



Страховое общество СПАО «РЕСО-Гарантия»
Адрес: Нагорный проезд, д. 6, Москва, 117105
Телефон: (495) 730-30-00
e-mail: mail@reso.ru, [http:// www.reso.ru](http://www.reso.ru)

ПРАВИЛА

МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ ГРАЖДАН

Добровольное Медицинское Страхование

ПРАВИЛА МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ ГРАЖДАН

На основании настоящих Правил медицинского страхования граждан СПАО «РЕСО-Гарантия» заключает договоры страхования с физическими и юридическими лицами.

1. ОПРЕДЕЛЕНИЯ

- 1.1. **Договор страхования (Полис):** письменное соглашение между Страхователем и Страховщиком, в силу которого Страховщик обязуется за обусловленную договором плату организовать и финансировать предоставление застрахованным лицам медицинской помощи определенного объема или иных услуг по страховым программам, а Страхователь обязуется уплатить страховую премию (страховые взносы) в установленные договором страхования сроки и в соответствующем размере.
- 1.2. **Медицинские услуги (медицинская помощь):** мероприятия или комплекс мероприятий, направленных на профилактику заболеваний, их диагностику и лечение, имеющих самостоятельное законченное значение и определенную стоимость. Медицинская помощь может быть лечебной, диагностической, консультативной, реабилитационно-восстановительной, оздоровительной, профилактической, в том числе иммунопрофилактической, фармацевтической и др.
- 1.3. **Франшиза** - определенная условиями договора страхования часть расходов, связанных с оказанием Застрахованному медицинских и иных услуг, не подлежащая возмещению Страховщиком.
- 1.4. **Персональные данные** - информация, относящаяся к определенному или определяемому на основании такой информации физическому лицу (субъекту персональных данных). Персональными данными в рамках заключенного договора добровольного медицинского страхования признаются, в том числе: фамилия, имя, отчество, дата (год, месяц, день) рождения, паспортные данные, адрес проживания, адрес регистрации (прописки), контактные телефоны, данные о состоянии здоровья, о заболеваниях, а также о случаях обращения Застрахованного лица за медицинской помощью.
- 1.5. **Неиспользованная страховая премия** – это часть оплаченной Страхователем страховой премии, приходящейся на неистекший период страхования.
- 1.6. **Страховая программа** - виды обслуживания, медицинской помощи, страховые риски и возможные расходы, на которые распространяется страховой полис.
- 1.7. **Эвакуация или репатриация** — перемещение застрахованного в другую больницу, располагающую необходимым медицинским оборудованием, либо в той стране, где он обратился за медицинской помощью, либо в иной близлежащей стране (**эвакуация**), либо в стране его основного проживания или в стране его гражданства (**репатриация**). Услуга включает в себя все необходимое лечение на период перемещения застрахованного, а также репатриацию останков.
- 1.8. **Транспортировка** – перемещение застрахованного, необходимое ему по медицинским показаниям любым видом транспорта от места нахождения Застрахованного до лечебного учреждения.
- 1.9. **Лечение** - комплекс медицинских вмешательств, выполняемых по назначению медицинского работника, целью которых является устранение или облегчение проявлений заболевания или заболеваний либо состояний пациента, восстановление или улучшение его здоровья, трудоспособности и качества жизни.

- 1.10. **Врач** - специалист с окончанным высшим медицинским образованием, подтвержденным соответствующими документами об образовании, не являющийся родственником Застрахованного.
- 1.11. **Предшествовавшие состояния** - любое нарушение здоровья (расстройство, заболевание), травма, увечье, врожденная или приобретенная патология, хроническое или острое заболевание, психическое или нервное расстройство, которое у Застрахованного уже было диагностировано или о котором Застрахованный должен был знать или догадываться по имеющимся проявлениям или признакам, существующим на момент заключения договора страхования,. Такие состояния также включают в себя любые осложнения или последствия, связанные с указанными состояниями.
- 1.12. **Срок страхования** - период времени, в течение которого на Застрахованного распространяется действие страховой защиты.

2. ОБЪЕКТ СТРАХОВАНИЯ

Объектом страхования является имущественный интерес застрахованного, связанный с оплатой организации и оказания медицинской и лекарственной помощи (медицинских услуг) и иных услуг вследствие расстройства здоровья застрахованного или состояния застрахованного, требующих организации и оказания таких услуг, а также проведения профилактических мероприятий, снижающих степень опасных для жизни или здоровья застрахованного угроз и (или) устраняющих их .

3. СТРАХОВЫЕ РИСКИ

Страховым риском признается предполагаемое событие, обладающее признаками случайности и вероятности, с наступлением которого (наступлением страхового случая) у Страховщика возникает обязанность произвести страховую выплату.

События, являющиеся в соответствии с настоящими Правилами страховыми случаями, до момента их наступления являются страховыми рисками.

4. СУБЪЕКТЫ СТРАХОВАНИЯ

- 4.1. Субъектами добровольного медицинского страхования выступают Страховщик, Страхователь и Застрахованные лица.
- 4.1.1. **Страховщик:** СПАО «РЕСО-Гарантия», юридическое лицо, созданное в соответствии с законодательством РФ и имеющее лицензию на осуществление страховой деятельности.
- 4.1.2. **Страхователь:** юридическое или дееспособное физическое лицо, заключившее со Страховщиком договор страхования.
- 4.1.3. **Застрахованное лицо:** физическое лицо, в отношении которого заключен договор страхования и имущественные интересы которого являются объектом страхования. Застрахованными лицами могут быть граждане РФ или иностранные граждане, постоянно или временно проживающие/пребывающие на территории РФ. На страхование не принимаются граждане, госпитализированные на дату заключения договора (если договором страхования не предусмотрено иное).
- 4.2. Субъектами добровольного медицинского страхования могут выступать медицинские, аптечные, сервисные (ассистанские) и иные организации, с которыми у Страховщика имеются договорные отношения с целью выполнения обязательств по Договору страхования
- 4.2.1. **Медицинские учреждения:** организации любой формы собственности (лечебно-профилактические и стационарные учреждения, научно-исследовательские и медицинские институты, реабилитационно-восстановительные и санаторно-курортные учреждения и др.) и физические лица, осуществляющие медицинскую деятельность на территории Российской Федерации и (или) за ее пределами, имеющие лицензии на право осуществления медицинской деятельности в соответствии с

законодательством страны, где они располагаются (если применимо), привлекаемые для оказания медицинских услуг Застрахованным.

- 4.2.2. **Аптечные учреждения:** организации, осуществляющие розничную торговлю лекарственными средствами, изготовление и отпуск лекарственных средств в соответствии с требованиями действующего законодательства РФ, имеющие лицензию на право осуществления фармацевтической деятельности, оказывающие услуги Застрахованным по программе 11 «Лекарственное обеспечение». К аптечным учреждениям относятся аптеки, аптеки учреждений здравоохранения, аптечные пункты, аптечные магазины, аптечные киоски. (ст. 4 Закона о лекарственных средствах).
- 4.2.3. **Сервисные (ассистанские) учреждения** - специализированная организация, которая по поручению Страховщика обеспечивает организацию услуг, предусмотренных Договором страхования, и имеет соответствующие договорные отношения с медицинскими учреждениями.

5. СТРАХОВОЙ СЛУЧАЙ

- 5.1. Страховым случаем является обращение Застрахованного лица в течение срока действия договора страхования в медицинское или аптечное учреждение из числа предусмотренных договором страхования или согласованных со Страховщиком при остром заболевании, обострении хронического заболевания, травме и других несчастных случаях за получением медицинской (лечебной, диагностической, консультативной, реабилитационно-восстановительной, оздоровительной, диспансерной, профилактической, в том числе иммунопрофилактической, фармацевтической и др.) и иной (в том числе медико-социальной, медико-транспортной, транспортной, сервисной и др.) помощи, требующей оказания медицинских услуг в пределах их перечня, предусмотренного договором страхования и в соответствии со страховой программой, на условиях которой заключен договор страхования.
- 5.2. Страховым случаем не является и Страховщик не возмещает стоимость медицинских услуг, оказанных Застрахованному лицу:
- 5.2.1. в медицинских учреждениях, не предусмотренных в договоре страхования, и выбор которых не был согласован со Страховщиком.
- 5.2.2. в связи с патологическими состояниями и травмами, возникшими или полученными:
- 5.2.2.1. в состоянии или вследствие алкогольного, наркотического, токсического и иного опьянения Застрахованного лица;
- 5.2.2.2. при управлении Застрахованным лицом транспортным средством под воздействием лекарственных препаратов, ухудшающих реакцию и внимание, в болезненном или утомленном состоянии;
- 5.2.2.3. вследствие передачи Застрахованным лицом управления транспортным средством лицу, находящемуся в состоянии опьянения (алкогольного, наркотического, токсического или иного) или под воздействием лекарственных препаратов, ухудшающих реакцию и внимание, в болезненном или утомленном состоянии;
- 5.2.3. в связи с получением травматического повреждения или иного расстройства здоровья, наступившего в результате или при совершении Застрахованным противоправных действий;
- 5.2.4. в связи с умышленным причинением Застрахованным себе телесных повреждений, суицидальными попытками;
- 5.2.5. не назначенных врачом или выполняемых по желанию Застрахованного;
- 5.2.6. Обращение Застрахованного лица в медицинское учреждение за получением услуг, связанных с преодолением последствий травм, оперативных вмешательств, заболеваний и иных состояний (беременность, роды и т.д.), произошедших за пределами непрерывного периода добровольного медицинского страхования в СПАО "РЕСО-Гарантия"
- 5.3. Не является страховым случаем и не подлежит возмещению стоимость медицинских услуг, оказанных Застрахованному лицу в связи с:

- 5.3.1. военными действиями, маневрами или иными военными мероприятиями, актами терроризма;
- 5.3.2. гражданской войной, народными волнениями всякого рода или забастовками;
- 5.3.3. воздействием ядерного взрыва, радиации или радиоактивного заражения.
- 5.3.4. стихийными бедствиями.
- 5.4. не является страховым случаем событие, произошедшее после увеличения страхового риска, если о таком увеличении Страхователь (Застрахованный) не сообщил Страховщику в порядке и форме, установленной настоящими Правилами и/или условиями действующего договора страхования.

6. СТРАХОВАЯ СУММА, СТРАХОВАЯ ПРЕМИЯ, ФРАНШИЗА

- 6.1. **Страховой суммой** является предельный уровень страхового обеспечения по договору медицинского страхования, определяемый исходя из перечня и стоимости медицинских услуг, предусмотренных договором страхования.
- 6.2. Размер страховой суммы устанавливается Страховщиком по соглашению со Страхователем в договоре страхования.
- 6.3. **Страховой премией** является плата за страхование, которую Страхователь обязан уплатить Страховщику в порядке и в сроки, установленные договором страхования. Часть страховой премии является страховым взносом.
- 6.4. Страховщик при определении размера страховой премии применяет разработанные страховые тарифы.
- 6.5. При определении размера страховой премии и оценки степени страхового риска Страхователю (лицу, принимаемому на страхование) может быть предложено заполнить Медицинскую анкету (Приложение №6 к настоящим Правилам). Сведения, указанные в заявлении на страхование или в Медицинских анкетах, подтверждаются подписью Страхователя (лица, принимаемого на страхование). В случае необходимости, для уточнения указанных данных, Страховщик имеет право запросить от каждого лица, принимаемого на страхование:
 - 6.5.1. Предоставления выписок из историй болезни и/или заключений лечащих врачей о заболеваниях и состояниях, существующих на момент обращения к Страховщику;
 - 6.5.2. Предоставления Удостоверения об инвалидности, при его наличии;
 - 6.5.3. Предоставления справок из диспансеров о постановке/снятии с учета;
 - 6.5.4. Проведения за счет Страхователя (Застрахованного) предварительного медицинского обследования для оценки фактического состояния здоровья.В случае отказа Страхователя (лица, принимаемого на страхование) от заполнения Медицинской анкеты, прохождения медицинского обследования или от предоставления вышеперечисленных документов, Страховщик имеет право отказать Страхователю в заключении Договора страхования.
- 6.6. **Страховой тариф** представляет собой ставку страховой премии с единицы страховой суммы или объекта страхования. Страховщик в каждом конкретном случае при заключении договора страхования, в зависимости от степени страхового риска и с учетом особенностей страхования конкретного лица (лиц) применяет к базовым страховым тарифам (тарифным ставкам) повышающие или понижающие коэффициенты.
- 6.7. По соглашению Сторон, страховая премия в договоре страхования может быть указана в иностранной валюте, эквивалентом которой являются соответствующие суммы в рублях. В этом случае страховая премия уплачивается в рублях по установленному договором страхования курсу данной валюты (но не ниже курса Центрального Банка РФ на день уплаты (перечисления)).
- 6.8. При заключении договора страхования с применением нескольких страховых программ страховая премия определяется по каждой из включенных в договор страхования страховых программ. Размер страховой премии по договору страхования, включающему несколько страховых программ, определяется путем суммирования премий по этим программам.

- 6.9. Страховая премия по договорам страхования уплачивается единовременно либо в рассрочку в соответствии с условиями договора страхования и в оговоренные договором сроки.
- 6.10. Страховая премия уплачивается:
- 6.10.1. в безналичной форме путем перечисления на расчетный счет Страховщика;
- 6.10.2. в наличной форме в кассу Страховщика.
- 6.11. Моментом уплаты страховой премии считается:
- 6.11.1. при безналичной оплате - день поступления денежных средств на расчетный счет Страховщика;
- 6.11.2. при оплате наличными средствами - день уплаты страховой премии в кассу Страховщика или их передачи представителю (агенту) Страховщика.
- 6.12. 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, т.е. у Страховщика не возникает обязательств по такому договору страхования.
- 6.13. В случае несвоевременной и (или) неполной оплаты очередного (рассроченного) взноса Страховщик направляет Страхователю письменное уведомление (составленное в произвольной форме) с требованием погасить задолженность к установленной в письменном уведомлении дате либо направляет Страхователю письменное уведомление о расторжении Договора страхования в связи с неисполнением/ненадлежащим исполнением обязанности по оплате страховой премии, уплачиваемой в рассрочку.
- 6.14. В Договоре страхования может быть установлена условная, безусловная или временная **франшиза**.
- 6.14.1. При **условной франшизе** Страховщик освобождается от оплаты расходов, связанных с оказанием Застрахованному медицинских и иных услуг, если их размер не превышает франшизу.
- 6.14.2. При **безусловной франшизе** обязательства Страховщика определяются размером расходов за минусом франшизы.
- 6.14.3. Франшиза определяется обеими Сторонами в процентном отношении к страховой сумме или в абсолютной величине.
- 6.14.4. В Договоре страхования также может быть установлена **временная франшиза** - период времени с момента вступления Договора страхования в силу, в течение которого страховые выплаты при возникновении страхового случая или отдельно оговоренных заболеваний (состояний, травм, повреждений) не производятся.
- 6.15. Если договором страхования предусмотрена франшиза, но не указаны условия ее применения (условная или безусловная), то считается, что франшиза является безусловной.

7. ЗАКЛЮЧЕНИЕ, СРОК ДЕЙСТВИЯ И ПРЕКРАЩЕНИЕ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ

- 7.1. Основанием для заключения договора страхования является письменное заявление Страхователя, форма которого устанавливается Страховщиком и в котором сообщаются данные, необходимые для заключения Договора страхования, в том числе список застрахованных лиц. Также для заключения договора страхования Страховщику (по его запросу) должны быть предоставлены письменные согласия на обработку персональных данных от каждого Застрахованного лица. В случае необходимости (по усмотрению Страховщика) помимо документов, предусмотренных в настоящем пункте Правил, Страховщик вправе потребовать от Страхователя предоставления документов и сведений, указанных в п.6.5 Правил.
- 7.2. Договор страхования заключается в письменной форме путем составления одного документа, подписанного обеими сторонами, либо вручения Страховщиком Страхователю страхового полиса, подписанного Страховщиком.
- 7.2.1. Если Страхователем выступает юридическое лицо, в Договоре страхования указываются:

- наименование и юридический адрес Страхователя, банковские реквизиты;
 - наименование и юридический адрес Страховщика, банковские реквизиты;
 - Ф.И.О. ответственного лица со стороны Страхователя и ответственного лица со стороны Страховщика, подписывающих договор страхования, их полномочия;
 - Страховая(ые) программа(ы) с перечнем медицинских учреждений, в которые Застрахованные имеют право обратиться за получением медицинских услуг;
 - Численность застрахованных лиц по страховым программам, общая численность застрахованных по договору страхования;
 - Список застрахованных по установленной Страховщиком форме с указанием фамилии, имени, отчества, пола, даты рождения, адреса проживания, контактных телефонов, номера страховых программ по договору и других персональных данных по запросу Страховщика;
 - условия страхования;
 - срок действия договора страхования;
 - размер страховой премии, подлежащей уплате, порядок и форма его уплаты
 - страховая сумма
 - иные не противоречащие Законодательству РФ условия.
- 7.2.2. Если Страхователем выступает физическое лицо, в Договоре страхования указываются:
- Ф.И.О. Страхователя;
 - домашний адрес и телефон Страхователя;
 - паспортные данные Страхователя;
 - наименование и юридический адрес Страховщика, банковские реквизиты;
 - Ф.И.О. ответственного лица со стороны Страховщика, подписывающего договор страхования, его полномочия;
 - Страховая(ые) программа(ы) страхования с перечнем медицинских учреждений, в которые Застрахованные имеют право обратиться за получением медицинских услуг;
 - Список застрахованных по установленной Страховщиком форме с обязательным с указанием фамилии, имени, отчества, пола, даты рождения, адреса проживания, контактных телефонов, номера страховых программ по договору;
 - условия страхования;
 - срок действия договора страхования;
 - размер страховой премии, подлежащей уплате, порядок и форма его уплаты;
 - страховая сумма
 - иные не противоречащие Законодательству РФ условия.
- 7.3. Страховая программа формируется по выбору Страхователя, согласованному со Страховщиком. Договор страхования может содержать различные страховые программы как из числа страховых программ, являющихся приложением к Правилам страхования, так и содержать программу, составленную из перечня медицинских и иных услуг.
- 7.3.1. Перечень медицинских и иных услуг по Договору страхования в рамках конкретной страховой программы, а также любое сочетание страховых программ может иметь оригинальное название.
- 7.3.2. Страховая программа, являющаяся приложением к договору страхования может иметь текстовое изложение, отличное от текстового изложения программ, являющихся приложением к Правилам страхования.
- 7.4. Одновременно с Договором страхования Страхователю (Застрахованным) может вручаться сертификат (индивидуальная пластиковая карточка), являющийся именным документом, удостоверяющим право Застрахованного лица на получение медицинских услуг по договору страхования.

- 7.4.1. Сертификат (индивидуальная пластиковая карточка) содержит уникальный номер, ФИО застрахованного, срок страхования. В ряде случаев сертификат (индивидуальная пластиковая карточка) может использоваться как пропуск в медицинское учреждение.
- 7.4.2. Сертификат (индивидуальная пластиковая карточка) выдается Страхователю в течение семи рабочих дней после вступления договора страхования в силу.
- 7.4.3. В случае утраты сертификата (индивидуальной пластиковой карточки) в период действия договора страхования Страхователю (Застрахованному лицу) на основании его письменного заявления выдается дубликат, после чего утраченный сертификат (индивидуальная пластиковая карточка) считается аннулированным.
- 7.4.4. При утрате дубликата сертификата (индивидуальной пластиковой карточки) в период действия договора для получения второго и последующих дубликатов Страхователь уплачивает Страховщику денежную сумму в размере стоимости изготовления.
- 7.4.5. Страхователю (Застрахованному) запрещается передавать сертификат (индивидуальную пластиковую карточку) другому лицу с целью получения им услуг по Договору страхования. Страховщик не возмещает расходы на оказание услуг лицам, не указанным в Договоре страхования как Застрахованный.
- 7.5. Договор страхования вступает в силу в сроки, установленные в договоре страхования, но не ранее даты уплаты страховой премии или первого ее взноса, если иное не указано в Договоре страхования. Днем уплаты страховой премии считается дата поступления денежных средств на расчетный счет или в кассу Страховщика.
- 7.6. Предоставление медицинских услуг, предусмотренных договором страхования, осуществляется при обращении Застрахованного лица в медицинские учреждения, предусмотренные в договоре страхования или в медицинскую диспетчерскую службу Страховщика. При обращении Застрахованного лица в медицинское учреждение предъявляется страховая полис либо сертификат (индивидуальная пластиковая карточка), паспорт или иной документ, удостоверяющий личность Застрахованного лица.
- 7.7. Договор страхования заключается сроком на один год, если условиями договора не предусмотрено иное.
- 7.8. При заключении договора сроком менее одного года, а так же при дополнительном страховании лиц на срок менее одного года в рамках действующего договора, размер страховой премии составляет:

Срок страхования, мес.	Процент от годовой страховой премии по страховой программе
до 1 месяца	30 %
от 1 до 2 месяцев	40 %
от 2 до 3 месяцев	50 %
от 3 до 4 месяцев	60 %
от 4 до 5 месяцев	65 %
от 5 до 6 месяцев	70 %
от 6 до 7 месяцев	75 %
от 7 до 8 месяцев	80 %
от 8 до 9 месяцев	85 %
от 9 до 10 месяцев	90 %
от 10 до 11 месяцев	95 %

- 7.9. Договор страхования прекращается, и Застрахованное лицо утрачивает право на получение медицинских услуг в случаях:
- 7.9.1. истечения срока действия;
- 7.9.2. исполнения Страховщиком обязательств по договору в полном объеме;

- 7.9.3. неуплаты Страхователем очередного страхового взноса в установленные договором страхования сроки и в определенном размере (с учетом положений п.6.13 Правил);
- 7.9.4. смерти Страхователя - физического лица или Застрахованного лица;
- 7.9.5. ликвидации Страховщика в установленном законодательством Российской Федерации порядке;
- 7.9.6. признания судом договора страхования недействительным;
- 7.9.7. в других случаях, предусмотренных действующим законодательством Российской Федерации и настоящими правилами.
- 7.10. Страхователь вправе отказаться от договора страхования в любое время. При досрочном отказе Страхователя от договора страхования уплаченная Страховщику страховая премия не подлежит возврату, кроме условий, изложенных в п.7.17 настоящих Правил.
- 7.11. В случае досрочного прекращения действия Договора страхования в части одного или нескольких застрахованных лиц по инициативе Страхователя, неиспользованная страховая премия за этих лиц возврату не подлежит, но может быть зачтена Страховщиком при последующем страховании новых лиц в рамках этого же действующего Договора страхования и/или учтена им при уплате последующих страховых взносов по тому же Договору.
- 7.12. О намерении досрочного расторжения договора страхования стороны обязаны уведомить друг друга не менее чем за 30 дней до предполагаемой даты прекращения договора страхования, если договором страхования не предусмотрено иное.
- 7.13. В случае прекращения договора страхования Страхователь (Застрахованное лицо) обязан в течение 3-х рабочих дней вернуть Страховщику страховой полис и/или сертификат (индивидуальную пластиковую карточку).
- 7.14. В случае прекращения договора страхования по требованию Страховщика, последний возвращает Страхователю неиспользованную страховую премию за неистекший срок договора за вычетом понесенных расходов. Возврат неиспользованной страховой премии производится только в отношении оплаченной части суммы страховой премии, предусмотренной Договором, исходя из следующих параметров:

$$НСП = \frac{\sum_1^n Bз \times (1 - K_{pвд})}{D_{опл}} \times D_k; \text{ где}$$

- НСП - Неиспользованная страховая премия
 n - количество оплаченных страховых взносов
 D_к - Число дней до окончания оплаченного периода
 Bз - Сумма фактически оплаченных страховых взносов
 K_{рвд} - Коэффициент расходов на ведение дела
 D_{опл} - Число дней оплаченного периода

- 7.15. Если после заключения договора страхования будет установлено, что Страхователь сообщил Страховщику недостоверные (заведомо ложные) сведения о состоянии здоровья застрахованных им лиц, или иные сведения, имеющие существенное значение для определения вероятности наступления страхового случая, Страховщик вправе потребовать признания недействительным договора страхования в отношении этих лиц.
- 7.16. Если в течение срока действия договора страхования у Застрахованных лиц выявляются заболевания, указанные в Договоре как не являющиеся страховым случаем, то Страховщик имеет право прекратить организацию и оплату медицинской и иной помощи, направленной на преодоление (лечение) данных заболеваний, их последствий и осложнений.
- 7.17. В случае отказа Страхователя, являющегося физическим лицом, от Договора страхования в течение 14 календарных дней со дня его заключения (независимо от момента уплаты страховой премии) при условии отсутствия событий, имеющих признаки страхового случая, произошедших в данном периоде, возврату подлежит:
- уплаченная страховая премия в полном объеме, если Страхователь отказался от Договора до даты возникновения обязательств Страховщика по Договору (далее - до даты начала действия страхования).

- часть уплаченной страховой премии за неистекший срок действия Договора страхования, пропорционально сроку действия Договора, если Страхователь отказался от Договора после даты начала действия страхования. В этом случае Страховщик при возврате уплаченной страховой премии Страхователю вправе удержать ее часть пропорционально сроку действия договора страхования, прошедшему с даты начала действия страхования до даты прекращения действия договора добровольного страхования.

Не подлежит возврату страховая премия, уплаченная в части рисков, предусматривающих оплату оказанной гражданину Российской Федерации, находящемуся за пределами территории Российской Федерации, медицинской помощи и/или оплату возвращения его тела (останков) в Российскую Федерацию.

Для целей реализации настоящего пункта Договор страхования считается прекратившим свое действие с даты получения Страховщиком письменного заявления Страхователя об отказе от Договора страхования или иной даты, установленной по соглашению сторон, но не позднее четырнадцати календарных дней со дня заключения Договора.

Для целей реализации настоящего пункта возврат страховой премии (части страховой премии) осуществляется по выбору Страхователя наличными деньгами или в безналичном порядке в срок, не превышающий 10 рабочих дней со дня получения письменного заявления Страхователя об отказе от Договора.

В случае противоречия положений настоящего пункта Правил иным положениям настоящих Правил, положения настоящего пункта имеют преимущественную силу.

8. ПОСЛЕДСТВИЯ ИЗМЕНЕНИЯ СТЕПЕНИ РИСКА

- 8.1. В период действия договора страхования Страхователь (Застрахованное лицо) обязан незамедлительно в письменной форме сообщать 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 изменениями признаются изменения в обстоятельствах, оговоренных в письменном заявлении и/или определенно оговоренные Страховщиком в Договоре страхования.
- 8.2. Страховщик, уведомленный об обстоятельствах, влекущих увеличение страхового риска, вправе потребовать изменения условий договора страхования или уплаты дополнительной страховой премии соразмерно увеличению риска.
- 8.3. Если Страхователь возражает против изменения условий договора страхования или уплаты дополнительной страховой премии в соответствии с п.8.2 настоящих правил, то, в соответствии с Гражданским Кодексом Российской Федерации, Страховщик вправе потребовать расторжения договора и возмещения убытков, причиненных расторжением договора.

9. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

- 9.1. Страхователь (Застрахованное лицо) имеет право:
 - 9.1.1. выбирать страховые программы в любом их сочетании и наполнении медицинскими и иными услугами, медицинские и иные учреждения, оказывающие услуги по Договору страхования, из числа предложенных Страховщиком и по согласованию с ним;
 - 9.1.2. осуществлять контроль за выполнением условий договора страхования;
 - 9.1.3. изменить численность Застрахованных лиц по договору страхования путем подписания дополнительного соглашения к Договору страхования с предоставлением Страховщику необходимых сведений;
 - 9.1.4. расширить перечень медицинских услуг по дополнительному соглашению со Страховщиком, и уплатить дополнительную страховую премию;
 - 9.1.5. досрочно прекратить договор страхования в отношении конкретного Застрахованного лица после предварительного письменного уведомления Страховщика;
 - 9.1.6. получать медицинские услуги в соответствии с условиями договора страхования;

- 9.1.7. получить дубликат сертификата (индивидуальной пластиковой карточки) в случае его утраты;
- 9.1.8. отказаться на основании письменного заявления Страховщику от Договора страхования в любое время, если к моменту отказа возможность наступления страхового случая отпала по обстоятельствам иным, чем страховой случай.
- 9.1.9. в случае неудовлетворенности качеством оказанных медицинских или сервисных услуг, направить в адрес Страховщика письменную жалобу по электронной почте, факсу или на бумажном носителе;
- 9.1.10. получить доступ к своим персональным данным, обрабатываемым Страховщиком, с правом совершения действий в отношении этих персональных данных, предусмотренных действующим законодательством Российской Федерации.

В соответствии с настоящим пунктом Правил право на получение доступа к персональным данным Застрахованного лица, обрабатываемым Страховщиком, с правом совершения действий в отношении этих персональных данных, предусмотренных действующим законодательством Российской Федерации, имеет Застрахованное лицо или его законный представитель.

9.2. Страхователь (Застрахованное лицо) обязан:

- 9.2.1. своевременно уплачивать страховую премию (страховые взносы) в размерах и порядке, предусмотренных договором страхования;
- 9.2.2. при заключении договора страхования предоставить Страховщику запрошенные им достоверные документы и сведения, влияющие на степень страхового риска.
 - 9.2.2.1. При предварительном анкетировании: достоверные ответы на вопросы анкеты о лицах, принимаемых на страхование, в том числе о показателях здоровья этих лиц;
 - 9.2.2.2. При отсутствии анкетирования сообщить о следующих фактах состояния здоровья лиц, принимаемых на страхование (при условии, что Страхователь располагает данной информацией):
 - Наличии I-ой или II-ой группы инвалидности;
 - Наличии онкологических заболеваний, особо опасных инфекций, ВИЧ-инфекции, туберкулеза, сахарного диабета
 - Наркозависимости, алкоголизме
- 9.2.3. в период действия договора незамедлительно в письменной форме сообщать Страховщику о ставших ему известными значительных изменениях в обстоятельствах, сообщенных Страховщику при заключении договора, если эти изменения могут существенно повлиять на увеличение страхового риска;
- 9.2.4. довести до сведения Застрахованных лиц условия предоставления медицинской помощи;
- 9.2.5. соблюдать предписания лечащего врача;
- 9.2.6. обеспечить сохранность страхового полиса и/или сертификата (индивидуальной пластиковой карточки), и не передавать их другим лицам для получения медицинских услуг;
- 9.2.7. соблюдать порядок, установленный в медицинском учреждении;
- 9.2.8. соблюдать морально-этические нормы поведения при общении с врачами и иным персоналом медицинских учреждений и сотрудниками Страховщика;
- 9.2.9. возместить Страховщику понесенные им затраты за предоставленные услуги, указанные в п.9.4.7 в течение 5-ти банковских дней с даты получения соответствующего счета от Страховщика.
- 9.2.10. получить от Застрахованных лиц, а в случае, если Страхователем заключается договор в отношении себя, предоставить самостоятельно письменное(ые) согласие(я) на обработку Страховщиком его (их-Застрахованных лиц) персональных данных, в соответствии с требованиями действующего законодательства Российской Федерации.
- 9.2.11. по запросу Страховщика незамедлительно (в течение 1 (одного) рабочего дня с момента получения соответствующего запроса Страховщика) предоставить ему указанные в п.9.2.10 письменные согласия Застрахованных лиц

- 9.3. Страховщик обязан:
- 9.3.1. ознакомить Страхователя с настоящими правилами;
 - 9.3.2. выдать страховой полис и/или сертификат (индивидуальную пластиковую карточку) Страхователю;
 - 9.3.3. организовать предоставление Застрахованным лицам медицинских услуг в соответствии со страховой программой;
 - 9.3.4. В случае невозможности оказания медицинским учреждением помощи, предусмотренной Страховой программой, организовать медицинскую помощь в другом медицинском учреждении соответствующего профиля и ценовой категории, определенном по своему усмотрению. При этом, объем медицинской помощи по Страховым программам ограничивается рамками возможностей медицинских учреждений, сотрудничающих со Страховщиком в соответствующем Субъекте Российской Федерации.
 - 9.3.5. не разглашать персональные данные Страхователя (Застрахованного лица);
 - 9.3.6. контролировать объем и сроки услуг, предоставленных Застрахованному в соответствии с условиями Договора страхования;
 - 9.3.7. произвести в установленном порядке оплату услуг, оказанных в соответствии с условиями заключенного Договора страхования при наступлении страхового случая;
 - 9.3.8. соблюдать тайну страхования;
 - 9.3.9. при поступлении жалобы от Страхователя (Застрахованного лица), направленной в адрес Страховщика в соответствии с п.9.1.9 настоящих Правил страхования предпринимать все необходимые меры по изучению и урегулированию ситуации, и в течение 15 рабочих дней с момента получения жалобы направить ему письменный ответ.
- 9.4. Страховщик имеет право:
- 9.4.1. требовать от Страхователя предоставления достоверной информации, необходимой для заключения договора страхования;
 - 9.4.2. досрочно расторгнуть договор страхования в случае нарушения Страхователем (Застрахованным лицом) условий договора или п.9.2 настоящих Правил, если это предусмотрено действующим законодательством;
 - 9.4.3. выяснять причины и обстоятельства страхового случая, включая направление запросов в соответствующие учреждения о факте и причинах страхового случая;
 - 9.4.4. организовывать экстренную медицинскую помощь Застрахованным по жизненным показаниям с привлечением муниципальной медицины (скорая медицинская помощь «03»; госпитализация в ближайший муниципальный стационар и пр.) с дальнейшей организацией перевода по желанию Страхователя (Застрахованного) и при отсутствии медицинских противопоказаний в одно из медицинских учреждений, предусмотренных Договором страхования;
 - 9.4.5. по согласованию со Страхователем изменять страховую программу в случае прекращения взаимоотношений с медицинским учреждением, предусмотренным Договором страхования;
 - 9.4.6. в случае отсутствия возможности предоставления медицинских и иных услуг Застрахованному в медицинских и иных учреждениях, определенных Договором страхования, организовать предоставление необходимых и соответствующих по объему услуг Застрахованному на базе иных учреждений соответствующего профиля, определенных по усмотрению Страховщика;
 - 9.4.7. предъявить Страхователю счет на возмещение затрат, возникших и понесенных Страховщиком при исполнении обязательств по договору, при условии, что:
 - 9.4.7.1. эти затраты явились следствием несоблюдения Страхователем (Застрахованным) условий договора (ложный вызов скорой медицинской помощи; ложный вызов врача на дом; неявка Застрахованного лица на прием к врачу или диагностическое исследование; утеря страховых полисов или сертификатов (индивидуальных пластиковых карточек) и т.д.)

- 9.4.7.2. предоставленные услуги, выходя за рамки страхового покрытия, имели характер жизненных медицинских показаний, и неоказание таких услуг в экстренном порядке могло повлечь существенное ухудшение состояния здоровья Застрахованного (оплата расходных материалов и/или дорогостоящих лекарственных средств при стационарной помощи; оказание экстренной помощи по нестраховому заболеванию или в ситуациях, указанных в пп. 5.2, 5.3 настоящих Правил)
- 9.4.8. самостоятельно принимать решение о предоставлении услуг, указанных в п.9.4.7.2 настоящих Правил
- 9.4.9. рассматривать действия Застрахованного лица как действия самого Страхователя.
- 9.5. В случае увеличения численности Застрахованных лиц Страхователь представляет Страховщику дополнительный список застрахованных установленной формы и уплачивает дополнительную страховую премию за неистекший период страхования в соответствии с условиями договора страхования.

10. ПОРЯДОК ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЫ

- 10.1. Право Застрахованного лица на получение медицинских услуг, предусмотренных договором страхования, наступает с момента вступления договора в силу.
- 10.2. Для получения медицинских услуг Застрахованное лицо обращается в медицинские учреждения, предусмотренные договором страхования или непосредственно к Страховщику по телефонам, указанным в страховом полисе и/или сертификате (индивидуальной пластиковой карточке), для получения информации о порядке предоставления медицинской помощи.
- 10.3. В случае выявления у Застрахованного заболеваний и состояний, не предусмотренных договором страхования и/или при которых лечение не может быть осуществлено в медицинских учреждениях, сотрудничающих со Страховщиком, Страховщик оказывает содействие в направлении Застрахованного в специализированное медицинское учреждение. При этом Страховщик не компенсирует расходы по оплате медицинских услуг, оказанных Застрахованному в этих медицинских учреждениях.
- 10.4. Оплата стоимости медицинских услуг, оказанных Застрахованному лицу медицинскими учреждениями, производится исходя из фактических затрат на оказание медицинских услуг по ценам, согласованным между Страховщиком и медицинским учреждением, после выставления медицинским учреждением Страховщику счета по оказанным услугам.
- 10.5. Страховщик оплачивает счет, выставленный медицинским учреждением в течение 15-ти дней с даты его получения, если договором страхования или договором с медицинским учреждением не установлено иное.
- 10.6. Во всех случаях Страховщик оплачивает услуги медицинских учреждений только в пределах страховой суммы.
- 10.6.1. При необходимости оказания Застрахованному лицу медицинских услуг сверх страховой суммы эти услуги могут быть оказаны Застрахованному только после увеличения страховой суммы по договору с соответствующим увеличением страховой премии. Размер дополнительной страховой премии определяется Страховщиком и отражается в соответствующем дополнительном соглашении к договору страхования
- 10.6.2. При отказе Страхователя в оплате дополнительной страховой премии решение вопроса о возможности получения Застрахованным лицом медицинских услуг в медицинских учреждениях, определенных в договоре страхования, за счет личных средств решается Застрахованным лицом индивидуально.
- 10.7. Не является страховым случаем и Страховщик не оплачивает расходы на медицинские и иные услуги, оказанные Застрахованному лицу если:
- Страхователь сообщил Страховщику недостоверные или неполные сведения, имеющие значение для оценки страхового риска;

- Застрахованным лицом не выполнялись предписания лечащего врача или нарушался определенный лечащим врачом больничный режим;
 - медицинские услуги оказаны Застрахованному лицу в медицинских учреждениях, не предусмотренных договором страхования и не согласованных со Страховщиком;
 - медицинские услуги, не предусмотрены договором страхования;
 - данные услуги были оказаны по желанию Застрахованного, а также вопреки рекомендациям врача или иного специалиста в рамках их компетенции;
 - данные расходы возникли по окончании срока действия Договора страхования, за исключением расходов, связанных с экстренной госпитализацией Застрахованного, начавшейся в течение срока действия Договора страхования;
 - данные расходы связаны с повторным выполнением исследований для плановой госпитализации, не состоявшейся по инициативе Застрахованного;
 - это расходы по плановой госпитализации застрахованного, начиная с 1-го дня после даты окончания действия Договора страхования.
- 10.8. Решение об отказе в страховой выплате принимается Страховщиком и сообщается Страхователю в письменной или устной форме в течение 15 дней с даты получения документов на выплату с мотивированным обоснованием причин отказа.
- 10.9. В отдельных случаях Страховщик может рассмотреть вопрос о возмещении расходов, понесенных Страхователем (Застрахованным) по оплате медицинских и/или иных услуг, оказанных по согласованию со Страховщиком и в соответствии с условиями Договора страхования, непосредственно Страхователю (Застрахованному) наличными деньгами или перечислением на его счет.
- 10.9.1. Затраты должны быть признаны Страховщиком обоснованными если они соответствуют положениям конкретного договора страхования, а так же подтверждаются документами, перечисленными в пункте 10.10 настоящих Правил, являются необходимыми и оплачены Страхователем (Застрахованным) в полном объеме.
- 10.9.2. Заявление Застрахованного принимается в срок не позднее 90 календарных дней после получения им медицинских услуг.
- 10.9.3. Возмещение производится в течение 15-ти рабочих дней после получения от Застрахованного всей необходимой документации.
- 10.10. Для осуществления выплаты в соответствии с п.10.9. настоящих Правил, Застрахованный должен предоставить Страховщику следующие оригинальные документы:
- Заявление в адрес Страховщика;
 - Договор с медицинским или иным учреждением на предоставление платных медицинских услуг или документ его заменяющий;
 - оплаченный счет с указанием медицинского или иного учреждения, перечня оказанных услуг и их стоимости;
 - квитанция и кассовый чек;
 - выписка из истории болезни или другой документ, подтверждающий получение застрахованным оплаченной им услуги, и заверенный подписью и печатью медицинского или иного учреждения;
- 10.11. Страховщик производит страховые выплаты за следующие виды услуг:
- 10.11.1. за простые, сложные и комплексные медицинские услуги,
- 10.11.2. за сервисные услуги, связанные с организацией медицинской помощи, транспортировкой, эвакуацией или репатриацией, а так же с предоставлением самих медицинских услуг;
- 10.11.3. за лекарственные средства и расходные материалы, приобретаемые в аптеках по назначению врача, а также полученные в лечебном учреждении, стоимость которых является отдельной медицинской услугой
- 10.11.4. за койко-день при стационарном, стационарозамещающем, реабилитационно-восстановительном лечении, в стоимость которого могут входить все или отдельные медицинские и иные услуги;
- 10.11.5. за услуги по комплексному диспансерному/профилактическому наблюдению Застрахованных в течение всего срока действия договора страхования с целью своевременного выявления и профилактики различных заболеваний, в том числе профессиональных заболеваний;

- 10.11.6. по подушевому нормативу за комплексное непрерывное и продолжительное медицинское обслуживание, предоставляемое медицинским учреждением Застрахованному в течение определенного периода времени;

11. ПЕРСОНАЛЬНЫЕ ДАННЫЕ

- 11.1. Заключая договор страхования на основании настоящих Правил, Страхователь должен предоставить согласия Застрахованных лиц на обработку их персональных данных
- 11.2. В случае отзыва согласия на обработку своих персональных данных:
- 11.2.1. Застрахованным лицом - действие договора страхования в отношении такого лица прекращается;
- 11.2.2. Страхователем - физическим лицом, договор страхования прекращается полностью.
- 11.3. действие договора страхования (полностью или частично) прекращается досрочно с даты получения Страховщиком соответствующего заявления об отзыве согласия на обработку персональных данных. В этом случае Страховщик обязуется уничтожить такие персональные данные в сроки, установленные действующим законодательством Российской Федерации.
- 11.4. Отзыв Застрахованным лицом или Страхователем согласия на обработку своих персональных данных, признается Страховщиком в качестве волеизъявления Застрахованного лица или Страхователя о досрочном отказе от договора страхования, в связи с чем уплаченная Страховщику страховая премия за лиц, в отношении которых прекращается действие договора страхования, не подлежит возврату Страхователю или зачету при последующем страховании новых лиц.

12. ПРОЧИЕ УСЛОВИЯ

- 12.1. Все иные, не оговоренные настоящими правилами условия, регулируются действующим законодательством Российской Федерации.
- 12.2. Положения конкретных договоров страхования имеют преимущественную силу над положениями настоящих правил.
- 12.3. Внесение изменений и дополнений в условия договора страхования возможно по соглашению сторон и оформляется в письменной форме.

13. ПОРЯДОК РАЗРЕШЕНИЯ СПОРОВ

- 13.1. Все споры по договору страхования между Страховщиком и Страхователем разрешаются путем переговоров, а при недостижении согласия - в судебном порядке.

Приложение № 1 «СТРАХОВЫЕ ПРОГРАММЫ»

к Правилам медицинского страхования граждан

СТРАХОВЫЕ ПРОГРАММЫ

Услуги по каждой из страховых программ предоставляются на базе медицинских и иных учреждений по выбору Страхователя из числа предложенных Страховщиком и по согласованию с ним.

Перечень медицинских и иных учреждений указывается в Договоре страхования.

Все страховые программы могут предусматривать оказание медицинской помощи Застрахованным не только медицинскими учреждениями из числа предусмотренных договором страхования, но и другими медицинскими, аптечными и иными учреждениями, в том числе при путешествии застрахованных по территории России и возникновении страхового случая.

Страховые программы 1-10, 12 предусматривают применение необходимых медикаментов, расходных материалов, медицинской техники и оборудования при оказании медицинских услуг, если иное не указано в договоре страхования.

Программа 1. «Личный врач»

Программа 2. «Врач фирмы»

Медицинская помощь оказывается:

по программе 1: в амбулаторно-поликлиническом учреждении или на дому;

по программе 2: в амбулаторно-поликлиническом учреждении, на дому или в офисе застрахованного – сотрудника фирмы;

Медицинская помощь по программам 1 и 2 включает следующие работы и услуги:

- ◆ по специальности терапия;
- ◆ по специальности педиатрия;
- ◆ по специальности гериатрия;
- ◆ по специальности сестринское дело;
- ◆ по специальности сестринское дело в педиатрии;
- ◆ по специальности физиотерапия;
- ◆ по специальности профилактическая медицина;
- ◆ по специальности общая врачебная практика (семейная медицина);
- ◆ по специальности медицинский массаж;
- ◆ по специальности медикаментозная терапия;
- ◆ по специальности диетология;
- ◆ по специальности лечебная физкультура;
- ◆ по специальности лечебное дело;
- ◆ по транспортировке, эвакуации и репатриации застрахованного в другое лечебное учреждение по медицинским показаниям, в том числе в сопровождении медицинского персонала;
- ◆ взятие материала для лабораторных исследований;
- ◆ выезд врача общей практики (семейного врача, врача офиса), среднего медицинского персонала;
- ◆ организация предоставления амбулаторно-поликлинической помощи по медицинским показаниям, в том числе выезд врачей-специалистов;
- ◆ контрольные осмотры, лечебно-диагностические и профилактические мероприятия;
- ◆ курирование при лечении в стационаре и контроль за ходом лечения;
- ◆ организация экстренной или плановой госпитализации по медицинским показаниям.

Программа 3. «Помощь на дому»

Медицинская помощь оказывается на дому, если того требует состояние здоровья застрахованного лица.

Медицинская помощь по программе включает следующие работы и услуги:

- ◆ по специальности терапия;
- ◆ по специальности педиатрия;
- ◆ по специальности гериатрия;
- ◆ по специальности сестринское дело;
- ◆ по специальности сестринское дело в педиатрии;
- ◆ по специальности физиотерапия;
- ◆ по специальности отоларингология
- ◆ по специальности травматология и ортопедия
- ◆ по специальности неврология
- ◆ по специальности гинекология
- ◆ по специальности профилактическая медицина;
- ◆ по специальности общая врачебная практика (семейная медицина);
- ◆ по специальности медицинский массаж;
- ◆ по специальности медикаментозная терапия;
- ◆ по специальности диетология;
- ◆ по специальности лечебная физкультура;
- ◆ по специальности лечебное дело;
- ◆ по транспортировке, эвакуации и репатриации застрахованного в другое лечебное учреждение по медицинским показаниям, в том числе в сопровождении медицинского персонала;
- ◆ по специальности офтальмология
- ◆ по специальности хирургия
- ◆ взятие материала для лабораторных исследований;
- ◆ выезд врача общей практики (семейного врача, врача офиса), среднего медицинского персонала;
- ◆ организация предоставления амбулаторно-поликлинической помощи по медицинским показаниям, в том числе выезд врачей-специалистов;
- ◆ контрольные осмотры, лечебно-диагностические и профилактические мероприятия;
- ◆ курирование при лечении в стационаре и контроль за ходом лечения;
- ◆ организация экстренной или плановой госпитализации по медицинским показаниям.

Программа 4. «Амбулаторная помощь»

Медицинская помощь оказывается в амбулаторно-поликлиническом учреждении. Медицинская помощь по программе 4 включает следующие работы и услуги:

- ◆ по специальности акушерство и гинекология;
- ◆ по специальности аллергология и иммунология;
- ◆ по специальности анестезиология и реаниматология;
- ◆ по специальности гастроэнтерология;
- ◆ по специальности гематология;
- ◆ по специальности генетика;
- ◆ по специальности гериатрия;
- ◆ по гипер- (гипо) барической оксигенации;
- ◆ по специальности гистология;
- ◆ по специальности дерматовенерология;
- ◆ по специальности диабетология;
- ◆ по диализу;
- ◆ по специальности диетология;
- ◆ по специальности инфекционные болезни;
- ◆ по специальности кардиология;
- ◆ по специальности клиническая лабораторная диагностика;
- ◆ по специальности клиническая фармакология;
- ◆ по специальности колопроктология;
- ◆ по косметологии терапевтической, хирургической;
- ◆ по специальности лабораторная генетика;
- ◆ по специальности лечебная физкультура и спортивная медицина;
- ◆ по специальности логопедия;
- ◆ по специальности мануальная терапия и рефлексотерапия;
- ◆ по медикаментозной терапии;
- ◆ по специальности медицинский массаж;
- ◆ по специальности наркология;
- ◆ по специальности неврология;
- ◆ по специальности нейрохирургия;
- ◆ по специальности неонатология;
- ◆ по специальности нефрология;
- ◆ по специальности общая врачебная практика (семейная медицина);
- ◆ по специальности онкология;
- ◆ по специальности отоларингология;
- ◆ по специальности офтальмология;
- ◆ по специальности педиатрия;
- ◆ по специальности профпатология;
- ◆ по специальности психиатрия;
- ◆ по специальности психотерапия;
- ◆ по применению методов традиционной медицины;
- ◆ по профилактической медицине;
- ◆ по специальности пульмонология;
- ◆ по специальности радиология;
- ◆ по специальности ревматология;
- ◆ по специальности рентгенология;
- ◆ по специальности сердечно-сосудистая хирургия;
- ◆ по специальности сестринское дело;
- ◆ по специальности гигиена;
- ◆ по специальности терапия;
- ◆ по специальности токсикология;
- ◆ по специальности торакальная хирургия;
- ◆ по специальности трансплантология;
- ◆ по специальности трансфузиология;
- ◆ по специальности травматология и ортопедия;
- ◆ по специальности ультразвуковая диагностика;
- ◆ по специальности урология и андрология;

- ◆ по специальности функциональная диагностика;
- ◆ по специальности физиотерапия;
- ◆ по специальности фтизиатрия;
- ◆ по специальности хирургия;
- ◆ по специальности челюстно-лицевая хирургия;
- ◆ по специальности эндоскопия;
- ◆ по специальности эндокринология;
- ◆ по специальности эпидемиология (паразитология);
- ◆ по экспертизе временной нетрудоспособности;
- ◆ по экспертизе на право владения оружием;
- ◆ по экспертизе связи заболеваний с профессией;
- ◆ по предрейсовым медицинским осмотрам водителей транспортных средств;
- ◆ по предварительным и периодическим медицинским осмотрам;
- ◆ контрольные осмотры, лечебно-диагностические и профилактические мероприятия;
- ◆ организация экстренной или плановой госпитализации по медицинским показаниям
- ◆ по транспортировке, эвакуации и репатриации застрахованного в другое лечебное учреждение по медицинским показаниям, в том числе в сопровождении медицинского персонала.
- ◆ по экспертизе профпригодности
- ◆ по экспертизе для разрешения на работу на тер. РФ
- ◆ по наркологической экспертизе
- ◆ по экспертизе качества мед.помощи
- ◆ по экспертизе состояния здоровья

Программа 5. «Стоматологическая помощь»

Медицинская помощь оказывается в амбулаторно-поликлиническом учреждении, располагающем стоматологической службой, либо в самостоятельном стоматологическом учреждении.

Медицинская помощь по программе 5 включает следующие работы и услуги:

- ◆ по специальности стоматология;
- ◆ по специальности стоматология детская;
- ◆ по специальности стоматология терапевтическая;
- ◆ по специальности стоматология хирургическая;
- ◆ по специальности стоматология профилактическая;
- ◆ по специальности стоматология ортопедическая;
- ◆ по специальности ортодонтия;
- ◆ по специальности физиотерапия;
- ◆ по специальности рентгенология;
- ◆ по специальности челюстно-лицевая хирургия.

Программа 6. «Скорая медицинская помощь»

Медицинская помощь оказывается подразделением «Скорой помощи» медицинского учреждения, специализированной «Скорой помощью», а так же иными средствами скоростного сообщения (сан-авиация, поезд и др.).

Медицинская помощь по программе 6 включает следующие работы и услуги:

- ◆ по специальности кардиология
- ◆ по специальности неврология
- ◆ по специальности неонатология
- ◆ по специальности нейрохирургия
- ◆ по специальности токсикология
- ◆ по специальности педиатрия
- ◆ по специальности психиатрия
- ◆ по специальности скорая медицинская помощь
- ◆ по специальности терапия
- ◆ по специальности травматология и ортопедия
- ◆ по специальности трансфузиология
- ◆ по специальности анестезиология и реаниматология
- ◆ Выезд бригады скорой и неотложной медицинской помощи;
- ◆ Проведение диагностических и лечебных мероприятий;
- ◆ Медикаментозная терапия;
- ◆ Организация экстренной госпитализации по медицинским показаниям;
- ◆ Предоставление медико-транспортных услуг по медицинским показаниям.
- ◆ Услуги по эвакуации и репатриации Застрахованного

Программа 7. «Стационарная помощь»

Медицинская помощь оказывается Застрахованным лицам в условиях стационара по медицинским показаниям, требующим экстренной или плановой госпитализации в период от нескольких часов (в том числе «Стационар одного дня») до нескольких недель от начала заболевания.

Медицинская помощь по программе 7 включает следующие работы и услуги:

- ◆ по специальности акушерство и гинекология;
- ◆ по специальности аллергология и иммунология;
- ◆ по специальности анестезиология и реаниматология;
- ◆ по специальности гастроэнтерология;
- ◆ по специальности гематология;
- ◆ по специальности генетика;
- ◆ по специальности гериатрия;
- ◆ по гипер- (гипо) барической оксигенации;
- ◆ по специальности гистология и патологическая анатомия;
- ◆ по специальности дерматовенерология;
- ◆ по диализу;
- ◆ по специальности диетология;
- ◆ по специальности диабетология;
- ◆ по специальности инфекционные болезни;
- ◆ по специальности кардиология;
- ◆ по специальности клиническая лабораторная диагностика;
- ◆ по специальности клиническая фармакология;
- ◆ по специальности колопроктология;
- ◆ по косметологии терапевтической, хирургической;
- ◆ по специальности лабораторная генетика;
- ◆ по специальности лечебная физкультура и спортивная медицина;
- ◆ по специальности логопедия;
- ◆ по специальности мануальная терапия и рефлексотерапия;
- ◆ медикаментозная терапия;
- ◆ по специальности медицинский массаж;
- ◆ по специальности наркология;
- ◆ по специальности неврология;
- ◆ по специальности нейрохирургия;
- ◆ по специальности неонатология;
- ◆ по специальности нефрология;
- ◆ по специальности общая врачебная практика (семейная медицина);
- ◆ по специальности онкология;
- ◆ по специальности отоларингология;
- ◆ по специальности офтальмология;
- ◆ по специальности педиатрия;
- ◆ по применению методов традиционной медицины;
- ◆ по профилактической медицине;
- ◆ по специальности профпатология;
- ◆ по специальности психиатрия;
- ◆ по специальности психотерапия;
- ◆ по специальности пульмонология;
- ◆ по специальности радиология;
- ◆ по специальности ревматология;
- ◆ по специальности рентгенология;
- ◆ по специальности сердечно-сосудистая хирургия;
- ◆ по специальности сестринское дело;
- ◆ по специальности скорая медицинская помощь;
- ◆ по специальности сурдология-оториноларингология;
- ◆ по специальности терапия;
- ◆ по специальности токсикология;
- ◆ по специальности торакальная хирургия;

- ◆ по специальности трансплантология;
- ◆ по специальности трансфузиология;
- ◆ по специальности травматология и ортопедия;
- ◆ по специальности ультразвуковая диагностика;
- ◆ по специальности урология и андрология;
- ◆ по специальности физиотерапия;
- ◆ по специальности фтизиатрия;
- ◆ по специальности функциональная диагностика;
- ◆ по специальности хирургия;
- ◆ по специальности эндоскопия;
- ◆ по специальности эндокринология;
- ◆ по специальности эпидемиология (паразитология);
- ◆ по специальности челюстно-лицевая хирургия;
- ◆ по экспертизе временной нетрудоспособности;
- ◆ по экспертизе связи заболеваний с профессией;
- ◆ пребывание на койке в стационаре, включая питание;
- ◆ пребывание одного из родственников на койке в стационаре при госпитализации ребенка, включая питание;
- ◆ по транспортировке, эвакуации и репатриации застрахованного в другое лечебное учреждение по медицинским показаниям, в том числе в сопровождении медицинского персонала;
- ◆ индивидуальный пост для тяжелого больного.

Программа 8. «Реабилитационно-восстановительное лечение»

Программа «Реабилитационно-восстановительное лечение» оказывается застрахованным в стационарном, амбулаторном или рекреационном учреждении, имеющем лицензию на медицинскую деятельность, по медицинским показаниям, определяемым врачами медицинского учреждения, предусмотренного договором.

Медицинская помощь по программе 8 включает следующие работы и услуги:

- ◆ по специальности акушерство и гинекология;
- ◆ по специальности аллергология и иммунология;
- ◆ по специальности восстановительная медицина;
- ◆ по специальности гастроэнтерология;
- ◆ по специальности гематология;
- ◆ по специальности гериатрия;
- ◆ по гипер- (гипо) барической оксигенации;
- ◆ по специальности дерматовенерология;
- ◆ по специальности диабетология;
- ◆ по специальности диетология;
- ◆ по специальности кардиология;
- ◆ по специальности клиническая лабораторная диагностика;
- ◆ по специальности лечебная физкультура и спортивная медицина;
- ◆ по специальности мануальная терапия и рефлексотерапия;
- ◆ по медикаментозной терапии;
- ◆ по специальности медицинский массаж;
- ◆ по специальности неврология;
- ◆ по специальности нефрология;
- ◆ по специальности онкология;
- ◆ по специальности отоларингология;
- ◆ по специальности офтальмология;
- ◆ по специальности педиатрия;
- ◆ по специальности профпатология;
- ◆ по специальности психотерапия;
- ◆ по специальности пульмонология;
- ◆ по специальности ревматология;
- ◆ по специальности рентгенология;
- ◆ по специальности сестринское дело;
- ◆ по специальности терапия;
- ◆ по специальности травматология и ортопедия;
- ◆ по специальности ультразвуковая диагностика;
- ◆ по специальности урология;
- ◆ по специальности функциональная диагностика;
- ◆ по специальности физиотерапия;
- ◆ по традиционной медицине;
- ◆ по специальности фтизиатрия;
- ◆ по экспертизе временной нетрудоспособности;
- ◆ по специальности эндоскопия;
- ◆ по специальности эндокринология;
- ◆ пребывание на койке (включая питание);
- ◆ по транспортировке, эвакуации и репатриации застрахованного в другое лечебное учреждение по медицинским показаниям, в том числе в сопровождении медицинского персонала.

Программа 9. «Ведение беременности и родов»

Медицинская помощь оказывается на базе лечебных учреждений, имеющих лицензию на основную медицинскую деятельность, в том числе имеющих право на предоставление услуг на ведение беременности и/или родовспоможение.

Объем предоставляемых по программе услуг определяется медицинскими показаниями.

Медицинская помощь по программе 9 включает следующие работы и услуги:

- ◆ по специальности акушерство и гинекология;
- ◆ по специальности анестезиология и реаниматология;
- ◆ по специальности гематология;
- ◆ по специальности генетика;
- ◆ по специальности диетология;
- ◆ по специальности инфекционные болезни;
- ◆ по специальности кардиология;
- ◆ по специальности клиническая лабораторная диагностика;
- ◆ по специальности колопроктология;
- ◆ по специальности лабораторная генетика;
- ◆ по специальности лечебная физкультура и спортивная медицина;
- ◆ по медикаментозной терапии;
- ◆ по специальности медицинский массаж;
- ◆ по специальности неонатология;
- ◆ по специальности нефрология;
- ◆ по профилактической медицине;
- ◆ по специальности психотерапия;
- ◆ по специальности ревматология;
- ◆ по специальности рентгенология;
- ◆ по специальности сестринское дело;
- ◆ по специальности терапия;
- ◆ по специальности токсикология;
- ◆ по специальности ультразвуковая диагностика;
- ◆ по специальности урология;
- ◆ по специальности функциональная диагностика;
- ◆ по специальности физиотерапия;
- ◆ по специальности хирургия;
- ◆ по специальности эндоскопия;
- ◆ по специальности эндокринология;
- ◆ по экспертизе временной нетрудоспособности;
- ◆ контрольные осмотры, лечебно-диагностические и профилактические мероприятия;
- ◆ организация экстренной или плановой госпитализации по медицинским показаниям;
- ◆ выдачу обменной карты беременной (с 28-ой недели беременности)
- ◆ пребывание матери и новорожденного (по желанию застрахованной – отдельно или совместно) на койке в послеродовом отделении стационара (включая питание);
- ◆ по транспортировке, эвакуации и репатриации застрахованного в другое лечебное учреждение по медицинским показаниям, в том числе в сопровождении медицинского персонала.

Программа 10. «Защита от клещевого энцефалита»

Медицинская помощь по программе 10 включает следующие работы и услуги, предоставляемые Застрахованному лицу в случае укуса иксодовым клещом, а так же при подозрении на инфекционные заболевания, передаваемые клещом:

1. Амбулаторно-поликлиническая помощь

- ◆ по специальности аллергология и иммунология;
- ◆ по специальности инфекционные болезни;
- ◆ по специальности клиническая лабораторная диагностика;
- ◆ по специальности клиническая фармакология;
- ◆ медикаментозная терапия;
- ◆ по специальности неврология;
- ◆ по специальности сестринское дело;
- ◆ по специальности хирургия;

2. Стационарная помощь

- ◆ по специальности аллергология и иммунология;
- ◆ по специальности анестезиология и реаниматология;
- ◆ по гипер- (гипо) барической оксигенации;
- ◆ по специальности гистология и патологическая анатомия;
- ◆ по специальности инфекционные болезни;
- ◆ по специальности клиническая лабораторная диагностика;
- ◆ по специальности клиническая фармакология;
- ◆ по специальности лечебная физкультура и спортивная медицина;
- ◆ медикаментозная терапия;
- ◆ по специальности медицинский массаж;
- ◆ по специальности неврология;
- ◆ по специальности рентгенология;
- ◆ по специальности сестринское дело;
- ◆ по специальности трансфузиология;
- ◆ по специальности ультразвуковая диагностика;
- ◆ по специальности физиотерапия;
- ◆ по специальности функциональная диагностика;
- ◆ по экспертизе временной нетрудоспособности;
- ◆ пребывание на койке в стационаре, включая питание;
- ◆ пребывание одного из родственников на койке в стационаре при госпитализации ребенка, включая питание;
- ◆ по транспортировке, эвакуации и репатриации застрахованного в другое лечебное учреждение по медицинским показаниям, в том числе в сопровождении медицинского персонала;

3. Реабилитационно-восстановительное лечение

- ◆ по специальности аллергология и иммунология;
- ◆ по специальности восстановительная медицина;
- ◆ по гипер- (гипо) барической оксигенации;
- ◆ по специальности диетология;
- ◆ по специальности клиническая лабораторная диагностика;
- ◆ по специальности лечебная физкультура и спортивная медицина;
- ◆ по специальности мануальная терапия и рефлексотерапия;
- ◆ по медикаментозной терапии;
- ◆ по специальности медицинский массаж;
- ◆ по специальности неврология;
- ◆ по специальности рентгенология;
- ◆ по специальности сестринское дело;
- ◆ по специальности ультразвуковая диагностика;
- ◆ по специальности функциональная диагностика;
- ◆ по специальности физиотерапия;
- ◆ по традиционной медицине;
- ◆ по экспертизе временной нетрудоспособности;
- ◆ пребывание на койке (включая питание);

Программа 11. «Лекарственное обеспечение»

Настоящая Программа предусматривает организацию, и/или оплату, и/или доставку лекарственных средств и изделий медицинского назначения для Застрахованных при возникновении у них страховых случаев по Договорам добровольного медицинского страхования в рамках страховых программ, для лечения которых в аптечных учреждениях отпускаются лекарственные средства и изделия медицинского назначения.

Лекарственное обеспечение Застрахованных осуществляется аптечными учреждениями по выбору Страхователя и/или из числа предложенных Страховщиком

Страховая выплата в зависимости от условий Договора страхования может быть произведена:

1. В медицинское или аптечное учреждение на основании выставленного счета за отпущенные застрахованным лекарства и изделия медицинского назначения;
2. В виде возмещения расходов, понесенных Застрахованным лицом на приобретение лекарственных средств и/или изделий медицинского назначения.

Программа 12. «Консультативно-диагностическая помощь»

Медицинская помощь может оказываться в медицинском учреждении или вне его, в том числе с использованием средств удаленного доступа, интернета, телемедицины и др. Медицинская помощь по программе 12 включает следующие работы и услуги, носящие консультационно-диагностический или экспертный характер:

- ◆ по специальности акушерство и гинекология;
- ◆ по специальности аллергология и иммунология;
- ◆ по специальности анестезиология и реаниматология;
- ◆ по специальности гастроэнтерология;
- ◆ по специальности гематология;
- ◆ по специальности генетика;
- ◆ по специальности гериатрия;
- ◆ по гипер- (гипо) барической оксигенации;
- ◆ по специальности гистология;
- ◆ по специальности дерматовенерология;
- ◆ по специальности диабетология;
- ◆ по диализу;
- ◆ по специальности диетология;
- ◆ по специальности инфекционные болезни;
- ◆ по специальности кардиология;
- ◆ по специальности клиническая лабораторная диагностика;
- ◆ по специальности клиническая фармакология;
- ◆ по специальности колопроктология;
- ◆ по косметологии терапевтической, хирургической;
- ◆ по специальности лабораторная генетика;
- ◆ по специальности лечебная физкультура и спортивная медицина;
- ◆ по специальности логопедия;
- ◆ по специальности мануальная терапия и рефлексотерапия;
- ◆ по медикаментозной терапии;
- ◆ по специальности медицинский массаж;
- ◆ по специальности наркология;
- ◆ по специальности неврология;
- ◆ по специальности нейрохирургия;
- ◆ по специальности неонатология;
- ◆ по специальности нефрология;
- ◆ по специальности общая врачебная практика (семейная медицина);
- ◆ по специальности онкология;
- ◆ по специальности отоларингология;
- ◆ по специальности офтальмология;
- ◆ по специальности педиатрия;
- ◆ по специальности профпатология;
- ◆ по специальности психиатрия;
- ◆ по специальности психотерапия;
- ◆ по применению методов традиционной медицины;
- ◆ по профилактической медицине;
- ◆ по специальности пульмонология;
- ◆ по специальности радиология;
- ◆ по специальности ревматология;
- ◆ по специальности рентгенология;
- ◆ по специальности сердечно-сосудистая хирургия;
- ◆ по специальности сестринское дело;
- ◆ по специальности гигиена;
- ◆ по специальности терапия;
- ◆ по специальности токсикология;
- ◆ по специальности торакальная хирургия;
- ◆ по специальности трансплантология;
- ◆ по специальности трансфузиология;

- ◆ по специальности травматология и ортопедия;
- ◆ по специальности ультразвуковая диагностика;
- ◆ по специальности урология и андрология;
- ◆ по специальности функциональная диагностика;
- ◆ по специальности физиотерапия;
- ◆ по специальности фтизиатрия;
- ◆ по специальности хирургия;
- ◆ по специальности челюстно-лицевая хирургия;
- ◆ по специальности эндоскопия;
- ◆ по специальности эндокринология;
- ◆ по специальности эпидемиология (паразитология);
- ◆ по экспертизе временной нетрудоспособности;
- ◆ по экспертизе на право владения оружием;
- ◆ по экспертизе связи заболеваний с профессией;
- ◆ по предрейсовым медицинским осмотрам водителей транспортных средств;
- ◆ по предварительным и периодическим медицинским осмотрам;
- ◆ контрольные осмотры, лечебно-диагностические и профилактические мероприятия;
- ◆ организация экстренной или плановой госпитализации по медицинским показаниям
- ◆ по экспертизе профпригодности
- ◆ по экспертизе для разрешения на работу на тер. РФ
- ◆ по наркологической экспертизе
- ◆ по экспертизе качества мед.помощи
- ◆ по экспертизе состояния здоровья

Программа 13. «Лечение за рубежом при первичном обнаружении критического заболевания и/или необходимости проведения хирургической операции «Здоровье без границ»

Медицинская помощь по программе 13 включает медицинские и иные услуги для лечения заболеваний, указанных в разделе 4 настоящей Программы.

1. В рамках настоящей Программы используются следующие определения:

Болезнь - нарушение жизнедеятельности организма, не вызванное несчастным случаем, приводящее к временному или постоянному нарушению или утрате трудоспособности, а также смерти Застрахованного.

Критическое заболевание – заболевание, значительно нарушающее жизненный уклад и ухудшающее качество жизни Застрахованного, характеризующееся высоким уровнем смертности и входящее в Перечень критических заболеваний/хирургических операций.

Хирургическая операция – комплекс воздействий на ткани или органы человека, переносимый Застрахованным по медицинским показаниям и осуществляемый квалифицированным врачом в соответствии с общепринятыми нормами операционного медицинского учреждения с целью лечения, диагностики, коррекции функций организма, выполняемый с помощью различных способов разъединения, перемещения и соединения тканей.

2. Субъект страхования

В рамках настоящей Программы применяются специальные условия о Застрахованном лице по отношению к положениям п. 4.1.3 Правил страхования:

Застрахованный – лицо в возрасте от 18 лет до 60 лет на момент заключения Договора страхования, если иное не предусмотрено Договором страхования.

Не подлежат страхованию и не являются Застрахованными:

- инвалиды 1,2,3 группы и лица, направленные на медико-социальную экспертизу для установления инвалидности;
- лица, требующие ухода, а также страдающие на момент заключения договора страхования психическими заболеваниями и/или расстройствами;
- лица, которые уже перенесли одно из заболеваний, указанных в Перечне критических заболеваний/хирургических операций ;
- лица, имеющие нарушение коронарных артерий, больные любой формой сахарного диабета, атеросклерозом, заболеваниями периферических кровеносных сосудов (кроме варикозного расширения вен 1-й степени);
- лица, страдающие хроническими заболеваниями кровеносной системы (например, анемия, лимфома, миелома, нарушение свертываемости крови, гемофилия или повышенная кровоточивость сосудов и т.д.), печени и желудочно-кишечного тракта, дыхательной системы, почек и мочевой системы.
- лица, страдающие онкологическими заболеваниями (рак или злокачественное новообразование любого типа), включая болезнь Ходжкина;
- лица, у которых имеются любые виды опухолей или кист головного мозга и других внутричерепных структур, костей черепа, придаточных пазух, или спинного мозга;
- лица, у которых имеются неинвазивные опухоли (рак in situ), или любые предраковые (предопухолевые) заболевания или патологические изменения органов и тканей (дисплазии), имеющие высокую вероятность перерождения в злокачественные новообразования, включая, но не ограничиваясь, предраковые изменения в области молочных желез, женских половых органов, мочевого пузыря или простаты;

- лица, страдающие любой формой заболевания сердца (включая, но не ограничиваясь, стенокардия, кардиосклероз, кардиомиопатия, перенесенные инфаркт миокарда или иной сердечный приступ, заболевания (включая пороки) клапанов сердца, шумы в сердце, ревматизм;
- лица, перенесшие любую форму инсульта или кровоизлияния в мозг;
- лица, употребляющие наркотики, токсические или сильнодействующие вещества, страдающие алкоголизмом и/или состоящие по любой из указанных причин на диспансерном учете;
- лица, инфицированные вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ), а также лица, страдающие СПИДом (синдромом приобретенного иммунного дефицита)
- лица, находящиеся под слесствием или в местах лишения свободы.

Страховщик может предусмотреть дополнительные ограничения по состоянию здоровья претендентов на страхование или изменить перечень не подлежащих страхованию людей.

3. Франшиза

3.1. В рамках настоящей программы устанавливается **Временная франшиза** длительностью 180 дней с даты начала срока страхования, если иное не установлено договором страхования.

3.2. В случае отказа Страхователя от предложенного варианта лечения и самостоятельного выбора клиник (не из числа согласованных в Договоре страхования) Страховщик оплачивает только 70% от стоимости лечения только при лечении в странах, указанных в договоре страхования, и при участии Ассистанса Страховщика. При лечении в клиниках иных стран возмещение расходов Страховщиком не производится.

4. Перечень критических заболеваний/хирургических операций.

4.1. Вариант 1.

<p>1. Онкологические заболевания</p>	<p>Наличие одной или более злокачественных опухолей, включая: лейкемию (кроме хронической лимфоцитарной лейкемии); злокачественную опухоль кожных покровов и лимфому; болезнь Ходжкина, характеризующихся неконтролируемым ростом опухолей, метастазированием, внедрением в здоровые ткани. (Код МКБ-10: C00–C97).</p> <p>Диагноз должен быть подтвержден квалифицированным врачом (онкологом) на основании гистологического исследования.</p> <p>Исключения составляют (Код МКБ-10: D00–D36 и D37–D48):</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ предзлокачественные, например, эссенциальная тромбоцитемия и истинная красная полицитемия ▪ Рак in situ; ▪ неинвазивные виды рака; ▪ опухоли со злокачественными изменениями карцином in situ (включая дисплазию шейки матки 1,2,3 стадий) или гистологически описанные как предраковые; ▪ погранично-злокачественные или низко-злокачественные состояния; ▪ злокачественные опухоли кожных покровов и меланомы, максимальная толщина которых, в соответствии с гистологическим заключением, меньше 1.5 мм или которые не превышают уровень развития T3N(0)M(0) по классификации TNM, любая другая опухоль, не проникшая в сосочково-ретикулярный слой; ▪ все гиперкератозы или базально-клеточные карциномы кожи; ▪ все эпителиально-клеточные раки кожи при отсутствии прорастания в другие органы;
---	---

	<ul style="list-style-type: none"> ▪ саркома Капоши и другие опухоли, ассоциированные с ВИЧ-инфекцией или СПИД; ▪ рак предстательной железы стадии T1(включая T1a, 1b, 1c) по классификации TNM; ▪ все стадии цервикальной интраэпителиальной неоплазии; ▪ хронический лимфолейкоз, если гистологически не классифицированы как имеющие прогресс, до стадии Бинет Этап А; ▪ миелодиспластический синдром, кроме лейкемии.
2. Аортокоронарное шунтирование	<p>Под хирургическим лечением коронарных артерий в настоящем пункте понимается проведение операции на органах грудной полости открытым доступом в целях коррекции одной или более стенозированных или закупоренных коронарных артерий методом аортокоронарного шунтирования. Необходимость проведения операции должна быть подтверждена методом коронарной ангиографии (Код МКБ-10: I20-I25). Исключения: баллонная ангиопластика (дилатация) коронарных артерий, лапароскопические хирургические манипуляции, применение лазера, любые другие внутриартериальные манипуляции; эндоскопические манипуляции; другие нехирургические процедуры.</p>
3. Замена клапана сердца	<p>Хирургическая замена одного или более пораженных клапанов сердца искусственным клапаном. Определение включает замену аортальных, митральных, трикуспидальных или пульмональных (клапанов легочной артерии) клапанов сердца их искусственными аналогами вследствие развития стеноза/недостаточности или комбинации этих состояний (Код МКБ-10: I34-I39). Исключения: вальвулотомия, вальвулопластика и другие виды лечения, проводимые без пересадки (замены) клапанов.</p>
4. Доброкачественные опухоли мозга	<p>Доброкачественная опухоль или кисты головного мозга, черепно-мозговых нервов или мозговых оболочек в пределах черепа, в результате чего возникают постоянные сохраняющиеся неврологические симптомы. (Код МКБ-10: D32.0, D33.0-D33.3). ▪ Исключения -Опухоли в гипофизе. (Код МКБ-10: D35.2) -Ангиомы. (Код МКБ: D18)</p>
5. Трансплантация жизненно важных органов	<p>Перенесение в качестве реципиента трансплантации сердца, легкого, печени, почки, поджелудочной железы (исключая трансплантацию только островков Лангерганса), костного мозга, тонкого кишечника. Необходимость применения трансплантации должна быть подтверждена квалифицированным врачом. Исключения: донорство органов, трансплантация других органов, частей органов, тканей или клеток.</p>

4.2. Вариант 2.

1. Онкологические заболевания	<p>Наличие одной или более злокачественных опухолей, включая: лейкемию (кроме хронической лимфоцитарной лейкемии); злокачественную опухоль кожных покровов и лимфому; болезнь Ходжкина, характеризующихся неконтролируемым ростом опухолей, метастазированием, внедрением в здоровые ткани. (Код МКБ-10: C00–C97). Диагноз должен быть подтвержден квалифицированным врачом (онкологом) на основании гистологического исследования. Исключения составляют (Код МКБ-10: D00-D36 и D37–D48):</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ предзлокачественные, например, эссенциальная тромбоцитемия и истинная красная полицитемия ▪ Рак in situ.; ▪ неинвазивные виды рака ▪ опухоли со злокачественными изменениями карцином in situ (включая дисплазию шейки матки 1,2,3 стадий) или гистологически описанные как предраковые; ▪ погранично-злокачественные или низко-злокачественные состояния; ▪ злокачественные опухоли кожных покровов и меланомы, максимальная толщина которых, в соответствии с гистологическим заключением, меньше 1.5
--------------------------------------	---

	<p>мм или которые не превышают уровень развития T3N(0)M(0) по классификации TNM, любая другая опухоль, не проникшая в сосочково-ретикулярный слой;</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ все гиперкератозы или базально-клеточные карциномы кожи; ▪ все эпителиально-клеточные раки кожи при отсутствии прорастания в другие органы; ▪ саркома Капоши и другие опухоли, ассоциированные с ВИЧ-инфекцией или СПИД; ▪ рак предстательной железы стадии T1(включая T1a, 1b, 1c) по классификации TNM; ▪ все стадии цервикальной интраэпителиальной неоплазии; ▪ хронический лимфолейкоз, если гистологически не классифицированы как имеющие прогресс, до стадии Бинет Этап А; ▪ миелодиспластический синдром, кроме лейкемии.
2. Кардиохирургия	
2.1. Аортокоронарное шунтирование	<p>Под хирургическим лечением коронарных артерий в настоящем пункте понимается проведение операции на органах грудной полости открытым доступом в целях коррекции одной или более стенозированных или закупоренных коронарных артерий методом аортокоронарного шунтирования. Необходимость проведения операции должна быть подтверждена методом коронарной ангиографии (Код МКБ-10: I20-I25).</p> <p>Исключения: баллонная ангиопластика (дилатация) коронарных артерий, лапароскопические хирургические манипуляции, применение лазера, любые другие внутриартериальные манипуляции; эндоскопические манипуляции; другие нехирургические процедуры.</p>
2.2. Замена клапана сердца	<p>Хирургическая замена одного или более пораженных клапанов сердца искусственным клапаном. Определение включает замену аортальных, митральных, трикуспидальных или пульмональных (клапанов легочной артерии) клапанов сердца их искусственными аналогами вследствие развития стеноза/недостаточности или комбинации этих состояний (Код МКБ-10: I34-I39).</p> <p>Исключения: вальвулотомия, вальвулопластика и другие виды лечения, проводимые без пересадки (замены) клапанов.</p>
2.3. Хирургическое лечение заболеваний аорты	<p>Непосредственное проведение хирургического вмешательства в целях лечения хронического заболевания аорты посредством иссечения и замены дефектной части аорты трансплантатом. Под термином аорта в данном конкретном случае принято понимать ее грудную и брюшную части, ветви аорты из покрытия исключаются.</p>
3. Нейрохирургия	<p>Операции проведенные на Центральной Нервной Системе (головной мозг и спинной мозг: экстракраниальная цереброваскулярная система)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Злокачественные и доброкачественные опухоли головного и спинного мозга (Код МКБ-10: C70-C72, D18,D32, D33 & D35.2) • Сосудистые мальформации головного и спинного мозга(Код МКБ-10: I60-I69, I72.0, I72.5, Q28.0-Q28.8) • Болезнь Паркинсона (Хирургическое лечение – если показано) (Код МКБ-10: G20-G26) • Рассеянный склероз (Хирургическое лечение – если показано) (Код МКБ-10: G35-G37). • Болезнь моторных нейронов - БАС (Хирургическое лечение – если показано) (Код МКБ-10: G12.2) • Болезнь Альцгеймера и другие дегенеративные заболевания нервной системе (Хирургическое лечение – если показано) Код МКБ-10: G30-G31). • Эпилепсия (Хирургическое лечения – если показано) (Код МКБ-10: G40-G41, исключая G40.5) • Реконструкция нервов. <p>Исключения:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Поражения отдельных нервов, нервных корешков и сплетений и спондилопатии (Код МКБ-10: G50-G59, M45-M54) • Опухоли в гипофизе. (Код МКБ-10: D35.2) • Ангиомы. (Код МКБ-10: D18)
4. Трансплантация	<p>Перенесение в качестве реципиента трансплантации сердца, легкого, печени, почки, поджелудочной железы (исключая трансплантацию только островков</p>

жизненно важных органов	Лангерганса), костного мозга, тонкого кишечника. Необходимость применения трансплантации должна быть подтверждена квалифицированным врачом. Искключения: донорство органов, трансплантация других органов, частей органов, тканей или клеток.
5. Лечения глазных заболеваний	Лечения глазных заболеваний <ul style="list-style-type: none"> • Отслойка сетчатки (Код МКБ-10: Н33.0, Н33.2, Н33.4) • Заболевания роговицы (помутнение роговицы) (Код МКБ-10: Н17) • Глаукома (Код МКБ-10: Н40, Н42) Искключения: Любые другие заболевания глаз
6. Ортопедическая хирургия	Ортопедическая хирургия различных сложностей в результате несчастного случая (операция, проведенная на опорно-двигательном аппарате, суставах и связках. Лимит: EUR 50,000.
7. Реабилитация	Реабилитация, необходимая застрахованному по медицинским показаниям после застрахованного лечения или хирургического вмешательства, проведенного рекомендованными клиниками. (Приложение 3). Максимальная длительность периода реабилитации - 6 месяцев. Реабилитация проводится с целью восстановления потерянных навыков самообслуживания. Что входит в покрытие: <ul style="list-style-type: none"> • Паралич, вызванный травмами, сосудистыми или опухолевыми заболеваниями. • Костно-мышечные травмы после проведенного ортопедического операционного вмешательства (перечисленное выше). • Реабилитация после церебрально-васкулярного или сердечно-сосудистого заболевания • Остро возникшая глухота*, немота**, слепота*** вызванные травмами или заболеваниями, возникшими в период страхования. * Полная и необратимая потеря слуха в обоих ушах с порогом слышимости 95 децибел или более на частотах 500 Гц, 1000 Гц и 2000 Гц в воздушной проводимости. ** Доказанная медицинским путем необратимая физическая неспособность говорить. *** Полная и необратимая потеря зрения в обоих глазах, проявляющаяся в потере остроты зрения до 1/20 или менее в обоих глазах.

4.3. Договор страхования может быть заключен по одному из вариантов, указанных в п.п. 4.1.,4.2. настоящей Программы. Данные варианты страхования используются по умолчанию, если иное не предусмотрено Договором страхования.

5. В рамках настоящей Программы Страховщиком оплачивается оказание медицинских и иных услуг в объеме, предусмотренном настоящим разделом Программы.

5.1. МЕДИЦИНСКИЕ РАСХОДЫ

5.1.1.Понесенные Медицинским учреждением в связи с:

а) Размещением, питанием и оказанием основных услуг по уходу во время пребывания Застрахованного в отделении медицинского учреждения или палате интенсивной терапии или наблюдения;

б) Прочими услугами медицинского учреждения, в том числе оказываемыми в амбулаторных отделениях, а также расходы, связанные с обеспечением дополнительного спального места или спального места для сопровождающего лица, если необходимость его присутствия обусловлена медицинскими показаниями и подтверждена врачом и медицинское учреждение оказывает такие услуги;

в) Использованием операционной и всеми оказываемыми в ней услугами.

5.1.2.Понесенные иным медицинским учреждением или независимым центром социального обеспечения - если расходы на лечение критического заболевания,

хирургическую операцию или выдачу рецепта оплачивались бы по Договору в случае, если бы такие услуги были оказаны в медицинском учреждении.

5.1.3. Понесенные врачом в ходе обследования, лечения, оказания медицинской помощи или проведения хирургической операции.

5.1.4. Понесенные в связи с оказанием Застрахованному следующих услуг:

а) Применение анестезии и использование обезболивающих средств при условии их назначения квалифицированным анестезиологом;

б) Проведение лабораторных анализов, в том числе патогистологических, миелограмм, рентгенологических диагностических исследований, ангиограмм, исследований с использованием радиоактивных изотопов, эхокардиографии, снятие электрокардиограмм, электроэнцефалограмм, проведение компьютерной томографии, проведение радиотерапии и химиотерапии и прочих исследований и методов лечения, необходимых для постановки диагноза, лечения критических заболеваний и проведения хирургических операций, при их проведении Врачом или под надзором медицинских работников;

в) Переливание крови, использование плазмы или сыворотки;

г) Расходы, связанные с использованием кислорода, внутривенных растворов и инъекций.

5.1.5. Понесенные в связи с использованием Препаратов по назначению Врача во время госпитализации Застрахованного для лечения критических заболеваний и проведения хирургических операций. Оплата Препаратов, назначенных для лечения после операции, производится в течение 30 дней с даты окончания лечения за пределами России и только в случае покупки таких Препаратов до возвращения в Россию.

5.1.6. Понесенные в связи с перемещением и транспортировкой наземным транспортом или санитарными самолетами, если их использование назначено и предписано врачом и одобрено Страховщиком.

5.1.7. Понесенные в связи с услугами, оказанными живому донору в ходе извлечения предназначенного для пересадки Застрахованному органа, вытекающие из:

а) Процесса определения нахождения потенциальных доноров;

б) Услуг медицинского учреждения, оказанных донору, в том числе в связи с его размещением в палате или отделении медицинского учреждения, питанием, оказанием общих услуг по уходу и стандартных услуг больничным персоналом, проведением лабораторных анализов и использованием оборудования и прочих средств медицинского учреждения (в том числе предметов личной гигиены, которые не требуются в процессе извлечения предназначенных для пересадки органа или ткани);

в) Понесенные в связи с проведением хирургической операции и оказанием медицинских услуг по извлечению предназначенных для пересадки Застрахованному органа или ткани.

5.1.8. Понесенные в связи с оказанием услуг и предоставлением материалов для культур костного мозга в отношении пересадки ткани Застрахованному. Компенсация обеспечивается исключительно в отношении расходов, понесенных с даты получения начального сбора за медицинское обслуживание, покрываемое Договором.

5.2. МЕДИКО-ТРАНСПОРТНЫЕ РАСХОДЫ

5.2.1. Понесенные в поездке Застрахованного и одного сопровождающего его лица (до 3 000 евро совокупно на Застрахованного и сопровождающего), если необходимость его присутствия обусловлена медицинскими показаниями и подтверждена врачом, (и живого донора в случае необходимости пересадки органа или ткани) исключительно с целью получения лечения критических заболеваний или проведения хирургических операций, признанных страховыми случаями. При этом:

а) вся подготовка к поездке осуществляется Сервисной компанией Страховщика или Страховщиком; Страховщик не компенсирует прочие расходы по подготовке к поездке со стороны Застрахованного или третьей стороны, действующей от лица Застрахованного;

б) Сервисная компания отвечает за определение дат отъезда/приезда и сроков поездки с учетом утвержденного графика лечения. Такие даты и сроки сообщаются Застрахованному для того, чтобы у него было время для урегулирования всех личных вопросов;

в) При изменении Застрахованным дат и сроков, о которых ему сообщила Сервисная компания, Застрахованный возмещает все связанные с организацией и подготовкой к новой поездке расходы Страховщика и/или Сервисной компании, если только такие изменения не были подтверждены Сервисной компанией как необходимые с медицинской точки зрения;

г) Компенсируемые расходы по подготовке к поездке включают в себя транспортировку от постоянного места жительства Застрахованного и сопровождающего лица (и живого донора в случае необходимости пересадки органа или ткани) до указанного аэропорта или международной железнодорожной станции, железнодорожный билет или авиабилет экономического класса до города, в котором будет проводиться лечение, а также транспортировку до указанного отеля;

д) Указанный Сервисной компанией персонал сопровождает Застрахованного от его постоянного места жительства до указанного аэропорта или международной железнодорожной станции и от аэропорта или железнодорожной станции места прибытия до указанного отеля.

е) Указанный Сервисной компанией персонал сопровождает Застрахованного в течение первой поездки от отеля до медицинского учреждения или врача и помогает в ходе оформления Застрахованного, в том числе при заполнении бумажных форм и размещении в медицинском учреждении.

ж) Ограничения по количеству запросов на поездку отсутствуют, однако каждая поездка подлежит согласованию Сервисной компанией в рамках условий и области применения по Договору.

5.3. РАСХОДЫ НА ПРОЖИВАНИЕ ВО ВРЕМЯ ЛЕЧЕНИЯ

5.3.1. Понесенные в связи с размещением Застрахованного и одного сопровождающего лица (до 5 000 евро совокупно на Застрахованного и сопровождающего и не более 150 евро в день), если необходимость его присутствия обусловлена медицинскими показаниями и подтверждена врачом, (и живого донора в случае необходимости пересадки органа или ткани) во время пребывания за границей исключительно с целью получения лечения с одобрения Сервисной компанией. Все действия по размещению осуществляются Сервисной компанией; Страховщик не компенсирует прочие расходы по размещению со стороны Застрахованного или третьей стороны, действующей от лица Застрахованного. При этом:

а) Сервисная компания определяет даты и сроки пребывания в медицинском учреждении с учетом утвержденного графика лечения. Такие даты и сроки заранее сообщаются Застрахованному для того, чтобы у последнего было достаточно времени для урегулирования всех личных вопросов.

б) Сервисная компания устанавливает дату возвращения с учетом завершения лечения и с согласия лечащего врача.

в) При изменении Застрахованным установленных дат и сроков, о которых ему сообщила Сервисная компания, Застрахованный компенсирует Страховщику и/или Сервисной компании все затраты, связанные с организацией и осуществлением новых действий по размещению Застрахованного, если только такие изменения не были подтверждены Сервисной компанией как необходимые с медицинской точки зрения.

г) Действия по размещению включают в себя бронирование двуспального номера или номера с двумя кроватями в отеле повышенной комфортности (3-4 звезды по решению Сервисной компании и Страховщика), соответствующего предпочтениям Застрахованного участника. Выбор отеля осуществляется с учетом доступности и его близости к Медицинскому учреждению или лечащему врачу в радиусе 10 км.

д) Расходы на завтрак, питание и непредвиденные расходы в отеле не компенсируются. Повышение уровня комфорта предложенного отеля осуществляется за счет Застрахованного.

е) Количество ночей, проведенных в отеле, не ограничено и зависит от продолжительности лечения.

5.4. РАСХОДЫ НА ПОСМЕРТНУЮ РЕПАТРИАЦИЮ ПРИ НЕБЛАГОПРИЯТНОМ ТЕЧЕНИИ ЛЕЧЕНИЯ

5.4.1. В случае смерти Застрахованного (или живого донора при необходимости пересадки ткани или органа) за пределами Российской Федерации в ходе получения лечения, предусмотренного по Договору, Сервисная компания организует, а Страховщик оплачивает расходы на репатриацию умершего в Россию.

5.4.2. Компенсация указанных расходов ограничивается только расходами на услуги и необходимые материалы для подготовки тела умершего и его транспортировки в Россию, в том числе:

- а) Услуги похоронного бюро по репатриации в другую страну, в том числе бальзамирование и урегулирование всех административных вопросов.
- б) Обеспечение гробом, соответствующим минимальным требованиям перевозки
- в) Транспортировку тела умершего от аэропорта до назначенного места захоронения в России.

5.5 РАСХОДЫ НА ЛЕКАРСТВЕННЫЕ ПРЕПАРАТЫ, ЕСЛИ ИНОЕ НЕ ПРЕДУСМОТРЕНО ДОГОВОРОМ.

5.5.1. Стоимость или часть стоимости приобретенных на территории России самим Застрахованным или лицом, действующим по его поручению, лекарственных препаратов, рекомендованных Застрахованному к применению зарубежным врачом, являющимся лечащим врачом Застрахованного согласно плану лечения Сервисной компании, при одновременном выполнении следующих трех условий:

- а) Страховщику предъявлены рецепты на такие же препараты, выписанные российским врачом, и доказательства оплаты Застрахованным соответствующих препаратов (чеки/квитанции об оплате / банковские выписки) в течение 180 дней со дня осуществления покупки,
- б) данные лекарственные препараты зарегистрированы Министерством здравоохранения РФ и находятся в свободной продаже на территории России,
- в) сам лекарственный препарат приобретен на территории России, и каждый рецепт выписан на количество лекарственного препарата, достаточное для приема в течение не более двух месяцев.

5.5.2. Если стоимость какого-либо лекарственного препарата частично покрывается за счет государственного бюджета (федерального, регионального или территориального) или по любому иному договору страхования в отношении Застрахованного, то в расчет принимается только та часть стоимости препарата, которая оплачивается самим Застрахованным.

5.5.3. Стоимость любых иных услуг или медикаментов, не подтвержденных заключением Сервисной компании, исключается из расчета страховой выплаты.

6.Исключения из страхового покрытия

В рамках настоящей Программы устанавливается дополнительный по отношению к положениям пунктов 5.2. – 5.4. Правил страхования перечень исключений из страхования.

6.1.Если Договором не предусмотрено иное, страховым риском и страховым случаем не признается:

- заболевание, которое диагностировано (в том числе если это следует из медицинских документов) или его лечение проводилось у Застрахованного когда-либо до вступления в силу страхования или после даты окончания срока страхования Застрахованного;
- заболевание, которое диагностировано или лечение которого проводилось врачом, не имеющим необходимой квалификации;
- любые заболевания Застрахованного, прямо или косвенно связанные с ВИЧ-инфицированием или с венерическим заболеванием;
- если Застрахованный находился за пределами России более 91 дня подряд в течение двенадцати месяцев, предшествующих дате первого заявления Застрахованного (его законного представителя) о событии, обладающем признаками страхового случая;
- заболевания или необходимость проведения хирургической операции, связанные с алкоголизмом, наркоманией, токсикоманией или интоксикацией в результате приема алкоголя или психотропных, наркотических или галлюциногенных веществ.
- заболевания или необходимость проведения хирургической операции, связанные с длительным употреблением алкоголя, наркотических и токсических веществ (в том числе алкогольная или наркотическая кардиомиопатия, алкогольная

или наркотическая энцефалопатия, алкогольный или наркотический цирроз печени, гепатит печени и другие).

6.2. Если на страхование было принято лицо, не соответствующее критериям принятия на страхование, установленным настоящей Программой к Правилам либо Договором, то Страховщик вправе не признать страховым случаем событие, непосредственно связанное с состоянием здоровья Застрахованного, о котором Страхователь / Застрахованный не сообщил при принятии его на страхование, если соответствующая обязанность Страхователя / Застрахованного была предусмотрена настоящей Программой к Правилам / Договором.

Если Договором страхования не предусмотрено иное, страховое покрытие не распространяется на:

- Любые расходы, связанные с заболеванием, которое было диагностировано или связанные с ним симптомы проявились и были зафиксированы в медицинских документах в течение периода временной франшизы

- Любые расходы, связанные с заболеванием, которое было диагностировано или связанные с ним симптомы проявились и были зафиксированы в медицинских документах до начала действия договора страхования;

- Фармацевтические расходы, понесённые за пределами медицинского учреждения, - Косметическое лечение, эстетические и пластические процедуры или операции, кроме случаев, указанных в пункте 4 настоящей программы;

- Лечение последствий травм и заболеваний, вызванных занятиями профессиональным спортом или особо опасными видами спорта, такими как мотогонки, альпинизм, спелеология, подводное плавание глубже 20 метров, прыжки с парашютом, планеризм, дельтапланеризм, авиаспорт и воздушные виды спорта в целом;.

- Расходы на акупунктуру, лазерную терапию или биомедицину,

- Расходы на протезирование, за исключением расходов на гвозди для фиксации костной ткани, клапаны, пластиковые имплантаты и пейсмекеры (стимуляторы) для вен или артерий, которые имплантируются во время хирургической операции.

- Любые расходы, понесенные в связи с любым диагнозом помимо указанных в разделе 4 настоящей Программы к Правилам, а также любые расходы, понесенные Застрахованным на территории РФ, за исключением расходов на приобретение лекарственных препаратов согласно п.5.5. настоящей Программы к Правилам, если оплата данных расходов предусмотрена Договором.

- Любые расходы, не являющиеся необходимыми с медицинской точки зрения для лечения критического заболевания или проведения хирургической операции, список которых установлен в разделе 5 настоящей Программы

- Любые расходы, понесенные до выдачи **Предварительного медицинского** согласования, а также любые расходы, понесенные в медицинском учреждении, отличные от указанных в Предварительном медицинском свидетельстве.

Предварительным медицинским согласованием является письменное одобрение, выданное Страховщиком или Сервисной компанией, представляющее собой подтверждение покрытия по данному Договору до оказания услуг в указанном медицинском учреждении за пределами России в отношении любого лечения, услуг или медицинских препаратов в связи со страховым случаем.

- Любые расходы, понесенные в связи с постельным режимом Застрахованного, уходом на дому или услугами, оказываемыми в оздоровительном центре или учреждении, приюте или доме престарелых.

- Любые расходы, понесенные при покупке (или аренде) любого типа протезов или ортопедических приспособлений, корсетов, бандажей, костылей, искусственных конечностей или органов, париков (даже когда их использование считается необходимым в ходе химиотерапии), ортопедической обуви, приспособлений для поддержки и прочих схожих приспособлений или предметов, за исключением грудных протезов, использованных в результате Хирургической операции по удалению молочной железы и протезов клапанов сердца.

- Любые расходы, понесенные при покупке или аренде инвалидных колясок, специальных кроватей, приборов для вентиляции воздуха, очистителей воздуха и любого прочего схожего оборудования или предметов.

- Расходы на все лекарственные препараты, которые не отпускаются в лицензированной аптеке, или которые можно приобрести без рецепта.
- Любые расходы на применение методов альтернативной медицины даже при их назначении врачом.
- Любые расходы на медицинский уход и размещение в случае наличия церебрального синдрома, старческой немощи или умственных расстройств независимо от стадии их развития.
- Расходы на услуги переводчика, телефонной связи и прочие расходы в связи с использованием услуг немедицинского назначения в личных целях или любых других услуг для родственников, сопровождающих лиц.
- Любые расходы, понесенные Застрахованным, родственниками или сопровождающими лицами, помимо указанных в раздел 5 настоящей Программы к Правилам.
- Любые расходы в связи с регулярной транспортировкой обычным транспортом от отеля, где размещается Застрахованный, до медицинского учреждения или лечащего врача.
- Любые расходы на медицинские процедуры, которые необходимы при наличии СПИД (синдрома приобретенного иммунодефицита), ВИЧ (вируса иммунодефицита человека) или любого другого медицинского состояния, возникающего на их основе (включая саркому Капоши), или любое лечение СПИД или ВИЧ.
- Любые расходы на любые экспериментальные методы лечения, в том числе диагностические, терапевтические и/или хирургические процедуры, безопасность и надежность которых еще не была подтверждена с научной точки зрения.
- Любые расходы на любое лечение, услуги, материалы или медицинские препараты в связи с заболеванием, наиболее благоприятное лечение которого заключается в пересадке органов, за исключением случаев, когда такая болезнь входит в соответствующий список.

7. Общие положения о действиях сторон при наступлении события, обладающего признаками страхового случая в рамках настоящей Программы.

7.1. Для получения медицинских услуг в соответствии со страховой программой и фиксации события, имеющего признаки страхового, Страхователь (Застрахованное лицо) должен обратиться к Страховщику по телефонам, указанным в страховом полисе для получения информации о порядке предоставления медицинской помощи.

7.2. При заявлении Страховщику о событии, обладающими признаками страхового случая, заявитель обязан предоставить следующие документы:

- оригинал договора страхования (полис),
- заявление по установленной Страховщиком форме,
- документ, подтверждающий личность Застрахованного (Выгодоприобретателя),
- документы лечебно-профилактического, клинического или иного лечебного учреждения, содержащие квалифицированное заключение специалиста в области медицины, соответствующей диагнозу критическое заболевание (кардиолога, невропатолога, нефролога, онколога, кардиохирурга и т.д.),
- копию листка нетрудоспособности (больничного листа), заверенная подписью ответственного сотрудника и печатью организации, в которой работает Застрахованный (при наличии)
- результаты проведенных анализов и исследований, подтверждающие диагноз
- оригинал выписки (выписного эпикриза) из медицинской карты стационарного больного (с даты первичного обращения по заявленному событию) и/или копия медицинской карты стационарного больного, заверенная лечебным учреждением (с даты первичного обращения по заявленному событию). При амбулаторном лечении – оригинал выписки из медицинской карты амбулаторного больного (с даты первичного обращения по заявленному событию) и/или копия амбулаторной медицинской карты Застрахованного, заверенная лечебным учреждением (с даты первичного обращения по заявленному событию). Копия медицинской карты должна быть заверена должностным лицом медицинского учреждения (главный врач, заместитель главного врача по лечебной работе, заместитель главного врача по КЭК (клинико-экспертной работе),

председатель врачебной комиссии, начальник медицинской части и другие уполномоченные лица (с приложением документов, подтверждающих данные полномочия)) и печатью медицинского учреждения;

- оригинал выписки из медицинской карты амбулаторного больного и/или копия амбулаторной медицинской карты Застрахованного, заверенная лечебным учреждением, содержащая информацию о всех имевшихся у Застрахованного заболеваниях за последние 5 лет с указанием установленных диагнозов, даты их установления, а также проведенного в связи с заболеванием лечения

7.3. Решение о признании события страховым принимает Страховщик руководствуясь Правилами страхования и настоящей программой страхования, на основании документов, представленных Застрахованным.

7.4. В случае признания события страховым, а именно: что установленный Застрахованному диагноз или рекомендуемая операция соответствует определениям, предусмотренным настоящей Программой, и о том, что соответствующее лечение или операция являются необходимыми с медицинской точки зрения Страховщик предлагает Застрахованному на выбор не менее трех лечебных учреждений, подтвердивших готовность принять Застрахованного для прохождения соответствующего лечения и/или проведения им соответствующей операции. Также застрахованному передается план лечения с описанием предполагаемых медицинских услуг.

7.5. Получив заключение Страховщика о признании случая страховым, Застрахованный имеет право в течении трех месяцев с даты направления ему данного заключения выбрать одно из предложенных ему медицинских учреждений для лечения критического заболевания/проведения хирургической операции, либо отказаться от лечения/проведения операции или предложенных ему медицинских учреждений. Для этого Застрахованный должен предоставить Страховщику письменное заявление-согласие.

7.6. При неполучении Страховщиком письменного заявления-согласия Застрахованного на предложенное ему лечение/проведение операции за рубежом в течение трех месяцев с даты направления ему заключения Страховщика, Договор не прекращается, но заключение Страховщика признает утратившим силу, и воспользоваться предложением Страховщика по организации лечения Застрахованный не имеет права.

Новое предложение от Страховщика может быть направлено Застрахованному только после получения от него соответствующего письменного заявления, а также после предоставления Застрахованным последних результатов анализов и тестов, заключений врача. При этом Страховщик вправе предложить иной план лечения и иной набор медицинских учреждений.

Приложение № 2 «БАЗОВЫЕ СТРАХОВЫЕ ТАРИФЫ»

к Правилам медицинского
страхования граждан

БАЗОВЫЕ СТРАХОВЫЕ ТАРИФЫ по медицинскому страхованию граждан

№ программы	Страховая программа	Брутто-ставка (со 100 руб. стр. суммы)
1	Личный врач	0,613
2	Врач фирмы	0,307
3	Помощь на дому	0,231
4	Амбулаторная помощь	1,335
5	Стоматологическая помощь	0,653
6	Скорая помощь	0,266
7	Стационарная помощь	0,338
8	Реабилитационно-восстановительное лечение	0,134
9	Ведение беременности и родов	7,166
10	Защита от клещевого энцефалита	0,30
11	Лекарственное обеспечение	
	а) страховая сумма менее 10 000 руб.	81,318
	б) страховая сумма более или равна 10 000 руб. и менее 20 000 руб.	65,196
	в) страховая сумма более или равна 20 000 руб. и менее 25 000 руб.	50,445
	г) страховая сумма более или равна 25 000 руб.	40.896
12	Консультативно-диагностическая помощь	0,3
13	Лечение за рубежом при первичном обнаружении критического заболевания и/или необходимости проведения хирургической операции «Здоровье без границ». Вариант 1.	0.19
	Лечение за рубежом при первичном обнаружении критического заболевания и/или необходимости проведения хирургической операции «Здоровье без границ». Вариант 2.	0.2

Базовые страховые тарифы являются годовыми базовыми страховыми тарифами.

Страховщик имеет право применять к настоящей тарифной ставке следующие повышающие и понижающие коэффициенты, имеющие существенное значение для определения степени страхового риска. Факторы, влияющие на степень риска:

Таблица факторов риска и поправочных коэффициентов

Обстоятельства, влияющие на степень страхового риска	Диапазон поправочных коэффициентов	
	понижающих	повышающих
Состояние здоровья (наличие хронических заболеваний, перенесенных заболеваний и т.п.) Застрахованного	0.3 – 0,999	1,001-5,0
Пол и возраст Застрахованного лица	0.6 – 0,999	1,001-5,0
Род занятий и увлечений Застрахованного лица	0.6 – 0,999	1,001-3,0
Количество Застрахованных лиц по договору страхования	0,4 - 0,999	нет
Ценовой уровень лечебных учреждений	0.6- 0,999	1,001-3,0
Кратность предоставления услуг	0,7 - 0,999	1,001-2,5
Наличие убытков по договорам предыдущих периодов страхования	0.5 - 0,999	1,001-1,7
Регион страхования	0,7 - 0,999	1,001-1,5
Страхование с учетом возможности получения медицинской помощи при путешествии Застрахованного лица по территории РФ	нет	1,001-1,5
Распределение страхового риска на территории РФ	0,7 – 0,999	1,001-2,0
Уплата страховой премии в рассрочку	нет	1,001-1,2
Расширение объема ответственности Страховщика по сравнению со стандартными страховыми программами	нет	1,001-6,5
Сужение объема ответственности Страховщика по сравнению со стандартными страховыми программами	0,1 – 0,999	нет
Страхование с франшизой	0.1 – 0,999	нет
Прочие обстоятельства, влияющие на степень страхового риска	0.2 - 0,999	1,001-3,0
Изменение величины франшизы по сравнению со стандартными условиями программы страхования	0.1 – 0,999	1.001-5
Территория проживания застрахованного лица	0.7 – 0,999	1.001-3
Отсутствие индивидуального андеррайтинга риска при страховании	-	1,01-5,0