигена, RW, ВИЧ, вагинальную флору, инфекции половых путей, и прочие; услуги стационара, в т.ч. дневного стационара, физиотерапевтическое лечение- по медицинским показаниям.

При стационарном лечении застрахованному лицу гарантируется предоставление и оплата:

-стандартных сервисных услуг: размещение в стандартной палате, питание, обслуживание медицинским персоналом, предусмотренные в медицинском учреждении.

**Общество с ограниченной ответственностью «Поволжский страховой альянс»
«Правила добровольного медицинского страхования»**

Договором страхования может быть согласовано предоставление застрахованному лицу:

- пребывание в палате повышенной комфортности с предоставлением дополнительных сервисных услуг,
- индивидуальное обслуживание- наблюдение медицинским работником.

При включении в договор страхования указанных услуг при расчете размера страховой премии к базовому тарифу применяется корректирующий коэффициент.

Не является страховым случаем по Программе № 5:
События, определенные п.3.2. Правил страхования

Программа № 6 «Стоматология»

(услуги в рамках настоящей Программы предоставляются при наличии Направления Страховщика, если договором страхования не оговорено иное)

Страховым случаем является: обращение застрахованного лица по Направлению, выданному Страховщиком, если договором страхования не предусмотрено иное, в течение срока действия договора страхования в медицинское учреждение из числа предусмотренных договором страхования для получения терапевтической и хирургической стоматологической помощи, предусмотренной Программой, за исключением событий, определенных п.3.2. Правил страхования.

Предоставление услуг осуществляется на основании Направления, выданного Застрахованному лицу Страховщиком, если договором страхования не предусмотрено иное.

Цель Программы: организация и оплата стоматологической помощи застрахованному лицу в течение срока действия договора страхования.

Объем медицинских услуг:

- консультация врача-специалиста (первичный осмотр) для определения объема лечения;

- приемы и иные профессиональные услуги врачей-стоматологов специальностей: терапевт; хирург; парадонтолог; физиотерапевт; ортодонт в части лечения последствия травм, произошедших в период действия договора страхования;

- лабораторная и инструментальная диагностика по медицинским показаниям: рентгенологическое обследование, реография, радиовизиография- по показаниям врача – специалиста;

- терапевтическое и хирургическое лечение стоматологических заболеваний в соответствии с медицинскими показаниями, в т.ч. с использованием светоотверждаемых материалов и материалов химического отверждения, нижеперечисленных нозологических форм (по международной классификации болезней 10 пересмотра):

Кариеса:

Дентина (К 02.1)

Цементы (К 02.2)

Другого и неуточненного (К 02.8, К 02.9)

Чувствительного дентина (К 03.8)

Пульпита (К 04.0)

Некроза пульпы (К 04.1)

Острого апикального периодонтита пульпарного происхождения (К 04.4)

Периапикального абсцесса с полостью (К 04.6)

Периапикального абсцесса без полости (К 04.7)

Острого гингивита (К 05.0)

Острого периокоронита (К 05.2)

Поражения десны и беззубого альвеолярного края, обусловленных травмой (К 06.2)

Синдрома болевой дисфункции височно-нижнечелюстного сустава (К 07.6)

Альвеолярного остеоита (К 10.3)

Сиалоаденита (К 11.2)

Стоматита (К 12)

Болезней губ (К 13.0)

Глоссита (К 14.0, К 14.2)

Растяжение и перенапряжение сустава (связок) челюсти (S.03.4)

Лечебные хирургические мероприятия, проводимые по медицинским показаниям: удаление зуба, цистэктомия, остановка кровотечения, лечение воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области, лечение повреждений челюстно-лицевой области, лечение

Общество с ограниченной ответственностью «Поволжский страховой альянс»
«Правила добровольного медицинского страхования»

заболеваний нервов челюстно-лицевой области, хирургическое лечение болезней тканей пародонта,

- местная анестезия и наркоз,
- физиотерапевтическое лечение.

Не является страховым случаем по Программе № 6:

- События, определенные п.3.2. Правил страхования;
- профилактические мероприятия: герметизация фиссур; снятие зубных отложений с зубов, не подлежащих лечению; отбеливание зубов, снятие налета курильщика и др. налетов;
- замена старых пломб без медицинских показаний (с косметической или профилактической целью); санация полости рта (в том числе покрытие зубов фтор-лаком (кроме зубов, подлежащих лечению) и профилактическая чистка зубов); косметология в стоматологии;
- лечение хронического парадонтоза;
- косметическое восстановление зуба;
- хирургическое лечение пародонтоза: лоскутные операции, запечатывание фиссур герметиком, использование термофилов, коффердама;

- зубопротезирование, подготовка к зубопротезированию- удаление и депульпирование интактных зубов, установка анкерных штифтов, имплантация зубов;
- лечение у ортодонта (кроме лечения последствия травм, произошедших в период действия договора страхования);
- восстановление разрушенной более чем на 50% коронки зуба,
- цистэктомия, резекция верхушки корня зуба, лечение слюнных желез,
- лечение заболеваний слизистой полости рта.

Программа №7 «Укус клеща»

Настоящая Программа страхования гарантирует Застрахованным лицам своевременное получение высококвалифицированной медицинской помощи при укусе клеща и направлена на лечение заболеваний, полученных при укусе клеща.

1. *Страховым случаем является:* документально подтвержденное обращение Застрахованного лица за организацией медицинской помощи в случае укуса клеща. Событие является страховым только при условии, что и укус клеща, и обращение Застрахованного лица за организацией медицинской помощи в связи с этим произошли в течение срока действия страхования.

2. *В рамках Программы Застрахованному лицу гарантируется предоставление следующих услуг:*

2.1. Амбулаторно-поликлиническая помощь:

2.1.1. Удаление присосавшегося клеща.

2.1.2. Лабораторное исследование клеща на вирулентность.

2.1.3. Серологическая диагностика для выявления антител (иммуноглобулинов М и G) к возбудителям клещевого энцефалита, клещевого боррелиоза (болезни Лайма), гранулоцитарного анаплазмоза человека, моноцитарного эрлихиоза человека.

2.1.4. Введение иммуноглобулина высокого титра при наличии медицинских показаний.

3.1. Только если это прямо предусмотрено договором (Полисом) страхования, страховым случаем может являться обращение Застрахованных лиц за организацией медицинской помощи в случае одного или нескольких следующих заболеваний Застрахованных лиц:

3.1.1. Клещевой вирусный энцефалит.

3.1.2. Клещевой боррелиоз (болезнь Лайма).

3.1.3. Гранулоцитарный анаплазмоз человека.

3.1.4. Моноцитарный эрлихиоз человека.

При включении в договор страхования указанных услуг при расчете размера страховой премии к базовому тарифу применяется корректирующий коэффициент.

3.2. Медицинские услуги, оказываемые по п.3.1. Программы:

3.2.1. Медицинские услуги, указанные в п. 2.1 Программы.

3.2.2. Диагностические лабораторные и инструментальные исследования, проводимые по поводу заболевания (при неотложной и экстренной госпитализации в соответствии с действующими стандартами):

– клещевым энцефалитом;

– клещевым боррелиозом (болезнью Лайма), гранулоцитарным анаплазмозом человека, моноцитарным эрлихиозом человека, если лечение от таких заболеваний прямо предусмотрено Полисом.

3.2.3. Лечение заболевания, проводимое в соответствии с принятыми медицинскими стандартами квалифицированными специалистами:

– клещевой энцефалит;

– клещевой боррелиоз (болезнь Лайма), гранулоцитарный анаплазмоз человека, моноцитарный эрлихиоз человека, проводимые, если лечение указанных заболеваний прямо предусмотрено договором (Полисом) страхования.

3.2.4. Обеспечение лекарственными препаратами, перевязочными материалами, анестетиками, одноразовым инструментарием и системами для трансфузий для лечения:

– клещевого энцефалита;

– клещевого боррелиоза (болезни Лайма), гранулоцитарного анаплазмоза человека, моноцитарного эрлихиоза человека, если лечение от таких заболеваний прямо предусмотрено Полисом.

3.2.5. Физиотерапевтическое лечение (по показаниям, проводимое при стационарном лечении):

- клещевого энцефалита;
- клещевого боррелиоза (болезни Лайма), гранулоцитарного анаплазмоза человека, моноцитарного эрлихиоза человека, если лечение от таких заболеваний прямо предусмотрено Полисом.

4. Не является страховым случаем:

4.1. Обращение Застрахованного лица за медицинской помощью, связанной с лечением заболеваний, не предусмотренных Программой, а также хронических форм клещевого энцефалита, их осложнений, последствий, возникших до начала действия договора страхования.

4.2. Обращение Застрахованного лица по поводу лечения болезней, не предусмотренных Программой, и иных инфекционных заболеваний и/или осложнений, последствий, находящихся в прямой причинной связи с такой болезнью, в том числе возникших до начала действия Полиса.

4.3. Стоимость антибактериальных препаратов, применяемых в амбулаторных условиях.

4.4. Предварительная вакцинация.

4.5. Обращение Застрахованного лица за медицинской помощью, связанной с лечением заболеваний, не предусмотренных Полисом, их осложнений, последствий, возникших до начала действия Полиса.

Программа №8 «Педиатрия»

(услуги в рамках настоящей Программы предоставляются при наличии Направления Страховщика, если договором страхования не оговорено иное)

Страховым случаем в рамках настоящей Программы является: обращение застрахованного лица (или его законных представителей) по Направлению, выданному Страховщиком, если договором страхования не предусмотрено иное, в специализированные медицинские организации (отделения), оказывающие амбулаторно-поликлиническую помощь, стационарную медицинскую помощь, стоматологическую помощь детям, за получением медицинских и иных услуг, в пределах перечня, предусмотренного настоящей программой страхования, при расстройствах здоровья застрахованного лица, относящихся к одному или нескольким классам МКБ, за исключением V, XV, XVI, XVII, XX и повлекшее за собой возникновение обязательств Страховщика произвести оплату оказанных медицинских и иных услуг, предусмотренных настоящей программой страхования, и организации их оказания в пределах страховой суммы.

Предоставление услуг осуществляется на основании Направления, выданного Застрахованному лицу Страховщиком, если договором страхования не предусмотрено иное.

1. Застрахованными лицами являются лица обоих полов возрастом от 1 года до 17 лет на дату заключения договора страхования.

2. В рамках настоящей Программы Застрахованному лицу *предоставляются следующие услуги:*

2.1. Первичный и повторные врачебные осмотры и консультации педиатра, неонатолога, или семейного врача на дому и в поликлинике, разработка индивидуальной программы наблюдения;

2.2. Приемы, консультации и другие профессиональные услуги врачей следующих специальностей по направлению педиатра, неонатолога, или семейного врача: аллерголог, гастроэнтеролог, гинеколог, дерматолог, иммунолог; инфекционист, невролог, ортопедия (только по медицинским показаниям, после несчастного случая (травмы), произошедшего в период действия договора страхования), отоларинголог, офтальмолог, проктолог, пульмонолог, ревматолог, терапевт, травматолог, стоматолог, уролог, хирург, эндокринолог, и иные по медицинским показаниям.

2.3. Лабораторная диагностика по медицинским показаниям: общеклинические исследования; биохимические исследования; бактериологические исследования; иммуносерологические исследования; цитологические исследования; иные лабораторные методы исследования;

2.4. Инструментальная диагностика по медицинским показаниям: ультразвуковая диагностика; функциональная диагностика; лучевая диагностика; рентгеновская компьютерная томография, ядерно-магнитно-резонансные исследования; эндоскопические методы исследования; иные инструментальные методы исследования.

2.5. Проведение лечебных мероприятий и процедур по медицинским показаниям и направлению педиатра или семейного врача;

2.6. Физиотерапевтическое лечение по медицинским показаниям: гальванизация, электрофорез, фонофорез, магнитотерапия, лазеротерапия, СВЧ-терапия, УЗ-терапия, теплолечение, УВЧ-терапия, УФО-терапия; лечебный массаж, ЛФК, мануальная терапия, иглорефлексотерапия; иные методы физиотерапевтического лечения.

2.7. Стоматологическая помощь;

2.8. Лечение в дневном стационаре;

2.9. Динамическое наблюдение лечащего врача;

2.10. При наличии показаний: стационарное обследование и лечение в профильных больницах, клиниках, отделениях: гинекологических; гастроэнтерологических; кардиологических; реанимации (или кардиореанимации); терапевтических; нефрологических; урологических; пульмонологических; эндокринологических; хирургических; гнойной хирургии;

Общество с ограниченной ответственностью «Поволжский страховой альянс»
«Правила добровольного медицинского страхования»

проктологических; инфекционных; неврологических; офтальмологических; ЛОР; аллергологических; гематологических; иных, по медицинским показаниям;

2.11. Дополнительные медицинские консультации специалистов – докторов и кандидатов медицинских наук.

При заключении договора страхования Страховщик имеет право ограничить объем услуг, предоставляемых в рамках настоящей Программы страхования, по количеству и стоимости, в том числе в соответствии с Договором оказания медицинских услуг, заключенным с медицинской организацией.

3. В рамках настоящей Программы страхования Страховщик не рассматривает в качестве страхового случая и не компенсирует затраты на следующие медицинские услуги:

3.1. Любые назначения без медицинских показаний, либо предписанные медицинскими работниками организаций, не включенных в договор страхования;

3.2. Осмотры и консультации психоаналитика, психиатра, нарколога, врачей центров народной и традиционной медицины, экстрасенса, сексопатолога, гомеопата, косметолога;

3.3. Медицинский уход на дому, выполнение медицинских услуг на дому при отсутствии медицинских показаний;

3.4. Необоснованный вызов медицинских работников на дом.

Вызов на дом медицинских работников считается необоснованным, если:

- вызов осуществлен для медицинского обслуживания незастрахованного лица;

- при вызове, осуществленном Застрахованным или лицом, действующим в его интересах, преднамеренно представлена искаженная информация, касающаяся необходимости медицинского обслуживания и/или места пребывания Застрахованного лица;

- вызов осуществлен не в медицинских целях;

- вызов осуществлен к Застрахованному лицу, находящемуся в состоянии алкогольного, наркотического, токсического опьянения или абстинентного синдрома;

- при вызове Застрахованное лицо отсутствует по указанному адресу или отказывается от осмотра.

В случае необоснованного вызова медицинского работника на дом стоимость вызова оплачивается Представителем застрахованного лица.

3.5. Все виды медицинской помощи (в том числе лабораторная и инструментальная диагностика) в объеме, превышающем указанный в договоре на оказание медицинских услуг;

3.6. Компьютерная скрининг-диагностика общей патологии, методы традиционной диагностики: иридодиагностика, аурикулодиагностика, пульсодиагностика, диагностика по методу Фолля, дерматоглифика, электроakupunktura, термopunktura и т.д.;

3.7. Лечение методами традиционной медицины: ароматерапия, энергоинформатика, цуботерапия, гомеопатия, дзю-терапия, механотерапия и т.д.;

3.8. Устранение косметических дефектов: удаление папиллом, бородавок, моллюсков и пр.;

3.9. Коррекция веса, речи; коррекция зрения или его исследование с целью назначения линз или очков или их подбора, кроме факторов нарушения зрения в результате несчастного случая или в других случаях, определенных прямыми медицинскими показаниями; коррекция слуха с помощью слуховых аппаратов, их имплантации;

3.10. Лечение онкологических заболеваний, в том числе злокачественных заболеваний крови и лимфы, а также обусловленных ими осложнений (кроме первичной диагностики);

3.11. Лечение приобретенного иммунодефицита, подтвержденных иммунодефицитных состояний, ВИЧ-инфекции (кроме первичной диагностики);

3.12. Лечение особо опасных инфекций;

3.13. Лечение туберкулеза, муковисцидоза; чесотки, педикулеза, псориаза, глубоких микозов, генерализованных форм хламидиоза, герпеса, цитомегаловирусной инфекции, хронического активного гепатита В, С и D (кроме первичной диагностики);

3.14. Лечение венерических заболеваний, генерализованных и повторных негенерализованных форм заболеваний, передающихся половым путем;

Общество с ограниченной ответственностью «Поволжский страховой альянс»
«Правила добровольного медицинского страхования»

3.15. Лечение психических заболеваний, а также травм и соматических заболеваний, вызванных психическими расстройствами, рассеянного склероза;

3.16. Лечение заболеваний, сопровождающихся хронической печеночной или почечной недостаточностью, требующих проведения планового гемодиализа;

3.17. Зубопротезирование; подготовка к зубопротезированию – депульпирование интактных зубов; лечение хронического пародонтоза; профилактическое снятие зубных отложений с зубов, не подлежащих лечению; фторэлектрофорез; лечение у ортодонта (кроме лечения последствия травм); замена старых пломб без медицинских показаний; санация полости рта (в том числе покрытие зубов фторлаком (кроме зубов, подлежащих лечению) и профилактическая чистка зубов); косметология в стоматологии;

3.18. Подбор методов контрацепции (в том числе введение и удаление внутриматочной спирали); стерилизация; аборт;

3.19. Лечение наследственных заболеваний (в т.ч. врожденных пороков развития), деформаций и хромосомных нарушений,

3.20. Лечение системных заболеваний соединительной ткани;

3.21. Лечение демиелинизирующих заболеваний нервной системы;

3.22. Лекарственное обеспечение;

3.23. Экстренная медицинская помощь.

Программа №9 «Травматология»

(услуги в рамках настоящей Программы предоставляются при наличии Направления Страховщика, если договором страхования не оговорено иное)

1. *Страховым случаем является:* обращение застрахованного лица по Направлению, выданному Страховщиком, если договором страхования не предусмотрено иное, в медицинские организации, оказывающие помощь при травмах за получением медицинских и иных услуг по диагностике, лечению, реабилитации и оздоровлению, в пределах перечня, предусмотренного настоящей программой страхования, при расстройствах здоровья застрахованного лица, относящихся к:

- ✓ Травмы головы
- ✓ Травмы шеи
- ✓ Травмы грудной клетки
- ✓ Травмы живота, нижней части спины, поясничного отдела позвоночника и таза
- ✓ Травмы плечевого пояса и плеча
- ✓ Травмы локтя и предплечья
- ✓ Травмы запястья и кисти
- ✓ Травмы области тазобедренного сустава и бедра
- ✓ Травмы колена и голени
- ✓ Травмы области голеностопного сустава и стопы
- ✓ Травмы, захватывающие несколько областей тела
- ✓ Травмы неуточненной части туловища, конечности или области тела
- ✓ Последствия проникновения инородного тела через естественные отверстия
- ✓ Термические и химические ожоги
- ✓ Отморожение

повлекшее за собой возникновение обязательств Страховщика произвести оплату оказанных медицинских и иных услуг, предусмотренных настоящей Программой страхования, и организации их оказания в пределах страховой суммы.

2. Договор страхования в рамках настоящей Программы заключается в отношении лиц обоих полов возрастом от 18 лет на дату заключения договора страхования.

Предоставление услуг осуществляется на основании Направления, выданного Застрахованному лицу Страховщиком, если договором страхования не предусмотрено иное.

3. В рамках настоящей Программы Страховщик оплачивает следующие услуги:

3.1. Приемы, консультации и другие профессиональные услуги врачей следующих специальностей (только по поводу основного заболевания):

- травматолог, хирург, рентгенолог, гинеколог, офтальмолог, нейрохирург, стоматолог (хирург);

3.2. Лабораторная диагностика по медицинским показаниям:

- общеклинические исследования
- биохимические исследования
- бактериологические исследования
- иммуно-серологические исследования
- цитологические исследования
- иные лабораторные методы исследования

3.3. Инструментальная диагностика по медицинским показаниям:

- ультразвуковая диагностика;
- функциональная диагностика;
- лучевая диагностика;

Общество с ограниченной ответственностью «Поволжский страховой альянс»
«Правила добровольного медицинского страхования»

- рентгеновская компьютерная томография, ядерно-магнитно-резонансные исследования;

- иные инструментальные методы исследования;

- иные врачебные манипуляции.

3.4. Дополнительные медицинские консультации врачей-специалистов, докторов и кандидатов медицинских наук следующих специальностей:

- Хирург, травматолог, невропатолог, физиотерапевт, а также врач любой другой специальности по назначению лечащего врача.

3.5. Медицинская реабилитация больных с помощью физиотерапевтических методов лечения по медицинским показаниям:

- массажа;

- лечебной физкультуры (гигиенической, лечебной гимнастики, оздоровительного бега, физических упражнений в воде и т.п.);

- водных процедур (кислородных, хвойных, йодобромных, сероводородных ванн, циркулярного душа, подводного душ-массажа и т.п.);

- аппаратной физиотерапии (лазеротерапии, магнитотерапии, гальванизации, электрофореза, электросна, амплипульса и т.п.);

- пелоидотерапии (грязелечения, лечения глиной, парафином, озокеритом);

- барокамеры;

- иных физиотерапевтических методов и процедур.

3.6. Выдача листков нетрудоспособности, медицинских справок, выписывание рецептов на приобретение лекарственных препаратов (только по поводу основного заболевания).

4. Не является страховым случаем и не компенсирует затраты на следующие медицинские услуги:

- Любые назначения без медицинских показаний, либо предписанные медицинскими работниками организаций, не включенных в договор страхования;

- Осмотры и консультации психоаналитика, психиатра, нарколога, врачей центров народной и традиционной медицины, экстрасенса, сексопатолога, гомеопата, косметолога;

- Компьютерная скрининг-диагностика общей патологии, методы традиционной диагностики: иридодиагностика, аурикулодиагностика, пульсодиагностика, диагностика по методу Фолля, дерматоглифика, мониторинговое исследование сна, электроакупунктура, термопунктура и т.д.;

- Лечение методами традиционной медицины: ароматерапия, энергоинформатика, пуботерапия, гомеопатия, гипноз, дзю-терапия, механотерапия, мониторинговая очистка кишечника и т.д.;

- Устранение косметических дефектов, в т.ч., удаление папиллом, бородавок, моллюсков и пр.;

- Коррекция зрения или его исследование с целью назначения линз или очков или их подбора, кроме факторов нарушения зрения в результате несчастного случая или в других случаях, определенных прямыми медицинскими показаниями; коррекция слуха с помощью слуховых аппаратов, их имплантации;

- Лечение онкологических заболеваний, в том числе злокачественных заболеваний крови и лимфы, а также обусловленных ими осложнений (кроме первичной диагностики);

- Лечение психических заболеваний, а также травм и соматических заболеваний, вызванных психическими расстройствами;

- Лечение профессиональных заболеваний и их осложнений, вызванных воздействием химических, физических, биологических производственных факторов; лазерного излучения; лучевой болезни;

- Лечение заболеваний полости рта и зубов;

- Лечение наследственных заболеваний (в т.ч. врожденных пороков развития), деформаций и хромосомных нарушений,

- Оформление документов на МСЭК.

Дополнительные Программы страхования:

Условия реализации Дополнительных Программ страхования:

Дополнительные Программы страхования заключаются в дополнение к Основным Программам страхования: «Амбулаторно-поликлиническая помощь», «Стационарная помощь», «Комплексная медицинская помощь», «Гинекология и родовспоможение», «Стоматология», «Укус клеща», «Педиатрия», «Травматология» и в отношении договора страхования сроком действия от 1 (одного) года и более.

Программа «Реабилитационно- восстановительное лечение»

(услуги в рамках настоящей Программы предоставляются при наличии Направления Страховщика, если договором страхования не оговорено иное)

Страховым случаем является: обращение застрахованного лица по Направлению, выданному Страховщиком, если договором страхования не предусмотрено иное, в течение срока действия договора страхования в медицинское учреждение из числа предусмотренных договором страхования для получения реабилитационно-восстановительного лечения, за исключением событий, определенных п.3.2. Правил страхования.

Цель Программы: организация и оплата медицинских услуг, направленных на восстановление здоровья, медицинскую реабилитацию застрахованного лица.

Предоставление услуг осуществляется на основании Направления, выданного Застрахованному лицу Страховщиком, если договором страхования не предусмотрено иное.

Программа предусматривает реабилитационно- восстановительное лечение в медицинских учреждениях:

- санатории;
- санатории-профилактории;
- водо- и грязелечебницы;
- больницы и специализированные отделения восстановительного лечения;
- физкультурные диспансеры;
- реабилитационные центры;
- физио-кабинеты амбулаторно-поликлинических учреждений.

Услуги по реабилитационно- восстановительному лечению предоставляются застрахованному лицу после амбулаторно- поликлинического и/или стационарного лечения по медицинским показаниям по назначению лечащего врача, подтвержденному выпиской из медицинской карты/ истории болезни застрахованного лица, выданным Назначением лечащего врача, в соответствии с объемом медицинских услуг, указанных ниже.

Объем медицинских услуг:

Реабилитационно- восстановительное лечение предоставляется по общему терапевтическому, сердечно-сосудистому, желудочно-кишечному профилю, заболеваниям нервной системы, опорно-двигательного аппарата и иным профилям и включает в себя:

**Общество с ограниченной ответственностью «Поволжский страховой альянс»
«Правила добровольного медицинского страхования»**

- прием, консультация специалистов по восстановительным видам лечения и реабилитации
- лечебная физкультура;
- лечебное питание; диетолечение
- климатолечение;
- фитотерапия
- лечебное плавание в бассейне;
- галотерапия;
- все виды современного физиотерапевтического лечения (лазеротерапия, магнитотерапия, электросон, ультрозвуковая терапия, КВЧ-терапия, индуктометрия, ингаляции, баротерапия и др.);
- лечебные процедуры и манипуляции, осуществляемые в условиях санаторно-курортного учреждения платно ((лекарственные блокады, внутрисуставные инъекции, баночный массаж, промывание миндалин, кишечные промывания и др.);
- диагностические лабораторные и инструментальные исследования (ЭКГ, велоэргометрия, рентгенологические исследования органов грудной клетки, УЗИ, УЗДГ, эндоскопические исследования, клинические, биохимические и бактериологические исследования крови;
- психотерапия;
- массаж;
- механотерапия;
- ингаляции;
- гирудотерапия
- лечение природными факторами (бальнеологическое, грязелечение, климатолечение, талассотерапия, терренкур, душ Шарко, подводное вытяжение и др.);
- нетрадиционные методы лечения иглорефлексотерапия, су-джок-терапия, мануальная терапия и постзимометрическая релаксация, гомеопатическое лечение, точечный массаж, аурикулодиагностика и аурикулотерапия, электропунктура и др.);

Не является страховым случаем по Программе «Реабилитационно-восстановительное лечение»

События, определенные п.3.2. Правил страхования

Программа «Сервисное медикаментозное обеспечение»

Страховым случаем является: обращение Застрахованного лица в аптечную организацию, предусмотренную договором страхования, за получением лекарственных (медикаментозных) средств, назначенных лечащим врачом, в связи с событием, предусмотренным п.п.3.1.1. Правил страхования, за исключением событий, определенных п.3.2. Правил страхования, с целью лечения заболевания(й), относящегося(ихся) к одному или нескольким согласно МКБ, за исключением V, XV, XVI, XVII, XX классов, а так же в целях проведения профилактических мероприятий, снижающих степень опасных для жизни или здоровья застрахованного лица угроз и (или) устраняющих их.

Цель Программы: оплата и предоставление застрахованному лицу медикаментозных средств (лекарственная помощь), назначенных лечащим врачом, необходимых для проведения амбулаторно- поликлинического, стационарного, реабилитационно-восстановительного лечения, клиничко- фармацевтических групп, указанных ниже.

Основанием для получения медикаментозных средств (лекарственная помощь) являются: назначение или рецепт, выданный лечащим врачом или иной документ, в котором указаны: Застрахованное лицо, дата обращения, диагноз, перечень лекарственных средств и изделий медицинского назначения, дата выдачи вышеуказанного документа, подпись лечащего врача, штамп медицинского учреждения.

В случае отсутствия необходимого препарата в аптечном учреждении, согласованном со Страховщиком, застрахованное лицо по предварительному письменному согласованию со Страховщиком, вправе самостоятельно оплатить медикаментозные средства, назначенные лечащим врачом, в количестве и сумме, согласованных со Страховщиком.

Для получения возмещения в связи с понесенными расходами застрахованное лицо предоставляет в адрес Страховщика документы:

- заявление в произвольной письменной форме о согласовании со Страховщиком возможности самостоятельного приобретения назначенных препаратов с указанием наименования, количества, предельной величины возможной стоимости приобретения. Указанное заявление может быть подписано Застрахованным лицом, или его законным представителем при наличии документов, подтверждающих его статус законного представителя, или представителем, действующим на основании надлежащим образом оформленной доверенности,
- оригинал назначения или рецепта, выданный лечащим врачом или иной документ, выданный лечащим врачом,
- платежно- расчетные документы, подтверждающие факт оплаты медикаментозных средств,
- документ, удостоверяющий личность Застрахованного лица: предоставляется Страховщику для ознакомления,
- документ, подтверждающий статус законного представителя Застрахованного лица / при обращении законного представителя застрахованного лица,
- документ, удостоверяющий личность законного представителя Застрахованного лица/ при обращении законного представителя застрахованного лица: предоставляется Страховщику для ознакомления,
- свидетельство о рождении- для несовершеннолетнего Застрахованного лица: предоставляется Страховщику для ознакомления,
- уведомления о банковских реквизитах Застрахованного лица- при выплате безналичным перечислением.

Застрахованному лицу возмещается стоимость медикаментозных средств в размере фактической стоимости приобретенных лекарственных средств и(или) изделий медицинского назначения, но не выше стоимости приобретения, предварительно согласованной со Страховщиком.

Программа предусматривает предоставление застрахованному лицу лекарственных средств и изделий медицинского назначения следующих клинико-фармацевтических групп:

Сердечно-сосудистые средства
Диуретики и препараты с диуретическим эффектом
Средства, применяемые в неврологии
Анальгетики
Противовоспалительные средства
Антибиотики
Противомикробные средства
Противовирусные средства
Противопротозойные средства
Противопаразитарные средства
Противогрибковые средства
Средства, применяемые в гастроэнтерологии и гепатологии
Противоаллергические средства
Бронхо-легочные средства
Препараты половых гормонов и препараты - антагонисты половых гормонов
Анаболические стероиды. Гормоны гипофиза и их аналоги
Кортикотропины, гонадотропины и препараты, влияющие на продукцию гормонов
Средства, влияющие на различные виды обмена
Средства для лечения заболеваний щитовидной железы
Средства, влияющие на гемопоэз, гемостаз, гомеостаз
Витамины и их аналоги, поливитамины, микроэлементы для системного применения
Средства, влияющие на иммунитет
Препараты иммуноглобулинов
Средства, влияющие на тонус и сократительную активность миомерия
Средства, применяемые в гинекологии
Средства, применяемые в оториноларингологии
Средства, применяемые в стоматологии
Средства, применяемые в офтальмологии
Средства, применяемые в проктологии
Средства, применяемые в урологии
Средства для наружного применения
Средства, применяемые в дерматологии
Средства с дезинфицирующим и антисептическим действием
Средства, применяемые в микропедиатрии и педиатрии
Корректирующие (биологически активные) добавки к питанию
Средства медицинской реабилитации

Не является страховым случаем по Программе «Сервисное медикаментозное обеспечение»:

Обращение к Страховщику для получения медикаментозной помощи в связи с событиями, определенными п.3.2. Правил страхования.

Программа «Дистанционная медицинская консультация»
(услуги в рамках настоящей Программы предоставляются при наличии Направления Страховщика, если договором страхования не оговорено иное)

Раздел 1.

1.1. Страховщик при наступлении страхового случая организует оказание и оплачивает медицинские услуги Застрахованному лицу в объеме, предусмотренном в разделе 2 настоящей Программы «Дистанционная медицинская консультация» (далее – Программа) не более страховой суммы, установленной по договору страхования.

1.2. *Страховым случаем* в рамках действия Программы является: обращение застрахованного лица по Направлению, выданному Страховщиком, если договором страхования не предусмотрено иное, в течение срока страхования в медицинское учреждение из числа предусмотренных Договором страхования, за организацией и оказанием медицинских услуг, предусмотренных Программой, вследствие расстройства здоровья Застрахованного лица или состояния Застрахованного лица, требующих организации и оказания таких услуг, в количестве, не превышающем лимиты страхового обязательства Страховщика и с учетом исключений из страхования, установленных Правилами страхования и договором страхования (в т.ч. настоящей Программой).

Предоставление услуг осуществляется на основании Направления, выданного Застрахованному лицу Страховщиком, если договором страхования не предусмотрено иное.

Раздел 2. Объем услуг, входящих в Программу

2.1. Дистанционные медицинские консультации проводятся врачами-консультантами медицинских учреждений, осуществляющих медицинскую деятельность в соответствии с законодательством Российской Федерации.

2.2. Дистанционные медицинские консультации включают в себя:

2.2.1. срочные онлайн-консультации дежурным врачом/ врачом общей практики медицинского учреждения из числа предусмотренных договором страхования, находящимся в данный момент в системе онлайн в течение режима работы медицинской организации;

2.2.2. предоставление письменного заключения с рекомендациями по результатам дистанционной медицинской консультации.

2.3. Во время проведения дистанционной медицинской консультации, врач-консультант информирует о специалистах, к которым следует обратиться Застрахованному лицу для постановки/подтверждения/уточнения диагноза, о рекомендуемых методах диагностики, связанных с ними рисках, их последствиях и ожидаемых результатах и предоставляет иную подобную медицинскую информацию.

Раздел 3. Порядок оказания услуг

3.1. Услуги, указанные выше в разделе 2, предоставляются дистанционно (осуществляются без очного приема Застрахованного лица врачом) с использованием технических средств связи в порядке, предусмотренном информационными материалами медицинского учреждения, актуальным на момент обращения.

3.2. Страховщик обеспечивает возможность ознакомления Застрахованных лиц с порядком, указанным выше в п. 3.1, любым доступным Страховщику способом (в т.ч. посредством устных консультаций, путем размещения информации на своем официальном сайте в сети «Интернет» и(или) на сайте сервисной компании (если привлекается)).

3.3. Для получения услуг, предусмотренных Программой, Застрахованное лицо (его представитель) обязано:

3.3.1. предоставить в адрес медицинского учреждения при обращении следующие сведения и / или документы:

- Направление Страховщика;
- предоставляется по требованию – надлежащим образом подписанное заявление по установленной Страховщиком форме (если предусмотрена) о предоставлении услуги;
- документы или сведения, позволяющие удостоверить личность заявителя;

**Общество с ограниченной ответственностью «Поволжский страховой альянс»
«Правила добровольного медицинского страхования»**

- предоставляется по требованию – надлежащим образом, оформленный документ, подтверждающий полномочия представителя (при обращении представителя);
- предоставляется по требованию – документы, предоставление которых обусловлено выполнением законодательства Российской Федерации;
- документы, необходимые для организации оказания медицинских услуг по Программе.

3.3.2. зарегистрироваться в онлайн ресурсе медицинского учреждения, с помощью которого обеспечивается получение услуг по Программе, когда это предусмотрено порядком, принятым в медицинском учреждении.

3.4. Услуги, предусмотренные п. 2.2.1 настоящей программы оказываются медицинским учреждением в течение режима работы в срок не позднее 24 часов с момента обращения, услуги, предусмотренные п. 2.2.2 настоящей программы оказываются в срок не позднее 72 часов с момента обращения.

3.5. Страховщик может привлекать третье лицо для оказания и предоставления услуг, предусмотренных настоящей Программой.

Раздел 4. Исключения из страхования

Не является страховым случаем и в связи с этим не влечет за собой обязанность Страховщика организовать и оплатить медицинские услуги по Программе следующие обращения Застрахованного лица (его представителя):

4.1. за оказанием медицинских и иных услуг, не предусмотренных настоящей Программой.

4.2. за оказанием дистанционных медицинских консультаций иных специалистов, кроме указанных в настоящей Программе.

4.3. за оказанием дистанционной медицинской консультации Застрахованного лица (его представителя), находящегося в состоянии алкогольного или наркотического опьянения.

4.4. Обращение Застрахованного лица (его представителя) по вопросам:

4.4.1. по которым врач не может сформировать свое профессиональное мнение ввиду технической невозможности произвести осмотр и иные манипуляции с Застрахованным лицом дистанционным способом;

4.4.2. для которых необходимо получение дополнительной информации (результатов осмотров, анализов и пр.) при ее отсутствии.

4.5. Обращение Застрахованного лица (его представителя) касательно состояний Застрахованного лица, связанных:

4.5.1. с любыми видами зависимостей, в том числе алкогольной, наркотической, табачной, токсикологической, но не ограничиваясь ими;

4.5.2. с любыми видами фобий;

4.5.3. с бесплодием, родами, беременностью, включая прерывание беременности;

4.5.4. с расстройствами сексуального характера.

4.6. Обращение Застрахованного лица (его представителя) в связи со следующими заболеваниями Застрахованного лица:

4.6.1. синдром приобретенного иммунодефицита (СПИД), вирус иммунодефицита человека (ВИЧ);

4.6.2. туберкулез;

4.6.3. заболевания, передающиеся половым путем;

4.6.4. психические заболевания и расстройства, расстройства поведения.

4.7. Обращение Застрахованного лица (его представителя) относительно события, определенного п.3.2. Правил страхования

Приложение 2
к Правилам добровольного медицинского страхования

БАЗОВЫЕ ТАРИФЫ
ПО ПРОГРАММАМ ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ
(в % от страховой суммы за годичный период страхования)

Программы страхования	Тариф (%)
Основные:	
1. «Амбулаторно- поликлиническая помощь»	45.38
2. «Стационарная помощь»	19.22
3. «Комплексная медицинская помощь»	26.30
4. «Скорая (неотложная) медицинская помощь»	7.74
5. «Гинекология и родовспоможение»	
Ведение беременности	47.01
Гинекология	35.26
6. «Стоматология»	10.71
7. «Укус клеща»	1.19
8. «Педиатрия»	
Дети от 1 до 14 лет (включительно)	52,78
Подростки от 15 до 17 лет (включительно)	58,64
9. «Травматология»	9.62
Дополнительные:	
«Реабилитационно-восстановительное лечение»	8,65
«Сервисное медикаментозное обеспечение»	45.38
«Дистанционная медицинская консультация»	72.27