



УТВЕРЖДЕНО
Приказом Генерального Директора
Акционерного общества
«Страховая компания «Астро-Волга»
от 18.01.2021 г. приказ № 0118/А-1

КОМПЛЕКСНЫЕ ПРАВИЛА ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

(№ 1100/005) ¹

СОДЕРЖАНИЕ

1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ
2. СУБЪЕКТЫ СТРАХОВАНИЯ
3. ОБЪЕКТ СТРАХОВАНИЯ
4. СТРАХОВЫЕ СЛУЧАИ И СТРАХОВЫЕ РИСКИ
5. ОБЪЕМ ОТВЕТСТВЕННОСТИ
6. СТРАХОВОЙ ТАРИФ. СТРАХОВАЯ ПРЕМИЯ (СТРАХОВОЙ ВЗНОС)
7. ДОГОВОР СТРАХОВАНИЯ
8. ВЗАИМООТНОШЕНИЯ СТОРОН ПРИ НАСТУПЛЕНИИ СТРАХОВОГО СЛУЧАЯ
9. ПОСЛЕДСТВИЯ УВЕЛИЧЕНИЯ СТРАХОВОГО РИСКА
10. КОНФИДЕНЦИАЛЬНАЯ ИНФОРМАЦИЯ
11. ОСОБЫЕ УСЛОВИЯ
12. ПОРЯДОК РАЗРЕШЕНИЯ СПОРОВ ПО ДОГОВОРУ СТРАХОВАНИЯ
13. ОСНОВНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ С ПОТРЕБИТЕЛЯМИ СТРАХОВЫХ УСЛУГ

Приложения:

¹ Указанный номер **1100** соответствует коду Правил в «Кодификаторе правил страхования и страховых продуктов», утвержденном страховой организацией в целях удобства учета правил страхования и разработанных на их основе страховых продуктов; дополнительная цифра (число) **/005** - соответствует порядковому номеру редакции Правил.

1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

1.1. На условиях настоящих Правил АО «СК «Астро-Волга» (далее - Страховщик) заключает договоры страхования, в соответствии с которыми гарантирует организацию и финансирование медицинских и иных услуг определенного перечня и качества в объеме программ добровольного медицинского страхования, разрабатываемых Страховщиком.

1.2. Целью проводимых Страховщиком Программ добровольного медицинского страхования является оказание населению (как гражданам, так и трудовым коллективам) квалифицированной и высококомфортной медицинской помощи.

1.3. Страхование по настоящим Правилам осуществляется по различным видам Программ: Приложение №3 к настоящим Правилам - перечень Программ страхования.; Приложение №7 - Программы страхования. Страховщик вправе разрабатывать дополнительные программы страхования, уточняющие и конкретизирующие объем медицинской помощи и иных услуг в рамках указанных программ страхования. Перечень медицинских и иных услуг по Договору страхования в рамках конкретной программы страхования, а также любое сочетание программ страхования может иметь оригинальное название.

1.4. Страхователь может заключать Договор добровольного медицинского страхования здоровья на базе любого набора Программ страхования, учитывая наиболее соответствующие его потребностям виды медицинской помощи, входящие в каждую Программу.

1.5. Обеспечение Программ страхования здоровья ведется на базе медицинских учреждений, с которыми заключен договор у Страховщика.

1.6. Программа добровольного медицинского страхования является неотъемлемой частью Договора добровольного медицинского страхования.

1.7. Страховщик имеет право на основании программ разрабатывать их варианты (модификации), ориентированные на определенный сегмент страхователей (застрахованных) в зависимости от возраста, рода деятельности/ профессии, территории проживания и иных факторов, влияющих на степень риска.

1.8. Варианты (модификации) программ могут иметь иное (дополнительное) коммерческое название.

2. СУБЪЕКТЫ СТРАХОВАНИЯ

2.1. **Страхователями** признаются российские и иностранные юридические лица, независимо от их организационно-правовой формы, а также дееспособные граждане Российской Федерации, иностранные граждане и лица без гражданства, заключающие со Страховщиком договоры добровольного медицинского страхования.

2.2. **Страховщик** – АО «СК «Астро-Волга», осуществляющее страховую деятельность в соответствии с законодательством и лицензией на добровольное медицинское страхование, выданной федеральным органом исполнительной власти Российской Федерации, осуществляющим надзор за страховой деятельностью.

2.3. При коллективном страховании Страхователи – юридические лица заключают договоры страхования в пользу своих работников (а также членов их семей), при индивидуальном страховании Страхователи – физические лица, вправе заключать со Страховщиком договоры страхования, как в свою пользу, так и в пользу третьих лиц. Группы физических лиц вправе заключать индивидуальные (групповые) договоры страхования на одинаковых условиях, причем на групповые договоры распространяются дополнительные возможности коллективных договоров страхования. Минимальный размер группы может быть ограничен Страховщиком при формировании программы добровольного медицинского страхования для группового договора.

2.4. **Застрахованным** признается физическое лицо, в отношении страхования которого заключен договор. Если Застрахованный и Страхователь – одно лицо, все положения настоящих Правил, относящиеся к Застрахованному, распространяются на Страхователя.

2.5. Страховщик вправе отказать в заключение договора страхования в отношении следующих лиц:

- возраст которых на момент заключения договора превышает 65 лет;
- инвалидов I и II групп.
- состоящих на учете в наркологических, психоневрологических, туберкулезных, кожно-венерологических диспансерах;
- состоящих на учете в центрах по профилактике и борьбе со СПИДом;
- больных онкологическими заболеваниями в терминальной стадии и системными заболеваниями крови;
- имеющих, по мнению экспертов Страховщика, высокий коэффициент медицинского риска;
- имеющих задолженность по уплате страховых взносов по предшествующему договору.

3. ОБЪЕКТ СТРАХОВАНИЯ

3.1. Объектом страхования являются не противоречащие законодательству Российской Федерации имущественные интересы Страхователя (Застрахованного), связанные с оказанием им медицинских и иных услуг, вследствие расстройства здоровья или состояния, требующих организации и оказания таких услуг, а так же проведения профилактических мероприятий, снижающих степень опасных для жизни или здоровья физического лица угроз и (или) устраняющих их.

4. СТРАХОВЫЕ СЛУЧАИ И СТРАХОВЫЕ РИСКИ

4.1. Страховыми рисками являются предполагаемые события, предусмотренные договором страхования, с наступлением которых возникает обязанность Страховщика произвести страховую выплату.

4.2. Страховым случаем является документально подтвержденное обращение Страхователя (Застрахованного) в медицинское учреждение, сервисную компанию и/или иное учреждение, из числа предусмотренных Договором страхования, или согласованных со Страховщиком, за медицинскими и/или иными услугами по поводу ухудшения состояния здоровья в результате острого заболевания, обострения хронического заболевания, травмы, отравления и в других случаях, предусмотренных Договором страхования, требующих оказания медицинской помощи. Услуги предоставляются Застрахованному в соответствии с предусмотренной Договором страхования Программой страхования или по дополнительному согласованию со Страховщиком путём оказания консультативной, лечебной, профилактической, реабилитационно-восстановительной, медикаментозной, скорой и неотложной медицинской и иной помощи. В соответствии с программой страхования Застрахованному по медицинским показаниям могут быть предоставлены медико-транспортные услуги, услуги по репатриации.

5. ОБЪЕМ ОТВЕТСТВЕННОСТИ

5.1. Страховщик принимает на свою ответственность за предварительно внесенный страховой взнос и в пределах соответствующей каждой Программе страхования страховой суммы обеспечение лечения Страхователя (Застрахованного) в базовых медицинских учреждениях с оплатой медицинским учреждениям расходов по оказанию Страхователю (Застрахованному) необходимой медицинской помощи в связи со Страховым случаем (п.4.2).

5.2. Страховой суммой, определяющей объем ответственности Страховщика перед Страхователем по Договору страхования, заключенному по настоящим Правилам, является максимально возможная стоимость медицинских услуг и услуг повышенной комфортности по каждому виду медицинской помощи, входящему в Программу страхования.

Страховая сумма назначается Страховщиком на основании:

-данных о наиболее часто встречающемся количестве обращений за медицинской помощью на одного жителя по профильным заболеваниям Программ добровольного медицинского страхования, определённых по многолетним статистическим наблюдениям отделами статистики базовых медицинских учреждений;

-тарифной цены одного обращения для получения услуги по договорам с медицинскими учреждениями, определяемыми как базовые в Программе добровольного медицинского страхования.

5.3. Страховщик оплачивает расходы базовых медицинских учреждений за оказание Страхователю (Застрахованному) тех медицинских и иных услуг, которые входят в Программу страхования.

5.4. Программа добровольного медицинского страхования может предусматривать самостоятельную оплату части стоимости полученных медицинских и иных услуг. Порядок оплаты Застрахованным части услуг указывается в договоре страхования.

5.5. Для получения страховой выплаты в форме возмещения расходов, понесённых для получения медицинских и иных услуг, предусмотренных программой добровольного медицинского страхования, Застрахованный (Страхователь) обращается к Страховщику с заявлением (требованием выплаты, претензией) и предъявляет договор страхования или страховое свидетельство, а также документ, удостоверяющий его личность.

К заявлению должны быть приложены:

-копия направления лечащего врача на получение медицинских и иных услуг, предусмотренных программой добровольного медицинского страхования, а в случае госпитализации-копии документов, послуживших основанием для госпитализации;

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

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

-документ, свидетельствующий об оплате Застрахованным (Страхователем) медицинских и иных услуг, предусмотренных программой добровольного медицинского страхования;

-страховое свидетельство и документ, удостоверяющий личность получателя.

5.6. Размер страхового возмещения равен стоимости медицинских и иных услуг, оплаченных в соответствии с программой добровольного медицинского страхования, если договором не определена оплата части стоимости услуг за счет средств Застрахованного.

5.7. В десятидневный срок эксперты Страховщика на основании предъявленных документов дают заключение о целесообразности с медицинской точки зрения получения платных медицинских услуг для диагностирования или лечения заболевания. Страховщик вправе затребовать предоставления дополнительной информации медицинского характера или потребовать проведения медицинского освидетельствования Застрахованного специалистами, назначенными Страховщиком. В случае, если такая возможность предоставлена не будет, либо будет установлено сокрытие или искажение сведений о Застрахованном, Страховщик вправе отказать в выплате или уменьшить её размер.

5.8. Количество медицинских, сервисных и иных услуг, предлагаемых Страхователю (Застрахованному) в соответствии с Программой Добровольного медицинского страхования, при возникновении названных в настоящих Правилах страховых случаев (п.3.1), оказывается в пределах назначенной в Договоре страховой суммы.

Расширение перечня услуг предусматривает дополнительную плату и должно быть оговорено в Договоре страхования.

5.9. Страховщик вправе отказаться от оплаты медицинских услуг в связи со следующими обстоятельствами:

а) инвалидность или смерть Застрахованного в результате лечения, не согласованного со Страховщиком, массовых катастроф и стихийных бедствий, транспортных аварий, производственных травм, суицидальных или криминальных действий, инвалидность или смерть в состоянии токсического, наркотического или алкогольного опьянения;

б) получением травматического повреждения или иного расстройства здоровья, наступившего в результате совершения Застрахованным умышленного преступления, находящегося в прямой причинной связи со страховым случаем;

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

г) нарушение функции опорно-двигательного аппарата, возникшее до заключения Договора страхования;

д) заболевания, диагностированные до заключения Договора страхования, но не продекларированные Застрахованным при оформлении полиса;

е) венерические заболевания, СПИД, туберкулез;

ж) сахарный диабет I и II типа (с момента установления диагноза);

з) особо опасные инфекции;

и) алкоголизм, наркомания, токсикомания;

к) психические болезни;

л) трансплантация органов и тканей, косметические операции;

м) заболевания, связанные с введением комплекса карантинных мероприятий.

Страховщик вправе также не оплачивать часть стоимости лечения, которая превышает установленный договором предельный уровень страхового обеспечения – страховую сумму по договору, либо лимит страховой суммы по единичному случаю.

Под единичным случаем амбулаторного лечения понимается одно или несколько обращений, имеющих единую причину и произошедших в ограниченный период времени; при стационарном лечении – период непрерывного пребывания в отделениях (одном или нескольких) стационара от момента госпитализации до выписки.

В случае перевода из одного стационара в другой по медицинским показаниям, весь период пребывания в стационарах расценивается, как единичный случай.

5.10. В случае нанесения ущерба здоровью держателю полиса, наступившего в результате невыполнения обязательств Страховщиком, последний выплачивает компенсацию в размере страхового взноса.

5.11. Расходы, понесенные Страховщиком при оказании медицинской помощи, не предусмотренной страховой программой, а также связанные с проведением экспертной оценки, не подтвердившей наступление страхового случая, оплачиваются Страхователем.

5.12. При несогласии Застрахованного с решением Страховщика об отказе в оплате услуг медицинских организаций это решение может быть оспорено в порядке, предусмотренном законодательством Российской Федерации.

6. СТРАХОВОЙ ТАРИФ. СТРАХОВАЯ ПРЕМИЯ (СТРАХОВОЙ ВЗНОС)

6.1. Размер страховой премии устанавливается Страховщиком исходя из страховой суммы и страхового тарифа.

6.2. Страховщик при определении размера страховой премии, подлежащей уплате по договору страхования, вправе применять разработанные им базовые страховые тарифы, определяющие страховую премию с учетом Программ ДМС, объема обязательств Страховщика, срока действия договора страхования.

6.3. Страховщик при определении размера страховой премии вправе применять повышающие или понижающие коэффициенты к базовым страховым тарифам в зависимости от возраста Застрахованных лиц, профессии, образа жизни, привычек, наличии вредных условий труда и иных факторов страхового риска, результатов анкетирования.

6.4. При определении размера страхового взноса Страхователю (Застрахованному) может быть предложено заполнить Медицинскую анкету-заявление. Сведения, указанные в Медицинских анкетах-заявлениях, подтверждаются подписью Страхователя (Застрахованного). В случае необходимости, для уточнения указанных данных, Страховщик имеет право направить лицо, принимаемое на страхование, на медицинское обследование. В случае отказа Страхователя (Застрахованного) от заполнения Медицинской анкеты-заявления или прохождения медицинского обследования Страховщик имеет право отказать Страхователю в заключении Договора страхования.

6.5. При страховании трудовых коллективов за счет средств предприятий предприятие уплачивает страховой платеж, равный сумме страховых взносов за каждого сотрудника на количество застрахованных по списку.

6.6. Страховой взнос за одного сотрудника предприятия при коллективном страховании за счет средств предприятия рассчитывается также как страховой взнос при индивидуальном страховании.

6.7. Страховой взнос при индивидуальном страховании рассчитывается как сумма страховых взносов по выбранным Программам страхования.

6.8. При существенном изменении условий оказания медицинской помощи в Медицинских учреждениях (применение нового медицинского оборудования, использование новых методов диагностики и лечения и т.п.), связанном с увеличением стоимости оказания медицинских и иных услуг, а также при подаче Страхователем

заявления о расширении перечня медицинских и иных услуг, размер страховой премии может быть изменен по соглашению сторон.

В этом случае Страхователь обязан уплатить дополнительный взнос страховой премии (при коллективном страховании – в отношении всех Застрахованных лиц), соответствующий увеличению страховой суммы и, при расширении перечня медицинских и иных услуг, объема ответственности, за не истекший период действия договора.

6.9. Страховые взносы по договору страхования должны быть уплачены Страхователем одновременно или по соглашению сторон уплачиваться в рассрочку (ежемесячно, ежеквартально, раз в полгода).

6.10. Страховые взносы могут быть уплачены Страхователем наличными денежными средствами или путём безналичных расчётов или иным способом по договорённости сторон.

7. ДОГОВОР СТРАХОВАНИЯ

7.1. Договор медицинского страхования здоровья заключается, как правило, на 1 год, если условиями Договора не предусмотрено иное.

7.2. Договор индивидуального медицинского страхования оформлен страховым полисом.

7.3. Коллективное медицинское страхование за счет средств предприятия оформляется Договором коллективного медицинского страхования с приложением к нему списка застрахованных. При этом может быть оформлен страховой полис каждому члену коллектива в общем количестве равном количеству застрахованных, указанному в Договоре страхования.

7.4. Для оформления Договора добровольного медицинского страхования при коллективном или индивидуальном страховании Страховщик вправе потребовать от Страхователя (Застрахованного) сведения о предшествующих осмотрах и их результатах;

7.5. Владелец полиса, неправильно информировавший Страховщика о состоянии своего здоровья, теряет право на компенсацию расходов по выполнению медицинских услуг, указанных в Программе добровольного медицинского страхования в размере 50% от их фактической стоимости.

7.6. В Договоре страхования 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 оговорённых заболеваний (состояний, травм, повреждений) не производятся.

7.7. При коллективном добровольном медицинском страховании Страхователь в срок не менее чем за 30 дней до наступления ежегодного страхового платежа может изменить контингент Застрахованных или расторгнуть настоящий Договор после истечения очередного года.

7.8. В случае изменения количества Застрахованных при наступлении нового страхового года или досрочном расторжении Договора коллективного медицинского страхования Страхователь обязан поставить об этом в известность застрахованных сотрудников коллектива и известить об этом в письменном виде Страховщика.

7.9. Если в течение одного страхового года у Страхователя появилась необходимость включить в число Застрахованных новые лица, то оформляется Дополнение к Договору со списком включаемых лиц, их количеством, указанием Программ страхования и суммой взноса за период от момента принятия Дополнения к договору до конца страхового года по основному Договору. Сумма взноса за неполный страховой год соотносится с суммой годового платежа следующим образом:

1 месяц - 20%	5 месяцев - 60%	9 месяцев - 85%
2 месяца - 30%	6 месяцев - 70%	10 месяцев - 90%
3 месяца - 40%	7 месяцев - 75%	11 месяцев - 95%
4 месяца - 50%	8 месяцев - 80%	

7.10. Застрахованный обязан обратиться в назначенное Страховщиком медицинское учреждение для постановки на учет, прохождения ежегодного обследования и наблюдения у лечащего врача. Сроки обследования у лечащего врача и его заключение фиксируются в амбулаторной карте.

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

7.11.1. Истечения срока действия договора;

7.11.2. Исполнения Страховщиком обязательств по договору страхования в полном объёме;

7.11.3. Неуплаты Страхователем страховых взносов в установленные договором сроки;

7.11.4. По требованию одной из сторон или по соглашению сторон в соответствии с действующим Законодательством;

7.11.5. Смерти Застрахованного;

7.11.6. Смерти Страхователя - физического лица, заключившего договор о страховании третьего лица (ликвидации, реорганизации Страхователя – юридического лица в порядке, установленном действующим законодательством), если Застрахованный или иное лицо в соответствии с действующим Законодательством не приняли на себя обязанности Страхователя по договору страхования;

7.11.7. Принятия судом решения о признании договора страхования недействительным;

7.11.8. В других случаях, предусмотренных законодательными актами Российской Федерации и настоящими правилами.

В частности, в соответствии с Указанием Банка России от 21.08.2017 г. № 4500-У «О внесении изменения в пункт 1 Указания Банка России от 20 ноября 2015 года № 3854-У «О минимальных (стандартных) требованиях к условиям и порядку осуществления отдельных видов добровольного страхования» установлен следующий порядок расторжения договора страхования по инициативе Страхователя:

В случае отказа Страхователя от договора страхования (посредством обращения к Страховщику с письменным заявлением об отказе от договора страхования) в течение 14 (Четырнадцати) календарных дней со дня его заключения независимо от момента уплаты страховой премии и при условии отсутствия в данном периоде страховых случаев (событий, имеющих признаки страхового случая), уплаченная Страхователем страховая премия (страховой взнос) подлежит возврату Страховщиком Страхователю:

а) в полном объеме – в случае, если Страхователь отказался от договора страхования до даты начала действия страхования;

б) за вычетом части страховой премии, пропорциональной сроку, в течение которого действовало страхование (то есть пропорционально периоду с даты начала действия страхования до даты прекращения действия договора страхования), – в случае, если Страхователь отказался от договора страхования после даты начала действия страхования.

Договор страхования считается прекратившим свое действие с даты получения Страховщиком письменного заявления Страхователя об отказе от договора страхования, но не позднее срока, определенного в соответствии с пунктом 1 Указания Банка России от 20 ноября 2015 года № 3854-У.

Возврат Страховщиком страховой премии (ее части) производится по выбору Страхователя наличными деньгами или в безналичном порядке в течение 10 (Десяти) рабочих дней со дня получения Страховщиком письменного заявления Страхователя об отказе от договора страхования.

В случаях, отличных от указанных в настоящем пункте, действуют положения, предусмотренные Правилами страхования и договором страхования (полисом или иным письменным соглашением Сторон).

7.12. При прекращении договора страхования в отношении части застрахованных лиц Страхователь письменно извещает об этом Страховщика. В этом случае Страховщик возвращает Страхователю страховую премию за не истекшую в отношении этих лиц часть договора страхования за минусом понесённых Страховщиком расходов (если договором страхования не предусмотрено иное). Договор страхования в отношении этих лиц прекращается с указанной в заявлении даты, а при её отсутствии – с момента получения Страховщиком заявления Страхователя.

7.12.1. В случае если страхователь отказался от договора добровольного страхования в течение четырнадцати календарных дней со дня его заключения независимо от момента уплаты страховой премии, при отсутствии в данном периоде событий, имеющих признаки страхового случая, и до даты возникновения обязательств страховщика по заключенному договору страхования (далее - дата начала действия страхования), уплаченная страховая премия подлежит возврату страховщиком страхователю в полном объеме.

7.12.2. В случае если страхователь отказался от договора добровольного страхования в течение четырнадцати календарных дней со дня его заключения независимо от момента уплаты страховой премии, при отсутствии в данном периоде событий, имеющих признаки страхового случая, но после даты начала действия страхования, 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.

7.12.3. Договор добровольного страхования считается прекратившим свое действие с даты получения страховщиком письменного заявления страхователя об отказе от договора добровольного страхования или иной даты, установленной по соглашению сторон, но не позднее четырнадцати календарных дней со дня его заключения независимо от момента уплаты страховой премии, при отсутствии в данном периоде событий, имеющих признаки страхового случая.

7.12.4. Возврат страхователю страховой премии производится по выбору, указанному в заявлении на расторжение договора, страхователя: наличными деньгами или в безналичном порядке в срок, не превышающий 10 рабочих дней со дня получения письменного заявления страхователя об отказе от договора добровольного страхования.

7.13. Условия, указанные в п.п. 7.12.1 - 7.12.4 не распространяются на следующие случаи осуществления добровольного страхования:

7.13.1. Осуществление добровольного медицинского страхования иностранных граждан и лиц без гражданства, находящихся на территории Российской Федерации с целью осуществления ими трудовой деятельности.

7.13.2. Осуществление добровольного страхования, предусматривающего оплату оказанной гражданину Российской Федерации, находящемуся за пределами территории Российской Федерации, медицинской помощи и (или) оплату возвращения его тела (останков) в Российскую Федерацию.

7.13.3. Осуществление добровольного страхования, являющегося обязательным условием допуска физического лица к выполнению профессиональной деятельности в соответствии с законодательством Российской Федерации.

8. ВЗАИМООТНОШЕНИЕ СТОРОН ПРИ НАСТУПЛЕНИИ СТРАХОВОГО СЛУЧАЯ

8.1. При наступлении страхового случая Застрахованный имеет право напрямую обратиться в любое профилирующее медицинское учреждение, указанное в полисе, за получением необходимой медицинской помощи.

8.2. При обращении Застрахованного в медицинское учреждение, оно оказывает необходимую медицинскую помощь в следующие сроки:

- неотложная помощь до 2 часов;
- плановая помощь до 5 дней.

8.3. Для получения предусмотренных Программой страхования услуг в медучреждениях, не указанных в полисе, можно обратиться в предложенное Страховщиком координирующее медицинское учреждение.

8.4. Страхователь (Застрахованный) имеет право замены поликлиники или лечащего врача, для чего необходимо обратиться в диспетчерскую службу Страховщика.

8.5. Страхователь (Застрахованный), не выполнивший предписания лечащего врача, полученные в ходе предоставления медицинской помощи или нарушивший внутренний распорядок медицинского учреждения, теряет право на компенсацию затрат на амбулаторно-поликлиническое и госпитальное лечение.

8.6. Компенсация расходов на лечение Застрахованного, неправильно продекларировавшего свою группу здоровья, несогласовавшего с лечащим врачом обращение за помощью, а также сроки и характер оздоровления, производится в размере 50% от фактических затрат на лечение.

8.7. Уклонение держателя полиса от проведения ежегодных профобследований, как и от выполнения рекомендаций медицинских работников Страховщика может служить основанием для отказа в удовлетворении страхового иска.

8.8. Для реализации программ добровольного медицинского страхования Страховщик заключает двусторонние договоры с медицинскими учреждениями. Страховщик оплачивает лечебно-профилактическую помощь, оказываемую медицинскими учреждениями Страхователю (Застрахованному) по тарифам, согласованными с базовыми медицинскими учреждениями.

9. ПОСЛЕДСТВИЯ УВЕЛИЧЕНИЯ СТРАХОВОГО РИСКА

9.1. Страхователь обязан незамедлительно в разумные сроки уведомить Страховщика обо всех известных ему существенных изменениях в принятом на страхование страховом риске, произошедших в течение срока действия договора страхования, даже если такое изменение страхового риска происходит не по воле Страхователя.

9.2. Существенными изменениями в страховом риске признаются такие изменения в объекте страхования или связанные с объектом страхования, которые имеют значение для определения вероятности наступления страхового случая и размера возможных убытков от его наступления, и которые могли бы, если бы они существовали в момент заключения договора страхования, повлиять на решение Страховщика о заключении договора страхования или на конкретные условия договора страхования.

В случаях, если Страхователь сомневается, являются ли произошедшие в страховом риске изменения существенными, он обязан уведомить Страховщика об этих изменениях.

В любом случае существенными являются изменения в сведениях, указанных Страхователем при заключении договора страхования в его Заявлении о страховании и в договоре страхования.

9.3. Страховщик, уведомленный об обстоятельствах, влекущих увеличение страхового риска, вправе потребовать внесения изменений в условия действующего договора страхования или уплаты дополнительной страховой премии соразмерно увеличению страхового риска.

Если Страхователь возражает против внесения изменений в условия договора страхования или уплаты дополнительной страховой премии, Страховщик вправе потребовать расторжения договора в соответствии с правилами, предусмотренными законодательством Российской Федерации.

9.4. При неисполнении Страхователем обязанности, предусмотренной в п. 8.1 настоящих Правил, Страховщик (до наступления страхового события) вправе потребовать расторжения договора страхования и возмещения убытков, причиненных расторжением договора.

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

10. КОНФИДЕНЦИАЛЬНАЯ ИНФОРМАЦИЯ

10.1. Конфиденциальной считается следующая информация:

10.1.1. о сумме страховой премии, подлежащей уплате по Договору;

10.1.2. о персональных данных Застрахованного: фамилия, имя, отчество, год, месяц, дата рождения, адрес проживания.

10.1.3. о персональных данных Застрахованного специальной категории: данных о состоянии здоровья Застрахованного, о заболеваниях Застрахованного, а также о случаях его обращения за медицинской помощью, если такая информация доступна и получена Страховщиком

10.2. Страховщик имеет право во исполнение своих обязательств по Договору передавать указанные в п. 10.1.2 персональные данные своим партнёрам, с которыми у Страховщика заключены договоры, направленные на исполнение Страховщиком обязательств по договору страхования. При этом Страховщик подтверждает, что с указанными организациями заключены договоры, в которых в обязательства этих организаций вменено предотвращение разглашения персональных данных Застрахованных Страховщика и обеспечение безопасности персональных данных при их обработке.

10.3. Посредством направления соответствующих запросов в медицинские учреждения Страховщиком могут быть получены данные, указанные в п. 10.1.3 настоящих Правил. При этом врачи медицинских учреждений освобождаются от обязательств конфиденциальности перед Страховщиком.

10.4. Страховщик обрабатывает персональные данные Застрахованных (в том числе данные специальной категории) для осуществления добровольного медицинского страхования, в т.ч. для урегулирования убытков по Договору, администрирования Договора, выявления фальсификации счетов-реестров или счетов ненадлежащей формы, получаемых из медицинских учреждений.

10.5. Страховщик и партнёры Страховщика имеют право осуществлять все действия (операции) с персональными данными Застрахованных (в том числе с данными специальной категории), включая сбор,

систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, передачу в медицинские учреждения (при необходимости) обезличивание, блокирование, уничтожение. Страховщик и партнёры Страховщика вправе обрабатывать персональные данные Застрахованных (в том числе данные специальной категории) посредством включения их в списки и внесения в электронные базы данных Страховщика и партнёров Страховщика.

10.6. Подписывая Договор, Страхователь подтверждает, что им получены от Застрахованных письменные согласия на обработку Страховщиком и партнёрами Страховщика их персональных данных, запрошенные в соответствии с действующим Законодательством РФ в объёме, необходимом Страховщику в целях, указанных в п. 10.4 настоящих Правил.

10.7. По запросу Страховщика Страхователь обязуется своевременно предоставить Страховщику указанные письменные согласия Застрахованных.

10.8. В случае отзыва Застрахованным своего согласия на обработку персональных данных, переданного Страхователю, Страхователь обязан письменно уведомить об этом Страховщика с заявлением о прекращении действия Договора в отношении такого Застрахованного.

11. ОСОБЫЕ УСЛОВИЯ

11.1. Настоящие Правила регламентируют основные условия страхования. Однако по соглашению сторон в Договор страхования могут быть внесены оговорки, дополнения и изменения к настоящим Правилам, не противоречащие действующим нормативным актам, исходя из конкретных условий страхования.

11.2. Согласованные положения Договора страхования имеют преимущественное значение по сравнению с положениями настоящих Правил. В части условий, неурегулированных Договором страхования, применяются настоящие Правила.

12. ПОРЯДОК РАЗРЕШЕНИЯ СПОРОВ ПО ДОГОВОРУ СТРАХОВАНИЯ

12.1. В спорных случаях, при определении показаний к реализации услуг, предусмотренных Договором страхования, формируется независимая экспертная комиссия в составе:

- представителя клиента;
- местного органа здравоохранения;
- страховой компании.

12.2. Заключение комиссии оспаривается только в судебном порядке.

13. ОСНОВНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ С ПОТРЕБИТЕЛЯМИ СТРАХОВЫХ УСЛУГ

13.1. Общая часть.

13.1.1. Данные Правила страхования разработаны в соответствии с законодательством Российской Федерации с учетом положений и требований базовых стандартов: «Базовый стандарт защиты прав и интересов физических и юридических лиц – получателей финансовых услуг, оказываемых членами саморегулируемых организаций, объединяющих страховые организации» и «Базовый стандарт совершения страховыми организациями операций на финансовом рынке», утвержденные Банком России (Протокол КФНП-24 от 9 августа 2018г), далее – именуемые Базовые стандарты.

13.1.2. Базовые стандарты обязательны к применению всеми страховыми организациями вне зависимости от их членства в саморегулируемой организации в сфере финансового рынка, объединяющих страховые организации (далее – саморегулируемая организация), и действуют в части, не противоречащей законодательству Российской Федерации и нормативным актам Банка России.

13.1.3. Страховщик должен обеспечивать соблюдение требований Базовых стандартов от третьего лица, действующего по его поручению от его имени и (или) в его интересах, в том числе на основании гражданско-правового договора и (или) доверенности.

13.1.4. Страховщик обязан соблюдать требования, определенные законодательством Российской Федерации, иными нормативно-правовыми актами и национальными стандартами при обеспечении защиты информации, полученной Страховщиком при осуществлении им страховой деятельности, включая обеспечение ее целостности, доступности и конфиденциальности, независимо от формы ее представления, а также защите персональных данных получателей страховых услуг.

13.2. Термины и определения:

13.2.1. **Страховщик** – страховая организация, созданная в соответствии с законодательством Российской Федерации для осуществления деятельности по страхованию и (или) перестрахованию и получившая лицензию на осуществление соответствующего вида страховой деятельности в установленном законодательством порядке.

13.2.2. **Страхователь** – юридическое лицо или физическое лицо, заключившее со страховщиком договор страхования либо являющееся страхователем в силу закона.

13.2.3. Получатель страховых услуг – физическое лицо (в том числе зарегистрированное в качестве индивидуального предпринимателя) или юридическое лицо, обратившееся в страховую организацию с намерением заключить договор страхования (потенциальный получатель страховой услуги), а также страхователь, застрахованное лицо и (или) выгодоприобретатель по заключенному договору страхования.

13.2.4. **Страховые услуги** – финансовые услуги страховых организаций по заключению, изменению, расторжению и исполнению договоров страхования.

13.2.5. **Страховой агент** – физическое лицо, в том числе физическое лицо, зарегистрированное в установленном законодательством Российской Федерации порядке в качестве индивидуального предпринимателя,

или юридическое лицо, осуществляющее деятельность на основании гражданско-правового договора от имени и за счет страховщика в соответствии с предоставленными ему полномочиями.

13.2.6. **Официальный сайт** – сайт страховой организации в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет», содержащий информацию о деятельности страховой организации, указанный в Едином государственном реестре субъектов страхового дела.

13.2.7. **Личный кабинет** – информационный ресурс, который размещен на официальном сайте страховой организации, позволяющий получателю страховых услуг взаимодействовать со страховой организацией.

13.2.8. **Офис** – специально оборудованное помещение, в котором осуществляется заключение и (или) расторжение договора страхования, и (или) прием документов для рассмотрения вопроса о признании события страховым случаем, и (или) прием заявлений и других обращений получателей страховых услуг и иных лиц, обращающихся в страховую организацию.

13.2.9. **Обращение (жалоба)** – направленная в страховую организацию получателем страховых услуг в письменной форме на бумажном носителе или в виде электронного документа просьба о восстановлении или защите нарушенных прав, свобод и законных интересов, связанных с деятельностью страховой организации по оказанию страховых услуг.

13.2.10. **Застрахованное лицо** – физическое лицо, в отношении жизни и здоровья которого заключен договор личного страхования;

13.3. Правила и принципы раскрытия информации получателю страховых услуг

13.3.1. Информация, подлежащая раскрытию Страховщиком (представителем страховщика) доводится до получателей страховых услуг в соответствии с принципами: на равных правах, в равном объеме для всех, в доступной форме на русском языке, без затрат или совершения дополнительных действий, не предусмотренных законодательством РФ, при этом не допускается искажение смысла информации, приводящее к двусмысленности или иным образом допускающее неоднозначное толкование свойств страховых услуг.

13.3.2. Страховщик (представитель страховщика) до заключения договора страхования обязан предоставить информацию о страховых услугах любому обратившемуся за ней лицу без исключений (либо потенциальному получателю страховых услуг для ознакомления при заключении с ним договора страхования, либо при обращении с намерением заключить договор страхования) в устной бумажной или электронной форме, в том числе посредством сети «Интернет» на сайте Страховщика.

13.3.3. При заключении договора страхования получателю страховых услуг (Страхователю) предоставляется следующая информация:

1) об основных условиях, на которых может быть заключен договор страхования, включающих: объект страхования, страховые риски, размер страховой премии, порядок осуществления страховой выплаты (страхового возмещения), в том числе перечень документов, которые необходимо представить вместе с заявлением о наступлении события, имеющего признаки страхового случая;

2) о способах и сроках (периодичности) уплаты страховой премии, о последствиях неуплаты, уплаты не в полном размере или несвоевременной уплаты страховой премии (страховых взносов);

3) о применяемых франшизах и исключениях из перечня страховых событий, а также о действиях получателя страховых услуг, совершение которых может повлечь отказ страховой организации в страховой выплате или сокращение ее размера;

4) о наличии дополнительных условий для заключения договора страхования, в том числе о необходимости проведения обследования получателя страховых услуг при заключении договора страхования или осмотра имущества, подлежащего страхованию, а также о перечне документов и информации, необходимых для заключения договора страхования;

5) о предусмотренных законодательством возможных последствиях отсутствия имущественного интереса в сохранении застрахованного имущества у страхователя или выгодоприобретателя, если договор страхования имущества заключается без проверки наличия имущественного интереса у получателя страховых услуг.

6) о размере (примерном расчете) страховой премии на основании представленного получателем страховых услуг заявления о заключении договора страхования с уведомлением получателя страховых услуг о возможном изменении размера страховой премии, страховой суммы или иных условий страхования по результатам оценки страхового риска;

7) о наличии условия возврата страхователю уплаченной страховой премии в случае отказа страхователя от договора страхования в течение определенного срока со дня его заключения, если это предусмотрено Правилами страхования, в соответствии с действующим законодательством;

8) о сроках рассмотрения обращений получателей страховых услуг относительно страховой выплаты, а также о случаях продления таких сроков в связи с необходимостью получения информации от компетентных органов и (или) сторонних организаций, непосредственно связанной с возможностью принятия страховой организацией решения о признании события страховым случаем или о размере страховой выплаты;

9) о принципах расчета ущерба, причиненного застрахованному имуществу в случае его повреждения, а также о порядке расчета износа застрахованного имущества в случае наличия в договоре страхования условия осуществления страховой выплаты с учетом износа застрахованного имущества.

13.3.4. Основными принципами предоставления информации рекламного характера о деятельности страховой организации являются законность, добросовестность, достоверность и полнота сообщаемых сведений.

13.3.5. Информация рекламного характера не должна содержать каких-либо текстовых, звуковых или визуальных обращений или заявлений, которые прямо или косвенно, посредством замалчивания, двусмысленности или преувеличения, могут ввести получателя страховых услуг в заблуждение, в частности, в отношении условий страховых услуг, которые могут повлиять на выбор получателя страховых услуг.

13.4. Общий порядок при взаимодействии с получателями страховых услуг

13.4.1. Получатель страховых услуг должен быть проинформирован о способах и порядке подачи в страховую организацию письменного или устного заявления о заключении договора страхования, или об ином порядке заключения договора страхования, расторжения договора, или отказа Страхователя от договора страхования.

13.4.2. Страховщик не может ставить заключение договора страхования по одному виду страхования в зависимость от наличия (заключения) договора по другому виду страхования, а также от наличия (заключения) договоров оказания иных видов финансовых услуг, за исключением договоров комбинированного страхования.

Не является нарушением предложение страховых продуктов, которые предполагают наличие у получателя страховых услуг других договоров страхования или договоров оказания финансовых услуг (например, страхования рисков заемщиков кредита при наличии кредитного договора).

13.4.3. В случае расторжения договора страхования или отказа страхователя от договора добровольного страхования Страховщик обязан принять заявление страхователя о возврате уплаченной страховой премии части страховой премии.

Страховщик обязан обеспечить прием заявления в офисе, в котором был заключен договор страхования, в ином указанном страховой организацией офисе, либо посредством почтовой связи, через личный кабинет (при наличии), а также, если это предусмотрено условиями страхования, через третье лицо, действующее по поручению Страховщика.

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

13.4.5. Страховщик при заключении договора страхования обязан предоставить получателю страховых услуг правила, программы, планы, дополнительные условия страхования, если они являются неотъемлемой частью договора страхования.

13.4.6. Если договор страхования имущества заключается без проверки наличия имущественного интереса в сохранении застрахованного имущества у получателя страховых услуг, то Страховщик информирует Страхователя о предусмотренных законодательством возможных последствиях отсутствия имущественного интереса в сохранении застрахованного имущества у страхователя или выгодоприобретателя.

13.4.7. Осуществление действий, указанных в пунктах 13.3.3, 13.4.5 и 13.4.6 фиксироваться любым из следующих способов:

- 1) подписью получателя страховых услуг;
- 2) проставлением получателем страховых услуг специальных отметок (подтверждений) в электронной форме в личном кабинете (при его наличии);
- 3) аудио- и (или) видеозаписью, осуществляемой страховой организацией с согласия получателя страховых услуг в офисе или ином месте совершения действий, связанных с осуществлением страховой деятельности;
- 4) иным способом, предусмотренным законом или согласованным с получателем страховых услуг.

13.4.8. Если договором страхования предусмотрено его заключение без указания фамилии, имени, отчества (при наличии) или наименования застрахованного лица (выгодоприобретателя), в договоре страхования должен быть четко определен идентифицирующий признак, позволяющий однозначно установить такое лицо (собственник строения, пассажир определенного транспортного средства, участник мероприятия, владелец билета, работник предприятия согласно штатному расписанию и т.п.), а также предусмотрена обязательная идентификация застрахованного лица (выгодоприобретателя) при урегулировании убытка.

13.5. Полномочия и условия совершения операций, связанных с заключением, расторжением и исполнением договора страхования

13.5.1. Для заключения от имени Страховщика договора страхования работник страховщика, страховой агент (страховой брокер) должны иметь необходимые полномочия.

Для выполнения иных действий по оформлению договора страхования работнику страховщика доверенность не требуется.

13.5.2. При подписании договора страхования работником страховщика, не являющимся единоличным исполнительным органом страховщика или руководителем коллегиального исполнительного органа страховщика, его полномочия подтверждаются доверенностью.

При заключении договора страхования по требованию Страхователя доверенность на подписание договора страхования должна быть представлена Страховщиком Страхователю в форме надлежаще заверенной копии.

13.5.3. Страховой агент (страховой брокер), представляя Страховщика в отношениях со Страхователем при заключении договора страхования, действует от имени Страховщика и по его поручению в соответствии с предоставленными полномочиями.

Такие полномочия определяются и подтверждаются заключенным со страховщиком гражданско-правовым договором (договор поручения, договор агентирования, договор об оказании услуг страхового брокера) и (или) доверенностью на заключение договоров страхования.

13.5.4. В договоре страхования должны быть указаны фамилия, имя отчество (при наличии) или инициалы, должность (при подписании договора работником страховщика) лица, подписывающего от имени страховщика договор страхования, а также сведения о документе, подтверждающем полномочия данного лица.

13.5.5. Договор страхования может быть заключен на основании устного или письменного заявления Страхователя или его представителя.

По просьбе Страхователя и с его слов заявление о заключении договора страхования и прилагаемые к нему документы (описи, списки, анкеты и т.п.) могут быть заполнены представителем страховщика с соблюдением следующих требований:

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

13.5.6. В случае заполнения заявления в письменной форме оно должно быть подписано Страхователем или его уполномоченным представителем.

13.5.7. Заявление о заключении договора страхования, если оно изложено в письменной форме, является неотъемлемой частью договора страхования.

13.5.8. Если договором страхования предусмотрено внесение страховой премии в рассрочку, то договором страхования также должны предусматриваться последствия неуплаты в установленные сроки очередных страховых взносов или их уплаты не в полном объеме.

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

13.5.10. Страховщик обеспечивает соблюдение требований к идентификации получателей страховых услуг их представителей в целях противодействия легализации (отмыванию) доходов, полученных преступным путем, и финансированию терроризма при урегулировании требований о страховой выплате.

13.5.11. На стадии урегулирования требований о страховой выплате обеспечивается идентификация лица, обратившегося к Страховщику с заявлением о получении страховой выплаты (выгодоприобретателя, страхователя, застрахованного лица, или их представителей), а также получателя страховой выплаты.

13.6. Порядок и условия взаимодействия при урегулировании требований о страховой выплате.

13.6.1. Страховщик при заключении договора страхования информирует получателя страховых услуг об адресах мест приема документов при наступлении событий, имеющих признаки страхового случая, в том числе о возможности приема таких документов в электронной форме, если такая возможность предусмотрена условиями договора или правил страхования, а также своевременно информирует получателей страховых услуг об изменениях таких адресов на официальном сайте, а также непосредственно получателя страховых услуг при его обращении.

13.6.2. После того, как Страховщику стало известно о наступлении события, имеющего признаки страхового случая, по запросу получателя страховых услуг он должен быть проинформирован:

1) обо всех предусмотренных договором и (или) правилами страхования необходимых действиях, которые получатель страховых услуг должен предпринять, и обо всех документах, представление которых обязательно для рассмотрения вопроса о признании события страховым случаем и определения размера страховой выплаты.

2) о предусмотренных договором и (или) правилами страхования форме и способах осуществления страховой выплаты и порядке их изменения.

13.6.3. При личном обращении получателя страховых услуг Страховщик принимает документы на страховую выплату по описи, реестру или акту приема-передачи. Опись, реестр или акт приема-передачи подписывается страховщиком и получателем страховых услуг с указанием даты приема документов. Дата приема документов может быть внесена посредством использования автоматизированных систем.

13.6.4. В случае если документы на страховую выплату были направлены без сопроводительного письма, содержащего перечень представленных документов или опись, Страховщик не имеет права отказать в их приеме.

13.6.5. В случае выявления факта предоставления получателем страховых услуг документов, недостаточных для принятия страховщиком решения об осуществлении страховой выплаты, и (или) ненадлежащим образом оформленных документов в соответствии с требованиями правил страхования и (или) договора страхования, страховщик обязан:

- принять их, если иное не предусмотрено для отдельного вида страхования законодательством Российской Федерации, при этом срок принятия решения или единый срок урегулирования требования о страховой выплате не начинает течь до предоставления последнего из необходимых и надлежащим образом оформленных документов;

- уведомить об этом подавшее заявление на страховую выплату лицо с указанием перечня недостающих и (или) ненадлежащим образом оформленных документов.

13.6.6. Срок уведомления физических лиц - получателей страховых услуг о выявлении факта предоставления получателем страховых услуг документов, недостаточных для принятия страховщиком решения об осуществлении страховой выплаты, и (или) ненадлежащим образом оформленных документов не должен превышать 15 рабочих дней.

13.6.7. По устному или письменному запросу получателя страховых услуг, в том числе полученному в электронной форме, в срок, не превышающий тридцати дней с момента получения такого запроса, при условии возможности идентификации получателя страховых услуг в соответствии с требованиями Федерального закона от 27 июня 2006 года №152-ФЗ «О персональных данных», страховая организация после принятия решения о страховой выплате предоставляет информацию о расчете суммы страховой выплаты, которая должна включать:

1) страховую сумму (ее часть) по личному страхованию, за исключением медицинского страхования, подлежащую выплате или окончательную сумму страхового возмещения, подлежащую выплате, по имущественному страхованию и (или) указание на компенсацию ущерба в натуральной форме, с перечнем имущества, передаваемого получателю страховых услуг в качестве страхового возмещения, ремонтных (восстановительных) работ, иных действий по страховому возмещению в натуральной форме;

2) порядок расчета страховой выплаты;

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

13.6.8. В случае наличия в договоре и (или) правилах страхования условия осуществления выплаты с учетом износа застрахованного имущества страховая организация предоставляет получателю страховых услуг по его письменному запросу письменный расчет суммы страховой выплаты с указанием сведений о примененном порядке расчета износа застрахованного имущества.

13.6.9. По письменному запросу получателя страховых услуг страховая организация в срок, не превышающий тридцати дней, обязана предоставить ему в письменном виде исчерпывающую информацию и документы (в том числе копии документов и (или) выписки из них), на основании которых страховой организацией было принято решение о страховой выплате (за исключением документов, которые свидетельствуют о возможных противоправных действиях получателя страховых услуг, направленных на получение страховой выплаты), бесплатно один раз по каждому страховому случаю.

13.6.10. В случае отсутствия правовых оснований для осуществления страховой выплаты (далее – решение об отказе) страховая организация в течение трех рабочих дней после принятия решения об отказе информирует получателя страховых услуг в письменном виде об основаниях принятия такого решения со ссылками на нормы права и (или) условия договора страхования и правил страхования, на основании которых принято решение об отказе.

13.6.11. Страховая организация по письменному запросу получателя страховых услуг в срок, не превышающий тридцати дней, предоставляет документы (в том числе копии документов и (или) выписки из них), обосновывающие решение об отказе, бесплатно один раз по одному событию, за исключением документов, которые свидетельствуют о возможных противоправных действиях получателя страховых услуг, направленных на получение страховой выплаты.

13.7. Порядок рассмотрения обращений получателей страховых услуг.

13.7.1. Подлежат обязательному рассмотрению Страховщиком обращения получателя страховых услуг или его представителя, в том числе переадресованные из органов государственной власти, органов местного самоуправления и иных организаций, а также запросы и обращения, поступившие в рамках обязательного взаимодействия с финансовым уполномоченным (согласно ст. 28 федерального закона от 04.06.2019 №123-ФЗ).

13.7.2. Поступившее обращение подлежит обязательной регистрации в течение трех рабочих дней, при этом Страховщик информирует получателя страховых услуг о получении его обращения (при поступлении обращения в бумажной форме такое информирование осуществляется по запросу получателя страховых услуг).

13.7.3. Предельный срок рассмотрения обращения составляет тридцать дней с момента регистрации обращения, за исключением случаев, когда для ответа на обращение необходимо проведение проверки (экспертизы) и (или) получения документов от других организаций, о чем получатель страховых услуг должен быть письменно уведомлен страховой организацией в установленный для рассмотрения обращений срок.

13.7.4. Итогом рассмотрения обращения является направление мотивированного ответа получателю страховых услуг или принятие решения об оставлении обращения без ответа в случаях, предусмотренных пунктом 13.7.5.

Ответ на обращение подписывается руководителем страховой организации или иным уполномоченным лицом и подлежит обязательной регистрации.

13.7.5. Ответ на обращение не дается в следующих случаях:

- 1) в обращении недостаточно данных для определения получателя страховых услуг;
- 2) текст обращения не поддается прочтению;
- 3) в обращении содержатся только те вопросы, на которые получателю страховых услуг ранее давался ответ по существу, и при этом в обращении не приводятся новые доводы;
- 4) в обращении содержатся нецензурные либо оскорбительные выражения, угрозы имуществу страховой организации, имуществу, жизни и (или) здоровью работников страховой организации, а также членов их семей;
- 5) обращение является рекламой и (или) обладает признаками массовой (спам-) рассылки;
- 6) из обращения прямо следует, что оно не требует ответа.

13.7.6. Страховщик обязан ежегодно представлять в саморегулируемую организацию отчет об обращениях получателей страховых услуг за календарный год в порядке, установленном внутренним документом саморегулируемой организации.

Критерии дифференциации лиц по группам здоровья

Группы здоровья

1 группа:

Здоровые лица с отсутствием жалоб, отсутствием хронических заболеваний в анамнезе, функциональных отклонений в органах и системах и объективных изменений.

2 группа:

Практически здоровые лица с наличием хронических заболеваний в стадии стойкой ремиссии и функциональных изменений, не влияющих на деятельность жизненно важных органов и систем и на трудоспособность.

3 группа:

Лица, страдающие хроническими заболеваниями, находящиеся в стадии компенсации, а также субкомпенсации при наличии ежегодных обострений с временной утратой трудоспособности не более 1 месяца в течение года: лица, работавшие или работающие на производстве с особо вредными условиями труда.

Базовые Тарифы по Программам добровольного медицинского страхования

№ п/п	Наименование программы ДМС	Базовый тариф (%)
1.	«Амбулаторно-поликлиническая помощь»	6,36
2.	«Амбулаторно-поликлиническая помощь» -2	3,20
3.	«Стационарная помощь»	0,16
4.	«Стоматологическая помощь»	3,19
5.	Программа добровольного медицинского страхования «Комплексное страхование: амбулаторно-поликлиническое обслуживание и реабилитационно-восстановительное лечение»	13,13
6.	Комплексная программа ДМС (базовая поликлиника ООО «Лекарь» (Поликлиника «РНПК»)	0,51
7.	Программа добровольного медицинского страхования «Комплексное страхование (КЭ)»	0,3
8.	Программа добровольного медицинского страхования «Комплексное страхование (КЭЛБ)»	0,176
9.	«Экстренная стационарная медицинская помощь»	1,04
10.	Комплексная программа (Амбулаторно-поликлиническая помощь – 2, экстренная стационарная и экстренная стоматологическая помощь)	1,02
11.	Программа «АвтоАнгел»	0,12
12.	Программа «Студент»: Риски 1. амбулаторно- поликлиническая, стационарная и экстренная стационарная медицинская помощь; 2. Медико-транспортные услуги, услуги по репатриации	9,74 0,16
13.	Программа «Первый год без забот» для детей от 0 до 12 месяцев	7,8
	Программа «Расти здоровым малыш» для детей от 1 до 3 лет	7,8
	Программа «Расти большим» для детей от 3 до 7 лет	7,8
	Программа «Школьная пора» для детей от 7 до 12 лет	7,8
	Программа «Здоровое поколение» для детей от 12 до 18 лет	7,8
14.	Программа «Гость»*	1,0

Страховщик при определении размера страховой премии вправе применять повышающие (1,01 – 10) или понижающие (0,99 – 0,1) коэффициенты к базовым страховым тарифам в зависимости от возраста Застрахованных лиц, профессии, образа жизни, привычек, наличия вредных условий труда и иных факторов страхового риска, результатов анкетирования на основании заключения экспертов компании.

* Возможны различные варианты (модификации) программ на базе программы «Гость». Страховщик при определении размера страховой премии по конкретному Договору и/или варианту Программы вправе применять повышающие (1,01 – 10) или понижающие (0,99 – 0,1) коэффициенты к базовому страховому тарифу, а именно:

Основание	Диапазон Коэффициентов
С учетом срока действия Договора (Полиса) страхования	0,1 – 1,0
С учетом объема услуг, входящих в программу	0,1 – 10,0
С учетом характера трудовой деятельности застрахованного, образа жизни принимаемого на страхование лица	0,1 – 10,0
С учетом возраста застрахованного лица	0,1 – 10,0
С учетом квалификации застрахованного лица	0,1 -10,0
С учетом состояния здоровья застрахованного лица	0,1 – 10,0
С учетом региона пребывания застрахованного лица	0,1 – 10,0
С учетом региона постоянного проживания застрахованного	0,1 – 10,0
С учетом территории действия договора страхования	0,1 – 10,0
С учетом размера страховой суммы	0,1 – 10,0
С учетом установления лимитов страховой суммы	0,1 – 1,0
С учетом порядка уплаты страховой премии	1,0 – 10,0
С учетом численности застрахованных лиц по Договору	0,1 – 10,0
С учетом наличия/отсутствия выплат по предыдущему Договору (Полису) страхования	0,1 – 10,0
С учетом категории медицинских организаций, оказывающих помощь по программе	0,1 – 10,0
Андеррайтерский коэффициент с учетом факторов, не учтенных выше	0,1 – 10,0

Перечень Программ добровольного медицинского страхования

1. Программа «Амбулаторно-поликлиническая помощь»
2. Программа «Амбулаторно-поликлиническая помощь» -2
3. Программа «Стационарная помощь»
4. Программа «Стоматологическая помощь»
5. Программа «Комплексное страхование: амбулаторно-поликлиническое обслуживание и реабилитационно-восстановительное лечение»
6. Комплексная программа ДМС
7. Программа «Комплексное страхование (КЭ)»
8. Программа «Комплексное страхование (КЭЛБ)»
9. Программа «Экстренная стационарная медицинская помощь»
10. Комплексная программа (Амбулаторно-поликлиническая помощь – 2, экстренная стационарная и экстренная стоматологическая помощь)
11. Программа «АвтоАнгел»
12. Программа «Студент»
13. а) Программа «Первый год без забот» для детей от 0 до 12 месяцев
б) Программа «Расти здоровым малыш» для детей от 1 до 3 лет
в) Программа «Расти большим» для детей от 3 до 7 лет
г) Программа «Школьная пора» для детей от 7 до 12 лет
д) Программа «Здоровое поколение» для детей от 12 до 18 лет
14. Программа «Гость»

ДОГОВОР № _____
коллективного добровольного медицинского страхования

г. _____

« ____ » _____ 20__ г.

АО «СК «Астро-Волга», именуемое в дальнейшем Страховщик, в лице Генерального директора _____, действующего на основании _____ с одной стороны, и _____, именуемое в дальнейшем Страхователь, в лице _____, действующего на основании _____ с другой стороны, заключили настоящий Договор о нижеследующем:

1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА.

1.1. По настоящему Договору Страховщик обязуется в течении срока действия договора при наступлении страхового случая организовывать оказание Застрахованным медицинских услуг в медицинских учреждениях и оплачивать такие медицинские услуги непосредственно медицинскому учреждению, а Страхователь обязуется уплатить за это установленную настоящим Договором страховую премию.

1.2. Страховым случаем по настоящему Договору является обращение Застрахованного за получением медицинских услуг в течение срока действия договора в медицинское учреждение из числа предусмотренных настоящим Договором в порядке, определённом настоящим Договором и Программой добровольного медицинского страхования (см. Приложение № 3), при остром заболевании (патологическом состоянии), обострении хронического заболевания, травме, отравлении и других заболеваниях.

1.3. Застрахованным признаётся любой гражданин, в пользу которого заключен настоящий Договор и который включен Страхователем в список, принятый Сторонами в качестве Приложения № 1 к настоящему Договору.

1.4. Объём медицинских услуг, оказываемых Застрахованному медицинским учреждением и оплачиваемых Страховщиком по настоящему Договору, а также порядок оказания таких услуг определяются выбранной Страхователем Программой добровольного медицинского страхования.

1.5 По настоящему Договору не могут быть застрахованы лица, которые на момент заключения Договора страхования имеют заболевания из числа указанных в п.1 Исключений из программ добровольного медицинского страхования (см. Приложение № 2), или имеют 1 (2) группу инвалидности, или возраст старше 65 лет.

1.6. На момент заключения договора выбраны следующие Планы страхования: _____
Объём медицинской помощи и перечень медицинских учреждений, привлеченных к реализации указанных планов приведены в Приложении № 4, являющемся неотъемлемой частью настоящего Договора.

2. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН.

2.1. Страховщик вправе:

2.1.1. Снять Застрахованного со страхования в предусмотренных Исключениями и Программой случаях, сообщив об этом Страхователю и Застрахованному.

2.1.2. Отказать в страховании по настоящему Договору дополнительных лиц, имеющих заболевания (патологические состояния), указанные в п.1 Исключений из Программ добровольного медицинского страхования, или имеющих 1 или 2 группу инвалидности, или возраст старше 65 лет.

2.1.3. Снять со страхования Застрахованного, если он не выполнил обязанности, предусмотренные п.п.2.6.1. и 2.6.2. настоящего Договора, и если такое невыполнение привело или могло привести к дополнительным расходам Страховщика, а также в случае неоплаты счета Страховщика в соответствии с п.2.6.5. настоящего договора. О снятии со страхования Страховщик уведомляет Страхователя и Застрахованного.

2.2. Страховщик обязан:

2.2.1. Оказывать услуги в соответствии с п.1.1. настоящего Договора каждому Застрахованному.

2.2.2. Своевременно выдать Страхователю на каждого Застрахованного полис, а при их утрате - дубликаты.

2.2.3. Контролировать объём, сроки и качество организованных лечебным учреждением медицинских услуг.

2.2.4. В случае виновности медицинского учреждения или его работника в причинении вреда жизни и здоровью Застрахованного и при наличии его письменного заявления о причинённом вреде содействовать Застрахованному в предъявлении им в судебном порядке соответствующего иска путём составления искового заявления и получения за счет Страховщика предварительного акта медицинской экспертизы, подтверждающего вину медицинского учреждения.

2.2.5. Сообщить Страхователю об изменении банковских реквизитов, юридического и фактического места нахождения, номеров контактных телефонов и телефаксов.

2.3. Страхователь вправе:

2.3.1. Снять со страхования какого-либо Застрахованного в рамках выбранной Программы, указав в заявлении его фамилию, имя, отчество, дату рождения, номер страхового полиса. При этом Страховщик осуществляет возврат страховой премии в соответствии с п.8.4. настоящего Договора. Настоящий Договор в отношении такого

Застрахованного прекращается с любой указанной в заявлении Страхователя даты, но не ранее первого рабочего дня, следующего за датой поступления заявления к Страховщику. При этом численность Застрахованных в рамках Программы уменьшается.

2.3.2. С согласия Страховщика застраховать по настоящему договору дополнительных лиц, указав в заявлении на страхование фамилию, имя, отчество, дату рождения, пол, адрес фактического места жительства страхуемых лиц, предполагаемую дату принятия на страхование, выбранную Программу и оплатив за них страховую премию пропорционально неистекшему сроку действия настоящего Договора. При этом численность Застрахованных в рамках выбранной Программы увеличивается.

2.3.3. С согласия Страховщика, в рамках Программы и общей численности Застрахованных по такой Программе снять со страхования любое количество Застрахованных и одновременно заявить на страхование такое же число лиц.

За снимаемого со страхования Застрахованного Страховщик рассчитывает размер возврата страховой премии за неистекший оплаченный срок действия настоящего Договора.

За принимаемое на страхование лицо размер страховой премии за неистекший срок, оплаченный Страхователем по настоящему Договору, равен размеру страховой премии, подлежащей возврату Страховщиком.

К заявлению о снятии со страхования и принятии на страхование применяются соответствующие требования п.п.2.3.1. и 2.3.2. настоящего Договора.

2.3.4. С согласия Страховщика изменить Программу для Застрахованного, указав в заявлении фамилию, имя, отчество, дату рождения Застрахованного, меняемые Программы и предполагаемую дату замены.

При расхождении в стоимости Программ Страховщик производит перерасчет страховой премии. Соответствующая доплата или возврат разницы страховой премии осуществляются согласно п. 8.4.

2.4. Страхователь обязан:

2.4.1. Разъяснить Застрахованным условия страхования, определённые настоящим Договором, передать им полис.

2.4.2. Сообщить Страховщику об изменении банковских реквизитов, юридического и фактического места нахождения, номеров контактных телефонов и телефаксов, а также об изменении фамилии Застрахованного и его фактического места жительства.

2.4.3. Своевременно уплачивать страховую премию.

2.5. Застрахованный вправе:

2.5.1. Требовать от Страховщика организации оказания медицинских услуг и их оплату в соответствии с условиями настоящего Договора.

2.5.2. Сообщать Страховщику в письменном виде о случаях непредоставления, неполного или некачественного предоставления медицинских услуг.

2.5.3. При утрате страхового медицинского полиса, получить их дубликаты.

2.6. Застрахованный обязан:

2.6.1. Соблюдать предписания врача, полученные в ходе оказания медицинских услуг, а также распорядок, установленный медицинским учреждением.

2.6.2. Обеспечить сохранность полиса и не передавать его другим лицам с целью получения ими медицинских услуг.

2.6.3. Немедленно сообщить Страхователю об изменении своей фамилии и фактического места жительства.

2.6.4. При утрате полиса незамедлительно сообщить в письменном виде об этом Страховщику для получения дубликата.

2.6.5. Возместить понесённые Страховщиком расходы по уплате штрафа медицинскому учреждению за неявку к врачу в согласованное время или отсутствие по указанному адресу при вызове врача на дом. Возмещение уплачивается Застрахованным в течение 7 банковских дней с момента получения счета Страховщика.

3. РАЗМЕР, СРОКИ И ПОРЯДОК ВНЕСЕНИЯ СТРАХОВЫХ ПРЕМИЙ. ЧИСЛЕННОСТЬ ЗАСТРАХОВАННЫХ, СТРАХОВАЯ СУММА.

3.1. Общая численность застрахованных на момент заключения договора составляет _____ человек, в том числе:

по ПЛАНУ № _____ человек,

по ПЛАНУ № _____ человек,

по ПЛАНУ № _____ человек,

Список застрахованных членов трудового коллектива прилагается на бумажном и магнитном носителях.

3.2. Страховые суммы на одного Застрахованного по настоящему Договору составляют:

по ПЛАНУ № _____ рублей,

по ПЛАНУ № _____ рублей,

по ПЛАНУ № _____ рублей,

3.3. Размер страховой премии на одного Застрахованного составляет:

по ПЛАНУ № _____ рублей,

по ПЛАНУ № _____ рублей,

по ПЛАНУ № _____ рублей,

3.4. Общая страховая премия составляет _____ рублей.

3.5. Страховая премия уплачивается _____

Премия уплачивается безналичным путём, НДС не облагается.

3.6. В случае уменьшения количества Застрахованных или досрочного расторжения договора страхования, Страхователь обязан поставить об этом в известность всех Застрахованных, которых эти действия непосредственно касаются, и известить Страховщика о коррекции списков, составленных в соответствии с настоящим Договором.

3.7. При увеличении в течении срока действия Договора числа Застрахованных премия уплачивается пропорционально сроку, оставшемуся до окончания Договора одновременно, в течении 5-ти банковских дней с момента уведомления Страховщика.

4. КОНФИДЕНЦИАЛЬНОСТЬ

4.1. Стороны берут на себя взаимные обязательства по соблюдению режима конфиденциальности в отношении информации, полученной при исполнении настоящего Договора, а также обязуются принимать все необходимые меры для того, чтобы избегать даже частичного нарушения конфиденциальности. Стороны несут ответственность за последствия, вызванные нарушением обязательств по конфиденциальности, независимо от того, было ли совершено преднамеренно или случайно. Передача информации третьим лицам или иное разглашение информации, признанной конфиденциальной, может осуществляться только с письменного согласия другой стороны.

4.2. Конфиденциальной по настоящему Договору признаётся информация:

4.2.1. о сумме страховой премии, подлежащей оплате по Договору и Программах страхования;

4.2.2. о персональных данных Застрахованного: фамилия, имя, отчество, год, месяц, дата рождения, адрес проживания.

4.2.3. о персональных данных Застрахованного специальной категории: данных о состоянии здоровья Застрахованного, о заболеваниях Застрахованного, а также о случаях его обращения за медицинской помощью, если такая информация доступна и получена Страховщиком

Страховщик имеет право, во исполнение своих обязательств по Договору, передавать указанные в п. 4.2.2. персональные данные своим партнёрам, с которыми у Страховщика заключены договоры, направленные на исполнение Страховщиком обязательств по Договору страхования. При этом Страховщик подтверждает, что с указанными организациями заключены договоры, в которых в обязательства этих организаций вменено предотвращение разглашения персональных данных Застрахованных Страховщика и обеспечение безопасности персональных данных при их обработке.

Страховщик и партнёры Страховщика имеют право осуществлять все действия (операции) с персональными данными Застрахованных (в том числе с данными специальной категории), включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, передачу в медицинские учреждения (при необходимости) обезличивание, блокирование, уничтожение. Страховщик и партнёры Страховщика вправе обрабатывать персональные данные Застрахованных (в том числе данные специальной категории) посредством включения их в списки и внесения в электронные базы данных Страховщика и партнёров Страховщика.

Подписывая Договор, Страхователь подтверждает, что им получены от Застрахованных письменные согласия на обработку Страховщиком и партнёрами Страховщика их персональных данных, запрошенные в соответствии с действующим Законодательством РФ в объёме необходимом Страховщику.

По запросу Страховщика Страхователь обязуется своевременно предоставить Страховщику указанные письменные согласия Застрахованных.

4.3. Страховщик имеет право на ознакомление с медицинской документацией Застрахованного и на использование полученной информации для реализации настоящего Договора страхования, оплаты медицинских услуг и защиты прав Застрахованного.

5. ПОРЯДОК РАЗРЕШЕНИЯ СПОРОВ

5.1. Все споры, возникающие при исполнении настоящего Договора, разрешаются путем переговоров Сторон. Неурегулированные споры между сторонами разрешаются в соответствии с действующим законодательством РФ.

6. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН

6.1. За неисполнение или ненадлежащее исполнение обязательств по договору страхования стороны несут ответственность в порядке, предусмотренном действующим законодательством РФ.

7. ОБСТОЯТЕЛЬСТВА, ОСВОБОЖДАЮЩИЕ ОТ ОТВЕТСТВЕННОСТИ

7.1. Сторона освобождается от ответственности за частичное или полное неисполнение обязательств по настоящему Договору, если это неисполнение явилось следствием обстоятельств непреодолимой силы. К таким обстоятельствам относятся: наводнение, пожар, землетрясения и иные стихийные бедствия, а также аварии на производстве, повлекшие массовые поражения людей, война и военные действия, акты или действия государственных органов, изменения законодательства и другие обстоятельства, находящиеся вне разумного контроля сторон.

7.2. При наступлении указанных в п. 7.1 обстоятельств сторона должна без промедления известить о них в письменной форме другую сторону.

8. СРОКИ ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА

8.1. Договор заключается сроком на один год с _____ 20__ г. по _____ 20__ г.

Ответственность Страховщика наступает с 00 часов дня, следующего за днём зачисления страховой премии (или первой её части) на расчетный счет Страховщика.

8.2. Дата вступления настоящего договора в силу в отношении лиц, принимаемых на страхование в течение срока действия настоящего Договора, определяется дополнительным соглашением о страховании этих лиц.

8.3. Договор может быть расторгнут досрочно по требованию Страхователя или Страховщика, а также по соглашению Сторон. О намерении досрочного расторжения договора стороны уведомляют друг друга за 30 дней до предполагаемой даты прекращения договора.

8.4. При расторжении настоящего Договора или снятии со страхования какого-либо Застрахованного по основаниям, предусмотренным настоящим Договором, Страховщик осуществляет возврат части страховой премии за снимаемого со страхования Застрахованного. Страховщик возвращает Страхователю часть (68 %) суммы страховой премии, приходящейся на не истекший оплаченный срок действия настоящего Договора за вычетом сумм произведенных страховых выплат за медицинские услуги. Рассчитанная сумма возврата перечисляется Страхователю после получения всех счетов на оплату медицинских услуг, оказанных Застрахованным.

8.5. При неуплате в срок страховой премии за вновь принимаемых на страхование лиц, Страховщик вправе в любой момент расторгнуть настоящий Договор в одностороннем порядке или приостановить его действие на установленный Страховщиком срок путём направления соответствующего уведомления Страхователю.

8.6. При расторжении настоящего Договора Страхователь не освобождается от обязанности уплатить страховую премию за неоплаченный период времени, в течение которого продолжал действовать настоящий Договор.

9. ПРОЧИЕ УСЛОВИЯ

9.1. Условия договора могут быть изменены только по взаимному соглашению сторон.

9.2. Все изменения, вносимые в настоящий Договор, будут действительны только при условии, если они совершены в письменной форме и подписаны уполномоченными представителями сторон.

9.3. Настоящий договор составлен в двух экземплярах, по одному для каждой из сторон, при этом оба экземпляра имеют одинаковую юридическую силу.

ЗАЯВЛЕНИЕ СТРАХОВАЕЛЯ: Условия страхования изложенные в Договоре (Полисе) и Программе понятны и разъяснены мне лично в полном объеме, со всеми условиями по Договору (Полису) и Программе страхования согласен(на) полностью. Правила страхования включая приложения к Полису я получил(ла). Согласен(на) с обработкой (в т.ч. с применением средств автоматизации) моих персональных данных. Прочие субъекты страхования предупреждены о заключении договора страхования и согласны с обработкой (в т.ч. с применением средств автоматизации) своих персональных данных. Я уведомлен(а) об уничтожении персональных данных по истечении срока хранения в связи с достижением цели обработки персональных данных.

10. ЮРИДИЧЕСКИЕ АДРЕСА И РЕКВИЗИТЫ СТОРОН

ПРЕДСТАВИТЕЛЬ СТРАХОВЩИКА

АО «СК «Астро-Волга»

Юридический адрес:

Р/с:

БИК:

ИНН:

КПП:

ОГРН:

СТРАХОВАТЕЛЬ

Юридический адрес:

Р/с:

БИК:

ИНН:

КПП:

ОГРН:

(подпись/должность/ФИО)

М.П.

(подпись/ФИО)

М.П.

ИСКЛЮЧЕНИЯ из Программ добровольного медицинского страхования

1. АО «СК «Астро-Волга» не оплачивает медицинские услуги, связанные со следующими заболеваниями и их осложнениями:

- ВИЧ-инфекция;
- Иммунодефицитные состояния;
- Острые и хронические гепатиты (за исключением гепатитов «А» и «Е»), цирроз печени, амилоидоз;
- Заболевания, сопровождающиеся хронической почечной или печеночной недостаточностью и требующие хронического гемодиализа;
- Неспецифический язвенный колит;
- Демиелинизирующие и дегенеративные заболевания нервной системы, миастения, болезнь Паркинсона, вторичный Паркинсонизм, детский церебральный паралич;
- Психические расстройства и расстройства поведения, алкоголизм, наркомания, токсикомания;
- Особо опасные инфекционные болезни согласно нормативным документам МЗ РФ (чума, холера, оспа, желтая и другие высококонтагиозные вирусные геморрагические лихорадки);
- Туберкулёз, саркоидоз, лепра, муковисцероз;
- Болезни, передаваемые преимущественно половым путём; их генерализованные формы;
- Врождённые аномалии (пороки развития), деформации и хромосомные нарушения;
- Злокачественные новообразования и их осложнения, гемобластозы, доброкачественные образования злокачественного течения; доброкачественные образования центральной нервной системы;
- Лучевая болезнь;
- Псориаз, генерализованные и висцеральные формы микозов, удаление и лечение мозолей, папиллом, бородавок, невусов и кондилом; диагностика и лечение заболеваний волос (алопеция и др.);
- Системные заболевания соединительной ткани (склеродермия, системная красная волчанка, дерматомиозит, ревматоидный артрит, ревматическая полимиалгия), системные васкулиты;
- Конструктивная и нейросенсорная тугоухость;
- Диагностика и лечение ронхопатии, лечение апноэ во сне;
- Сахарный диабет I и II типа (с момента установления диагноза);
- Заболевания, послужившие причиной инвалидности (для Застрахованных с установленной группой инвалидности);
- Лечение травм и их последствий, возникших до момента заключения Договора страхования;
- Заболевания и травмы, возникшие вследствие: террористических актов; стихийных бедствий; участия Застрахованного в военных действиях любого рода, гражданских волнениях, беспорядках, несанкционированных митингах и демонстрациях.

2. АО «СК «Астро-Волга» не оплачивает следующие медицинские услуги:

- Медицинские услуги, без медицинских показаний, без назначения врача, по желанию застрахованного.
- Медицинские услуги, назначенные и /или оказанные в медицинском учреждении, не входящем в страховую программу без предварительного согласования с АО «СК «Астро-Волга»
- Медицинские услуги, превышающие «объем предоставляемой медицинской помощи»
- Выполнение медицинских услуг на дому при отсутствии медицинских показаний;
- Медицинский уход на дому
- Следующие методы традиционной диагностики: акупунктурная, термопунктурная, электропунктурная, пульсовая, аурикулодиагностика, иридодиагностика;
- Следующие методы традиционной терапии: акупунктура, мануальная терапия и массаж (за исключением случаев, предусмотренных программами ДМС), фитотерапия и лечение другими средствами природного происхождения, гирудотерапия, аутогемотерапия, гомеопатия, энергоинформатика, традиционные системы оздоровления, а также лечение, являющееся по характеру экспериментальным или исследовательскими. Нетрадиционные методы лечения.
- Лечение и процедуры, способствующие или предотвращающие половое зачатие, в том числе: искусственное оплодотворение, введение и удаление ВМС, лечение и диагностика бесплодия или импотенции;
- Медицинские услуги, связанные с протекающей беременностью при сроке свыше 8 недель, прерыванием беременности, не обоснованным медицинскими показаниями, вне зависимости от срока беременности;
- Проведение хронического гемодиализа.

- Диагностика, лечение, процедуры, пластические операции, проводимые с эстетической или косметической целью или с целью улучшения психологического состояния Застрахованного; коррекция веса, хирургическое изменение пола; консультации и лечение у психотерапевта; в стоматологии - косметическое восстановление зуба, замена старых пломб с косметической или профилактической целью, герметизация фиссур, снятие пигментированных налётов, отбеливание зубов, покрытие фторсодержащими препаратами с профилактической целью и т.п.;
- Хирургические методы лечения заболеваний сердечно-сосудистой системы, нервной системы, сложные реконструктивные операции: наложение анастомозов, шунтов, установка протезов, стентирование и подготовка к ним, установка кардиостимуляторов, эндоваскулярные методы (включая электрофизиологическое исследование, радиочастотную абляцию), пластические операции; склеротерапия (за исключением случаев, предусмотренных Программой страхования);
- Экстракорпоральные методы лечения: гемодиализ, плазмоферез, гемосорбция, ультрафиолетовое и лазерное облучение крови, озонотерапия, нормо-, гипер- и гипобарическая оксигенация и др. (кроме случаев экстренной помощи по жизненным показаниям при нахождении Застрахованного в реанимации).
- Операции по пересадке органов и тканей (кроме переливания крови и её компонентов);
- Все виды протезирования, в том числе зубопротезирование;
- Пребывание в стационаре для получения попечительского ухода;
- Диагностика заболеваний, указанных в п.1 настоящих Исключений, проводимая без медицинских показаний;
- Профилактические и оздоровительные мероприятия (за исключением случаев, предусмотренных Программой страхования);
- Расходы Застрахованного на медицинское оборудование, очки, контактные линзы, слуховые аппараты или имплантанты, а также другие корректирующие медицинские устройства и приспособления; расходы на их подгонку.

3. Если в течение срока действия договора страхования будет установлено, что договор страхования заключен в отношении Застрахованного, имеющего заболевание из числа указанных в п.1 настоящих Исключений или имеющего 1 или 2 группу инвалидности, а также при первичном выявлении названных заболеваний или установлении Застрахованному 1 или 2 группы инвалидности в течение срока действия договора страхования, АО «СК «Астро-Волга» оплачивает медицинские услуги, оказанные Застрахованному по медицинским показаниям до момента подтверждения (постановки) диагноза, либо подтверждения (или установления) 1 или 2 группы инвалидности.

4. В дальнейшем АО «СК «Астро-Волга» имеет право снять такого Застрахованного со страхования с уведомлением об этом Страхователя и Застрахованного.

МЕДИЦИНСКАЯ АНКЕТА-ЗАЯВЛЕНИЕ

Сведения о застрахованном:

ФИО _____

Адрес _____

Дата и год рождения _____

**Паспортные
данные** _____

Место работы и должность _____

1. На момент заключения Договора добровольного медицинского страхования имею следующие хронические заболевания:

2. Имею (имел_ в прошлом) группу инвалидности:

а/ группа инвалидности

б/ причина инвалидности _____

в/ если имели в прошлом, то укажите, когда снята

3. На стационарном лечении за последние 5 (пять) лет не находился (не находилась).

Если находился (находилась), то:

а/ сколько раз

б/ название стационара _____

заклучение _____

4. Проводились ли Вам оперативные вмешательства за последние 5 (пять) лет.

Если проводились, то:

а/ причина операции

б/ название лечебного учреждения _____

5. Какие лекарственные препараты Вы принимаете регулярно:

6. Пользовался (Пользовалась, пользуюсь сейчас) лекарственными препаратами, обладающими наркотическим действием:

7. Имею (имел) расстройства со стороны:

а/ нервной системы (расстройства слуха, зрения, речи; потеря кожной чувствительности; ослабление или полная потеря движений в конечностях (временное или постоянное); эпизоды судорог).

б/ сердечно-сосудистой системы (повышение артериального давления; боли, чувство давления и дискомфорта в грудной клетке; сердцебиение, перебои; изменения на ЭКГ по заключению врача)

в/ органов дыхания (кашель, одышка, приступы удушья; изменения при рентгенологическом и флюорографическом исследовании органов грудной клетки)

г/ аллергические заболевания

д/ эндокринные заболевания

е/ депрессии, психические расстройства

ж/ заболевания позвоночника, костей, суставов _____

8. Располагаете ли Вы информацией о необходимости проведения Вам какого-либо лечения или обследования

9. Базовая поликлиника: _____

Стоматология: _____

Женская консультация: _____

Информация о состоянии здоровья клиента конфиденциальна. В случае разглашения сведений о состоянии здоровья клиента, страховая компания несёт гражданскую ответственность, предусмотренную Законодательством Российской Федерации.

При выявлении хронического заболевания, не отмеченного в заявлении, но существовавшего до момента его заполнения и известного клиенту, АО «СК «Астро-Волга» оставляет за собой право расторгнуть договор страхования.

ЗАЯВЛЕНИЕ СТРАХОВАТЕЛЯ: Условия страхования изложенные в Договоре (Полисе) и Программе понятны и разъяснены мне лично в полном объеме, со всеми условиями по Договору (Полису) и Программе страхования согласен(на) полностью. Правила страхования включая приложения к Полису я получил(ла). Согласен(на) с обработкой (в т.ч. с применением средств автоматизации) моих персональных данных. Прочие субъекты страхования предупреждены о заключении договора страхования и согласны с обработкой (в т.ч. с применением средств автоматизации) своих персональных данных. Я уведомлен(а) об уничтожении персональных данных по истечении срока хранения в связи с достижением цели обработки персональных данных.

Дата « ____ » _____ 20__ г.

Подпись _____ / _____ /

Серия _____

№ _____

ПОЛИС добровольного медицинского страхования

По настоящему полису застрахованный (ая)

Адрес, телефон

Имеет право получить медицинскую помощь в соответствии с «Комплексными Правилами добровольного медицинского страхования» (1100/005) в действующей редакции и Программой ДМС

По Плану № _____

В следующих медицинских учреждениях:

Поликлиника

Стоматология

Стационарная медицинская помощь

Страховая сумма

Срок действия настоящего страхового полиса ДМС с _____ по _____

Условия страхования изложенные в Договоре (Полисе) и Программе понятны и разъяснены мне лично в полном объеме, со всеми условиями по Договору(Полису) и Программе страхования согласен(на) полностью. Правила страхования включая приложения к Договору (Полису) я получил(ла). Согласен(на) с обработкой (в т.ч. с применением средств автоматизации) моих персональных данных. Прочие субъекты страхования предупреждены о заключении договора страхования и согласны с обработкой (в т.ч. с применением средств автоматизации) своих персональных данных. Я уведомлен(а) об уничтожении персональных данных по истечении срока хранения в связи с достижением цели обработки персональных данных.

Страхователь: _____
подпись

МП

Представитель Страховщика _____
подпись

МП

Контактные телефоны: _____

Программа добровольного медицинского страхования «Амбулаторно-поликлиническая помощь»

1. Общие положения

1. По настоящей программе АО «СК «Астро-Волга» организует и оплачивает предоставление Застрахованному медицинских услуг в амбулаторно-поликлинических условиях при наступлении страхового случая. Страховым случаем является обращение Застрахованного в течение срока действия договора страхования в одно из медицинских учреждений, привлечённых к реализации настоящей программы при остром заболевании, обострении хронического, травме, отравлении и других несчастных случаях.

2. Амбулаторно-поликлиническая помощь включает проведение мероприятий по профилактике, диагностике и лечению заболеваний в поликлиниках, диагностических центрах, на дому, а также в дневных стационарах.

2. Объём предоставляемых услуг

1. АО «СК «Астро-Волга» организует и оплачивает предоставление Застрахованному при наступлении страхового случая следующие амбулаторно-поликлинические услуги:

1.1. Диагностические и лечебные, в том числе:

- консультации врачей по следующим специальностям:

- | | |
|--------------------------------|---------------------------------------|
| 1.Терапия | 13. Дерматология |
| 2.Кардиология | 14. Хирургия |
| 3.Гастроэнтерология | 15. Травматология |
| 4.Пульмонология | 16. Проктология |
| 5.Нефрология | 17. Ангиология |
| 6.Гематология | 18. Гинекология |
| 7.Эндокринология | 19. Онкология (первичная диагностика) |
| 8.Аллергология | 20. Урология |
| 9.Ревматология | 21. Офтальмология |
| 10. Неврология | 22. Отоларингология |
| 11. Иммунология | 23. Маммология |
| 12. Инфекционные заболевания и | |

другие.

- лабораторные исследования: бактериологические, биохимические, цитологические, клинические, гормональные, иммунологические и серологические, гистологические и др.

- ПЦР-диагностика урогенитальных инфекций (до установления диагноза ЗППП, не более 1 раза в год);

- инструментальные исследования: функциональная диагностика (ЭКГ, РВГ, РЭГ, фонокардиография, исследование функции внешнего дыхания, холтеровское мониторирование ЭКГ и суточное мониторирование АД), эндоскопические исследования, УЗИ, рентгенологические исследования, в т.ч. маммография, флюорография;

- КТ, МРТ – не более 1 раза за период действия договора страхования;

- физиотерапевтическое лечение; массаж, ЛФК, иглорефлексотерапия – не более одного курса по каждому виду лечебного воздействия (количество процедур (сеансов) на один курс определяется лечащим врачом).

- оказание медицинской помощи на дому Застрахованным, которые по состоянию здоровья, характеру заболевания не могут посетить поликлинику или нуждаются в постельном режиме, наблюдении врача. Помощь на дому оказывается в пределах административной границы населённого пункта только по адресу, указанному в полисе Застрахованного.

1.2. Экспертиза временной нетрудоспособности;

1.3. Экспертиза профпригодности;

1.4. Выдача медицинской документации (выписки, справки, рецепты и т.д.).

АО «СК «Астро-Волга» проводит организацию и оплату консультативно-диагностических мероприятий в специализированных центрах, при наличии направления из лечебного учреждения, предоставляющего поликлиническое обслуживание, и согласования со Страховщиком.

3. Порядок оказания медицинских услуг

3.1. Медицинские услуги оказываются в режиме работы медицинского учреждения при наличии полиса ДМС и документа, удостоверяющего личность Застрахованного.

3.2. Медицинская помощь оказывается в пределах страховой суммы, установленной договором страхования.

3.3. Страховщик не оплачивает медицинские услуги, не предусмотренные программой или договором добровольного медицинского страхования, или входящие в «Исключения из программ добровольного медицинского страхования».

Программа добровольного медицинского страхования «Амбулаторно-поликлиническая помощь» -2

1. Общие положения

1. По настоящей программе АО «СК «Астро-Волга» организует и оплачивает предоставление Застрахованному медицинских услуг в амбулаторно-поликлинических условиях при наступлении страхового случая. Страховым случаем является обращение Застрахованного в течение срока действия договора страхования в одно из медицинских учреждений, привлечённых к реализации настоящей программы при остром заболевании, обострении хронического, травме, отравлении и других несчастных случаях.

2. Амбулаторно-поликлиническая помощь включает проведение мероприятий по профилактике, диагностике и лечению заболеваний в поликлиниках, диагностических центрах, на дому.

2. Объём предоставляемых услуг

1. АО «СК «Астро-Волга» организует и оплачивает предоставление Застрахованному при наступлении страхового случая следующие амбулаторно-поликлинические услуги:

1.1. Диагностические и лечебные, в том числе:

- консультации врачей по следующим специальностям:

- | | |
|--|---------------------------------------|
| 10. Терапия | 13. Дерматология |
| 11. Кардиология | 14. Хирургия |
| 12. Гастроэнтерология | 15. Травматология |
| 13. Пульмонология | 16. Проктология |
| 14. Нефрология | 17. Ангиология |
| 15. Гематология | 18. Гинекология |
| 16. Эндокринология | 19. Онкология (первичная диагностика) |
| 17. Аллергология | 20. Урология |
| 18. Ревматология | 21. Офтальмология |
| 19. Неврология | 22. Отоларингология |
| 20. Иммунология | 23. Маммология |
| 21. Инфекционные заболевания и другие. | |

- лабораторные исследования: бактериологические, биохимические, цитологические, клинические, гормональные, иммунологические и серологические, гистологические и др.

- инструментальные исследования: функциональная диагностика (ЭКГ, РВГ, РЭГ, фонокардиография, исследование функции внешнего дыхания, холтеровское мониторирование ЭКГ и суточное мониторирование АД), эндоскопические исследования, УЗИ, рентгенологические исследования.

- физиотерапевтическое лечение;

- оказание медицинской помощи на дому Застрахованным, которые по состоянию здоровья, характеру заболевания не могут посетить поликлинику или нуждаются в постельном режиме, наблюдении врача. Помощь на дому оказывается в пределах административной границы населённого пункта только по адресу, указанному в полисе Застрахованного.

1.2. Экспертиза временной нетрудоспособности;

1.3. Экспертиза профпригодности;

1.4. Выдача медицинской документации (выписки, справки, рецепты и т.д.).

АО «СК «Астро-Волга» проводит организацию и оплату консультативно-диагностических мероприятий в специализированных центрах, при наличии направления из лечебного учреждения, предоставляющего поликлиническое обслуживание, и согласования со Страховщиком.

3. Порядок оказания медицинских услуг

3.1. Медицинские услуги оказываются в режиме работы медицинского учреждения при наличии полиса ДМС и документа, удостоверяющего личность Застрахованного.

3.2. Медицинская помощь оказывается в пределах страховой суммы, установленной договором страхования.

3.3. Страховщик не оплачивает медицинские услуги, не предусмотренные программой или договором добровольного медицинского страхования, или входящие в «Исключения из программ добровольного медицинского страхования».

Программа добровольного медицинского страхования «Стационарная помощь»

1. Общие положения

1. По настоящей программе «Страховщик» организует и оплачивает предоставление Застрахованному стационарной медицинской помощи при наступлении страхового случая.

2. Стационарная медицинская помощь предоставляется при острых заболеваниях и обострениях хронических болезней, отравлениях и травмах, требующих интенсивной терапии, круглосуточного наблюдения медицинского персонала; при плановой госпитализации с целью проведения лечения и реабилитации, в том числе в стационарах дневного пребывания больничных учреждений и в санаториях.

2. Объем предоставляемых услуг

Стационарная медицинская помощь включает:

1. диагностические, лечебные и реабилитационные мероприятия, включая:

- диагностические лабораторные и инструментальные исследования;
- консультации врачей узких специальностей;
- пребывание в отделении интенсивной терапии, реанимационные мероприятия;
- хирургическое и консервативное лечение;
- лекарственные препараты и другие необходимые для лечения средства;
- физиолечение;
- массаж, акупунктура, мануальная терапия, ЛФК;
- уход медицинского персонала, лечебное питание.

3. Порядок оказания медицинских услуг

1. Медицинские услуги оказываются в режиме работы медицинского учреждения при наличии полиса ДМС и документа, удостоверяющего личность.

2. Плановая госпитализация в стационар осуществляются строго по направлению врача страховой компании.

3. Медицинская помощь оказывается в пределах страховой суммы, установленной договором страхования.

4. Страховщик не оплачивает медицинские услуги, не предусмотренные программой или договором страхования, или входящие в «Исключения из программ добровольного медицинского страхования».

Программа добровольного медицинского страхования «Стоматологическая помощь»

1. Общие положения.

По настоящей программе «Страховщик» организует и оплачивает предоставление Застрахованному стоматологической помощи при наступлении страхового случая. Страховым случаем является обращение Застрахованного в течение срока действия договора страхования за стоматологической помощью в одно из медицинских учреждений, привлечённых к реализации настоящей программы.

2. ОБЪЕМ ПРЕДОСТАВЛЯЕМЫХ УСЛУГ

Страховщик организует и оплачивает предоставление Застрахованному при наступлении страхового случая следующие стоматологические услуги:

- консультации врачей-стоматологов (терапия, хирургия, ортодонтия);
- кариозные и не кариозные поражения зубов;
- анестезия импортными анестетиками (инфильтрационная, аппликационная, проводниковая);
- пломбирование светоотверждаемыми материалами кариозных полостей 12-и передних зубов, для остальных зубов - пломбы химического отверждения и из эвикрола;
- механическая и медикаментозная обработка и пломбирование каналов при пульпитах;
- восстановление коронковой части зуба при нарушении не более 1/3 её части;
- болезни пародонта;
- лечение острых состояний при заболеваниях пародонта;
- удаление зубов по медицинским показаниям;
- рентгенография (прицельный и панорамный снимок), радиовизиография по медицинским показаниям;
- хирургическое лечение при острых стоматологических заболеваниях и обострении хронических стоматологических болезней;
- зубопротезирование (без применения драгоценных металлов) и протезно– ортопедические мероприятия, когда необходимость в них возникла в результате несчастного случая, произошедшего в течение срока действия договора страхования.

3. ПОРЯДОК ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

1. Медицинские услуги оказываются в режиме работы медицинского учреждения при наличии полиса ДМС и документа, удостоверяющего личность.

2. Медицинская помощь оказывается в пределах страховой суммы, установленной договором страхования.

3. Страховщик не оплачивает медицинские услуги, не предусмотренные программой или договором страхования, или входящие в «Исключения из программ добровольного медицинского страхования».

4. По настоящей программе договор страхования заключается только при условии заключения договора по другим программам ДМС.

4. МЕДИЦИНСКИЕ УСЛУГИ, НЕ ВХОДЯЩИЕ В ПРОГРАММУ

1. Лечение пародонтоза и хронического пародонтита;
2. Все виды протезирования, все виды услуг по подготовке к протезированию;
3. Восстановление коронковой части зуба более чем на 1/3, установление трехплоскостных пломб (МОД), парапульпарных, анкерных штифтов;
4. Отбеливание зубов и другие косметологические процедуры;
5. Пластические операции.

Программа добровольного медицинского страхования «Комплексное страхование: амбулаторно-поликлиническое обслуживание и реабилитационно-восстановительное лечение»

Раздел I. Виды медицинского обслуживания:

1. Амбулаторно-поликлиническое обслуживание в ООО «Лекарь».

«Страховщик» организует и оплачивает предоставление Застрахованному медицинских услуг в ООО «Лекарь» при наступлении страхового случая. Страховым случаем является обращение застрахованного в течение срока действия договора страхования за медицинской помощью по поводу острого или обострения хронического заболевания, за получением консультативно-диагностической, лечебно-профилактической и иной помощи, требующей оказания медицинских услуг.

2. Реабилитационно-восстановительное лечение.

«Страховщик» организует и оплачивает Застрахованному при наступлении страхового случая предоставление медицинской помощи в лечебно – профилактических учреждениях, имеющих соответствующие договорные отношения со Страховщиком. Страховым случаем является обращение застрахованного по медицинским показаниям в течение срока действия договора страхования за медицинской помощью, включающей профилактическое и восстановительное лечение (реабилитацию), с целью предупреждения перехода болезни в хроническую стадию, а также для профилактики обострений и (или) осложнений хронических заболеваний.

Раздел II. Перечень услуг:

1. Амбулаторно-поликлиническое обслуживание в ООО «Лекарь».

Страховщик организует и оплачивает предоставление Застрахованному при наступлении страхового случая и в режиме работы лечебного учреждения следующие медицинские услуги:

- Инструментально-диагностические исследования.
- Лечение и консультации у врачей различных специальностей.
- Доставка на дом лекарств.
- Прокат предметов ухода за больными и медицинской техники, изделий медицинского назначения.

Оказание медицинской помощи на дому Застрахованным, которые по состоянию здоровья, характеру заболевания не могут посетить лечебное учреждение или нуждаются в постельном режиме, наблюдении врача. Помощь на дому оказывается в пределах административной границы населенного пункта только по адресу, указанному в полисе Застрахованного.

2. Реабилитационно-восстановительное лечение.

Диагностические, лечебные и реабилитационные мероприятия, включая:

- Диагностические лабораторные и инструментальные исследования;
- Консультации врачей узких специальностей;
- Лекарственные препараты и другие необходимые для лечения средства;
- Физиолечение;
- Массаж, акупунктура, мануальная терапия, ЛФК - не более одного курса по каждому виду лечебного воздействия (количество процедур (сеансов) на один курс определяется лечащим врачом);
- Психотерапия, климатолечение, фитотерапия, бальнеолечение, грязелечение;
- Уход медицинского персонала, размещение в палатах повышенной комфортности, сервисные услуги, лечебное питание.

Раздел III. Порядок оказания медицинских услуг:

Амбулаторно-поликлиническое обслуживание в ООО «Лекарь»:

1. Медицинские услуги оказываются в режиме работы ООО «Лекарь» при наличии полиса ДМС и документа, удостоверяющего личность Застрахованного.

2. Медицинская помощь оказывается в пределах страховой суммы, установленной договором страхования.

3. Страховщик не оплачивает медицинские услуги, не предусмотренные программой или договором добровольного медицинского страхования, или входящие в «Исключения из программ добровольного медицинского страхования».

Реабилитационно-восстановительное лечение:

1. Профиль, сроки лечения, объем медицинской помощи предварительно согласовываются со Страховщиком.

2. Медицинские услуги оказываются в режиме работы медицинского учреждения при наличии полиса ДМС, направления на лечение Страховщика и документа, удостоверяющего личность.

3. Медицинская помощь оказывается в пределах страховой суммы, установленной договором страхования.

Страховщик не оплачивает медицинские услуги, не предусмотренные программой или договором страхования, не соответствующие профилю назначенного лечения или входящие в «Исключения из программ добровольного медицинского страхования».

Комплексная Программа добровольного медицинского страхования Базовая Поликлиника ООО «Лекарь» (Поликлиника «РНПК»)

Раздел I. Виды медицинского обслуживания

1. «Амбулаторно-поликлиническое обслуживание».
2. «Стоматологическая помощь».
3. «Стационарное обслуживание» (экстренная и плановая госпитализация).

Раздел II. Список медицинских учреждений

1. «Амбулаторно-поликлиническое обслуживание».

Данные виды медицинской помощи предоставляются на базе медицинских учреждений, указанных в Приложении 1 к Программе.

2. «Стоматологическая помощь»

Данные виды медицинской помощи предоставляются на базе медицинских учреждений, указанных в Приложении 1 к Программе.

3. «Стационарное обслуживание»

Медицинская помощь оказывается на базе профильных отделений стационаров, указанных в Приложении 1 к Программе и стационарах, предложенных страховой компанией.

Раздел III. Перечень услуг

Примечание: медицинские услуги, отмеченные (*) осуществляются по медицинским показаниям, в рамках страхового случая по согласованию со Страховщиком.

1. «Амбулаторно - поликлиническое обслуживание», в т.ч. стоматологическая помощь, помощь на дому»:

- 1.1. Консультации врачей различной специальности;

1.2. Лабораторные, инструментальные исследования, в т.ч. клинические, биохимические, бактериологические, микроскопические (в т.ч. цитологические, гистологические) иммунологические* (общий IgE), в т.ч. расширенное исследование аллергологического (кожные аллергологические пробы), определение онкомаркеров* (кроме ДНК-диагностики), ПЦР-диагностика и контроль после курса лечения выявленных заболеваний, передающихся половым путём (не более 2-х раз в год), гормональные (за исключением половых гормонов), функциональные, рентгенологические, ультразвуковые, рентгенологические исследования, включая ангиографию и вентрикулографию, эндоскопические исследования, компьютерную и магнито-резонансную диагностику, радиоизотопные, в т.ч. ангиография;

1.3. Диагностика и лечение заболеваний, передающихся преимущественно половым путём (хламидиоз, гарднереллез, микоплазмоз, уреаплазмоз, вирус папилломы человека, урогенитальная герпетическая инфекция) один раз за период страхования;

1.4. Услуги стационара одного дня по оказанию медицинской помощи в соответствии с утвержденным стандартом оказания медицинской помощи больным с заболеваниями терапевтического профиля, не требующими круглосуточного медицинского наблюдения. Стационар одного дня включает стоимость всех медицинских услуг (пребывание в стационаре, лечебные и диагностические манипуляции, консультации специалистов, а также стоимость расходных материалов (системы для трансфузий, шприцы и др. расходные материалы) кроме лекарственных средств;

1.5. Выдача Застрахованным необходимой медицинской документации в соответствии с действующими нормативными документами, в том числе справок для физкультурно-оздоровительных мероприятий (бассейн). Проведений обследований и выдача санаторно-курортной карты, справок для получения санаторно-курортной путёвки. Изготовление дубликатов листов временной нетрудоспособности и внесение исправлений;

1.6. Выписывание рецептов на приобретение лекарств (за исключением льготного медикаментозного обеспечения);

1.7. Экспертиза временной нетрудоспособности и выдача листов нетрудоспособности. Направление на медико-социальную экспертизу.

- 1.8. Восстановительное лечение:

1.8.1. Физиотерапевтические процедуры: (включая, но не ограничиваясь электро-, свето-, тепло-, магнито-, лазеро-, ультразвуковая терапия, ингаляции);

1.8.2. Лечебная физкультура, классический общий массаж – 2 курса в год по назначению врача (1 курс – 10 процедур), классическая иглорефлексотерапия (1 курс – 10 процедур), мануальная терапия (не более 5 процедур в год).

- 1.9. Лечебные амбулаторные манипуляции;

1.10. Лечебные манипуляции и амбулаторные операции в условиях поликлиники врачей-специалистов и среднего медицинского персонала (в т.ч. операции по коррекции зрения – по медицинским показаниям);

1.11. Иммунопрофилактические мероприятия и лекарственные препараты для иммунопрофилактики, применяемые в связи с заболеваниями, травмами, отравлениями физиологическими состояниями застрахованного (однократно в течение года). В случае невозможности оказания медицинским учреждением Застрахованному лицу отдельных услуг, предусмотренных страховой программой, страховая компания обязуется

организовать в течение 2 (двух) рабочих дней оказание аналогичных медицинских услуг в другом медицинском учреждении.

2. «Стоматологическая помощь»:

- 2.1. Приёмы и/или консультации стоматолога-терапевта, стоматолога-хирурга, стоматолога-пародонтолога;
- 2.2. Инструментальная и медикаментозная обработка канала зуба;
- 2.3. Пломбирование канала зуба, распломбирование корневого канала;
- 2.4. Восстановление коронковой части зубов светоотверждаемыми материалами при сохранении ½ или более объёма коронки зуба;
- 2.5. Функциональная диагностика;
- 2.6. Физиотерапевтическое лечение;
- 2.7. Анестезиологические манипуляции (инфильтрационная, аппликационная, проводниковая местная анестезия) кроме общего наркоза;
- 2.8. Лечение кариеса;
- 2.9. Лечение пульпита и периодонтита;
- 2.10. Терапевтические методы лечения болезней тканей пародонта;
- 2.11. Лечение заболеваний слизистой оболочки полости рта и языка;
- 2.12. Снятие пломб в лечебных целях;
- 2.13. Радиовизиография, дентальные рентгеновские снимки;
- 2.14. Лечение зубов с применением светоотверждаемых композитных материалов для всех групп зубов;
- 2.15. Механическая и медикаментозная обработка каналов;
- 2.16. Пломбирование каналов с применением гуттаперчевых и анкерных штифтов при разрушении коронки зуба до 1/2;
- 2.17. Удаление зубного камня и зубных отложений, в т.ч. ультразвуком (не более 1 (одного) раза в год);
- 2.18. Покрытие зубов лаком и фторирование зубов;
- 2.19. Лечение клиновидного дефекта;
- 2.20. Хирургическое лечение;
- 2.21. Удаление корневой пульпы;
- 2.22. Удаление инородного тела из канала зуба;
- 2.23. Вскрытие воспалительного инфильтрата;
- 2.24. Кюретаж раны при альвеолитах;
- 2.25. Тампонада лунки зуба после удаления;
- 2.26. Наложение швов при травмах, удалении зуба;
- 2.27. Ревизия раны;
- 2.28. Дренирование раны;
- 2.29. Перевязка (снятие швов, снятие шины, наложение повязки);
- 2.30. Иммобилизация при переломах нижней челюсти;
- 2.31. Вправление вывиха челюсти;
- 2.32. Шинирование при переломах нижней челюсти;
- 2.33. Иссечение капюшона, остеотомия;
- 2.34. Рентгеновская и радиовизиографическая диагностика;
- 2.35. Местная анестезия и наркоз (отечественными и импортными анестетиками);
- 2.36. Лечение воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области – по медицинским показаниям;
- 2.37. Лечение повреждений челюстно-лицевой области – по медицинским показаниям;
- 2.38. Лечение заболеваний слюнных желёз – по медицинским показаниям;
- 2.39. Лечение заболеваний нервов челюстно-лицевой области – по медицинским показаниям;
- 2.40. Удаление зубов;
- 2.41. Хирургические методы лечения заболеваний тканей пародонта – по медицинским показаниям;
- 2.42. Лечение доброкачественных новообразований челюстно-лицевой области;
- 2.43. Оказание неотложной помощи ортопедами: снятие коронок и мостовидных протезов в целях дальнейшего лечения зуба и купирование болевого синдрома.

3. «Стационарное обслуживание» по экстренным и плановым показаниям»:

- 3.1. Пребывание в одно-, двухместной палате (питание, медикаментозное лечение и уход медицинского персонала);
- 3.2. Оказание медицинской помощи и консультации врачей-специалистов;
- 3.3. Хирургическое и консервативное лечение;
- 3.4. Лечебные манипуляции и процедуры, в том числе физиотерапевтические, массаж, акупунктура (игло-рефлексотерапия), мануальная терапия, ЛФК;
- 3.5. Лабораторные, инструментальные исследования, в т.ч. клинические, биохимические, бактериологические, микроскопические (в т.ч. цитологические, гистологические) иммунологические (общий IgE), в т.ч. расширенное исследование аллергологического (кожные аллергологические пробы), определение онкомаркеров (кроме ДНК-диагностики), ПЦР-диагностика и контроль после курса лечения выявленных заболеваний, передающихся половым путём, гормональные (за исключением половых гормонов), функциональные, рентгенологические, ультразвуковые, рентгеноконтрастные исследования, включая

ангиографию и вентрикулографию, эндоскопические исследования, компьютерную и магнито-резонансную диагностику, радиоизотопные, в т.ч. ангиография;

- 3.6. Лабораторная диагностика;
- 3.7. Инструментальная диагностика;
- 3.8. Анестезиологические пособия;
- 3.9. Пребывание в отделении интенсивной терапии, реанимационные мероприятия;
- 3.10. Лекарственные препараты и другие, необходимые для лечения средства;
- 3.11. Экспертиза временной нетрудоспособности;
- 3.12. Зубопротезные² услуги;

3.13. По жизненным показаниям скорая медицинская помощь может быть оказана бригадой скорой медицинской помощи «03» и экстренная госпитализация может быть осуществлена в ближайшую к месту нахождения Застрахованного городскую (районную) больницу, способную оказать соответствующую медицинскую помощь. В дальнейшем страховая компания в течение последующих 2 (двух) суток, организует и осуществляет перевод Застрахованного в медицинское учреждение из числа указанных в страховой программе.

3.14. Оперативное лечение заболеваний сосудов, сердца (аорто-коронарное шунтирование, стентирование), в ЛПУ по выбору Страховщика с оплатой не более 2-х стентов (модель по согласованию с лечащим врачом³).

3.15. Лазерная коррекция зрения по методике LASIK I-IV категории сложности включая миопию высокой степени со смешанным астигматизмом, гиперметропией.

3.16. Рекомендации по дообследованию по результатам ПМО отражённые в заключительном акте являются страховым случаем и подлежат обслуживанию по ДМС.

3.17. При необходимости, специализированная и(или) высокотехнологичная медицинская помощь Застрахованному оказывается в профильных клиниках на территории РФ.

4. Сопутствующие услуги

4.1. Информационная поддержка клиентов в вопросах работы клиник, врачей, врачей-консультантов, партнёрских лечебных учреждений;

4.2. Организация и координация получения помощи в партнёрских лечебных учреждениях;

4.3. Организация экстренной и неотложной медицинской помощи, экстренной и плановой госпитализации клиентам;

4.4. Возможность оказания услуг, в т.ч. не предусмотренных страховой программой, в медицинских учреждениях, не указанных в страховой программе / договоре страхования, в т.ч. организация медицинской эвакуации из региональных медицинских учреждений в клиники для оказания специализированной и высокотехнологичной помощи*** (обсуждается/оплачивается отдельно).

*** - только по согласованию со страховой компанией и на основании официального письменного подтверждения гарантий от «Страхователя».

Исключения из комплексной программы ДМС

Страховым случаем не является получение застрахованным медицинских услуг по поводу:

1. злокачественных онкологических заболеваний, заболеваний со злокачественным течением, в том числе опухолей центральной и периферической нервной системы, кроветворной и лимфоидной ткани и их осложнений;

2. лечения заболеваний, а также связанных с ними осложнений, которые в установленном порядке финансируются (оплачиваются) за счёт средств госбюджета: туберкулёза, саркоидоза, муковисцидоза, амилоидоза, миеломной болезни, глубоких распространённых форм микозов, псориаза, венерических и особо опасных инфекционных заболеваний – натуральной оспы, чумы, сибирской язвы, холеры, сыпного тифа, проказы, требующих проведения комплекса карантинных мероприятий; болезней обмена веществ, в т.ч. подагры;

3. сахарного диабета I и II типа (с момента установления диагноза);

4. психических расстройств и расстройств поведения, в том числе, связанных с употреблением психоактивных веществ: эпилепсии, эписиндромов, алкоголизма, наркомании, токсикомании, а также травм и соматических заболеваний, возникших в связи с заболеваниями указанной природы;

5. лечения урогенитальных инфекций, передающихся половым путём: ВИЧ инфекций, врождённых и приобретённых иммунодефицитных состояний неясного генеза;

6. лечения гепатитов (за исключением гепатита А), цирроза печени и их осложнений;

7. официально признанных по классификации ВОЗ системных поражений соединительной и нервной ткани; нарушений, вовлекающих иммунный механизм, включая аутоиммунные заболевания; демиелинизирующих и дегенеративных заболеваний нервной системы и их осложнений;

² Зубопротезные услуги оплачиваются без имплантации зубов, применения драгоценных металлов и металлокерамики и только в случаях, когда необходимость в зубопротезных услугах возникла в результате травмы челюстно-лицевой области, произошедшей в течение срока действия договора страхования. ЛПУ по данной программе предоставляется на усмотрение Страховщика.

³ Данные услуги оказываются по письменному согласованию со Страховщиком.

8. травм и нарушений здоровья, полученных Застрахованным в состоянии алкогольного, наркотического или токсического опьянения;
9. умышленного причинения Застрахованным себе повреждений, в том числе, суицидальных попыток;
10. хронической почечной и печёночной недостаточности, а также других заболеваний, требующих проведения экстракорпоральных методов лечения;
11. экстракорпоральных методов лечения, таких как гемосорбция, плазмоферез, гемофильтрация и т.п., лазерное и ультрафиолетовое облучение крови, нормо-, гипербарическая оксигенация, озонотерапия, альфа-капсула, лечебные манипуляции с применением лазерных установок, радиоволновые и ударно-волновые методы лечения, за исключением случаев, предусмотренных программой страхования (в т.ч. п.1.8.1);
12. заболеваний органов, тканей, суставов, требующих их трансплантации или протезирования, в том числе, эндопротезирования;
13. хирургических методов лечения заболеваний сердечно-сосудистой системы, нервной системы, сложные реконструктивные операции (наложение анастомозов, шунтов, установка протезов, стентирование и подготовка к ним, пластические операции; склеротерапия; (за исключением случаев, предусмотренных Программой Страхования)
14. острой и хронической лучевой болезни и их осложнений;
15. лечения ортодонтических нарушений (исключение – оказание неотложной ортопедической помощи), проведения диагностических и лечебных манипуляций на зубах, покрытых ортопедическими и ортодонтическими конструкциями; хирургическое лечение некариозных поражений твёрдых тканей (кроме терапевтического лечения клиновидного дефекта); проведение цистэктомии, цистотомии и резекции верхушки корня зуба, лоскутные операции и т.п.; удаление дистопированных и ретинированных зубов, зубов вне зубного ряда;
16. протезирования зубов, в том числе услуг по подготовке к протезированию (за исключением случаев, когда зубопротезные услуги необходимы в связи с травмой челюстно-лицевой области, произошедшей в течение срока действия договора страхования); проведения имплантации, микропротезирования (при разрушении коронки зуба более 1/2), установления трёхплоскостных пломб (МОД), винира, биокомпозитов, использования штифтов (кроме гуттаперчевых и анкерных), термофилов, коффердама; услуг по косметической стоматологии в т.ч. (отбеливание зубов по технологии Zoom, художественная реставрация коронковой части зуба и т.д.); условное лечение зубов;
17. лечения наследственных, врождённых аномалий (пороков развития), деформаций и хромосомных нарушений (официально признанных по классификации ВОЗ);
18. мероприятий, связанных с планированием семьи: лечение и диагностика бесплодия, импотенции, подбор методов контрацепции, в том числе введение и удаление ВМС, лечение осложнений любых видов контрацепции, искусственное оплодотворение, генетические исследования, дисменореи (кроме маточных кровотечений); медицинские услуги, связанные с протекающей беременностью при сроке свыше 8 недель, прерыванием беременности, не обоснованным медицинскими показаниями, вне зависимости от срока беременности;
19. хирургической коррекции зрения, кроме случаев получения травмы в период страхования и непереносимости контактной коррекции зрения; физиотерапевтических методов коррекции зрения, а так же за исключением случаев, предусмотренных п.1.10 и 3.15 Программы Страхования;
20. косметических услуг; оздоровительных мероприятий; назначения любого вида массажа в профилактических целях; проведения всех видов нетрадиционных методов диагностики и лечения, за исключением мануальной и классической иглорефлексотерапии в рамках программы страхования; коррекции веса;
21. профессиональных заболеваний, в том числе хронических интоксикаций и других заболеваний, вызванных воздействием химических и физических производственных факторов;
22. заболеваний, послуживших причиной инвалидности (для Застрахованных с установленной группой инвалидности);
23. вакцинации, сверх установленной программы страхования по данному договору;
24. пребывания в стационаре для получения попечительского ухода, реабилитации в условиях диспансеров, санаториев, профилакториев и других специализированных лечебных учреждений, медицинский уход на дому;
25. медицинского обследования проводимого для оформления справок: на управление транспортным средством, на ношение и хранения оружия, для выезда за рубеж, поступления в учебные заведения, для получения посылного листа в МСЭК, ВТЭК;
26. консультации и лечение у психотерапевта, экстрасенса, нарколога, фтизиатра (после постановки диагноза), логопеда, диетолога, сексопатолога, липидолога, андролога, геронтолога, косметолога, гомеопата; традиционная диагностика – термомпунктура, акупунктура, электропунктура, пульсовая аурикулодиагностика, иридодиагностика и т.п., диагностика и лечение по методу Фоля, все методы традиционной терапии – фитотерапия и лечение другими средствами природного происхождения, энергоинформатика, традиционные системы оздоровления, цуботерапия гомеопатия, гирудотерапия, озонотерапия, спелеотерапия, галотерапия и т.п., лечение, являющееся по характеру экспериментальным или исследовательским;
27. не оплачивается Страховщиком стоимость, подготовка и установка трансплантантов, протезов, эндопротезов, имплантантов и ряда других аналогичных медицинских изделий и расходных материалов (проводников, стентов (за исключением случаев, предусмотренных программой страхования п.3.14),

кардиостимуляторов и т.д.), а также расходы на приобретение медицинского оборудования, очковой оптики, слуховых аппаратов и медицинских изделий, предназначенных для ухода за больными при любых заболеваниях.

**Приложение № 1 к комплексной программы ДМС
Список медицинских учреждений:**

1. Базовое ЛПУ: Поликлиника ООО «Лекарь» (Поликлиника «РНПК») по адресу: г. Рязань, р-н Южный Промузел, д.8.
2. ГБУ РО «Городская поликлиника №2», г. Рязань, ул. Никулина д.3;
3. МЦ «Эврикас+», г. Рязань, ул. Татарская, д.13, ул. Пушкина, д.7;
4. ГБУ РО «Областная клиническая больница», г. Рязань, ул. Интернациональная, д. 3а;
5. ГБУ РО «КБ им. Н.А. Семашко», г. Рязань. ул. Семашко, д.3;
6. ГБУ РО «Городская клиническая больница №11», г. Рязань, ул. Новосёлов, д.26/17;
7. ГБУ РО «Городская клиническая больница скорой медицинской помощи», г. Рязань, ул. Дзержинского, д.11;
8. ГБУ РО «Городская клиническая больница №4», г. Рязань, ул. Есенина, д.17;
9. ГБУ РО «Областной клинический кардиологический диспансер», г. Рязань, ул. Стройкова, д.96;
10. ГБУ РО «Городская клиническая больница №8», г. Рязань. ул. Каширина, д.6;
11. ГБУ РО «Шиловская центральная районная больница», г. Шилово, ул. Приокская, д.27;
12. ГБУ РО «Касимовская центральная районная больница», г. Касимов, ул. Загородная, д.13;
13. ООО «Дента-Стиль», г. Рязань, ул. Пожалостина, д. 46А, ул. Новосёлов, д.34А.

Программа добровольного медицинского страхования «Комплексное страхование (КЭ)»

Цель программы:

Своевременное оказание Застрахованным высококвалифицированной лечебно-диагностической помощи в случае присасывания клеща, а также заболевания клещевыми инфекциями: клещевым энцефалитом; с использованием медицинских услуг сверх объемов финансирования территориального фонда ОМС и бюджета.

Страховщик имеет право на основании настоящей программы разрабатывать ее варианты (модификации), ориентированные на определенный сегмент страхователей (застрахованных) в зависимости от возраста, рода деятельности/ профессии, территории проживания и иных факторов, влияющих на степень риска.

Содержание программы:

1. Амбулаторно-поликлиническое обслуживание:

1.1. На базе пунктов серопрфилактики:

Первичный медицинский осмотр и удаление присосавшегося клеща;

- ◆ Исследование уровня вируссофорности клеща в течение первых суток после укуса (удаления);
- ◆ Проведение инъекции высокотитрованного иммуноглобулина для экстренной профилактики клещевого энцефалита в течение 72 часов с момента присасывания клеща, при повторном укусе через 4 недели после предыдущей иммунизации (не более 2 курсов);
- ◆ Диагностика и выявление заболевания;
- ◆ При отсутствии факта присасывания клеща все диагностические мероприятия проводятся только по направлению врача-инфекциониста.

1.2. В случае положительной реакции на наличие вируса клещевого энцефалита:

- ◆ Консультация высококвалифицированного инфекциониста;
- ◆ Повторное введение иммуноглобулина по показаниям;
- ◆ Назначение профилактического лечения;
- ◆ Проведение лабораторных исследований в динамике (пробы крови на нарастание титра антител), по показаниям.

2. Стационарное лечение (при наличии полиса ОМС):

- ◆ При выявлении у Застрахованного, после своевременного введения противоклещевого иммуноглобулина, заболевания в течение действия договора внеочередная госпитализация в 2-4х местную палату;
- ◆ Медикаментозное обеспечение сверх утвержденного перечня лекарственных средств по программе ОМС;
- ◆ Лабораторные исследования в динамике заболевания, по показаниям.
- ◆ Консультативная помощь высококвалифицированных специалистов при лечении в стационаре;

3. Реабилитационный период (при наличии полиса ОМС):

- Диспансеризация Застрахованного в течение срока действия договора страхования;
- Консультативная помощь высококвалифицированных специалистов;
- Реабилитационный курс по направлению лечащего врача стационара при наличии санаторно-курортной карты после предварительного согласования со Страховщиком при наличии показаний.

4. Особые условия:

4.1. В экстренных случаях, когда Застрахованный находится за пределами места проживания и не имеет возможности обратиться в лечебные учреждения, предусмотренные данной программой, при наступлении страхового случая Страховщик рекомендует оплатить медицинские услуги, предоставляемые в соответствии с п. 4.1.1 настоящей программы самостоятельно. Страховая выплата производится Страховщиком непосредственно Страхователю (Застрахованному), который оплатил оказанные ему медицинские услуги за счет собственных средств. При этом страховая выплата осуществляется только в случае документального подтверждения обращения в лечебное учреждение и понесенных расходов, а также при условии, что полученные медицинские услуги отвечают требованиям п. 1.1.1. и не входят в программу бесплатной медицинской помощи. Дальнейшее обследование и лечение необходимо получить по месту постоянного проживания.

4.2. Застрахованным, страдающим на момент заключения настоящего договора страхования хронической формой клещевого энцефалита, при наступлении страхового случая Страховщик гарантирует только оплату стоимости лабораторных исследований, предусмотренных настоящей программой, и консультации врача-инфекциониста.

4.3. Курс реабилитации для застрахованных, перенесших заболевание клещевыми инфекциями, проводится после предварительного согласования со Страховщиком при наличии показаний.

4.4. Страховщик вправе отказать в страховой выплате в случаях, если:

4.4.1. Застрахованный не обратился за получением медицинской помощи в течение 3х суток после укуса клеща.

4.4.2. Застрахованным получена медицинская помощь, которая не предусмотрена страховой программой.

4.4.3. Застрахованным получена медицинская помощь в учреждениях здравоохранения, не предусмотренных настоящей программой.

4.4.4. Застрахованный обратился за получением медицинской помощи, не назначенной врачом или выполняемой по желанию Застрахованного.

Программа добровольного медицинского страхования «комплексное страхование (кэлб)»

Цель программы:

Своевременное оказание Застрахованным высококвалифицированной лечебно-диагностической помощи в случае присасывания клеща, а также заболевания клещевыми инфекциями: клещевым энцефалитом, **Лайм-боррелиозом (болезнью Лайма)**; с использованием медицинских услуг сверх объемов финансирования территориального фонда ОМС и бюджета.

Страховщик имеет право на основании настоящей программы разрабатывать ее варианты (модификации), ориентированные на определенный сегмент страхователей (застрахованных) в зависимости от возраста, рода деятельности/ профессии, территории проживания и иных факторов, влияющих на степень риска

Содержание программы:

1. Амбулаторно-поликлиническое обслуживание:

1.1. На базе пунктов серопрфилактики:

- ◆ Первичный медицинский осмотр и удаление присосавшегося клеща;
- ◆ Исследование уровня вируссофорности клеща в течение первых суток после укуса (удаления);
- ◆ Проведение инъекции высокотитрованного иммуноглобулина для экстренной профилактики клещевого энцефалита в течение 72 часов с момента присасывания клеща, при повторном укусе через 4 недели после предыдущей иммунизации (не более 2 курсов);
- ◆ Диагностика и выявление заболевания;
- ◆ Назначение профилактического лечения Лайм-боррелиоза.
- ◆ При отсутствии факта присасывания клеща все диагностические мероприятия п. 2.1. проводятся только по направлению врача-инфекциониста.

2. В случае положительной реакции на наличие вируса клещевого энцефалита:

- ◆ Консультация высококвалифицированного инфекциониста;
- ◆ Повторное введение иммуноглобулина по показаниям;
- ◆ Назначение профилактического лечения;
- ◆ Проведение лабораторных исследований в динамике (пробы крови на нарастание титра антител), по показаниям.

2. Стационарное лечение (при наличии полиса ОМС):

- ◆ При выявлении у Застрахованного, после своевременного введения противоклещевого иммуноглобулина, заболевания в течение действия договора внеочередная госпитализация в 2-4х местную палату;
- ◆ Медикаментозное обеспечение сверх утвержденного перечня лекарственных средств по программе ОМС;
- ◆ Лабораторные исследования в динамике заболевания, по показаниям.
- ◆ Консультативная помощь высококвалифицированных специалистов при лечении в стационаре;

3. Реабилитационный период (при наличии полиса ОМС):

- ◆ Диспансеризация Застрахованного в течение срока действия договора страхования;
- ◆ Консультативная помощь высококвалифицированных специалистов;
- ◆ Реабилитационный курс по направлению лечащего врача стационара при наличии санаторно-курортной карты после предварительного согласования со Страховщиком при наличии показаний.

4. Особые условия:

4.1. В экстренных случаях, когда Застрахованный находится за пределами места проживания и не имеет возможности обратиться в лечебные учреждения, предусмотренные данной программой, при наступлении страхового случая Страховщик рекомендует оплатить медицинские услуги, предоставляемые в соответствии с п. 2.1 настоящей программы самостоятельно. Страховая выплата производится Страховщиком непосредственно Страхователю (Застрахованному), который оплатил оказанные ему медицинские услуги за счет собственных средств. При этом страховая выплата осуществляется только в случае документального подтверждения обращения в лечебное учреждение и понесенных расходов, а также при условии, что полученные медицинские услуги отвечают требованиям п. 2.1. и не входят в программу бесплатной медицинской помощи. Дальнейшее обследование и лечение необходимо получить по месту постоянного проживания.

4.2. Застрахованным, страдающим на момент заключения настоящего договора страхования хронической формой клещевого энцефалита, при наступлении страхового случая Страховщик гарантирует только оплату стоимости лабораторных исследований, предусмотренных настоящей программой, и консультации врача-инфекциониста.

4.3. Курс реабилитации для застрахованных, перенесших заболевание клещевыми инфекциями, проводится после предварительного согласования со Страховщиком при наличии показаний.

4.4. Страховщик вправе отказать в страховой выплате в случаях, если:

- ◆ Застрахованный не обратился за получением медицинской помощи в течение 3х суток после укуса клеща.
- ◆ Застрахованным получена медицинская помощь, которая не предусмотрена страховой программой.
- ◆ Застрахованным получена медицинская помощь в учреждениях здравоохранения, не предусмотренных настоящей программой.

Застрахованный обратился за получением медицинской помощи, не назначенной врачом или выполняемой по желанию Застрахованного.

**ПОЛИС ДОБРОВОЛЬНОГО
МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ**
СЕРИЯ _____ № _____

Настоящий полис удостоверяет факт заключения договора страхования в соответствии с действующей редакцией Комплексных правил добровольного медицинского страхования (Приложение №1)

Страховщик: _____

Страхователь: _____
(Ф.И.О., тел.)

Застрахованный: _____ (ф.и.о.) Дата рождения: ____ . ____ . ____ г.
Пол муж/жен. Адрес проживания _____

Программа: «Комплексное страхова[]е КЭ[]ли КЭЛБ в медицинских учреждениях согласно списку (Приложение № 2 к настоящему полису).

Срок действия договора страхования: Договор страхования вступает в силу через пять дней после оплаты страховой премии в 00 часов 00 минут ____ . ____ .20__ г. и действует по ____ . ____ . 20__ г. Страховая премия в размере _____ р. уплачена ____ .20__ г.

Страховым случаем является обращение Застрахованного в медицинское учреждение, из числа предусмотренных настоящим полисом, за получением услуг, предусмотренных программой страхования.

СТРАХОВАЯ СУММА: _____ (_____) рублей.

СТРАХОВАЯ ПРЕМИЯ: _____ (_____) рублей.

Лимит ответственности при оказании услуг на амбулаторном этапе: _____ (_____) рублей.

Лимит ответственности при оказании услуг на стационарном этапе: _____ (_____) рублей.

Лимит ответственности при оказании услуг на этапе реабилитации: _____ (_____) рублей.

Правила комплексного медицинского страхования (Приложение №1) и Программу страхования (Приложение № 2) получил.

Условия страхования изложенные в Договоре (Полисе) И Программе понятны и разъяснены мне лично в полном объеме, со всеми условиями по Договору(Полису) и Программе страхования согласен(на) полностью. Согласен(на) с обработкой (в т.ч. с применением средств автоматизации) моих персональных данных. Прочие субъекты страхования предупреждены о заключении договора страхования и согласны с обработкой (в т.ч. с применением средств автоматизации) своих персональных данных. Я уведомлен(а) об уничтожении персональных данных по истечении срока хранения в связи с достижением цели обработки персональных данных.

Страховщик (представитель): _____ / _____ / _____

Страхователь:

м.п

« ____ » _____ 20 ____ г.

Информация об оказанной медицинской помощи					
	Удаление клеща	иммунизация	Удаление клеща (повторно)	Иммунизация (повторно)	Госпитализация
Дата					
Мед. учреждение					
ФИО медработника					
Подпись Застрахованного					

Программа добровольного медицинского страхования «экстренная стационарная медицинская помощь»

Общие положения:

1. Настоящая Программа предусматривает предоставление квалифицированной экстренной стационарной медицинской помощи в случае острых и внезапных заболеваний, травм, осложнений.

2. Экстренная госпитализация осуществляется при таком состоянии здоровья Застрахованного лица, которое характеризуется острыми признаками и симптомами, способными поставить под угрозу жизнь Застрахованного или привести его к инвалидности, а также перевести острое заболевание в хроническую форму, если не будет срочно оказана медицинская помощь в условиях стационара.

3. В рамках настоящей программы «Страховщик» организует и оплачивает предоставление Застрахованному, при наступлении страхового случая, экстренной стационарной медицинской помощи в лечебно – профилактических учреждениях, имеющих соответствующие договорные отношения со Страховщиком.

Объём предоставляемых услуг:

Услуги стационара при экстренной госпитализации:

1. Диагностические и лечебные мероприятия;
2. Лабораторные и инструментальные исследования;
3. Хирургическое и консервативное лечение;
4. Обеспечение медикаментами и другими необходимыми для лечения средствами, имеющимися в наличии стационара;
5. Уход медицинского персонала, лечебное питание.
6. Контроль за качеством проводимого лечения специалистами отдела медицинской экспертизы АО «СК «Астро-Волга».

Порядок выплаты страхового возмещения:

-При наступлении страхового случая выплата страхового возмещения производится в виде оплаты медицинскому учреждению стоимости медицинских услуг, оказанных Застрахованному в связи с наступлением страхового случая.

-Порядок оплаты медицинских услуг, оказанных Застрахованному, определяется в соответствии с Договором на предоставление медицинских услуг, заключённым между Страховщиком и медицинским учреждением.

-При самостоятельной организации Застрахованным лицом предоставления медицинской помощи без участия Страховщика последний не возмещает понесённые Застрахованным лицом расходы.

Застрахованными не могут быть лица:

- моложе 18 и старше 65 лет на дату заключения договора;
 - инвалиды I и II групп, инвалиды детства;
 - страдающие психическими заболеваниями (слабоумием, эпилепсией, другими тяжёлыми расстройствами нервной системы);
 - госпитализированные на дату заключения договора;
- Если в период действия договора будут выявлены указанные лица, то договор, заключённый в отношении такого лица, признаётся недействительным.

Не является страховым случаем и не оплачивается Страховщиком обращение Застрахованного лица за получением медицинских и иных услуг:

-не предусмотренных договором страхования или в объёмах, превышающих предусмотренный Договором размер страховой суммы. (Страховая сумма является предельным уровнем страхового обеспечения и при наступлении страхового случая уменьшается на сумму ранее произведённых Страховщиком выплат);

-в связи с нахождением в состоянии алкогольного, наркотического или токсического опьянения, либо отказавшемуся пройти медицинское освидетельствование (экспертизу) на установление степени опьянения;

-в связи с событиями, произошедшими в прямой причинной связи с совершением Застрахованным лицом умышленного преступления;

-в связи с умышленным причинением Застрахованным лицом вреда самому себе;

-в случае несоблюдения или отказа выполнения Застрахованным лицом предписаний лечащего врача или нарушения определённого лечащим врачом больничного режима, если данные нарушения зафиксированы медицинским учреждением;

-в результате занятий спортом на профессиональном уровне;

-вследствие форс-мажорных обстоятельств: военных действий, восстания, мятежа, военного переворота, террористического акта, ядерного взрыва, воздействия радиации и др.

Страховщик не оплачивает по данной программе:

- расходы, возникшие по окончании срока действия договора страхования;
- медицинские услуги, проводимые без медицинских показаний;
- лечение сопутствующих заболеваний, не связанных с основным;
- амбулаторное лечение и плановые диагностические процедуры;
- стоматологическую помощь, все виды протезирования;
- плановую госпитализацию и подготовку к ней;
- пластические операции, проводимые с эстетической и косметической целью или с целью улучшения психологического состояния Застрахованного;
- реабилитацию в любых медицинских учреждениях;
- расходы Застрахованного на медицинское оборудование, очки, контактные линзы, слуховые аппараты или имплантанты, а также другие корректирующие медицинские устройства и приспособления; расходы на их подгонку.
- импортные расходные материалы для проведения операций (в т.ч. расходные материалы для проведения ангиопластики и стентирования), искусственные хрусталики, имплантанты, трансплантаты, протезы, эндопротезы и ортезы, а также другие корректирующие медицинские устройства и приспособления;
- все прочие медицинские мероприятия и исследования, не предусмотренные программой страхования.

Срок действия Договора страхования	Страховой взнос, руб.	Страховая сумма, руб.
1 год	1 000,00	100 000,00

Программа добровольного медицинского страхования «экстренная стационарная и экстренная стоматологическая помощь»

Общие положения:

1. Настоящая Программа предусматривает предоставление квалифицированной экстренной стационарной и экстренной стоматологической медицинской помощи в случае острых и внезапных заболеваний, травм, осложнений.

2. Экстренная госпитализация осуществляется при таком состоянии здоровья Застрахованного лица, которое характеризуется острыми признаками и симптомами, способными поставить под угрозу жизнь Застрахованного или привести его к инвалидности, а также перевести острое заболевание в хроническую форму, если не будет срочно оказана медицинская помощь в условиях стационара.

3. В рамках настоящей программы «Страховщик» организует и оплачивает предоставление Застрахованному, при наступлении страхового случая, экстренной стационарной и стоматологической медицинской помощи в лечебно – профилактических учреждениях, имеющих соответствующие договорные отношения со Страховщиком.

Объём предоставляемых услуг:

Услуги стационара при экстренной госпитализации:

1. Диагностические и лечебные мероприятия;

2. Лабораторные и инструментальные исследования;

3. Хирургическое и консервативное лечение;

4. Обеспечение медикаментами и другими необходимыми для лечения средствами, имеющимися в наличии стационара;

5. Уход медицинского персонала, лечебное питание.

6. Контроль за качеством проводимого лечения специалистами отдела медицинской экспертизы АО «СК «Астро-Волга».

Услуги при экстренной стоматологической помощи:

1. Экстренная хирургическая стоматология:

вскрытие абсцессов челюстно-лицевой области;

удаление зубов простое и сложное;

неотложная помощь при травме челюстно-лицевой области.

2. Терапевтическое лечение: неотложная помощь при острой зубной боли.

Порядок выплаты страхового возмещения:

-При наступлении страхового случая выплата страхового возмещения производится в виде оплаты медицинскому учреждению стоимости медицинских услуг, оказанных Застрахованному в связи с наступлением страхового случая.

-Порядок оплаты медицинских услуг, оказанных Застрахованному, определяется в соответствии с Договором на предоставление медицинских услуг, заключённым между Страховщиком и медицинским учреждением.

-При самостоятельной организации Застрахованным лицом предоставления медицинской помощи без участия Страховщика последний не возмещает понесённые Застрахованным лицом расходы.

Застрахованными не могут быть лица:

-инвалиды I и II групп, инвалиды детства;

-страдающие психическими заболеваниями (слабоумием, эпилепсией, другими тяжёлыми расстройствами нервной системы);

-госпитализированные на дату заключения договора;

Если в период действия договора будут выявлены указанные лица, то договор, заключённый в отношении такого лица, признаётся недействительным.

Не является страховым случаем и не оплачивается Страховщиком обращение Застрахованного лица за получением медицинских и иных услуг:

-не предусмотренных договором страхования или в объёмах, превышающих предусмотренный Договором размер страховой суммы. (Страховая сумма является предельным уровнем страхового обеспечения и при наступлении страхового случая уменьшается на сумму ранее произведённых Страховщиком выплат);

-в связи с нахождением в состоянии алкогольного, наркотического или токсического опьянения, либо отказавшемуся пройти медицинское освидетельствование (экспертизу) на установление степени опьянения;

-в связи с событиями, произошедшими в прямой причинной связи с совершением Застрахованным лицом умышленного преступления;

-в связи с умышленным причинением Застрахованным лицом вреда самому себе;

-в случае несоблюдения или отказа выполнения Застрахованным лицом предписаний лечащего врача или нарушения определённого лечащим врачом больничного режима, если данные нарушения зафиксированы медицинским учреждением;

-в результате занятий спортом на профессиональном уровне;

-вследствие форс-мажорных обстоятельств: военных действий, восстания, мятежа, военного переворота, террористического акта, ядерного взрыва, воздействия радиации и др.

Страховщик не оплачивает по данной программе:

-расходы, возникшие по окончании срока действия договора страхования;

-медицинские услуги, проводимые без медицинских показаний;

-лечение сопутствующих заболеваний, не связанных с основным;

- все виды протезирования;

-плановую госпитализацию и подготовку к ней;

-пластические операции, проводимые с эстетической и косметической целью или с целью улучшения психологического состояния Застрахованного;

-реабилитацию в любых медицинских учреждениях;

-расходы Застрахованного на медицинское оборудование, очки, контактные линзы, слуховые аппараты или имплантанты, а также другие корректирующие медицинские устройства и приспособления; расходы на их подгонку.

-импортные расходные материалы для проведения операций (в т.ч. расходные материалы для проведения ангиопластики и стентирования), искусственные хрусталики, имплантанты, трансплантаты, протезы, эндопротезы и ортезы, а также другие корректирующие медицинские устройства и приспособления;

-все прочие медицинские мероприятия и исследования, не предусмотренные программой страхования.

ПРОГРАММА ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ «АВТОАНГЕЛ»

1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

1.1. Программа предусматривает предоставление квалифицированной амбулаторной и стационарной медицинской помощи, включая высокотехнологичную в случае травмы, полученной в результате автодорожного происшествия и осложнений в результате лечения в рамках настоящей программы.

1.2. Медицинские услуги предоставляются сверх объема, предусмотренного Территориальной программой обязательного медицинского страхования либо на условиях внеочередного предоставления услуг, предусмотренных Территориальной программой обязательного медицинского страхования.

1.3. Виды медицинских услуг и их количество в рамках программы в каждом конкретном случае лечения определяются лечащим врачом в соответствии с медицинскими показаниями.

1.4. Страховщик проводит экспертизу качества медицинской помощи в рамках настоящей программы.

2. МЕДИКО-ТЕХНОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ

2.1. На амбулаторном и стационарном этапе Застрахованному предоставляется диагностический этап оказания медицинской помощи при автодорожных травмах с применением современных методов, включая рентген, УЗИ, лапароскопические и артроскопические исследования, компьютерную томографию, МРТ – томографию, мультиспиральная томографию, лабораторную диагностику.

2.2. На амбулаторном этапе Застрахованному предоставляются современные методы иммобилизации переломов с использованием расходных материалов последнего поколения.

2.3. На стационарном этапе при наличии медицинских показаний проводятся эфферентные методы лечения: гемосорбция, плазмофорез, УФ - облучение крови.

2.4. При проведении анестезиологического пособия при оперативном лечении используются препараты для вводного наркоза последнего поколения.

2.5. При оперативном лечении автодорожной травмы используются современные методики вмешательства с применением высококачественных материалов для остеосинтеза и пластики поврежденных тканей.

2.6. При стационарном лечении предоставляется дополнительное медикаментозное обеспечение по назначению лечащего врача сверх перечня лекарственных препаратов, предусмотренных Территориальной программой обязательного медицинского страхования.

2.7. В программу входит один курс стационарной медицинской реабилитации продолжительностью не более 14 дней.

3. МЕДИКО – ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ АСПЕКТЫ

3.1. Медицинская помощь предоставляется в лечебных учреждениях, имеющих договор со страховщиком, а также в любых лечебных учреждениях, куда пострадавший был доставлен машиной Скорой медицинской помощи.

3.2. При получении медицинской помощи в учреждениях, имеющих договор со Страховщиком страховое обеспечение предоставляется путем оплаты медицинских услуг, при получении медицинской помощи в любом другом учреждении, куда пострадавший был доставлен машиной Скорой медицинской помощи – страховое обеспечение предоставляется путем возмещения затрат Застрахованного.

3.3. В программу не входит транспортировка в лечебные учреждения.

4. МЕДИЦИНСКИЕ УСЛУГИ, НЕ ВХОДЯЩИЕ В ПРОГРАММУ

4.1. Стоматологическая помощь.

4.2. Все виды протезирования, в т.ч. зубопротезирование.

4.3. Санаторно – курортное лечение, лечение в отделениях реабилитации без предшествующего стационарного лечения.

4.4. Устранение косметических дефектов, пластическая хирургия, трансплантация органов и тканей.

4.5. Обследование и лечение по поводу врожденных и наследственных болезней, хромосомных нарушений.

4.6. Коррекция слуха в т.ч. обеспечение слуховыми аппаратами.

4.7. Обеспечение любыми медикаментами при амбулаторном лечении. При лечении в стационаре: лекарственные препараты для внутрисуставного введения и заместительная терапия; препараты для парентерального питания; биологически активные добавки и парафармацевтические препараты, назначенные врачом; обеспечение медикаментами по льготным рецептам; обеспечение средствами ухода за больным (в т.ч. костылями, корсетами, шинами и т.д.).

4.8. Госпитализация в сервисную палату.

4.9. Лечение у сексопатолога, андролога, и лечение бесплодия (мужского и женского), импотенции, сексуальных нарушений; обследование и лечение по поводу невынашивания беременности;

4.10. Лечение у психиатра, психолога, психоаналитика, психотерапевта, логопеда, фонистора.

4.11. Проведение народных, нетрадиционных и видов лечения, в т.ч. фитопаросауна, бассейн, лечебные ванны, апитерапия, гомеопатия, су-джок терапия.

4.12. Программой не предусмотрено лечение травм и их последствий, возникших до момента заключения договора страхования.

4.13. Страховым случаем не является обращение застрахованного лица в медицинское учреждение, не имеющее лицензии; проведение лечебно-диагностических мероприятий по желанию застрахованного, без медицинских показаний и без направления лечащего врача, плановая госпитализация без направления врача из поликлиники прикреплению полиса ОМС, обращение в ЛПУ вне города проживания застрахованного без согласования со страховой компанией.

4.14. Страховым случаем не является обращение застрахованного лица в медицинское учреждение в связи с диагностикой и лечением любых заболеваний, кроме травм, полученных в результате автотранспортного происшествия.

ПРОГРАММА ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ "СТУДЕНТ"

1. Страховым случаем является обращение Застрахованного в течение периода действия Договора страхования в медицинское учреждение из числа предусмотренных договором страхования при остром заболевании, при травме, отравлении, при обострении хронического заболевания за получением лечебной помощи. По медицинским показаниям Застрахованному могут быть предоставлены медико-транспортные услуги, услуги по репатриации.

1.1. По категориям страховых полисов:

1.1.1. Амбулаторно-поликлиническое обслуживание осуществляется на базе медицинских учреждений, указанных в полисе и имеющих соответствующие договорные отношения со Страховщиком.

Объем услуг, оказываемых по медицинским показаниям:

Лечебно-диагностические приемы и наблюдение специалистов (терапевта, хирурга, кардиолога, гастроэнтеролога, нефролога, эндокринолога, инфекциониста, физиотерапевта, окулиста, травматолога, уролога, отоларинголога, невролога, дерматолога, акушера-гинеколога, аллерголога, проктолога, оформление и выдача застрахованному необходимой медицинской документации.)

Комплексный консультативно-профилактический прием на базе ЛПУ по выбору Страховщика (1 раз в период действия полиса).

Лабораторно-диагностические исследования:

-лабораторная диагностика (биохимические, общеклинические, цитологические исследования);

-рентгенодиагностика применительно к страховому случаю;

-ультразвуковые исследования;

-функциональная диагностика (ЭКГ, ВЭМ, ЭЭГ, исследование функции внешнего дыхания).

-эндоскопические исследования органов пищеварения и дыхания;

ЭКСТРЕННАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ

- Страховщик оплатит услуги по **экстренной госпитализации**, оказанные Застрахованному лицу по медицинским показаниям, необходимость которых появилась в результате несчастного случая или острого заболевания в период срока страхования.

- Страховщик оплатит услуги по **экстренной стоматологической помощи** в связи с острой болью или повреждением естественных зубов в результате травмы.

2. Страховым событием не является обращение в лечебное учреждение по поводу следующих заболеваний и их осложнений:

2.1. нарушение здоровья полученные Застрахованным в состоянии алкогольного, наркотического или токсического опьянения или психического заболевания, а также умышленного причинения застрахованным себе телесных повреждений: травмы, ожоги, отморожения, острые отравления ядовитыми растениями, химическими веществами, лекарствами;

2.2. венерические заболевания, ВИЧ-инфекция, генерализованные и повторные негенерализованные формы заболеваний, передающихся половым путем, хронический активный гепатит;

2.3. особо опасные инфекции: чума, холера, оспа; другие высококонтагиозные заболевания (в том числе желтая и другие геморрагические лихорадки); паразитарные заболевания (гельминтозы, скарabies, контагиозный моллюск, педикулез и другие);

2.4. острая и хроническая лучевая болезнь;

2.5. психические расстройства и расстройства поведения, эпилепсия, алкоголизм, наркомания, токсикомания, а также различные травмы и соматические заболевания, возникшие в связи с заболеваниями указанной природы;

2.6. злокачественные новообразования, гемобластозы, все опухолевые заболевания ЦНС;

2.7. туберкулез, саркоидоз;

2.8. врожденные аномалии, деформации и хромосомные нарушения; врожденные заболевания и синдромы;

2.9. заболевания, сопровождающиеся хронической почечной или печеночной недостаточностью и требующие проведения гемодиализа;

2.10. профессиональные заболевания;

2.11. сахарный диабет;

2.12. системные заболевания соединительной ткани, в т.ч. ревматоидный артрит, все недифференцированные коллагенозы;

2.13. дегенеративные и демиелинизирующие б-ни нервной ткани; эпилепсия, эписиндромы;

2.14. глубокие и распространенные микозы; псориаз; ангииты, васкулиты.

2.15. заболевания сосудов, сердца и нервной системы, требующие хирургического лечения, а также инвазивные диагностические манипуляции на сосудах (ангиографии);

2.16. ведение беременности и родов, послеродовое наблюдение, прерывание беременности.

2.17. аномалии рефракции (миопии, астигматизм), угасание функции аккомодации (пресбиопия), глаукомы, катаракта.

2.18. нейрохирургические вмешательства

2.19. стоматологические услуги

- 2.20. все виды массажа, ИРТ, мануальная терапия
3. АО «СК «Астро-Волга» не оплачивает следующие медицинские услуги:
- 3.1. медицинские услуги, не предписанные врачом;
- 3.2. нетрадиционная диагностика: термпунктурная, электропунктурная, пульсовая, аурикулодиагностика, иридодиагностика и т.п., все методы традиционной терапии: мануальная терапия, фитотерапия и лечение другими средствами природного происхождения, гомеопатия, гирудотерапия, энергоинформатика, традиционные системы оздоровления, и т.д.; лечение, являющееся по характеру экспериментальным или исследовательским;
- 3.3. лечение и процедуры, способствующие или предотвращающие половое зачатие, в том числе: искусственное оплодотворение, введение и удаление ВМС, лечение и диагностика бесплодия или импотенции; осложнения любых видов контрацепции;
- 3.4. ортопедические вмешательства и процедуры;
- 3.5. медицинское обследование, проводимое с целью оформления справок для получения водительских прав, разрешения на ношение оружия и т.п.;
- 3.6. диагностика, лечение, процедуры, пластические операции, проводимые с эстетической или косметической целью или с целью улучшения психологического состояния Застрахованного, в том числе по поводу заболеваний кожи (мозоли, папилломы, бородавки и невусы); склеротерапия вен; коррекция зрения, кроме подбора очков; коррекция веса; хирургическое изменение пола; консультации и лечение у психотерапевта, психодиагностика;
- 3.7. все виды протезирования, операции по пересадке органов и тканей;
- 3.8. диагностика заболеваний, указанных в п. 2.2 настоящих Исключений, проводимая без медицинских показаний;
- 3.9. комплексные исследования липидного обмена, гормонального и иммунологического профиля, СИТ, комплексные аллергологические исследования; культуральные методы исследования при диагностике инфекций, передающихся половым путем, генетические исследования, исследование онкомаркеров, маркеров остеопороза.
- 3.10. экстракорпоральные методы лечения, лазерное облучение крови, ультрафиолетовое облучение крови, нормо- и гипербарическая оксигенация; лечебные манипуляции с применением лазерных установок, плазмозферез, радиоволновые методы лечения;
- 3.11. расходы Застрахованного на приобретение лекарственных препаратов, перевязочных материалов и любого другого расходного материала;
- 3.12. расходы на медицинское оборудование, расходный материал, очки, контактные линзы, слуховые аппараты или имплантанты, протезы и пр., а также другие корректирующие медицинские устройства и приспособления и расходы на их подгонку;
- 3.13. манипуляции, обследование, лечение, требующие использования дневного стационара, если услуги стационара не включены в стоимость страхового полиса, пребывание в стационаре для получения попечительского ухода, реабилитации в условиях диспансеров, санаториев, профилакториев, восстановительных центров и других специализированных лечебных учреждений (за исключением случаев, предусмотренных программами добровольного медицинского страхования);
- 3.14. расходы, возникшие после окончания срока действия договора страхования. Исключение составляют расходы по программам «Экстренная стационарная помощь», связанные с лечением Застрахованного, госпитализированного в течение срока действия договора страхования – до момента его выписки из стационара.
- 3.15. если в течение срока действия договора страхования будет установлено, что договор страхования заключен в отношении Застрахованного, имеющего заболевание из числа указанных в п. 2 настоящих Исключений или имеющего I или II группу инвалидности, а также при первичном выявлении названных заболеваний или установлении Застрахованному I или II группы инвалидности в течение срока действия договора страхования, _____ оплачивает медицинские услуги, оказанные Застрахованному по медицинским показаниям, до момента подтверждения (постановки) диагноза, либо подтверждения (установления) I или II группы инвалидности.

**ПРОГРАММА ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ
«ПЕРВЫЙ ГОД БЕЗ ЗАБОТ» для детей от 0 до 12 месяцев.**

(Обслуживание на базе Клиники Ниармедик»). Версия ЛЮКС ПЛЮС (обслуживание в Клинике и на дому)

1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

1.1. Программа разработана в соответствии с нормативными документами Минздравсоцразвития России и Комитета Здравоохранения г.Москвы, а также с учетом передовых международных стандартов организации здравоохранения.

1.2. Медицинские услуги, по перечню заболеваний, исключенных Программой, оказываются пациентам только до постановки диагноза.

1.3. Стандартная длительность обслуживания по данной Программе составляет 12 месяцев, если иной срок не предусмотрен в Договоре.

1.4. Данная Программа включает в себя объем услуг, оказываемых по медицинским показаниям¹ в соответствии с медико-экономическими стандартами при остром заболевании, обострении хронического заболевания, инфекции, при травме, отравлении и других состояниях, требующих медицинской помощи.

По настоящей Программе услуги предоставляются детям от 0 до 12 месяцев, проживающим в г. Рязани.

1.5. Услуги, включенные в Программу, оказываются пациенту без количественных ограничений, если иное не предусмотрено Программой.

1.6. Клиника оставляет за собой право пересматривать и изменять перечни платных медицинских услуг и заболеваний, не включенных в Программу².

2. ОБЩИЕ УСЛОВИЯ

2.1 УСЛУГИ, ОКАЗЫВАЕМЫЕ НА ДОМУ:

2.1.2. В декретированные сроки, предусмотренные федеральными стандартами оказания медицинской помощи и Планом медицинского обслуживания наблюдение за состоянием здоровья ребенка врачами специалистами: педиатром, офтальмологом, хирургом-ортопедом, невропатологом, лечебный массаж (15 сеансов), лабораторные исследования.

2.1.3. Вызов личного врача-педиатра на дом, осуществляется в случае острого заболевания, в период действия договора. Вызов принимается по телефону 706 -706, в будние дни с 8:00 до 14:00 часов, в выходные и праздничные дни до 12:00 часов. В случае поступления вызова после указанного времени - выезд врача переносится на следующий день.

2.1.4. Забор биологического материала для лабораторных исследований строго по назначению врача в период острого заболевания.

2.2 УСЛУГИ, ОКАЗЫВАЕМЫЕ В КЛИНИКЕ:

2.2.1. Консультации узких специалистов: отоларинголог, гастроэнтеролог, дерматолог, аллерголог - иммунолог, гинеколог, уролог, хирург, травматолог, ортопед, офтальмолог, невропатолог, эндокринолог, кардиолог, физиотерапевт, функциональная, лучевая, лабораторная, инструментальная диагностика, восстановительное лечение;

2.2.2. Профилактические прививки проводятся импортными и отечественными вакцинами в соответствии с национальным календарем профилактических прививок и инструкциями по применению препаратов;

2.2.3. Консультации по мобильному телефону с личным врачом с 9:00 до 18:00 часов в будние дни; консультация с дежурным врачом-педиатром 706 - 706 в режиме работы Клиники.

3. ОБЪЕМ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ.

План медицинского обслуживания:

Услуги специалистов (в декретированные сроки)	Место оказания услуги
от 0 до 1 месяца	
Осмотр врача-педиатра в первые три дня после выписки из родильного дома	на дому
Осмотр врача-педиатра в возрасте 14 дней	на дому
Осмотр врача-педиатра в возрасте 1 месяца	на дому
Осмотр врача-невропатолога в возрасте 1 месяца	на дому
Осмотр врача-офтальмолога в возрасте 1 месяца	на дому
Осмотр врача-хирурга-ортопеда в возрасте 1 месяца	на дому
УЗИ тазобедренных в возрасте 1- 2 месяца	в клинике
УЗИ мозга (нейросонография) в возрасте 1- 2 месяца	в клинике
УЗИ почек 1-2 месяца	в клинике
Вакцинация: против гепатита В (вторая, первая проводится в роддоме)	в клинике
2 месяца	
Осмотр врача-педиатра	на дому
3 месяца	
Осмотр врача-педиатра	на дому
Осмотр врача-невропатолога, офтальмолога, хирурга-ортопеда по медицинским	на дому
Анализы: клинический анализ крови, общий анализ мочи	на дому
Вакцинация: против полиомиелита (первая), против коклюша, дифтерии, столбняка (первая)	в клинике
Вакцинация против гемофильной палочки типа В	в клинике
4,5 месяца	
Осмотр врача-педиатра	на дому
Вакцинация: против полиомиелита (вторая), против коклюша, дифтерии, столбняка (вторая)	в клинике
6 месяцев	
Осмотр врача-педиатра	на дому
Осмотр врача-офтальмолога	на дому/в клинике
Осмотр врача-невропатолога	на дому
Осмотр врача-хирурга-ортопеда	на дому
Вакцинация: против полиомиелита (третья), против гепатита В (третья), против коклюша, дифтерии, столбняка (третья)	в клинике
Вакцинация против гемофильной палочки типа В	в клинике
7 месяцев	
Осмотр педиатра по медицинским показаниям	на дому
8 месяцев	
Осмотр врача-педиатра	на дому
9 месяцев	
Осмотр педиатра по медицинским показаниям	на дому
10 месяцев	
Осмотр врача-педиатра	на дому
11 месяцев	
Осмотр педиатра по медицинским показаниям	на дому
12 месяцев	
Осмотр врача-педиатра	на дому
Осмотр врача-офтальмолога	на дому/в клинике
Осмотр врача-хирурга ортопеда	на дому
Осмотр врача-невропатолога	на дому
Осмотр врача-стоматолога	в клинике
Анализы: клинический анализ крови, общий анализ мочи, кал на я/глистов, соскоб на энтеробиоз	на дому
Вакцинация: туберкулиновая проба (реакция-Манту), против кори, паротита, краснухи	в клинике

- 3.1.1 Контроль за течением периода адаптации: профилактические и лечебные мероприятия, направленные на благоприятное протекание периода новорожденности, лечение нарушений, возникших до и во время родов.
- 3.1.2 Рекомендации врача педиатра связанные с рациональным питанием: по грудному вскармливанию, поддержки лактации у мамы, назначение оптимальных заменителей грудного молока, в случае его недостатка, индивидуальные схемы введения прикормов с целью предотвращения развития аллергических состояний.
- 3.1.3 Обучение оздоровительному массажу, лечебной гимнастике, закаливанию.
- 3.1.4 Профилактика инфекционных заболеваний: разработка индивидуального плана прививок, предвакцинальный осмотр, контроль врачом состояния ребенка после вакцинации.
- 3.1.5 Физиотерапевтическое лечение проводится в Клинике по медицинским показаниям и назначению врача, неограниченно в период действия договора.
- 3.1.6 Курс детского лечебного массажа проводится на дому не более 15 сеансов в период действия договора.
- 3.1.7 Офтальмологические процедуры на аппаратах проводятся в Клинике по медицинским показаниям и назначению врача и неограниченно в период действия договора;
- 3.1.8 Оториноларингология - санация очагов инфекции проводится в Клинике по медицинским показаниям и назначению врача и неограниченно в период действия договора;
- 3.1.9 Рентгенологическое исследование проводится по назначению врача и неограниченно в период действия договора.
- 3.1.10 Функциональная диагностика: ультразвуковые исследования, ЭКГ, холтеровское мониторирование, проводится в Клинике по назначению врача и неограниченно в период действия договора.
- 3.1.11 При подготовке к плановой госпитализации клиничко-инструментальные исследования: ЭКГ, клинические исследования крови, мочи, кала проводятся 1 раз за период прикрепления.
- 3.1.12 Лабораторная диагностика (общие и клинические исследования крови и мочи, биохимические исследования крови и мочи, бактериологические, серологические, ПЦР-диагностика, цитология, микроскопия, серология и другие) выполняется строго по назначению врача и неограниченно в период действия договора³.
- 3.1.13 Внутримышечные инъекции проводятся в Клинике по назначению врача и медицинским показаниям и неограниченно в период действия договора.
- 3.1.14 Оформление медицинской документации: больничные листы, справки, выписки из истории развития ребенка.

Прим. 1:

Перечень болезней, синдромов и проблем, связанных со здоровьем исключенных данной Программой:

- Заболевания и осложнения, повлекшие за собой установление группы инвалидности, с даты их регистрации КЭЖ;
- Заболевания, относящиеся к III - V диспансерной группе;
- Врожденные аномалии (пороки развития), деформации и хромосомные нарушения;
- Врожденные инфекционные, паразитарные болезни и другие инфекции не специфичные для периода детства;
- Особо опасные инфекционные заболевания;
- Приобретенные хронические персистирующие внутриклеточные инфекции, вирусно-бактериальные инфекции, инфекции, передающиеся преимущественно половым путем, вызванные вирусом иммунодефицита человека;
- Новообразования: злокачественные и другие, требующие дорогостоящих методов исследования и лечения;
- Отдельные нарушения, вовлекающие иммунный механизм (первичные и комбинированные иммунодефициты);
- Диффузные болезни соединительной ткани;
- Болезни эндокринной системы (острая и хроническая надпочечниковая недостаточность, инсулинозависимый сахарный диабет I типа);
- Психические расстройства и расстройства поведения;
- Туберкулез;
- Эпилепсия;
- Оказание медицинской помощи при укусах кошек, собак, грызунов, клещей.

Прим. 2:

Перечень исключенных услуг:

- Профилактические осмотры и обследования, не предусмотренные Программой «Первый год без забот ЛЮКС ПЛЮС»

- Медицинские услуги, не предписанные врачом;
- Наблюдение пациента при показаниях к госпитализации и отказе от нее;
- Все виды косметологических услуг, удаление вирусных бородавок, гемангиом, контагиозных моллюсков, невусов;
- Подбор корректирующих медицинских устройств и приспособлений (подбор очков, контактных линз, слуховых устройств);
- Операции, выполняемые в амбулаторно-поликлинических условиях;
- Лекарственные препараты.

Прим. 3:

Лабораторная диагностика:

- Транспортировка биологических материалов (моча, кал) производится самостоятельно.

ПРОГРАММА ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ «РАСТИ ЗДОРОВЫМ МАЛЫШ» для детей от 1 до 3 лет.

(Обслуживание на базе Клиники «Ниармедик»).

Версия ЛЮКС (обслуживание на дому и в Клинике)

1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

1.1. Программа разработана в соответствии с нормативными документами Минздравсоцразвития России и Комитета Здравоохранения г. Москвы, а также с учетом передовых международных стандартов организации здравоохранения.

1.2. Медицинские услуги, по перечню заболеваний, исключенных Программой, оказываются пациентам только до постановки диагноза.

1.3. Стандартная длительность обслуживания по данной Программе составляет 12 месяцев, если иной срок не предусмотрен в Договоре.

1.4. Данная Программа включает в себя объем услуг, оказываемых по медицинским показаниям¹ в соответствии с медико-экономическими стандартами при остром заболевании, обострении хронического заболевания, инфекции, при травме, отравлении и других состояниях, требующих медицинской помощи.

1.5. По настоящей Программе услуги предоставляются детям от 1 до 3 лет, проживающим в г. Рязани.

1.6. Услуги, включенные в Программу, оказываются пациенту без количественных ограничений, если иное не предусмотрено Программой.

1.7. Клиника оставляет за собой право пересматривать и изменять перечни платных медицинских услуг и заболеваний, не включенных в Программу².

2. ОБЩИЕ УСЛОВИЯ

2.1. УСЛУГИ, ОКАЗЫВАЕМЫЕ НА ДОМУ:

2.1.1. Профилактический осмотр личным врачом-педиатром на дому 1 раз в 2 месяца.

2.1.2. Профилактический осмотр невропатологом, хирургом-ортопедом в 1,5 года.

2.1.3. Вызов личного врача-педиатра на дом, осуществляется в случае острого заболевания, в период действия договора. Вызов принимается по телефонам 706-706, в будние дни с 8:00 до 14:00 часов, в выходные и праздничные дни до 12:00 часов. В случае поступления вызова после указанного времени - выезд врача переносится на следующий день.

2.1.4. Лечебный массаж.

2.1.5. Забор биологического материала для лабораторных исследований строго по назначению врача в период острого заболевания.

2.2. УСЛУГИ, ОКАЗЫВАЕМЫЕ В КЛИНИКЕ:

2.2.1. Консультации узких специалистов: отоларинголог, гастроэнтеролог, дерматолог, аллерголог - иммунолог, гинеколог, уролог, хирург, травматолог, ортопед, офтальмолог, невропатолог, эндокринолог, кардиолог, физиотерапевт, функциональная, лучевая, лабораторная, инструментальная диагностика, восстановительное лечение.

2.2.2. Профилактические прививки проводятся импортными и отечественными вакцинами в соответствии с национальным календарем профилактических прививок и инструкциями по применению препаратов.

2.2.3. Профилактический осмотр офтальмолога в 1,5 года.

2.2.4. Ежегодный диспансерный осмотр.

2.2.5. Консультации по мобильному телефону с личным врачом с 9:00 до 18:00 часов в будние дни; консультация с дежурным врачом-педиатром 706 – 706 в режиме работы Клиники.

3. ОБЪЕМ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

3.1. Амбулаторно-поликлиническая помощь.

3.2. Рекомендации врача-педиатра связанные с рациональным питанием.

3.3. Обучение закаливанию.

3.4. Профилактика заболеваний: разработка индивидуального плана прививок, предвакцинальный осмотр, контроль врачом состояния ребенка после вакцинации.

3.5. Консультации узких специалистов: отоларинголог, гастроэнтеролог, дерматолог, аллерголог - иммунолог, гинеколог, уролог, хирург, травматолог, ортопед, офтальмолог, невропатолог, эндокринолог, кардиолог, физиотерапевт, функциональная, лучевая, лабораторная, инструментальная диагностика, восстановительное лечение.

3.6. Функциональная диагностика: ультразвуковые исследования, ЭКГ, холтеровское мониторирование, проводится в Клинике по назначению врача и неограниченно в период действия договора.

3.7. Рентгенологическое исследование, проводится по назначению врача и неограниченно в период действия договора.

3.8. Физиотерапевтическое лечение проводится в Клинике по медицинским показаниям и назначению врача, неограниченно в период действия договора.

3.9. Курс детского лечебного массажа проводится на дому не более 10 сеансов в период действия договора.

3.10. Офтальмологические процедуры на аппаратах проводятся в Клинике не более 10 сеансов по медицинским показаниям и назначению врача в период действия договора.

3.11. Оториноларингология - санация очагов инфекции проводится в Клинике не более 10 сеансов по медицинским показаниям и назначению врача в период действия договора.

3.12. Внутримышечные и внутривенные инъекции проводятся в Клинике по назначению врача и медицинским показаниям и неограниченно в период действия договора.

3.13. Лабораторная диагностика, цитология, (общие и клинические исследования крови и мочи, биохимические исследования крови и мочи, бактериологические, серологические, ПЦР-диагностика, цитология, микроскопия, серология и другие) выполняется строго по назначению врача и неограниченно в период действия договора³.

3.14. При подготовке к плановой госпитализации клинико-инструментальные исследования: ЭКГ, клинические исследования крови, мочи, кала проводятся 1 раз за период прикрепления.

3.15. Оформление медицинской документации: больничные листы, санаторно-курортной карты, справки, выписки из истории развития ребенка.

3.16. Плановый диспансерный осмотр проводится в Клинике:

3.17. Консультации узких специалистов: хирург-ортопед, невропатолог, офтальмолог, отоларинголог, логопед, стоматолог.

3.18. Функциональная и ультразвуковая диагностика: УЗИ органов брюшной полости, почек; ЭКГ в покое.

3.19. Лабораторные исследования: общий анализ крови, общий анализ мочи, исследование кала на я/глистов, соскоб на энтеробиоз.

Прим. 1:

Перечень болезней, синдромов и проблем, связанных со здоровьем исключенных данной Программой:

- Заболевания и осложнения, повлекшие за собой установление группы инвалидности, с даты их регистрации КЭЖ;
- Заболевания, относящиеся к III - V диспансерной группе;
- Врожденные аномалии (пороки развития), деформации и хромосомные нарушения;
- Врожденные инфекционные, паразитарные болезни и другие инфекции не специфичные для периода детства;
- Особо опасные инфекционные заболевания;
- Приобретенные хронические персистирующие внутриклеточные инфекции, вирусно-бактериальные инфекции, инфекции, передающиеся преимущественно половым путем, вызванные вирусом иммунодефицита человека;
- Новообразования: злокачественные и другие, требующие дорогостоящих методов исследования и лечения;
- Отдельные нарушения, вовлекающие иммунный механизм (первичные и комбинированные иммунодефициты);
- Диффузные болезни соединительной ткани;
- Болезни эндокринной системы (острая и хроническая надпочечниковая недостаточность, инсулинозависимый сахарный диабет I типа);
- Психические расстройства и расстройства поведения;
- Туберкулез;
- Эпилепсия;
- Оказание медицинской помощи при укусах кошек, собак, грызунов, клещей.

Прим. 2:

Перечень исключенных услуг:

- Профилактические осмотры и обследования, не предусмотренные Программой «Расти здоровым малыш ЛЮКС»
- Медицинские услуги, не предписанные врачом;
- Наблюдение пациента при показаниях к госпитализации и отказе от нее;
- Все виды косметологических услуг, удаление вирусных бородавок, гемангиом, контагиозных моллюсков, невусов;
- Подбор корректирующих медицинских устройств и приспособлений (подбор очков, контактных линз, слуховых устройств);
- Операции, выполняемые в амбулаторно-поликлинических условиях;
- Лекарственные препараты.

Прим. 3:

Лабораторная диагностика

- Иммунологические исследования в программе представлены иммуноглобулином E;
- Иммуно-серологические исследования для выявления хронических персистирующих внутриклеточных и вирусных инфекций (кроме скрининга): хламидии, микоплазмы, уреоплазмы, гарднереллы, вирусы герпеса всех типов, ЦМВ, ВЭБ – не более 1 раза;
- Иммуно-серологические исследования с целью диагностики эпидемиологически значимых прививаемых инфекций: коклюш, паракоклюш, В-гемолитический стрептококк, корь, краснуха, паротит – не более 2 раз;
- Транспортировка биологических материалов (моча, кал) производится самостоятельно.

ПРОГРАММА ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ «РАСТИ БОЛЬШИМ» для детей от 3 до 7 лет.

(Обслуживание на базе Клиники «Ниармедик»). Версия ЛЮКС (обслуживание на дому и в Клинике).

1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

- 1.1. Программа разработана в соответствии с нормативными документами Минздравсоцразвития России и Комитета Здравоохранения г. Москва, а также с учетом передовых международных стандартов организации здравоохранения.
- 1.2. Медицинские услуги, по перечню заболеваний, исключенных Программой, оказываются пациентам только до постановки диагноза.
- 1.3. Стандартная длительность обслуживания по данной Программе составляет 12 месяцев, если иной срок не предусмотрен в Договоре.
- 1.4. Данная Программа включает в себя объем услуг, оказываемых по медицинским показаниям¹ в соответствии с медико-экономическими стандартами при остром заболевании, обострении хронического заболевания, инфекции, при травме, отравлении и других состояниях, требующих медицинской помощи.
- 1.5. По настоящей Программе услуги предоставляются детям от 3 до 7 лет, проживающим в г. Рязани.
- 1.6. Все виды и объемы медицинской помощи, которые не входят в Программу, предоставляются Клиникой за отдельную плату, согласно Прейскуранту медицинских услуг (при возможности их оказания Клиникой) с дополнительной скидкой 5%.
- 1.7. Услуги, включенные в Программу, оказываются пациенту без количественных ограничений, если иное не предусмотрено Программой.
- 1.8. Клиника оставляет за собой право пересматривать и изменять перечни платных медицинских услуг и заболеваний, не включенных в Программу².

2. ОБЩИЕ УСЛОВИЯ

2.1. УСЛУГИ, ОКАЗЫВАЕМЫЕ НА ДОМУ:

- 2.1.1. Вызов личного врача-педиатра на дом, осуществляется в случае острого заболевания, в период действия договора. Вызов принимается по телефонам 706 -706, в будние дни с 8:00 до 14:00 часов, в выходные и праздничные дни до 12:00 часов. В случае поступления вызова после указанного времени - выезд врача переносится на следующий день.
- 2.1.2. Лечебный массаж.
- 2.1.3. Забор биологического материала для лабораторных исследований строго по назначению врача в период острого заболевания.

2.2. УСЛУГИ, ОКАЗЫВАЕМЫЕ В КЛИНИКЕ:

- 2.2.1. Консультации узких специалистов: отоларинголог, гастроэнтеролог, дерматолог, аллерголог - иммунолог, гинеколог, уролог, хирург, травматолог, ортопед, офтальмолог, невропатолог, эндокринолог, кардиолог, физиотерапевт, функциональная, лучевая, лабораторная, инструментальная диагностика, восстановительное лечение.
- 2.2.2. Профилактические прививки проводятся импортными и отечественными вакцинами в соответствии с национальным календарем профилактических прививок и инструкциями по применению препаратов.
- 2.2.3. Ежегодный диспансерный осмотр.
- 2.2.4. Консультации по мобильному телефону с личным врачом с 9:00 до 18:00 часов в будние дни; Консультация с дежурным врачом-педиатром 706-706, в режиме работы Клиники.

3. ОБЪЕМ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

3.1. Амбулаторно-поликлиническая помощь.

- 3.1.1. Рекомендации врача-педиатра связанные с рациональным питанием.
- 3.1.2. Обучение закаливанию.
- 3.1.3. Профилактика заболеваний: разработка индивидуального плана прививок, предвакцинальный осмотр, контроль врачом состояния ребенка после вакцинации.
- 3.1.4. Консультации узких специалистов: отоларинголог, гастроэнтеролог, дерматолог, аллерголог - иммунолог, гинеколог, уролог, хирург, травматолог, ортопед, офтальмолог, невропатолог, эндокринолог, кардиолог, физиотерапевт, функциональная, лучевая, лабораторная, инструментальная диагностика, восстановительное лечение.

- 3.1.5.Функциональная диагностика: ультразвуковые исследования, ЭКГ, холтеровское мониторирование, проводится в Клинике по назначению врача и неограниченно в период действия договора.
- 3.1.6.Рентгенологическое исследование проводится по назначению врача и неограниченно в период действия договора.
- 3.1.7.Физиотерапевтическое лечение проводится в Клинике по медицинским показаниям и назначению врача, неограниченно в период действия договора.
- 3.1.8.Курс детского лечебного массажа проводится на дому не более 10 сеансов в период действия договора.
- 3.1.9.Офтальмологические процедуры на аппаратах проводятся в Клинике не более 10 сеансов по медицинским показаниям и назначению врача в период действия договора.
- 3.1.10.Оториноларингология - санация очагов инфекции проводится в Клинике не более 10 сеансов по медицинским показаниям и назначению врача в период действия договора.
- 3.1.11.Внутримышечные и внутривенные инъекции проводятся в Клинике по назначению врача и медицинским показаниям и неограниченно в период действия договора;
- 3.1.12.Лабораторная диагностика, (общие и клинические исследования крови и мочи, биохимические исследования крови и мочи, бактериологические, серологические, ПЦР-диагностика, цитология, микроскопия, серология и другие) выполняется строго по назначению врача и неограниченно в период действия договора³.
- 3.1.13.При подготовке к плановой госпитализации клиничко-инструментальные исследования: ЭКГ, клинические исследования крови, мочи, кала проводятся 1 раз за период прикрепления.
- 3.1.14.Оформление медицинской документации: больничные листы, санаторно-курортной карты, справки, выписки из истории развития ребенка.
- 3.2.Плановый диспансерный осмотр проводится в Клинике:
- 3.2.1.Консультации узких специалистов: хирург-ортопед, невропатолог, офтальмолог, отоларинголог, логопед, стоматолог.
- 3.2.2.Функциональная и ультразвуковая диагностика: УЗИ органов брюшной полости, почек; ЭКГ в покое.
- 3.2.3.Лабораторные исследования: общий анализ крови, общий анализ мочи, исследование кала на я/глистов, соскоб на энтеробиоз.

Прим. 1:

Перечень болезней, синдромов и проблем, связанных со здоровьем исключенных данной Программой:

- Заболевания и осложнения, повлекшие за собой установление группы инвалидности, с даты их регистрации КЭК;
- Заболевания, относящиеся к III - V диспансерной группе;
- Врожденные аномалии (пороки развития), деформации и хромосомные нарушения;
- Врожденные инфекционные, паразитарные болезни и другие инфекции не специфичные для периода детства;
- Особо опасные инфекционные заболевания;
- Приобретенные хронические персистирующие внутриклеточные инфекции, вирусно-бактериальные инфекции, инфекции, передающиеся преимущественно половым путем, вызванные вирусом иммунодефицита человека;
- Новообразования: злокачественные и другие, требующие дорогостоящих методов исследования и лечения;
- Отдельные нарушения, вовлекающие иммунный механизм (первичные и комбинированные иммунодефициты);
- Диффузные болезни соединительной ткани;
- Болезни эндокринной системы (острая и хроническая надпочечниковая недостаточность, инсулинозависимый сахарный диабет I типа);
- Психические расстройства и расстройства поведения;
- Туберкулез;
- Эпилепсия;
- Оказание медицинской помощи при укусах кошек, собак, грызунов, клещей.

Прим. 2:

Перечень исключенных услуг:

- Профилактические осмотры и обследования, не предусмотренные Программой «Расти большим ЛЮКС»
- Медицинские услуги, не предписанные врачом;
- Наблюдение пациента при показаниях к госпитализации и отказе от нее;
- Все виды косметологических услуг, удаление вирусных бородавок, гемангиом, контагиозных моллюсков, невусов;
- Подбор корректирующих медицинских устройств и приспособлений (подбор очков, контактных линз, слуховых устройств);

- Операции, выполняемые в амбулаторно-поликлинических условиях;
- Лекарственные препараты.

Прим. 3:

Лабораторная диагностика

- Иммунологические исследования в программе представлены иммуноглобулином Е;
- Иммуно-серологические исследования для выявления хронических персистирующих внутриклеточных и вирусных инфекций (кроме скрининга): хламидии, микоплазмы, уреоплазмы, гарднереллы, вирусы герпеса всех типов, ЦМВ, ВЭБ – не более 1 раза;
- Иммуно-серологические исследования с целью диагностики эпидемиологически значимых прививаемых инфекций: коклюш, паракклюш, В- гемолитический стрептококк, корь, краснуха, паротит – не более 2 раз;
- Транспортировка биологических материалов (моча, кал) производится самостоятельно.

**ПРОГРАММА ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ
«ШКОЛЬНАЯ ПОРА» для детей от 7 до 12 лет.**

(обслуживание на базе Клиники «Ниармедик») Версия ЛЮКС (обслуживание на дому и в Клинике)

1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

- 1.1 Программа разработана в соответствии с нормативными документами Минздравсоцразвития России и Комитета Здравоохранения г.Москвы, а также с учетом передовых международных стандартов организации здравоохранения.
- 1.2 Медицинские услуги, по перечню заболеваний, исключенных Программой, оказываются пациентам только до постановки диагноза.
- 1.3 Стандартная длительность обслуживания по данной Программе составляет 12 месяцев, если иной срок не предусмотрен в Договоре.
- 1.4 Данная Программа включает в себя объем услуг, оказываемых по медицинским показаниям¹ в соответствии с медико-экономическими стандартами при остром заболевании, обострении хронического заболевания, инфекции, при травме, отравлении и других состояниях, требующих медицинской помощи.
- 1.5 По настоящей Программе услуги предоставляются детям от 7 до 12 лет, проживающим в г. Рязани и Рязанской области.
- 1.6 Услуги, включенные в Программу, оказываются пациенту без количественных ограничений, если иное не предусмотрено Программой.
- 1.7 Клиника оставляет за собой право пересматривать и изменять перечни платных медицинских услуг и заболеваний, не включенных в Программу².

2. ОБЩИЕ УСЛОВИЯ

2.1 УСЛУГИ, ОКАЗЫВАЕМЫЕ НА ДОМУ:

- 2.1.1 Вызов врача-педиатра на дом, осуществляется в случае острого заболевания, в период действия договора. Вызов принимается по телефонам 706 - 706 в будние дни с 8:00 до 14:00 часов, в выходные и праздничные дни до 12:00 часов. В случае поступления вызова после указанного времени - выезд врача переносится на следующий день.
- 2.1.2 Лечебный массаж.
- 2.1.3 Забор биологического материала для лабораторных исследований строго по назначению врача в период острого заболевания.

2.2 УСЛУГИ, ОКАЗЫВАЕМЫЕ В КЛИНИКЕ:

- 2.2.1 Консультации узких специалистов: отоларинголог, гастроэнтеролог, дерматолог, аллерголог - иммунолог, гинеколог, уролог, хирург, травматолог, ортопед, офтальмолог, невропатолог, эндокринолог, кардиолог, физиотерапевт, функциональная, лучевая, лабораторная, инструментальная диагностика, восстановительное лечение.
- 2.2.2 Профилактические прививки проводятся импортными и отечественными вакцинами в соответствии с национальным календарем профилактических прививок и инструкциями по применению препаратов.
- 2.2.3 Ежегодный диспансерный осмотр.
- 2.2.4 Консультации по мобильному телефону с личным врачом с 9:00 до 18:00 часов в будние дни; Консультация с дежурным врачом-педиатром 706 -706, в режиме работы Клиники.

3. ОБЪЕМ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

3.1. Амбулаторно-поликлиническая помощь.

- 3.1.1 Рекомендации врача-педиатра связанные с рациональным питанием.

- 3.1.2 Обучение закаливанию.
- 3.1.3 Профилактика заболеваний: разработка индивидуального плана прививок, предвакцинальный осмотр, контроль врачом состояния ребенка после вакцинации.
- 3.1.4 Консультации узких специалистов: отоларинголог, гастроэнтеролог, дерматолог, аллерголог - иммунолог, гинеколог, уролог, хирург, травматолог, ортопед, офтальмолог, невропатолог, эндокринолог, кардиолог, физиотерапевт, функциональная, лучевая, лабораторная, инструментальная диагностика, восстановительное лечение.
- 3.1.5 Функциональная диагностика: ультразвуковые исследования, ЭКГ, холтеровское мониторирование, проводится в Клинике по назначению врача и неограниченно в период действия договора.
- 3.1.6 Рентгенологическое исследование, проводится по назначению врача и неограниченно в период действия договора.
- 3.1.7 Физиотерапевтическое лечение проводится в Клинике по медицинским показаниям и назначению врача, неограниченно в период действия договора.
- 3.1.8 Курс детского лечебного массажа проводится на дому не более 10 сеансов в период действия договора.
- 3.1.9 Офтальмологические процедуры на аппаратах проводятся в Клинике не более 10 сеансов по медицинским показаниям и назначению врача в период действия договора.
- 3.1.10 Оториноларингология - санация очагов инфекции проводится в Клинике не более 10 сеансов по медицинским показаниям и назначению врача в период действия договора.
- 3.1.11 Внутримышечные и внутривенные инъекции проводятся в Клинике по назначению врача и медицинским показаниям и неограниченно в период действия договора.
- 3.1.12 Лабораторная диагностика (общие и клинические исследования крови и мочи, биохимические исследования крови и мочи, бактериологические, серологические, ПЦР-диагностика, цитология, микроскопия, серология и другие) выполняется строго по назначению врача и неограниченно в период действия договора³.
- 3.1.13 При подготовке к плановой госпитализации клинико-инструментальные исследования: ЭКГ, клинические исследования крови, мочи, кала проводятся 1 раз за период прикрепления.
- 3.1.14 Оформление медицинской документации: больничные листы, санаторно-курортной карты, справки, выписки из истории развития ребенка.
- 3.2 Плановый диспансерный осмотр проводится в Клинике:
 - 3.2.1 Консультации узких специалистов: хирург-ортопед, невропатолог, офтальмолог, отоларинголог, логопед, стоматолог;
 - 3.2.2 Функциональная и ультразвуковая диагностика: УЗИ органов брюшной полости, почек; ЭКГ в покое;
 - 3.2.3 Лабораторные исследования: общий анализ крови, общий анализ мочи, исследование кала на я/глистов, соскоб на энтеробиоз.

Прим. 1:

Перечень болезней, синдромов и проблем, связанных со здоровьем исключенных данной Программой:

- Заболевания и осложнения, повлекшие за собой установление группы инвалидности, с даты их регистрации КЭК;
- Заболевания, относящиеся к III - V диспансерной группе;
- Врожденные аномалии (пороки развития), деформации и хромосомные нарушения;
- Врожденные инфекционные, паразитарные болезни и другие инфекции не специфичные для периода детства;
- Особо опасные инфекционные заболевания;
- Приобретенные хронические персистирующие внутриклеточные инфекции, вирусно-бактериальные инфекции, инфекции, передающиеся преимущественно половым путем, вызванные вирусом иммунодефицита человека;
- Новообразования: злокачественные и другие, требующие дорогостоящих методов исследования и лечения;
- Отдельные нарушения, вовлекающие иммунный механизм (первичные и комбинированные иммунодефициты);
- Диффузные болезни соединительной ткани;
- Болезни эндокринной системы (острая и хроническая надпочечниковая недостаточность, инсулинозависимый сахарный диабет I типа);
- Психические расстройства и расстройства поведения;
- Туберкулез;
- Эпилепсия;
- Оказание медицинской помощи при укусах кошек, собак, грызунов, клещей.

Прим. 2:

Перечень исключенных услуг:

- Профилактические осмотры и обследования, не предусмотренные Программой «Растить большим ЛЮКС»

- Медицинские услуги, не предписанные врачом;
- Наблюдение пациента при показаниях к госпитализации и отказе от нее;
- Все виды косметологических услуг, удаление вирусных бородавок, гемангиом, контагиозных моллюсков, невусов;
- Подбор корректирующих медицинских устройств и приспособлений (подбор очков, контактных линз, слуховых устройств);
- Операции, выполняемые в амбулаторно-поликлинических условиях;
- Лекарственные препараты.

Прим. 3:

Лабораторная диагностика

- Иммунологические исследования в программе представлены иммуноглобулином Е;
- Иммуно-серологические исследования для выявления хронических персистирующих внутриклеточных и вирусных инфекций (кроме скрининга): хламидии, микоплазмы, уреоплазмы, гарднереллы, вирусы герпеса всех типов, ЦМВ, ВЭБ – не более 1 раза;
- Иммуно-серологические исследования с целью диагностики эпидемиологически значимых прививаемых инфекций: коклюш, паракоклюш, В- гемолитический стрептококк, корь, краснуха, паротит – не более 2 раз;
- Транспортировка биологических материалов (моча, кал) производится самостоятельно.

ПРОГРАММА «ЗДОРОВОЕ ПОКОЛЕНИЕ» для детей от 12 до 18 лет.

(Обслуживание на базе Клиники «Ниармедик») Версия ЛЮКС (обслуживание на дому и в Клинике)

1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

2.1.1. Программа разработана в соответствии с нормативными документами Минздравсоцразвития России и Комитета Здравоохранения г.Москвы, а также с учетом передовых международных стандартов организации здравоохранения.

2.1.2. Перед заключением Договора на обслуживание по данной Программе проводится предварительная оценка состояния здоровья ребенка (до 14 лет).

2.1.3. Медицинские услуги, по перечню заболеваний, исключенных Программой, оказываются пациентам только до постановки диагноза.

2.1.4. Стандартная длительность обслуживания по данной Программе составляет 12 месяцев, если иной срок не предусмотрен в Договоре.

2.1.5. Данная Программа включает в себя объем услуг, оказываемых по медицинским показаниям¹ в соответствии с медико-экономическими стандартами при остром заболевании, обострении хронического заболевания, инфекции, при травме, отравлении и других состояниях, требующих медицинской помощи.

2.1.6. По настоящей Программе услуги предоставляются детям от 12 до 16 лет проживающим в г. Рязани.

2.1.7. Услуги, включенные в Программу, оказываются пациенту без количественных ограничений, если иное не предусмотрено Программой.

2.1.8. Клиника оставляет за собой право пересматривать и изменять перечни платных медицинских услуг и заболеваний, не включенных в Программу².

3. ОБЩИЕ УСЛОВИЯ

2.1. УСЛУГИ, ОКАЗЫВАЕМЫЕ НА ДОМУ:

2.1.1. Вызов врача-педиатра на дом, осуществляется в случае острого заболевания, в период действия договора. Вызов принимается по телефонам 706 - 706, в будние дни с 8:00 до 14:00 часов, в выходные и праздничные дни до 12:00 часов. В случае поступления вызова после указанного времени - выезд врача переносится на следующий день.

2.1.2. Лечебный массаж.

2.1.3. Забор биологического материала для лабораторных исследований строго по назначению врача в период острого заболевания.

2.2. УСЛУГИ, ОКАЗЫВАЕМЫЕ В КЛИНИКЕ:

2.2.1. Консультации узких специалистов: отоларинголог, гастроэнтеролог, дерматолог, аллерголог - иммунолог, гинеколог, уролог, хирург, травматолог, ортопед, офтальмолог, невропатолог, эндокринолог, кардиолог, физиотерапевт, функциональная, лучевая, лабораторная, инструментальная диагностика, восстановительное лечение.

2.2.2. Профилактические прививки проводятся импортными и отечественными вакцинами в соответствии с национальным календарем профилактических прививок и инструкциями по применению препаратов.

2.2.3. Ежегодный диспансерный осмотр.

2.2.4. Консультации по мобильному телефону с личным врачом с 9:00 до 18:00 часов в будние дни; консультация с дежурным врачом-педиатром 706 - 706, в режиме работы Клиники.

3. ОБЪЕМ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

3.1. Амбулаторно-поликлиническая помощь.

- 3.1.1. Рекомендации врача-педиатра связанные с рациональным питанием.
- 3.1.2. Профилактика заболеваний: разработка индивидуального плана прививок, предвакцинальный осмотр, контроль врачом состояния ребенка после вакцинации.
- 3.1.3. Консультации узких специалистов: отоларинголог, гастроэнтеролог, дерматолог, аллерголог - иммунолог, гинеколог, уролог, хирург, травматолог, ортопед, офтальмолог, невропатолог, эндокринолог, кардиолог, физиотерапевт, функциональная, лучевая, лабораторная, инструментальная диагностика, восстановительное лечение.
- 3.1.4. Функциональная диагностика: ультразвуковые исследования, ЭКГ, холтеровское мониторирование, проводится в Клинике по назначению врача и неограниченно в период действия договора.
- 3.1.5. Рентгенологическое исследование, по назначению врача и неограниченно в период действия договора.
- 3.1.6. Физиотерапевтическое лечение проводится в Клинике по медицинским показаниям и назначению врача, неограниченно в период действия договора.
- 3.1.7. Курс детского лечебного массажа проводится на дому не более 10 сеансов в период действия договора.
- 3.1.8. Офтальмологические процедуры на аппаратах проводятся в Клинике не более 10 сеансов по медицинским показаниям и назначению врача в период действия договора.
- 3.1.9. Оториноларингология - санация очагов инфекции проводится в Клинике не более 10 сеансов по медицинским показаниям и назначению врача в период действия договора.
- 3.1.10. Внутримышечные и внутривенные инъекции проводятся в Клинике по назначению врача и медицинским показаниям и неограниченно в период действия договора.
- 3.1.11. Лабораторная диагностика (общие и клинические исследования крови и мочи, биохимические исследования крови и мочи, бактериологические, серологические, ПЦР-диагностика, цитология, микроскопия, серология и другие) выполняется строго по назначению врача и неограниченно в период действия договора³.
- 3.1.12. При подготовке к плановой госпитализации клиничко-инструментальные исследования: ЭКГ, клинические исследования крови, мочи, кала проводятся 1 раз за период прикрепления.
- 3.1.13. Оформление медицинской документации: больничные листы, санаторно-курортной карты, справки, выписки из истории развития ребенка.

3.2. Плановый диспансерный осмотр проводится в Клинике:

- 3.2.1. Консультации узких специалистов: хирург-ортопед, невропатолог, офтальмолог, отоларинголог, логопед, стоматолог;
- 3.2.2. Функциональная и ультразвуковая диагностика: УЗИ органов брюшной полости, почек; ЭКГ в покое;
- 3.2.3. Лабораторные исследования: общий анализ крови, общий анализ мочи, исследование кала на я/глистов, соскоб на энтеробиоз.

Прим. 1:

Перечень болезней, синдромов и проблем, связанных со здоровьем исключенных данной Программой:

- Заболевания и осложнения, повлекшие за собой установление группы инвалидности, с даты их регистрации КЭК;
- Заболевания, относящиеся к III - V диспансерной группе;
- Врожденные аномалии (пороки развития), деформации и хромосомные нарушения;
- Врожденные инфекционные, паразитарные болезни и другие инфекции не специфичные для периода детства;
- Особо опасные инфекционные заболевания;
- Приобретенные хронические персистирующие внутриклеточные инфекции, вирусно-бактериальные инфекции, инфекции, передающиеся преимущественно половым путем, вызванные вирусом иммунодефицита человека;
- Новообразования: злокачественные и другие, требующие дорогостоящих методов исследования и лечения;
- Отдельные нарушения, вовлекающие иммунный механизм (первичные и комбинированные иммунодефициты);
- Диффузные болезни соединительной ткани;
- Болезни эндокринной системы (острая и хроническая надпочечниковая недостаточность, инсулинозависимый сахарный диабет I типа);
- Психические расстройства и расстройства поведения;
- Туберкулез;
- Эпилепсия;
- Оказание медицинской помощи при укусах кошек, собак, грызунов, клещей.

Прим. 2:

Перечень исключенных услуг:

- Профилактические осмотры и обследования, не предусмотренные Программой «Здоровое

- поколение ЛЮКС»
- Медицинские услуги, не предписанные врачом;
 - Наблюдение пациента при показаниях к госпитализации и отказе от нее;
 - Все виды косметологических услуг, удаление вирусных бородавок, гемангиом, контагиозных моллюсков, невусов;
 - Подбор корректирующих медицинских устройств и приспособлений (подбор очков, контактных линз, слуховых устройств);
 - Операции, выполняемые в амбулаторно-поликлинических условиях;
 - Правительство Москвы Департамент Здравоохранения приказом №9 от 16.01.2009 г. рекомендует дополнительно в возрасте 12 лет против вируса папилломы человека, девочек (вакцина «Гардасил» или Церварикс»), так как, носит рекомендательный характер - вакцинация проводится за дополнительную плату;
 - Лекарственные препараты.

Прим. 3:

Лабораторная диагностика

- Иммунологические исследования в программе представлены иммуноглобулином Е;
- Иммуно-серологические исследования для выявления хронических персистирующих внутриклеточных и вирусных инфекций (кроме скрининга): хламидии, микоплазмы, уреоплазмы, гарднереллы, вирусы герпеса всех типов, ЦМВ, ВЭБ – не более 1 раза;
- Иммуно-серологические исследования с целью диагностики эпидемиологически значимых прививаемых инфекций: коклюш, паракоклюш, В- гемолитический стрептококк, корь, краснуха, паротит – не более 2 раз;
- Транспортировка биологических материалов (моча, кал) производится самостоятельно.

ПРОГРАММА ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ «ГОСТЬ»

Страховщик имеет право на основании настоящей программы разрабатывать ее варианты (модификации), ориентированные на определенный сегмент страхователей (застрахованных) в зависимости от возраста, рода деятельности/ профессии, территории проживания и иных факторов, влияющих на степень риска:

- Вводя ограничения по объему предоставляемых услуг, предусмотренных программой.
- Исключая отдельные виды помощи или отдельные виды медицинских услуг, предусмотренных программой.
- Дополняя и расширяя объем услуг по настоящей программе в том числе, услугами по репатриации⁴, комплексному диагностическому обследованию⁵.
- Устанавливая отдельные лимиты страховых сумм на каждый вид помощи и/или отдельный вид медицинских услуг, предусмотренный программой.
- Расширяя или сокращая перечень исключений по настоящей Программе.
- Внося иные изменения, не противоречащие сути настоящих Правил.

Варианты (модификации) программы «Гость» могут иметь иное (дополнительное) коммерческое название.

1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ:

Программа, если условиями Договора не предусмотрено иное, включает следующие виды помощи:

1.1. Неотложная первичная медико-санитарная помощь в амбулаторных условиях, если условиями Договора не предусмотрено иное, включает следующие виды медицинских услуг:

- первичные, повторные приемы врачей-специалистов: терапевт, педиатр, хирург, гинеколог, уролог, травматолог, невролог, отоларинголог, офтальмолог;
- инструментальная диагностика: рентгенологическая, ультразвуковая, функциональная диагностика (ЭКГ) (по согласованию со Страховщиком);
- лабораторные методы исследования: общеклинические, биохимические;
- малые хирургические и травматологические вмешательства и манипуляции, выполняемые по неотложным показаниям в амбулаторных условиях, включая стоимость перевязочных материалов и гипсовых фиксирующих повязок.

1.2. Специализированная хирургическая стоматологическая помощь в неотложной форме, если условиями Договора не предусмотрено иное, включает следующие виды медицинских услуг:

- удаление зубов по медицинским показаниям; вскрытие и дренирование абсцессов ротовой полости; анестезиологические манипуляции (анестезия: аппликационная, инфильтрационная, проводниковая); методы диагностики – рентгенография.

1.3. Неотложная стационарная помощь, если условиями Договора не предусмотрено иное, включает следующие виды медицинских услуг:

- пребывание в многоместной палате в стационаре, палате интенсивной терапии;
- лечение и наблюдение лечащим врачом в отделении;
- консультации специалистов;
- лабораторная диагностика;
- инструментальная диагностика по медицинским показаниям;
- анестезиологические пособия;
- оперативные вмешательства;
- лекарственные препараты, включенные в утверждаемый Правительством РФ перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов для медицинского применения и медицинских изделий;
- медицинские изделия, включенные в утверждаемый Правительством РФ перечень медицинских изделий, имплантируемых в организм человека (лечебное питание в стационаре, донорская кровь и ее компоненты).

1.4. Неотложная скорая помощь, если условиями Договора не предусмотрено иное, включает следующие виды медицинских услуг:

⁴ Услуги по репатриации – услуги, связанные с транспортировкой:

- останков Застрахованного лица до транспортного узла, ближайшего к месту, где постоянно проживал Застрахованный или до транспортного узла на территории Российской Федерации, имеющего сообщение с местом постоянного проживания Застрахованного, в т.ч. необходимые для международной транспортировки расходы на подготовку тела к транспортировке (в том числе стоимость гроба (минимальная для места гибели/смерти), оформление необходимых для этого документов, транспортные расходы). Вид транспорта, с использованием которого осуществляется посмертная репатриация и дата ее проведения, определяются по согласованию со Страховщиком.

⁵ комплексное диагностическое обследование, если условиями Договора не предусмотрено иное, проводится однократно в течение срока страхования в следующем объеме:

- приемы врачей-специалистов (офтальмолог, отоларинголог, невролог, хирург, терапевт),
- общий (клинический) анализ крови,
- глюкоза крови, холестерин в крови,
- определение антител к бледной трепонеме в сыворотке крови,
- флюорография легких,
- ЭКГ,
- общий (клинический) анализ мочи,
- микроскопическое исследование отделяемого женских половых органов на атипичию и флору,
- цитологическое исследование мазка шейки матки

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

2. Если условиями Договора не предусмотрено иное, не признается страховым случаем обращение Застрахованного за получением медицинских и/или иных услуг по следующим поводам:

2.1. травмы, отравления, отморожения, заболевания, возникшие у Застрахованного в состоянии алкогольного, наркотического или токсического опьянения; лечение последствий наркотической и алкогольной интоксикаций;

2.2. умышленное причинение Застрахованным себе телесных повреждений; попытка самоубийства;

2.3. онкологические заболевания и их осложнения, злокачественные заболевания крови, все опухоли центральной нервной системы;

2.4. особо опасных инфекционных болезней (натуральная оспа, полиомиелит, малярия ТОРС), заболеваниях, включенных в утверждаемый Правительством Российской Федерации перечень заболеваний, представляющих опасность для окружающих, а также при злокачественных новообразованиях, сахарном диабете, психических расстройствах и расстройствах поведения, ВИЧ; высококонтагиозные вирусные геморрагические лихорадки, контагиозные инфекции;

2.5. венерические заболевания;

2.6. психические заболевания, расстройства поведения и их последствия, а также различные травмы и соматические заболевания, возникшие в связи с заболеваниями психической природы (помощь ограничивается первичной консультацией); наркомания, алкоголизм, токсикомания; эпилепсия и их осложнения;

2.7. профессиональные заболевания; лучевая болезнь;

2.8. туберкулез, саркоидоз, лепра;

2.9. заболевания органов и тканей, требующие их трансплантации, имплантации, все виды протезирования, ортопедической коррекции; пластическая хирургия; кардиохирургические и нейрохирургические операции (кроме оперативного лечения острых травм);

2.10. муковисцидоз, псориаз, микозы;

2.11. урогенитальные инфекции;

2.12. гепатиты вирусной этиологии, в том числе хронические гепатиты В, С, D и другие, а также хронические гепатиты алиментарного и аутоиммунного генеза, цирроз печени; заболевания, сопровождающиеся хронической почечной и печеночной недостаточностью, требующие проведения гемодиализа;

2.13. беременность, осложнения беременности, родовспоможение;

2.14. сахарный диабет (I и II типа) и его осложнения;

2.15. врожденные аномалии и пороки развития, наследственные и генетические заболевания, генетические исследования;

2.16. системные заболевания соединительной ткани, в том числе воспалительные артропатии и спондилопатии; нейродегенеративные и демиелинизирующие заболевания нервной системы;

2.17. группы заболеваний:

- аутоиммунные заболевания с преимущественным поражением отдельных органов и систем органов, псориаз;

- заболевания и синдромы, связанные с нарушением обмена веществ; остеопатии и хондропатии (в т.ч. остеопороз);

- доброкачественные новообразования кожи, подкожной клетчатки, мышечной ткани.

2.18. Самостоятельные (без предварительного согласования со Страховщиком) обращения застрахованного за медицинской помощью в медицинские и иные организации, либо обращения за медицинской помощью в лечебные учреждения, не согласованные со Страховщиком.

2.19. Обращения застрахованного лица вне этапа неотложной медицинской помощи, в т.ч., связанные с получением любой профилактической помощи, в том числе – психопрофилактики.

3. Если условиями Договора не предусмотрено иное, не возмещаются расходы на следующие услуги:

3.1. Медицинские и иные услуги, оказанные без медицинских показаний или выполняемые по желанию Застрахованного, либо оказанные без согласования со Страховщиком;

3.2. вызов врача на дом, медицинский уход на дому, выполнение медицинских услуг на дому;

3.3. методы традиционной диагностики: иридодиагностика, аурикулодиагностика, акупунктурная диагностика, пульсодиагностика, биорезонансная диагностика и т.д.; лечение методами традиционной медицины: энергоинформатика, цуботерапия, электроакупунктура, гирудотерапия, фитотерапия, гомеопатия; диагностика по методу Фолля и т.д.; лечение, являющееся по характеру экспериментальным или исследовательским; услуги связанные с телемедициной; диагностика и лечение с использованием авторских методов;

3.4. бальнеологические процедуры (водные процедуры: ванны, душ, бассейн), ЛФК на тренажерах, ЛФК в бассейне, грязелечение, а также услуги, оказываемые в профилактических (в том числе в стоматологии), косметических (в том числе в стоматологии), оздоровительных целях (в том числе лечение остеохондроза вне обострения), профилактический массаж, тренажеры, водные процедуры, мониторинговая очистка кишечника, аппаратное лечение простатитов, сауна, солярий, альфа-капсула и прочее; специфическая иммунизация с различными аллергенами, вакцинация;

3.5. диагностика и лечение бесплодия, нарушений менструального цикла (кроме кровотечения – экстренная помощь);

3.6. услуги по планированию семьи (в том числе определение TORCH- инфекций), подбор методов контрацепции (в том числе введение и удаление ВМС), расстройства половой функции;

3.7. гипноз, услуги психотерапевта, психолога, диетолога, генетика, логопеда;

3.8. экстракорпоральные методы лечения: внутривенная лазеротерапия, озонотерапия, УФО крови,

гемодиализ, плазмаферез, гемосорбция, гипо-, нормо- и гипербарическая оксигенация (за исключением случаев по жизненным показаниям); ударно-волновая терапия;

3.9. коррекция веса, речи; диагностика и лечение храпа и апноэ во сне; коррекция зрения с помощью методов лазерной хирургии, манипуляции с использованием аппаратно-программных комплексов в офтальмологии;

3.10. процедуры и операции, проводимые с эстетической и косметической целью; устранение косметических дефектов; удаление папиллом, бородавок, моллюсков, невусов, мозолей, кондилом, атером, липом, халязион и пр.; диагностика и лечение заболеваний волос (алопеция и др.); склеротерапия вен;

3.11. лечение зубов, за исключением случаев, указанных в п. 1.2. Программы;

3.12. услуги стационара одного дня, госпитализация для получения попечительского ухода, либо реабилитационного лечения, услуги по родовспоможению;

3.13. обследование с целью выдачи справок на автовождение, на право ношения оружия, для трудоустройства, для посещения спортивно-оздоровительных мероприятий; для оформления выезда за рубеж, санаторно-курортной карты;

3.14. расходы на лекарственные препараты (кроме указанных в п. 1.3. Программы), очки, контактные линзы, слуховые аппараты, имплантаты, другие дополнительные медицинские устройства и приспособления, расходные материалы индивидуального назначения, в том числе требующиеся в ходе оперативного вмешательства, полимерные фиксирующие повязки; тьюторы, ортезы, брейсы;

3.15. размещение в одноместных палатах и палатах повышенной комфортности, индивидуальный сестринский пост;

3.16. сложные углубленные методы исследования: магнитно-резонансная томография, компьютерная томография, аллергологический статус, исследования расширенного иммунологического статуса и др;

4. Если срок действия договора страхования истек, а лечение Застрахованного по заболеванию, признанному страховым случаем, не завершено, Страховщик не берет на себя дальнейшие расходы на оплату медицинских услуг.

5. Если установлено, что договор страхования заключен в отношении лиц, имеющих заболевания из числа указанных п. 2 или имеющих I-II группу инвалидности, а так же при первичном выявлении названных заболеваний или установлении Застрахованному группы инвалидности в течение срока действия договора страхования, Страховщик оплачивает медицинские услуги, оказанные Застрахованному до момента установления диагноза, либо группы инвалидности. В дальнейшем, Страховщик имеет право снять такого Застрахованного со страхования с уведомлением об этом Застрахованного.

6. При досрочном расторжении настоящего Полиса возврат страховой премии не производится (за исключением случаев, указанных в п. 7.11.8 Правил).

7. Страхователь обязан довести до сведения Застрахованных нижеследующую информацию.

Застрахованный обязан:

- Соблюдать правила внутреннего распорядка и режима работы медицинских учреждений.
- Уведомить Страховщика о невозможности получения согласованных и/или организованных Страховщиком медицинских услуг.
- Оплатить расходы в следующих ситуациях:
 - вызов бригады скорой или неотложной медицинской помощи, врача, среднего медицинского персонала по ложному адресу;
 - отсутствие Застрахованного по указанному адресу при вызове бригады скорой или неотложной медицинской помощи, врача, среднего медицинского персонала;
 - вызов от лица Застрахованного медицинского персонала для лиц, не являющихся Застрахованными;
 - вызов медицинского персонала к Застрахованному, находящемуся в состоянии алкогольного, токсического, наркотического опьянения, в том числе хронического;
 - при необоснованном вызове застрахованным бригады скорой или неотложной медицинской помощи (с целью получения или назначения плановой терапии: измерение артериального давления, плановые инъекции; плановой госпитализации, в том числе при плановой госпитализации в родильный дом и т.д.);
 - штрафы, налагаемые медицинским учреждением при нарушении Застрахованным лечебно-охранительного распорядка медицинского учреждения.

ПОРЯДОК ДЕЙСТВИЙ ЗАСТРАХОВАННОГО ПРИ НАСТУПЛЕНИИ СОБЫТИЯ, ИМЕЮЩЕГО ПРИЗНАКИ СТРАХОВОГО СЛУЧАЯ:

1. Уведомить о его наступлении Страховщика, позвонив по телефону _____.
2. Обратиться в медицинскую или иную организацию, согласованную Страховщиком, для получения медицинских и/или иных услуг, лекарственного обеспечения, в соответствии с Программой страхования, предъявить настоящий Полис и документ, удостоверяющий личность. Без документа, удостоверяющего личность, данный полис не действителен!
3. Заботиться о сохранении своего здоровья, выполнять предписания лечащего врача, полученные в ходе предоставления услуг по Договору страхования, соблюдать распорядок, установленный медицинскими и иными учреждениями
4. В случае оплаты медицинских услуг самостоятельно, предоставить Страховщику перечисленные в п. 5.5. Правил.
5. Категорически запрещается передавать страховой Полис (договор) посторонним лицам для получения ими медицинских и иных услуг! В случае передачи Полиса (договор) посторонним лицам, Застрахованный обязан возместить расходы, понесенные Страховщиком за медицинские услуги, полученные посторонними лицами по его страховому полису, а Договор страхования расторгается в отношении данного Застрахованного лица