

**ОБЩЕСТВО С ОГРАНИЧЕННОЙ ОТВЕТСТВЕННОСТЬЮ
«ПОВОЛЖСКИЙ СТРАХОВОЙ АЛЬЯНС»
(ООО «ПСА»)**

У Т В Е Р Ж Д Е Н О

Генеральный директор

В.О.Бычков
“20”июля 2001г.

Дата редакции “25” марта 2015г.
(Приказ № 39-осн от 25.03.2015г.)

П Р А В И Л А

добровольного медицинского страхования

1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ. СУБЪЕКТЫ СТРАХОВАНИЯ

1.1. В соответствии с законодательством Российской Федерации, Гражданским кодексом РФ, Законом РФ «Об организации страхового дела в Российской Федерации», иными нормативными документами в области страхования настоящие Правила регулируют отношения, возникающие между Страховщиком и Страхователем, по поводу добровольного медицинского страхования граждан.

1.2. Добровольное медицинское страхование осуществляется на основе программ добровольного медицинского страхования (Приложение 7 к настоящим Правилам) и обеспечивает гражданам в соответствии с настоящими Правилами и договором добровольного медицинского страхования получение медицинских и иных услуг при наступлении страхового случая.

1.3. Субъектами договора страхования выступают:

1.3.1. Страховая организация - Общество с ограниченной ответственностью «Поволжский страховой альянс» (сокращенное наименование – ООО «ПСА»), (далее по тексту – «Страховщик»), осуществляющая страховую деятельность в соответствии с лицензией, выданной органом страхового надзора.

1.3.2. Дееспособные физические лица, в том числе индивидуальные предприниматели и (или) юридические лица любых организационно-правовых форм, предусмотренных гражданским законодательством РФ, заключающие договоры страхования (далее по тексту – «Страхователи»).

1.3.3. Физические лица, в пользу которых заключаются договоры страхования (далее по тексту – «Застрахованные»), при этом Страхователи – физические лица, заключившие такие договоры в свою пользу, являются одновременно Застрахованными.

1.3.4. Медицинские организации - осуществляющие медицинскую деятельность в качестве основного (уставного) вида деятельности на основании выданной в установленном порядке лицензии юридические лица любой из предусмотренных законодательством Российской Федерации организационно-правовой формы и индивидуальные предприниматели, осуществляющие медицинскую деятельность.

1.4. Взаимоотношения между Страховщиком и медицинской организацией определяются Договором на предоставление медицинской помощи (медицинских услуг) по добровольному медицинскому страхованию, в соответствии с которым медицинская организация обязуется предоставлять застрахованным лицам медицинскую помощь определенного объема и качества в конкретные сроки в рамках программ медицинского страхования. При этом указанный Договор должен содержать: наименование сторон; виды медицинской помощи и/или реабилитации (медицинских услуг); стоимость услуг и порядок расчетов; порядок контроля качества медицинской помощи и использования страховых средств; ответственность сторон и иные не противоречащие законодательству РФ условия (Приложение 6 к настоящим Правилам).

1.5. Договоры страхования заключаются в пользу граждан в возрасте от рождения до 70 лет.

1.6. Страхование проводится в индивидуальной и коллективной форме. Договор коллективного страхования заключается в пользу работников юридического лица или индивидуального предпринимателя, членов семей таких работников и иных лиц.

1.7. На страхование не принимаются:

- граждане, состоящие на учете в наркологических, психоневрологических, противотуберкулезных, кожно-венерологических диспансерах, центрах по профилактике и борьбе со СПИДом;

- инвалиды I группы или дети - инвалиды;

- больные онкологическими заболеваниями и системными заболеваниями крови.

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

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

1.9. Страховщик размещает информацию о своей деятельности на собственном сайте в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет».

2. ОБЪЕКТ СТРАХОВАНИЯ

2.1. Объектами медицинского страхования могут быть имущественные интересы, связанные с оплатой организации и оказания медицинской помощи (медицинских услуг) и иных услуг вследствие расстройства здоровья физического лица или состояния физического лица, требующих организации и оказания таких услуг, а также проведения профилактических мероприятий, снижающих степень опасных для жизни или здоровья физического лица угроз и (или) устраняющих их (медицинское страхование).

3. ПОНЯТИЕ СТРАХОВОГО РИСКА. СТРАХОВЫЕ СЛУЧАИ

3.1. Страховым риском является предполагаемое событие, на случай наступления которого проводится страхование. Событие, рассматриваемое в качестве страхового риска, должно обладать признаками вероятности и случайности его наступления.

При заключении договора страхования в соответствии с настоящими Правилами страховым риском является риск расстройства здоровья физического лица или состояния физического лица, требующих организации и оказания медицинских и иных (услуг), а также проведения профилактических мероприятий, снижающих степень опасных для жизни или здоровья физического лица угроз и (или) устраняющих их и оказания в связи с этим Застрахованному лицу медицинских и иных услуг.

3.2. Страховым случаем является совершившееся событие, предусмотренное договором страхования, с наступлением которого возникает обязанность Страховщика осуществить страховую выплату.

В соответствии с настоящими Правилами страховым случаем является оказание Застрахованному лицу в медицинских организациях, указанных в договоре, в течение срока действия договора страхования медицинских услуг при остром заболевании, обострении хронического заболевания, прочих состояниях, требующих медицинской помощи, в рамках программ добровольного медицинского страхования, предусмотренных настоящими Правилами страхования.

3.3. Договор страхования может быть заключен на следующих условиях (Программам страхования):

3.3.1. Организации предоставления и оплаты медицинских услуг, предусмотренных программой медицинского страхования, в медицинских организациях и у частнопрактикующих врачей, имеющих лицензию установленного образца, оказывающих амбулаторно-поликлиническую медицинскую помощь (программа №1 «**Амбулаторное лечение**»).

3.3.2. Организации предоставления и оплаты медицинских услуг, предусмотренных программой медицинского страхования, в медицинских организациях, оказывающих стационарную медицинскую помощь (программа № 2 «**Стационарное лечение**»).

3.3.3. Организации предоставления и оплаты медицинских услуг, предусмотренных программой медицинского страхования, в медицинских организациях, оказывающих амбулаторно-поликлиническую и стационарную медицинскую помощь (программа № 3 «**Комплексные медицинские услуги**»).

3.3.4. Организации предоставления и оплаты медицинских услуг, предусмотренных программой медицинского страхования, в медицинских организациях, оказывающих амбулаторно-поликлиническую и стационарную медицинскую помощь, включая реабилитационно-восстановительное лечение (программа №3а «**Комплексные медицинские услуги, включая реабилитационно - восстановительное лечение**»).

3.3.5. Организации предоставления и оплаты медицинских услуг, предусмотренных программой медицинского страхования № 4 «**Стоматологическая помощь**».

3.3.6. Организации предоставления и оплаты медицинских услуг, предусмотренных программой медицинского страхования № 5 «**Неотложная медицинская помощь**».

3.4. Страховыми случаями не являются, и оплата за оказанную медицинскую помощь не производится, если Застрахованное лицо обратилось за оказанием медицинской помощи:

- в связи с проведением плановых приемов врачей, плановых манипуляций, предписанных врачом после оказания экстренной медицинской помощи при первичном обращении;

- в связи с проведением плановых медицинских обследований Застрахованного лица с помощью медицинского оборудования и/или медицинской аппаратуры;
- не предусмотренной Программой добровольного медицинского страхования;
- за пределами Российской Федерации;
- не назначенной врачом (без медицинских показаний);
- без предварительного обращения к Страховщику по указанным в Договоре страхования телефонам;

в связи с:

- коррекцией веса;
- контрацепцией, диагностикой и лечением бесплодия и импотенции;
- прерыванием беременности;
- ведением беременности, родовспоможением (за исключением Программ № 2, № 3 и №3а);
- комплексными аппаратными методами лечения мочеполовой системы;
- хирургическими и терапевтическими методами коррекции зрения и слуха;
- всеми видами протезирования зубов и подготовкой к нему;
- имплантацией зубов, подготовкой к имплантированию;
- хирургическим лечением пародонтоза;
- наблюдением и консультацией у врача ортодонта, получением ортодонтического лечения;
- экспериментальными и исследовательскими методами диагностики и лечения, не прошедшими клинических испытаний, не утвержденными и не зарегистрированными в Государственном реестре новых медицинских технологий (например: лечение стволовыми клетками);
- диагностикой и лечением, проводимым с эстетической, косметической целью, в том числе по поводу заболеваний кожи (папилломы, невусы, кондиломы и пр.);
- нетрадиционной диагностикой: акупунктурной диагностикой, аурикулодиагностикой, иридодиагностикой, пульсодиагностикой, диагностикой по методу Фолля и пр.;
- нетрадиционным лечением: фитотерапия, гирудотерапия, апитерапия и лечение другими средствами природного происхождения, гомеопатия, электроакупунктура и пр.;
- проведением аллерген-специфической гипосенсибилизирующей терапии, в том числе СИТ;
- лечением в «Стационаре одного дня»;
- догоспитальным обследованием;
- диагностикой и лечением ронхопатии (храпа) и ночного апноэ;
- ударно-волновой терапией;
- проведением плановых операций. Под плановыми операциями понимаются операции, проведение которых запланировано заранее, которые выполняются после детального обследования Застрахованного лица и проведения всей необходимой подготовки к операции без причинения при этом вреда жизни и здоровью Застрахованного лица.
- дорогостоящими (высокотехнологичными) видами лечения в медицинской организации. Под дорогостоящими (высокотехнологичными) видами лечения в медицинской организации понимается Перечень дорогостоящих видов лечения в медицинской организации, утвержденный Постановлением Правительства РФ.
- лечением дорогостоящими лекарственными препаратами и расходными материалами. Под дорогостоящими лекарственными препаратами и расходными материалами понимаются такие лекарственные препараты и расходные материалы, которые требуют индивидуального согласования от медицинской организации на закупку и не входят в стоимость проводимого лечения.

3.5. Страховщик не оплачивает услуги по предоставлению медицинской помощи, связанные с лечением следующих заболеваний:

3.5.1. Онкологических заболеваний (после подтверждения диагноза), доброкачественных новообразований нервной системы, лучевой болезни, туберкулеза, саркоидоза, наследственных заболеваний, деформации и хромосомных нарушений, приобретенного иммунодефицита, осложнения сахарного диабета; инфекций, передающихся половым путем, венерических заболеваний; ВИЧ – инфекции и ее осложнений; хронической печеночной и почечной недостаточности; цирроза печени; системных заболеваний соединительной ткани, недифференцированных коллагенозов, болезни Бехтерева, ревматоидного артрита; хронического увеита; профессиональных заболеваний и их осложнений; заболеваний, связанных с последствиями радиоактивного облучения; особо опасных

инфекций (чума, холера, оспа, желтая и другие высокоскоростные геморрагические лихорадки); чесотки, педикулеза, псориаза, атопического дерматита, генерализованных форм: микозов, микоплазмоза, хламидоза, герпеса, цитомегаловирусной инфекции; муковисцидоза, хронического активного гепатита; болезни Паркинсона, демиелинирующих и дегенеративных заболеваний нервной системы; в случае патологии прерывания беременности в сроки до 30 недель с угрозой жизни матери или ребенка, а также лечение обострившихся в результате беременности хронических заболеваний; врожденных аномалий, все виды протезирования.

3.5.2. Психических заболеваний, а также травм и соматических заболеваний, вызванных психическими расстройствами; эпилепсии; алкоголизма, наркомании, токсикомании и их осложнений.

3.5.3. Заболеваний сердца, сосудов, нервной системы, органов зрения и чувств, опорно – двигательного аппарата, требующих реконструктивного оперативного лечения, в том числе аортокоронарное шунтирование, баллонная ангиопластика, стентирование сосудов и др.; имплантация электрокардиостимулятора.

3.5.4. Заболеваний органов и тканей, требующих их трансплантаций, имплантации, протезирования и пластической хирургии.

3.6. Страховщик не оплачивает расходы на лечение травматических повреждений или иных расстройств здоровья, полученных: в состоянии алкогольного, наркотического или токсического опьянения; после произошедшего несчастного случая на производстве; в результате совершения Застрахованными противоправного деяния, находящегося в прямой связи со страховым случаем.

3.7. Страховщик освобождается от страховой выплаты, когда страховой случай наступил вследствие: умышленного причинения Застрахованным вреда своему здоровью, в том числе в связи с покушением на самоубийство.

3.8. При заключении договора страхования в отношении инвалидов II и III группы не предусматривается лечение заболеваний, связанных с причиной инвалидности или являющихся сопутствующими этому заболеванию.

4. СТРАХОВАЯ СУММА

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

4.2. Страховая сумма по договору страхования определяется Страховщиком и Страхователем по их усмотрению исходя из определенных договором условий страхования (программ страхования), действующих на момент заключения договора страхования цен в медицинских организациях на медицинские услуги.

В медицинской организации могут быть предусмотрены сервисные услуги, их перечень устанавливается индивидуально в каждой медицинской организации. Это может быть: одно-двух местная палата, телевизор, телефон, дополнительное питание, индивидуальный сестринский пост и другие, в зависимости от возможностей медицинской организации. Поэтому договором страхования может быть предусмотрено предоставление Застрахованному таких сервисных услуг, что соответственно влечет за собой увеличение стоимости медицинских услуг и возрастание страховой суммы.

При включении в договор страхования (конкретную Программу страхования) условия о предоставлении Застрахованному лицу конкретных сервисных услуг, Страховщик применяет к базовым тарифным ставкам повышающие коэффициенты в установленных диапазонах применения согласно Приложению 1 к настоящим Правилам. Страховая сумма по соглашению сторон соответственно увеличивается на стоимость сервисных услуг, включаемых в Программу страхования, в соответствии с действующим в медицинской организации прейскурантом цен на данные сервисные услуги.

4.3. В период действия договора страхования Страхователь по согласованию со Страховщиком вправе изменить страховую сумму при изменении цен на стоимость медицинских услуг, перечень медицинских услуг (программы медицинского страхования), а также поменять медицинские организации, предоставляющие медицинскую помощь по договору страхования.

Указанные изменения оформляются в письменном виде в форме дополнительного соглашения к договору страхования, которое подписывается Страховщиком и Страхователем с уплатой

дополнительной страховой премии. В этом случае расчет дополнительной страховой премии производится в порядке, предусмотренном подпунктами а) – в) п.5.8. настоящих Правил.

4.4. При заключении договора по нескольким программам страхования страховая сумма устанавливается отдельно по каждой программе, Страховщик несет обязательства по оплате медицинских и иных услуг в пределах страховой суммы по каждой программе страхования.

5. СТРАХОВАЯ ПРЕМИЯ (СТРАХОВЫЕ ВЗНОСЫ). СТРАХОВОЙ ТАРИФ. ПОРЯДОК ПРИМЕНЕНИЯ ПОВЫШАЮЩИХ И ПОНИЖАЮЩИХ КОЭФФИЦИЕНТОВ

5.1. Под страховой премией понимается плата за страхование, которую Страхователь обязан уплатить Страховщику в порядке и в сроки, установленные договором страхования (страховая премия получается путем умножения страхового тарифа на страховую сумму).

Страховая премия (страховые взносы) уплачивается Страхователем в валюте Российской Федерации.

5.2. При заключении конкретного договора добровольного медицинского страхования Страховщик применяет рассчитанные им по каждой медицинской программе базовые страховые тарифы, повышающие/понижающие коэффициенты к ним (Приложение 1 к настоящим Правилам).

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

Законом Российской Федерации “Об организации страхового дела в Российской Федерации” осуществление оценки страхового риска возложено на Страховщика. В связи с этим, основываясь на базовых тарифных ставках, Страховщик, в каждом конкретном случае при заключении договора страхования, для определения степени страхового риска и учета особенностей страхования конкретного лица (лиц) вправе применять к базовым тарифным ставкам повышающие и понижающие коэффициенты в диапазонах применения, указанных в Приложении 1 к настоящим Правилам.

Решение о конкретном размере повышающего или понижающего коэффициента, принимается Страховщиком после изучения и оценки им информации и документов, представленных Страхователем, результатов медицинского обследования (если оно производилось), а также с учетом следующих факторов: возраста и состояния здоровья Застрахованного, профессии (рода деятельности) Застрахованного, количественного состава группы (при коллективном страховании), перечня медицинских услуг, включаемых в программу страхования, оснащения медицинской организации высокотехнологичным медицинским оборудованием (Приложение 1 к настоящим Правилам).

Конкретный размер страхового тарифа определяется договором добровольного медицинского страхования по соглашению сторон.

В связи с отсутствием какой-либо утвержденной методики (рекомендаций) экономического (статистического) обоснования повышающих и понижающих коэффициентов, применяемых при определении конкретного страхового тарифа по конкретному договору добровольного медицинского страхования, их минимальные и максимальные значения, диапазоны применения, а также основные факторы риска, указанные в Приложении 1 к настоящим Правилам, определены на основе анализа практической деятельности ряда страховых организаций по рисковому видам страхования и, в частности, добровольному медицинскому страхованию, а также с учетом многолетней практики применения системы повышающих (понижающих) коэффициентов российскими страховыми организациями.

Обоснование необходимости применения к базовой тарифной ставке повышающих или понижающих коэффициентов, их конкретный размер в установленных настоящими Правилами диапазонах применения, перечисление факторов риска, увеличивающих вероятность наступления страхового случая, и обстоятельств, понижающих вероятность наступления страхового случая, производится Страховщиком в конкретном договоре страхования с учетом оценки страхового риска.

5.3. При заключении договора страхования по нескольким программам добровольного медицинского страхования страховая премия определяется по каждой из включенных в договор программ добровольного медицинского страхования. Страховая премия определяется путем умножения страхового тарифа на страховую сумму.

Размер страховой премии по договору страхования, включающему несколько программ добровольного медицинского страхования, определяется путем суммирования премий по этим программам.

5.4. При заключении договора страхования на неполный год размер страховой премии исчисляется в процентах от годовой суммы страховой премии. При сроке действия договора страхования до 2 месяцев - 30%; 3 месяца - 40%, 4 месяца - 50%, 5 месяцев - 60%, 6 месяцев - 70%, 7 месяцев - 75%, 8 месяцев - 80%, 9 месяцев - 85%, 10 месяцев - 90%, 11 месяцев - 95% от суммы годовой страховой премии.

5.5. Страховая премия по договору страхования может быть уплачена Страхователем единовременно или уплачиваться в рассрочку (в два срока: 50% - при заключении договора, 50% - не позднее 6-ти месяцев с начала действия договора). При этом уплата страховой премии в рассрочку может быть предусмотрена только по договору страхования, заключенному на срок один год. По соглашению сторон сроки и порядок оплаты страховой премии могут быть изменены, что отражается в договоре страхования.

Страховая премия уплачивается наличными деньгами в кассу Страховщика или путем передачи представителю (агенту) Страховщика либо путем безналичных расчетов.

5.6. Страхователь обязан уплатить Страховщику страховую премию (или первый взнос при уплате страховой премии в рассрочку) в течение 5-ти рабочих дней после подписания договора страхования, или в иной срок, согласованный сторонами.

Днем (моментом) уплаты страховой премии (взноса) считается:

- при безналичной оплате - день поступления денежных средств на расчетный счет Страховщика;
- при оплате наличными средствами - день уплаты страховой премии (взноса) в кассу Страховщика или их передачи представителю (агенту) страховой компании.

5.7. В случае неуплаты Страхователем в установленный договором страхования срок страховой премии (при уплате страховой премии единовременно) или первого взноса (при уплате страховой премии в рассрочку) договор страхования считается не вступившим в силу.

При неуплате очередного взноса (при уплате страховой премии в рассрочку) договор страхования расторгается¹ по инициативе Страховщика в соответствии с Гражданским кодексом Российской Федерации (гл.29 ГК РФ).

5.8. Расчет страховой премии по дополнительному соглашению в связи с увеличением страховой суммы при изменении стоимости или расширении перечня медицинских услуг, а также увеличении страхового риска производится в следующем порядке:

а) страховая премия по дополнительному соглашению делится на 12 месяцев и умножается на количество месяцев, оставшихся до конца действия основного договора страхования (неполный месяц считается за полный) - результатом является величина страховой премии по дополнительному соглашению, полученная исходя из увеличенного размера страховой суммы на оставшийся период срока действия основного договора страхования;

б) страховая премия по договору страхования делится на 12 месяцев и умножается на количество месяцев (неполный месяц считается за полный), оставшихся до конца срока действия договора страхования - результатом является величина страховой премии по основному договору на оставшийся период срока его действия;

в) величина страховой премии, подлежащая уплате Страхователем по дополнительному соглашению к основному договору страхования, определяется путем вычитания из полученной величины страховой премии по дополнительному соглашению (п.п. "а") величины страховой премии за оставшийся период срока действия по основному договору страхования (п.п. "б").

5.9. При увеличении страховой суммы соответствующие изменения в договор страхования, согласованные сторонами, оформляются путем составления и подписания дополнительного соглашения. При этом, если повышается страховой риск, Страховщик, по согласованию со Страхователем, применяет к базовым тарифным ставкам повышающие коэффициенты в установленных диапазонах применения согласно Приложению 1 к настоящим Правилам. Расчет дополнительной страховой премии производится в соответствии с п.5.8. настоящих Правил.

Аналогичный порядок действует и при увеличении страхового риска в период действия договора страхования.

¹

Основания для расторжения договора определены ст. 450 ГК РФ.

5.10. В случае изменения по согласованию со Страховщиком условий договора страхования, связанных с сокращением Застрахованным перечня медицинских программ, Страховщик вправе, по согласованию с Застрахованным, возратить ему часть страховой премии пропорционально времени, в течение которого прекращается пользование им медицинскими услугами в рамках исключаемой программы (программ) или зачесть данную сумму в счет оплаты страховой премии при заключении (продлонгации) договора страхования на новый срок. Указанные изменения условий договора страхования оформляются сторонами в письменном виде.

6. СРОК СТРАХОВАНИЯ. ПОРЯДОК ЗАКЛЮЧЕНИЯ И ИСПОЛНЕНИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ

6.1. Договор страхования по соглашению сторон заключается сроком до одного года или на один год.

6.2. При заключении договора страхования между Страхователем и Страховщиком должно быть достигнуто соглашение по следующим существенным условиям:

- о Застрахованном лице (Застрахованных лицах);
- о характере события, на случай наступления которого в жизни Застрахованного лица осуществляется страхование (страхового случая);
- о программе страхования и перечне медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь Застрахованным;
- о размере страховой суммы;
- о сроке действия договора.

6.3. Страховщик обязан ознакомить Страхователя с содержанием Правил страхования и вручить ему один экземпляр вместе с договором страхования (страховым полисом).

6.4. При заключении договора страхования Страховщик имеет право провести медицинское обследование страхуемого лица для оценки фактического состояния его здоровья или потребовать выписку из истории болезни.

Предварительное медицинское обследование производится за счет средств Страхователя.

6.5. Заключение договора страхования с юридическими лицами.

6.5.1. При заключении коллективных договоров на страхование принимается любое количество работников юридического лица.

6.5.2. Основанием для заключения договора является письменное заявление Страхователя по установленной Страховщиком форме (Приложение 2 к настоящим Правилам).

6.5.3. Страховщик вправе запросить от Страхователя – юридического лица документально подтвержденные сведения о заболеваемости с временной утратой трудоспособности на предприятии за последние 3-5 лет – общее количество дней нетрудоспособности и случаев таковой, среднегодовую фактическую численность штатных работников, а при отсутствии таких данных у Страхователя – определять размер подлежащей уплате страховой премии по базовому тарифу, основанному на общей медицинской статистике.

6.5.4. Отношения между Страховщиком и Страхователем оформляются путем составления договора страхования, подписанного сторонами, и выдачи страховых полисов на каждого Застрахованного (Приложения 4, 5 к настоящим Правилам).

Договор страхования оформляется в соответствии с требованиями действующего гражданского законодательства Российской Федерации в двух экземплярах, по одному для каждой стороны. Подписанный Страховщиком экземпляр договора направляется Страхователю – юридическому лицу в течение 5-ти рабочих дней с момента принятия Страховщиком решения о возможности заключения данного договора страхования. К договору прилагается список Застрахованных лиц, являющийся неотъемлемой его частью.

6.6. Заключение договора страхования с физическими лицами.

6.6.1. Основанием для заключения договора страхования с физическим лицом является письменное заявление Страхователя по установленной Страховщиком форме (Приложение 3 к настоящим Правилам).

6.6.2. Договор страхования заключается в форме страхового полиса (Приложение 4 к настоящим Правилам).

Страховой полис выдается каждому Застрахованному в течение 5 рабочих дней после поступления страховой премии или ее первого взноса на расчетный счет или в кассу Страховщика.

6.7. При заключении договора страхования Страхователь обязан сообщить Страховщику известные Страхователю обстоятельства, имеющие существенное значение для определения вероятности наступления страхового случая и размера возможных убытков от его наступления (страхового риска), если эти обстоятельства не известны и не должны быть известны Страховщику. При этом существенными признаются во всяком случае обстоятельства, указанные Страхователем в Заявлении на страхование, а также определенно оговоренные Страховщиком в договоре страхования (страховом полисе) или в его письменном запросе (п.п.6.1. – 6.2. Приложения 5 к настоящим Правилам).

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

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

6.9. Договор страхования вступает в силу (при условии уплаты страховой премии или первого страхового взноса при уплате страховой премии в рассрочку) с даты, указанной в договоре страхования, но не ранее:

- при перечислении денежных средств безналичным порядком - с 00 часов дня, следующего за днем поступления страховой премии (первого страхового взноса) на расчетный счет Страховщика;
- при внесении наличных денежных средств в кассу или представителю Страховщика - с 00 часов дня, следующего за днем, в который была произведена оплата.

Договор страхования оканчивается в 24 часа 00 минут дня, указанного сторонами в договоре как день окончания действия договора страхования.

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

6.11. При заключении договора страхования Страхователь и Страховщик могут договориться об изменении или исключении отдельных положений Правил страхования и о дополнении Правил.

6.12. В случае утраты Страхователем в период действия страхования страхового полиса, на основании его письменного заявления (в произвольной форме) в течение трех рабочих дней ему выдается дубликат полиса. После выдачи дубликата утраченный полис считается недействительным и выплаты по нему не производятся.

6.13. Договор страхования исполняется сторонами в соответствии с законами Российской Федерации, иными нормативными правовыми актами и настоящими Правилами страхования.

6.14. Вопросы, не урегулированные настоящими Правилами, определяются в соответствии с требованиями законодательства Российской Федерации.

Если после заключения договора принят закон, устанавливающий обязательные для сторон правила иные, чем те, которые действовали при заключении договора, условия заключенного договора сохраняют силу, кроме случаев, когда в законе установлено, что его действие распространяется на отношения, возникшие из ранее заключенных договоров.

7. ПОРЯДОК ПРЕКРАЩЕНИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ

7.1. Договор страхования прекращается в случаях:

7.1.1. Истечения срока его действия – с 24 часов дня, определенного договором в качестве даты окончания срока его действия.

7.1.2. Исполнения Страховщиком обязательств перед Страхователем по договору в полном объеме – с момента такового.

7.2. Договор страхования прекращается досрочно в случаях:

7.2.1. Ликвидации Страхователя, являющегося юридическим лицом, или смерти Страхователя, являющегося физическим лицом, кроме случаев правопреемства (с момента регистрации решения учредителей Страхователя в соответствующем органе исполнительной власти; со дня смерти Страхователя).

7.2.2. Смерти Застрахованного (при индивидуальном договоре страхования с физическим лицом) – в день смерти, определенный соответствующим свидетельством.

7.2.3. Неуплаты Страхователем очередного страхового взноса при уплате страховой премии в рассрочку, если стороны не договорились об отсрочке уплаты очередного взноса – с 00 часов суток, следующих за датой, определенной договором страхования для его уплаты.

7.3. Договор также досрочно прекращается в случае отказа Страхователя от замены Страховщика при передаче последним страхового портфеля другому Страховщику в соответствии с законодательством Российской Федерации. В этом случае Страхователю возвращается часть страховой премии пропорционально разнице между сроком, на который был заключен договор страхования, и сроком, в течение которого он действовал.

7.4. 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.

7.5. При досрочном прекращении договора страхования в случаях, предусмотренных п.7.2 настоящих Правил, Страховщик имеет право на часть страховой премии, пропорционально времени, в течение которого действовало страхование.

При досрочном отказе Страхователя от договора страхования (п.7.4 настоящих Правил) уплаченная страховая премия не подлежит возврату, если договором не предусмотрено иное (конкретный размер части страховой премии, подлежащей в данном случае возврату Страхователю, определяется Страховщиком в каждом конкретном случае с учетом срока действия договора, расходов на ведение дела Страховщика).

7.6. Изменение и расторжение сторонами договора страхования осуществляется в порядке, предусмотренном Гражданским кодексом Российской Федерации.

Договор коллективного страхования между Страховщиком и Страхователем не может быть расторгнут или изменен без согласия Застрахованного лица.

7.7. Договор страхования может быть признан недействительным с момента его заключения по основаниям, предусмотренным Гражданским кодексом Российской Федерации.

При недействительности договора страхования каждая из сторон обязана возвратить другой все полученное по нему, если иные последствия недействительности договора не предусмотрены законом.

Признание договора страхования недействительным осуществляется в соответствии с гражданским законодательством Российской Федерации.

7.8. В случае отзыва лицензии Страховщик, в течение месяца со дня вступления в силу данного решения органа страхового надзора, уведомляет Страхователя об отзыве лицензии, о досрочном прекращении договора страхования и/или о передаче обязательств, принятых по договору страхования (страхового портфеля), с указанием страховщика, которому данный портфель может быть передан.

Обязательства по договору страхования, по которому отношения сторон не урегулированы, по истечении трех месяцев со дня вступления в силу решения органа страхового надзора об отзыве лицензии

подлежат передаче другому страховщику в порядке, установленном Законом РФ “Об организации страхового дела в Российской Федерации”.

8. ИЗМЕНЕНИЕ СТРАХОВОГО РИСКА

8.1. В период действия договора страхования Страхователь (Застрахованный) обязан незамедлительно сообщить Страховщику о ставших ему известными значительных изменениях в обстоятельствах, сообщенных Страховщику при заключении договора, если эти изменения могут существенно повлиять на увеличение страхового риска. Значительными во всяком случае признаются, оговоренные в договоре страхования и в переданных Страхователю Правилах страхования. К значительным изменениям, в частности, могут быть отнесены изменения в сведениях, указанных Страхователем в Заявлении на страхование, о первичном диагностировании хронического заболевания, получении тяжелого увечья, установлении инвалидности, а также обстоятельства, предусмотренные Страховщиком и Страхователем в конкретном договоре страхования (п.п.6.3. Приложения 5 к настоящим Правилам).

8.2. При получении информации об обстоятельствах, влекущих увеличение страхового риска Страховщик вправе потребовать изменения условий договора страхования или уплаты дополнительной страховой премии соразмерно увеличению риска. Расчет дополнительной страховой премии производится в порядке, определенном в п.5.8 настоящих Правил.

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

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

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

8.3. Последствия изменения страхового риска в период действия договора страхования, указанные в п.8.2 настоящих Правил, могут наступить только если они прямо предусмотрены в договоре.

9. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

9.1. Права и обязанности Застрахованного по договору страхования.

9.1.1. *Застрахованный имеет право:*

а) на своевременное и качественное получение медицинских услуг в соответствии с избранными Страхователем Программой (программами) страхования и медицинскими организациями, определенными договором страхования;

б) предъявлять претензии к Страховщику по качеству своего обслуживания в избранной медицинской организации и требовать от Страховщика немедленного проведения расследования по таким претензиям.

9.1.2. *Застрахованный обязан:*

а) соблюдать предписания лечащего врача;

б) соблюдать порядок, установленный в медицинской организации;

в) обеспечить надлежащее хранение страхового полиса, исключающее возможность его использования для получения медицинских услуг третьими лицами;

г) сообщить Страхователю и Страховщику об обстоятельствах, влекущих увеличение страхового риска.

9.2. Права и обязанности Страхователя по договору страхования.

9.2.1. *Страхователь имеет право:*

а) осуществлять контроль за соблюдением Страховщиком условий договора страхования;

б) при коллективном страховании в период действия договора страхования заменять Застрахованных, внося соответствующие изменения в список Застрахованных лиц в соответствии с условиями, изложенными в п.9.4 настоящих Правил;

в) расширить список Застрахованных и (или) перечень медицинских услуг и медицинских организаций для Застрахованных в пределах, предусмотренных настоящими Правилами и утвержденными программами добровольного медицинского страхования, при условии подписания подготовленного Страховщиком письменного дополнительного соглашения к договору страхования и своевременной уплаты дополнительно рассчитанной Страховщиком страховой премии;

г) в случае увольнения Застрахованного работника, Страхователь - юридическое лицо вправе заменить его другим в соответствии с условиями, изложенными в п. 9.5 настоящих Правил;

д) досрочно расторгнуть договор страхования в порядке, предусмотренном настоящими Правилами страхования и гражданским законодательством Российской Федерации;

е) отказаться от замены Страховщика в случаях и порядке, предусмотренных законодательством Российской Федерации.

9.2.2. Страхователь обязан:

а) предоставить Страховщику полную и достоверную информацию, необходимую для заключения договора страхования;

б) уплатить страховую премию в размере и в сроки, определенные договором страхования;

в) довести до сведения каждого Застрахованного условия страхования, определенные договором страхования;

г) сообщить Страховщику об обстоятельствах, влекущих увеличение страхового риска.

9.3. Права и обязанности Страховщика.

9.3.1. Страховщик имеет право:

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

б) по соглашению со Страхователем изменить страховую сумму по договору страхования при изменении цен на предоставляемые медицинские услуги (медицинскую помощь) путем составления дополнительного соглашения к договору страхования на условиях настоящих Правил и уплаты дополнительной страховой премии. Расчет дополнительной страховой премии производится в порядке, определенном в п.5.8 настоящих Правил;

в) потребовать расторжения договора страхования и возмещения убытков в порядке, предусмотренном гражданским законодательством Российской Федерации, при неисполнении Страхователем (Застрахованным) обязанностей по сообщению Страховщику об обстоятельствах, влекущих увеличение страхового риска;

9.3.2. Страховщик обязан:

а) заключать договоры на оказание медицинских и иных услуг гражданам в соответствии с нормативными правовыми актами в области медицинского страхования, настоящими Правилами по добровольному медицинскому страхованию с любыми медицинскими организациями;

б) обеспечить своевременную выдачу Застрахованным страховых медицинских полисов;

в) обеспечить предоставление Застрахованным медицинской помощи и услуг, определенных договором страхования;

г) защищать интересы Застрахованных посредством контроля за объемом, сроками и качеством оказываемой Застрахованным медицинской помощи в соответствии с условиями договора;

д) не разглашать полученные в результате своей профессиональной деятельности сведения о состоянии здоровья Застрахованных и их имущественном положении;

е) применять актуарно (экономически) обоснованные страховые тарифы, которые рассчитываются в соответствии с методикой расчета страховых тарифов.

ж) по требованию Страхователя (Застрахованного), а также лиц, имеющих намерение заключить договор страхования, разъяснять положения, содержащиеся в правилах и договорах страхования, расчеты изменения в течение срока действия договора страхования страховой суммы, расчета страховой выплаты.

з) соблюдать требования страхового законодательства.

9.4. В случае увеличения списка Застрахованных при коллективной форме страхования Страхователь представляет Страховщику сведения, предусмотренные настоящими Правилами, о дополнительно страхуемых лицах и уплачивает за них страховую премию за период с заключения договора страхования в отношении указанных лиц до окончания срока страхования. При этом страховая премия за неполный месяц уплачивается как за полный.

В случае уменьшения по инициативе Страхователя числа Застрахованных (исключение Застрахованных из списка производится только с их согласия) договор в отношении этих лиц расторгается в порядке, предусмотренном Гражданским кодексом Российской Федерации. При этом уплаченная Страховщику страховая премия не подлежит возврату, если договором страхования не предусмотрено иное.

9.5. В случае замены Застрахованных лиц другими лицами при коллективной форме проведения страхования без увеличения числа Застрахованных Страхователь представляет Страховщику сведения об исключаемых из списка Застрахованных и включаемых в него. Замена Страхователем Застрахованного лица, названного в договоре страхования, другим лицом, может быть произведена с согласия самого Застрахованного и Страховщика.

После возврата Страховщику страховых полисов на лиц, исключаемых из списка Застрахованных, вновь Застрахованным выдаются страховые полисы на условиях первоначально заключенного договора страхования.

При этом производится пересчет размера страховой премии с учетом состояния здоровья Застрахованных за не истекший срок страхования.

10. ПОРЯДОК ВЫПОЛНЕНИЯ ОБЯЗАТЕЛЬСТВ ПО ДОГОВОРУ. ОПЛАТА СТОИМОСТИ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ. СТРАХОВАЯ ВЫПЛАТА

10.1. Право Застрахованного на получение и оплату медицинской помощи, предусмотренной договором страхования, наступает с даты, указанной в договоре страхования, при условии выполнения обязательств Страхователя по оплате страховых взносов.

10.2. Предоставление медицинской помощи, обусловленной договором страхования, осуществляется путем обращения Застрахованного в медицинские организации, указанные в договоре страхования.

При обращении Застрахованного в медицинскую организацию предъявляется страховой полис, выданный Страховщиком, паспорт либо другой документ, удостоверяющий личность Застрахованного.

По всем проблемным вопросам, возникшим в ходе реализации предоставленных полисом прав Застрахованный обращается по контактному телефону Страховщика, указанному в страховом полисе.

10.3. Оплата стоимости услуг, оказанных медицинскими организациями, производится Страховщиком, исходя из фактических затрат на оказание медицинской помощи и медицинских услуг по ценам, согласованным между Страховщиком и медицинской организацией, в пределах страховой суммы, установленной по договору страхования, путем перечисления Страховщиком денежных средств на счет медицинской организации.

Перечисление денежных средств производится в течение тридцати рабочих дней после получения Страховщиком от медицинской организации счета с указанием диагноза, сроков лечения, перечня оказанных услуг, их стоимости и общей суммы расходов, понесенных по всем услугам, оказанным Застрахованному в пределах программы, предусмотренной договором страхования. В указанный выше срок входит время необходимое Страховщику для согласования им с медицинской организацией разногласий по поводу наступления страхового события и размера страховой выплаты, в случае их возникновения.

Страховщик вправе проверить соответствие оказанных Застрахованному лицу медицинских услуг их перечню по договору страхования.

10.4. В исключительных случаях (а именно, в медицинской организации, указанной в договоре страхования, отсутствует врач соответствующей специальности, необходимое медицинское оборудование или лекарственное средство; Застрахованному необходима экстренная медицинская помощь и т.п.) Страховщик вправе произвести оплату (компенсацию) произведенных с письменного согласия Страховщика Застрахованным лицом расходов по страховому случаю - на основании письменного заявления Застрахованного с приложением оригиналов документов, подтверждающих факт оказания Застрахованному медицинских услуг, диагноза, сроков лечения, перечня оказанных услуг (из числа предусмотренных договором страхования), понесённых расходов. Медицинская организация, в этом случае, определяется по соглашению между Страховщиком, Застрахованным лицом и медицинской

организацией. При необходимости медицинская организация, указанная в договоре страхования, выдает ему направление в согласованную сторонами медицинскую организацию.

Для оплаты (компенсации) понесённых Застрахованным расходов по страховому случаю, он должен в течение 30-ти календарных дней со дня оказания медицинской услуги представить Страховщику перечисленные выше документы.

10.5. Страховщик не оплачивает медицинские услуги, полученные по инициативе Застрахованного лица в медицинских организациях, не указанных в договоре (полисе) страхования, за исключением случаев, когда медицинские услуги получены в медицинской организации, не предусмотренной в договоре страхования, но обращение в которое согласовано (в письменном виде) и/или организовано Страховщиком.

Страховщик также не производит страховую выплату, если Застрахованный получил медицинские услуги, включая любой период пребывания в стационаре, которые не были рекомендованы и письменно засвидетельствованы медицинской организацией (лечащим врачом), как необходимые и целесообразные меры.

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

10.6.1. Воздействия ядерного взрыва, радиации или радиоактивного заражения.

10.6.2. Военных действий, а также маневров или иных военных мероприятий.

10.6.3. Гражданской войны, народных волнений всякого рода или забастовок.

11. ИСКОВАЯ ДАВНОСТЬ. ПОРЯДОК РАЗРЕШЕНИЯ СПОРОВ

11.1. Иск по требованиям, вытекающим из договора добровольного медицинского страхования, может быть предъявлен в сроки, предусмотренные гражданским законодательством Российской Федерации.

11.2. Качество оказания медицинской помощи, соответствие ее условиям, предусмотренным в договоре страхования, контролируется врачами-экспертами Страховщика.

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

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

В других случаях споры, связанные со страхованием, разрешаются судом, арбитражным или третейским судами в соответствии с их компетенцией.

ПРОГРАММЫ
добровольного медицинского страхования

ПРОГРАММА № 1

Добровольного медицинского страхования при амбулаторном лечении

1. Настоящая программа является неотъемлемой частью договора (полиса) добровольного медицинского страхования. Страховщик обязуется организовать предоставление Застрахованному амбулаторной медицинской помощи или иных услуг, оказываемых амбулаторно в медицинских организациях, указанных в договоре (полисе) добровольного медицинского страхования, в объеме перечня медицинских услуг выбранной программы, в пределах страховой суммы, оговоренной в договоре (полисе) добровольного медицинского страхования, при возникновении страхового случая. Все виды медицинской помощи и иных услуг проводятся по медицинским показаниям (по назначению врача).

2. Страхователь (Застрахованный) должен соблюдать предписания лечащего врача, соблюдать распорядок, установленный в медицинской организации. В случае нарушения правил пребывания в медицинской организации и невыполнении указаний лечащего врача, что подтверждается записью в первичной медицинской документации, страховая компания вправе в одностороннем порядке расторгнуть договор.

3. Виды медицинских услуг, предусмотренные программой:

3.1. Посещение врача терапевта, врача педиатра или врача общей практики. Консультация узких врачей специалистов по направлению врача терапевта, врача педиатра или врача общей практики.

3.2. Амбулаторное обследование (лабораторные и инструментальные методы диагностики) по показаниям.

3.3. Медицинские манипуляции: наложение гипсовой лангеты, обработка и ушивание ран и раневых каналов, вправление вывихов суставов, измерение артериального давления, температуры тела, вскрытие и дренирование гнойных образований.

3.4. Профилактические медицинские осмотры.

3.5. Мануальная терапия.

3.6. Физиопроцедуры

3.7. Оздоровительные методики и методы, в т.ч. все виды массажа.

3.8. Медикаментозное обеспечение амбулаторных больных при направлении на стационарозамещающую медицинскую помощь (за исключением категорий больных, видов заболеваний, социальных групп, которым специальными решениями органов государственного управления определены льготы по лекарственному обеспечению).

3.9. Медицинское обеспечение спортивных, массовых, зрелищных, культурных и общественных мероприятий, оздоровительных и трудовых лагерей.

3.10. Консультации по вопросам здоровья и здорового образа жизни.

3.11. Услуги центров здоровья.

3.12. Диагностические исследования, процедуры, манипуляции, консультации и курсы лечения, производимые на дому (кроме лиц которые по состоянию здоровья не могут посещать поликлинику).

3.13. Лечение логоневрозов у лиц старше 18 лет.

3.14. Проведение профилактических прививок работающему населению из групп повышенного риска заражения инфекционными заболеваниями.

3.15. Консультации по вопросам здорового образа жизни (оптимальный двигательный режим, физическая культура, психогигиена, рациональное питание, профилактика вредных привычек, личная гигиена и т. д.).

3.16. Медико-психологическая помощь.

4. Количество обращений в зависимости от срока страхования не может превышать:

Срок страхования	6 месяцев	9 месяцев	12 месяцев
------------------	-----------	-----------	------------

Количество обращений, не более (шт.)	2	3	4
--------------------------------------	---	---	---

5. Страховщик не оплачивает услуги по предоставлению медицинской помощи, связанные с лечением следующих заболеваний:

5.1. Онкологических заболеваний (после подтверждения диагноза), доброкачественных новообразований нервной системы, лучевой болезни, туберкулеза, саркоидоза, наследственных заболеваний, деформации и хромосомных нарушений, приобретенного иммунодефицита, осложнения сахарного диабета; инфекций, передающихся половым путем, венерических заболеваний; ВИЧ – инфекции; хронической печеночной и почечной недостаточности; цирроза печени; системных заболеваний соединительной ткани, недифференцированных коллагенозов, болезни Бехтерева, ревматоидного артрита; хронического увеита; профессиональных заболеваний и их осложнений; особо опасных инфекций (чума, холера, оспа, желтая и другие высокоскоростные геморрагические лихорадки); чесотки, педикулеза, псориаза, атопического дерматита, генерализованных форм: микозов, микоплазмоза, хламидоза, герпеса, цитомегаловирусной инфекции; муковисцидоза, хронического активного гепатита; болезни Паркинсона, демиелинирующих и дегенеративных заболеваний нервной системы.

5.2. Психических заболеваний, а также травм и соматических заболеваний, вызванных психическими расстройствами; эпилепсии; алкоголизма, наркомании, токсикомании и их осложнений.

5.3. Заболеваний сердца, сосудов, нервной системы, органов зрения и чувств, опорно – двигательного аппарата, требующих реконструктивного оперативного лечения, в том числе аортокоронарное шунтирование, баллонная ангиопластика, стентирование сосудов и др.; имплантация электрокардиостимулятора.

5.4. Заболеваний органов и тканей, требующих их трансплантации, имплантации, протезирования и пластической хирургии.

6. По настоящей программе не оплачиваются расходы на лечение травматических повреждений или иных расстройств здоровья, полученных: в состоянии алкогольного, наркотического или токсического опьянения; после произошедшего несчастного случая на производстве; в результате совершения Застрахованными противоправного деяния, находящегося в прямой связи со страховым случаем.

ПРОГРАММА № 2

Добровольного медицинского страхования при стационарном лечении

1. Настоящая программа является неотъемлемой частью договора (полиса) добровольного медицинского страхования. Страховщик обязуется организовать предоставление Застрахованному медицинской помощи или иных услуг, оказываемых в стационаре медицинской организации, указанных в договоре (полисе) добровольного медицинского страхования, в объеме перечня медицинских услуг выбранной программы, в пределах страховой суммы, оговоренной в договоре (полисе) добровольного медицинского страхования, при возникновении страхового случая. Все виды медицинской помощи и иных услуг проводятся по медицинским показаниям (по назначению врача).

2. Страхователь (Застрахованный) должен соблюдать предписания лечащего врача, соблюдать распорядок, установленный в медицинской организации. В случае нарушения правил пребывания в медицинской организации и невыполнении указаний лечащего врача, что подтверждается записью в истории болезни, страховая компания вправе в одностороннем порядке расторгнуть договор.

3. Виды медицинских услуг, предусмотренные данной программой:

3.1. Медицинские услуги, предоставляются Страхователем (Застрахованным) в условиях стационарного лечения в отделениях:

- неврологии;
- терапии;
- педиатрии;
- пульмонологии;
- гинекологии;
- гастроэнтерологии;
- кардиологии;
- травматологии;

- ортопедии;
- нейрохирургии;
- урологии;
- гнойной хирургии;
- экстренной хирургии;
- офтальмологии;
- отоларингологии;
- акушерство.

3.2. Бытовые и сервисные услуги повышенной комфортности, предоставленные медицинской организацией: отдельная палата на 1-2 места, дополнительное питание телевизор, телефон, холодильник и другое (при наличии свободных мест).

3.3. Прочие услуги, оказываемые медицинской организацией при наличии лицензии на эти виды деятельности.

4. В течение срока действия Договора страхования осуществляется не более одной госпитализации Застрахованного лица в медицинскую организацию с длительностью пребывания в медицинской организации не более 15 суток.

5. Страховщик не оплачивает услуги по предоставлению медицинской помощи, связанные с лечением следующих заболеваний:

5.1. Онкологических заболеваний (после подтверждения диагноза), доброкачественных новообразований нервной системы, лучевой болезни, туберкулеза, саркоидоза, наследственных заболеваний, деформации и хромосомных нарушений, приобретенного иммунодефицита, осложнения сахарного диабета; инфекций, передающихся половым путем, венерических заболеваний; ВИЧ – инфекции; хронической печеночной и почечной недостаточности; цирроза печени; системных заболеваний соединительной ткани, недифференцированных коллагенозов, болезни Бехтерева, ревматоидного артрита; хронического увеита; профессиональных заболеваний и их осложнений; особо опасных инфекций (чума, холера, оспа, желтая и другие высокоскоростные геморрагические лихорадки); чесотки, педикулеза, псориаза, атопического дерматита, генерализованных форм: микозов, микоплазмоза, хламидоза, герпеса, цитомегаловирусной инфекции; муковисцидоза, хронического активного гепатита; болезни Паркинсона, демиелинирующих и дегенеративных заболеваний нервной системы.

5.2. Психических заболеваний, а также травм и соматических заболеваний, вызванных психическими расстройствами; эпилепсии; алкоголизма, наркомании, токсикомании и их осложнений.

5.3. Заболеваний сердца, сосудов, нервной системы, органов зрения и чувств, опорно – двигательного аппарата, требующих реконструктивного оперативного лечения, в том числе аортокоронарное шунтирование, баллонная ангиопластика, стентирование сосудов и др.; имплантация электрокардиостимулятора.

5.4. Заболеваний органов и тканей, требующих их трансплантаций, имплантации, протезирования и пластической хирургии.

6. По настоящей программе не оплачиваются расходы на лечение травматических повреждений или иных расстройств здоровья, полученных: в состоянии алкогольного, наркотического или токсического опьянения; после произошедшего несчастного случая на производстве; в результате совершения Застрахованными противоправного деяния, находящегося в прямой связи со страховым случаем.

ПРОГРАММА № 3

**Добровольного медицинского страхования при комплексных медицинских услугах
(стационар + поликлиника).**

1. Страхование по данной программе имеет своей основной целью осуществление как амбулаторных так и стационарных оздоровительных и лечебно-профилактических мероприятий по укреплению здоровья Страхователя (Застрахованного лица), при его обращении в медицинские организации, указанных в договоре (полисе) добровольного медицинского страхования, в объеме перечня медицинских услуг выбранной программы, в пределах страховой суммы, оговоренной в договоре (полисе) добровольного медицинского страхования, при возникновении страхового случая. Все виды медицинской помощи и иных услуг проводятся по медицинским показаниям (по назначению врача).

2. Страхователь (Застрахованный) должен соблюдать предписания лечащего врача, соблюдать распорядок, установленный в медицинской организации. В случае нарушения правил пребывания в медицинской организации и невыполнении указаний лечащего врача, что подтверждается записью в истории болезни, страховая компания вправе в одностороннем порядке расторгнуть договор.

3. Перечень услуг представлен соответственно в Программах №1 и 2.

4. Страховщик не оплачивает услуги по предоставлению медицинской помощи, связанные с лечением следующих заболеваний:

4.1. Онкологических заболеваний (после подтверждения диагноза), доброкачественных новообразований нервной системы, лучевой болезни, туберкулеза, саркоидоза, наследственных заболеваний, деформации и хромосомных нарушений, приобретенного иммунодефицита, осложнения сахарного диабета; инфекций, передающихся половым путем, венерических заболеваний; ВИЧ – инфекции; хронической печеночной и почечной недостаточности; цирроза печени; системных заболеваний соединительной ткани, недифференцированных коллагенозов, болезни Бехтерева, ревматоидного артрита; хронического увеита; профессиональных заболеваний и их осложнений; особо опасных инфекций (чума, холера, оспа, желтая и другие высокоскоростные геморрагические лихорадки); чесотки, педикулеза, псориаза, атопического дерматита, генерализованных форм: микозов, микоплазмоза, хламидоза, герпеса, цитомегаловирусной инфекции; муковисцидоза, хронического активного гепатита; болезни Паркинсона, демиелинирующих и дегенеративных заболеваний нервной системы.

4.2. Психических заболеваний, а также травм и соматических заболеваний, вызванных психическими расстройствами; эпилепсии; алкоголизма, наркомании, токсикомании и их осложнений.

4.3. Заболеваний сердца, сосудов, нервной системы, органов зрения и чувств, опорно – двигательного аппарата, требующих реконструктивного оперативного лечения, в том числе аортокоронарное шунтирование, баллонная ангиопластика, стентирование сосудов и др.; имплантация электрокардиостимулятора.

4.4. Заболеваний органов и тканей, требующих их трансплантаций, имплантации, протезирования и пластической хирургии.

5. По настоящей программе не оплачиваются расходы на лечение травматических повреждений или иных расстройств здоровья, полученных: в состоянии алкогольного, наркотического или токсического опьянения; после произошедшего несчастного случая на производстве; в результате совершения Застрахованными противоправного деяния, находящегося в прямой связи со страховым случаем.

ПРОГРАММА № 3 (а)

1. Программа 3 (а) включает:

1) Все условия Программы № 3;

2) Предоставление реабилитационной медицинской помощи в санаторно-курортных организациях и больницах восстановительного лечения или предоставление лечебно-профилактических мероприятий.

ПРОГРАММА № 4

Добровольного медицинского страхования при стоматологической помощи (без протезирования)

1. Страхование по данной Программе производится для возможности получения высококвалифицированной стоматологической помощи (без протезирования), перечисленной в

данной программе. Страховщик обязуется организовать предоставление Застрахованному стоматологической помощи (без протезирования) в медицинских организациях, указанных в договоре (полисе) добровольного медицинского страхования, в объеме перечня медицинских услуг выбранной программы, в пределах страховой суммы, оговоренной в договоре (полисе) добровольного медицинского страхования, при возникновении страхового случая. Все виды медицинской помощи и иных услуг проводятся по медицинским показаниям (по назначению врача).

2. Страхователь (Застрахованный) должен соблюдать предписания лечащего врача, соблюдать распорядок, установленный в медицинской организации. В случае нарушения правил пребывания в медицинской организации и невыполнении указаний лечащего врача, что подтверждается записью в истории болезни, страховая компания вправе в одностороннем порядке расторгнуть договор.

3. Виды медицинских услуг, предусмотренные данной программой:

3.1. Ортодонтия по косметическим показаниям.

3.2. Стоматологическая помощь лицам старше 18 лет, кроме социально незащищенных групп населения, определенных нормативными актами Правительства РФ, и неотложной помощи, профилактики и неосложненного кариеса, онкостоматологии.

3.3. Лечение заболеваний зубов с применением дорогостоящих медикаментов, приспособлений и пломбировочных материалов.

3.4. Терапевтический, хирургический, ортодонтический приемы, физиотерапевтическое лечение, рентген.

3.5. Пародонтология.

3.6. Хирургические операции.

3.7. Прочие стоматологические услуги, по желанию граждан, выходящие за пределы объемов обследования и лечения, установленных медико-технологическими стандартами.

ПРОГРАММА № 5

Добровольного медицинского страхования «Неотложная медицинская помощь»

1. Настоящая программа является неотъемлемой частью договора добровольного медицинского страхования. Страховщик обязуется организовать представление Застрахованному медицинской помощи в медицинских организациях, указанных в договоре страхования, в пределах страховой суммы, при его обращении (страховом случае) в медицинскую организацию за получением первичной медико-санитарной помощью в неотложной форме или специализированной помощью в неотложной форме. Все виды медицинской помощи и иных услуг проводятся по медицинским показаниям (по назначению врача).

2. Страхователь (Застрахованный) должен соблюдать предписания лечащего врача, соблюдать распорядок, установленный в медицинской организации. В случае нарушения правил пребывания в медицинской организации и невыполнении указаний лечащего врача, что подтверждается записью в истории болезни, страховая компания вправе в одностороннем порядке расторгнуть договор.

3. Виды медицинских услуг, предусмотренные данной программой:

- Экстренная амбулаторная помощь (первичная медико-санитарная помощь в неотложной форме)

Амбулаторная помощь по полису оказывается при острых заболеваниях в медицинских организациях, указанных в договоре (полисе) добровольного медицинского страхования. Программа предусматривает оказание первичной медико-санитарной помощи врачом терапевтом и специализированную помощь врачами специалистами: травматолога, уролога, офтальмолога, отоларинголога при неотложных состояниях. Стоматологическая помощь: удаление зубов в целях снятия острой зубной боли.

- Экстренная госпитализация в стационар (специализированная медицинская помощь в неотложной форме)

Госпитализация по жизненным показаниям. Выезд бригады СП, НМП, неотложная госпитализация на срок до 10 суток при невозможности проведения лечения амбулаторно. Необходимость госпитализации определяется врачом – врачом скорой помощи, врачом приемного отделения медицинской организации и т.д.

По программе возможна одна госпитализация на срок до 10 дней.

