



**УТВЕРЖДЕНО**  
Приказом Генерального Директора  
Акционерного общества  
«Страховая компания «Астро-Волга»  
от 29.08.2019г. приказ № 0829/А-1

**ОБЩИЕ ПРАВИЛА  
ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ**

(№ 3100/002)<sup>1</sup>

**СОДЕРЖАНИЕ**

1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ
2. СУБЪЕКТЫ СТРАХОВАНИЯ
3. ОБЪЕКТЫ СТРАХОВАНИЯ
4. СТРАХОВЫЕ СЛУЧАИ
5. ПОРЯДОК ОПРЕДЕЛЕНИЯ СТРАХОВОЙ СУММЫ И СТРАХОВОЙ ПРЕМИИ. ФРАНШИЗА
6. ПОРЯДОК ЗАКЛЮЧЕНИЯ, ИСПОЛНЕНИЯ И ПРЕКРАЩЕНИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ
7. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН
8. ПОРЯДОК ОПРЕДЕЛЕНИЕ РАЗМЕРА СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЫ
9. СЛУЧАИ ОТКАЗА В СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЕ
10. ПРОЧИЕ УСЛОВИЯ
11. КОНФИДЕНЦИАЛЬНАЯ ИНФОРМАЦИЯ
12. ОСНОВНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ С ПОТРЕБИТЕЛЯМИ СТРАХОВЫХ УСЛУГ

**ПРИЛОЖЕНИЯ:**

---

<sup>1</sup>Указанный номер **3100** 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) **/002** - соответствует порядковому номеру редакции Правил.

## 1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

1.1. В соответствии с гражданским законодательством, нормативными документами органа, осуществляющего государственный надзор за страховой деятельностью, настоящие «Общие Правила добровольного медицинского страхования» (№3100/002) (далее – Правила) регулируют отношения, возникающие между Акционерным обществом «Страховая компания «Астро-Волга» (АО«СК «Астро-Волга», далее – Страховщик), Страхователем, Застрахованными лицами и медицинскими организациями по поводу осуществления добровольного медицинского страхования.

1.2. Основные термины и понятия, используемые в настоящих Правилах:

1.2.1. Договор добровольного медицинского страхования (далее - Договор страхования) - письменное соглашение между Страхователем и Страховщиком, в силу которого Страховщик обязуется за обусловленную Договором плату организовать и финансировать предоставление застрахованным лицам медицинской помощи определенного объема по Программам ДМС, а Страхователь обязуется уплатить страховую премию (страховые взносы) в установленные Договором страхования сроки и в соответствующем размере.

1.2.2. Страховой риск – предполагаемое событие, обладающее признаками случайности и вероятности, на случай наступления, которого заключается Договор страхования.

1.2.3. Страховой случай – совершившееся событие (реализованный страховой риск) в течение действия Договора страхования, предусмотренное Договором страхования, с наступлением которого возникает обязанность Страховщика произвести страховую выплату.

1.2.4. Страховая сумма – денежная сумма, которая определена в порядке, установленном Договором страхования при его заключении, и исходя из которой устанавливаются размер страховой премии (страховых взносов). Страховая сумма является лимитом ответственности Страховщика по всем страховым выплатам. Страховая сумма может быть установлена по отдельному страховому случаю/отдельной Программе страхования/ отдельной опции программы ДМС/ на одного Застрахованного/ на всех Застрахованных.

1.2.5. Программа добровольного медицинского страхования (далее - Программа ДМС) – имеющий самостоятельное значение перечень видов медицинской услуг, которые могут быть оплачены Страховщиком, с указанием общей страховой суммы и/или отдельных страховых сумм по каждому виду медицинской помощи. К Программе ДМС может быть приложен список медицинских организаций, в которых Застрахованный имеет право получить указанные в Программе ДМС медицинские услуги, а также список аптечных организаций при наличии в Программе ДМС услуг по лекарственному обеспечению (лекарственной помощи).

1.2.6. Опция программы добровольного медицинского страхования – установленный Программой ДМС перечень медицинских и связанных с ними иных услуг в рамках отдельного вида медицинской помощи, входящего в состав Программы ДМС.

1.2.7. Медицинские услуги – это имеющие самостоятельное законченное значение услуги по консультации, диагностике, профилактике и лечению Застрахованных, оказанные сотрудниками медицинских организаций, имеющими медицинское образование, соответствующую квалификацию, и законное право осуществлять соответствующую медицинскую деятельность.

1.2.8. Медицинская помощь – это комплекс мероприятий включающих в себя медицинские и иные услуги, организационно-технические мероприятия, реабилитационное, восстановительное лечение, лекарственное обеспечение, направленных на удовлетворение потребностей граждан в поддержании и восстановлении здоровья.

1.2.9. Иные услуги, связанные с медицинскими – оздоровительные и социальные услуги (включая услуги медицинского сервиса), оказываемые медицинскими организациями в целях повышения скорости, качества или результативности оказания медицинских услуг.

1.2.10. Страховая премия (страховой взнос) – плата за страхование, которую Страхователь обязан уплатить Страховщику в порядке и в сроки, определенные Договором страхования.

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

1.2.12. Страховая выплата – денежная сумма, которую Страховщик в соответствии с Договором страхования обязан выплатить при наступлении страхового случая. Страховщик в счет страховой выплаты в соответствии с условиями Договора страхования вправе организовать оказание медицинских услуг Застрахованному лицу и оплатить медицинские услуги, оказанные Застрахованному лицу в медицинской организации.

Суммарный размер страховых выплат по Договору добровольного медицинского страхования не может превышать страховую сумму, установленную в Договоре.

1.2.13. Срок действия договора страхования – период времени, в течение которого Договор страхования является обязательным для исполнения сторонами.

1.2.14. Страховая защита (страхование) - обязанность Страховщика оплатить медицинские и иные связанные с ними услуги, лекарственные средства по случаям, признанным страховыми, произошедшим с Застрахованным в течение определенного Договором страхования периода времени.

Страховая защита по Договору страхования распространяется на страховые случаи, происшедшие после вступления Договора страхования в силу, если в Договоре не предусмотрен иной срок начала действия страховой защиты.

1.2.15. Франшиза – часть убытков, которая определена Договором страхования, и не подлежит возмещению Страховщиком Страхователю или иному лицу, интерес которого застрахован в соответствии с условиями Договора страхования, и устанавливается в виде определенного процента от страховой суммы (страховой выплаты) или в фиксированном размере.

1.2.16. Безусловная франшиза – определенная Договором страхования сумма выплаты, не подлежащая возмещению со стороны Страховщика. Устанавливается в процентах от страховой суммы или в фиксированном размере. Страховая выплата производится в пределах страховой суммы за вычетом франшизы.

1.2.17. Условная франшиза, при которой сумма выплаты, подлежащая возмещению, выплачивается полностью, в случае, когда размер страховой выплаты превышает размер франшизы, установленный Договором страхования.

1.2.18. Медицинские организации - юридические лица независимо от организационно-правовой формы, осуществляющие в качестве основного (уставного) вида деятельности медицинскую деятельность на основании лицензий, выданных в порядке, установленном законодательством Российской Федерации.

1.2.18. Аптечные организации - организации, осуществляющие розничную торговлю лекарственными средствами, изготовление и отпуск лекарственных средств в соответствии с требованиями действующего законодательства РФ, имеющие лицензии на право осуществления фармацевтической деятельности, оказывающие услуги Застрахованным по программе/опции «Лекарственная помощь». К аптечным организациям относятся аптеки, аптеки организаций здравоохранения, аптечные пункты, аптечные магазины, аптечные киоски.

1.2.20. Лекарственное обеспечение (лекарственная помощь) – фармацевтическая услуга по предоставлению Застрахованному лицу лекарственных средств, назначенных лечащим врачом медицинской организации в рамках Программы ДМС, предусматривающей данную услугу.

1.2.21. Иные организации - организации, осуществляющие:

торговлю изделиями медицинского назначения, медицинскими расходными материалами, необходимыми для оказания медицинской помощи, их изготовление и отпуск в соответствии с требованиями действующего законодательства РФ;

медико-транспортные услуги;

услуги медицинского сервиса.

1.2.22. Обеспечение изделиями медицинского назначения, медицинскими расходными материалами – услуга по предоставлению Застрахованному лицу изделий медицинского назначения, медицинских расходных материалов, необходимых для оказания назначенной врачом медицинской помощи.

1.3. Термины и определения, не установлены настоящими Правилами, используются в соответствии с их лексическим значением, либо с применением определений, установленных законодательством РФ и подзаконными нормативными актами государственных органов РФ.

## 2. СУБЪЕКТЫ СТРАХОВАНИЯ

1.2. Субъекты страхования:

2.1.1. Страховщик – страховая организация АО «СК «Астро-Волга» созданная в соответствии с законодательством Российской Федерации для осуществления деятельности по страхованию и получившая лицензию на осуществление соответствующего вида страховой деятельности в установленном действующим законодательством РФ порядке.

2.1.2. Страхователь – дееспособное физическое или юридическое лицо любой организационной правовой формы, заключившее со Страховщиком Договор страхования.

2.1.3. Застрахованное лицо (Застрахованный) – физическое лицо, в пользу которого заключен Договор страхования.

В случае если Договор страхования заключен Страхователем в свою пользу, на него распространяются права и обязанности Застрахованного, предусмотренные настоящими Правилами.

2.1.4. Медицинские / аптечные /иные организации, осуществляющие оказание медицинской помощи, иных услуг, связанных с медицинскими услугами, лекарственного обеспечения, обеспечения изделиями медицинского назначения, медицинскими расходными материалами, необходимыми для оказания медицинской помощи застрахованным лицам.

2.1.4. Медицинская организация, с которой Страховщик заключил соответствующий договор на оказание Застрахованным медицинских и иных связанных с ними услуг, в случае отсутствия у нее по преysкуранту и/или роду деятельности (специализации) соответствующих услуг может организовать оказание таких медицинских услуг в других медицинских организациях.

2.3. При этом письменное согласие Страховщика на оказание медицинских услуг в другой медицинской организации является обязательным, если иное не предусмотрено Договором между Страховщиком и медицинской организацией.

2.4. Конкретный перечень медицинских/аптечных/иных организаций, в которые Застрахованный вправе обратиться за получением медицинской помощи, лекарственного обеспечения, обеспечения изделиями медицинского назначения, медицинскими расходными материалами, необходимыми для оказания медицинской помощи, может быть указан в Договоре страхования (Полисе), Программе ДМС или в приложении к ним.

2.5. На страхование принимаются лица в возрасте от 1 года до 70 лет включительно, если условиями Договора страхования не предусмотрено иное.

2.6. На страхование не принимаются граждане, состоящие на учете в наркологических, психоневрологических, противотуберкулезных, кожно-венерологических диспансерах, инфицированные ВИЧ, а также больные онкологическими заболеваниями, системными болезнями соединительной ткани, с хронической почечной и печеночной недостаточностью, а также граждане, являющиеся инвалидами I группы, и дети – инвалиды, если иное не предусмотрено условиями Договора страхования или Программами ДМС.

2.6.1. Заключенные в отношении лиц, указанных в п. 2.6 настоящих Правил, договоры страхования без письменного указания Страхователем в момент заключения договора на наличие у Застрахованных перечисленных выше заболеваний признаются недействительными с момента их заключения по решению суда.

2.7. Страховщик не вправе разглашать полученные им в результате своей профессиональной деятельности сведения о Страхователе, Застрахованном лице, состоянии их здоровья, имущественном положении. За нарушение тайны страхования Страховщик, в зависимости от рода нарушенных прав и характера нарушения, несет ответственность в порядке, предусмотренном нормами гражданского законодательства Российской Федерации.

2.8. По всем вопросам, не урегулированным настоящими Правилами и Договором страхования, субъекты страхования руководствуются действующим гражданским законодательством Российской Федерации.

### 3. ОБЪЕКТЫ СТРАХОВАНИЯ

3.1. Объектом добровольного медицинского страхования являются имущественные интересы, связанные с оплатой организации и оказания медицинской и лекарственной помощи (медицинских услуг) и иных услуг вследствие расстройства здоровья физического лица (Застрахованного) или состояния физического лица, требующих организации и оказания таких услуг, а также проведения профилактических мероприятий, снижающих степень опасных для жизни или здоровья физического лица угроз и (или) устраняющих их.

### 4. СТРАХОВЫЕ СЛУЧАИ

4.1. Страховым случаем является совершившееся в течение действия Договора страхования событие, предусмотренное Договором страхования, с наступлением которого возникает обязанность Страховщика произвести страховую выплату.

4.2. В соответствии с настоящими Правилами страховым случаем является: обращение Застрахованного в течение срока действия Договора страхования в медицинскую / аптечную / иную организацию, определенную Договором страхования, при остром заболевании, обострении хронического заболевания, травме, отравлении и других состояниях, требующих оказания Застрахованному лицу медицинских услуг, лекарственной помощи в соответствии с Программой ДМС.

4.3. Страховым случаем не является обращение Застрахованного лица в течение срока действия Договора страхования за медицинскими услугами в случае:

1) возникновения, если диагноз был установлен до даты вступления договора страхования в силу - обострения заболеваний, указанных в п. 2.6 настоящих Правил, а также их осложнений;

2) приобретенного иммунодефицита;

3) острых и хронических лучевых нарушений;

4) необходимости трансплантации органов и тканей;

5) в иных случаях, предусмотренных законодательством РФ.

4.3.1. Страховым случаем не является:

1) обращение в медицинские / аптечные / иные организации, не предусмотренные Договором страхования/Программой ДМС при отсутствии предварительного согласования со Страховщиком, если данное согласование предусмотрено Программой ДМС;

2) предоставление медицинских услуг по желанию Застрахованного и/или без медицинских показаний, без направления от лечащего врача;

3) обращение за медицинскими услугами/лекарственной помощью, не предусмотренными Программами ДМС, на условиях которых заключен Договор страхования;

4) обращение за медицинскими услугами/лекарственной помощью с нарушением условий Программ ДМС, на условиях которых заключен Договор страхования;

5) обращение за медицинскими услугами/лекарственной помощью в связи с травматическим повреждением и/или иным расстройством здоровья:

- полученными в результате лучевого облучения;

- которые были оплачены другими организациями, либо из других источников или оказаны в рамках Территориальной программы или федеральной, региональной целевой программы;

- полученными в состоянии или вследствие алкогольного, наркотического или токсического опьянения;

- наступившими в результате совершения Застрахованным противоправных действий, подтвержденных решением суда или иного уполномоченного органа, и находящихся в прямой причинно-следственной связи со страховым случаем;

- полученными в результате попытки самоубийства, при умышленном причинении себе телесных повреждений (членовредительстве), за исключением тех случаев, когда Застрахованный был доведен до такого состояния противоправными действиями третьих лиц.

4.4. Страхование лиц, указанных в п. 2.6 настоящих Правил, а также включение в Договор страхования отдельных состояний и заболеваний, указанных в п.4.3 настоящих Правил, может осуществляться по согласованию со Страховщиком с применением повышающих коэффициентов к базовой страховой премии, установленной на момент заключения Договора страхования.

4.5. Если в период действия Договора страхования у Застрахованного впервые выявлено заболевание, обращение за медицинскими услугами по поводу которого не является страховым случаем в соответствии с настоящими Правилами, Страховщик производит их оплату до момента установления диагноза данного заболевания. В дальнейшем услуги по данному заболеванию, в т.ч. лекарственная помощь, не организуются и не оплачиваются.

4.6. При заключении Договора страхования в отношении лиц, являющихся инвалидами, страховая защита по Договору не распространяется на заболевания, явившиеся причиной установления инвалидности или являющиеся сопутствующими этому заболеванию.

## 5. ПОРЯДОК ОПРЕДЕЛЕНИЯ СТРАХОВОЙ СУММЫ И СТРАХОВОЙ ПРЕМИИ (СТРАХОВЫХ ВЗНОСОВ). ФРАНШИЗА

5.1. Страховая сумма определяется по соглашению между Страховщиком и Страхователем при заключении Договора страхования и может устанавливаться в целом по Договору страхования либо на каждого Застрахованного отдельно.

5.2. Договором страхования может быть установлен размер страховой суммы по отдельному страховому случаю/отдельной Программе ДМС/ отдельной опции Программы ДМС.

5.3. Стороны при заключении Договора страхования и в период его действия могут договориться об изменении страховой суммы и/или перечня медицинских услуг, предусмотренных Договором страхования. В этом случае Стороны подписывают дополнительное соглашение к Договору страхования с указанием соответствующих изменений.

5.4. В Договоре страхования может быть предусмотрена франшиза (безусловная или условная) – определенная часть убытков Страхователя, не подлежащая возмещению Страховщиком в соответствии с условиями Договора страхования. При безусловной франшизе размер страховой выплаты определяется как разница между размером убытка и размером франшизы. При включении в Договор страхования условной франшизы сумма, подлежащая возмещению, выплачивается полностью, в случае, когда размер страховой выплаты превышает размер франшизы, установленный Договором.

5.4.1. Франшиза определяется по соглашению Сторон при заключении Договора страхования в процентном отношении к страховой сумме или размеру убытка, либо в фиксированном размере.

5.4.2 Франшиза может быть исключена из договора по соглашению сторон в любой момент его действия, но до осуществления страховой выплаты (страхового возмещения).

5.5. Страховая премия (страховые взносы) устанавливается на основе страхового тарифа, рассчитанного Страховщиком в зависимости от размера страховой суммы, срока действия Договора страхования, перечня медицинских услуг, входящего в Программу ДМС, действующих цен на медицинские услуги в медицинских организациях, а также по результатам андеррайтинга, с учетом других существенных обстоятельств, влияющих на увеличение страхового риска (состояние здоровья, пол, возраст и др.), и указывается в Договоре страхования. Размер страхового тарифа определяется по соглашению Сторон и может быть указан в Договоре страхования.

5.6. Базовые страховые тарифы приведены в Приложение №1 к Правилам.

5.7. При существенном изменении условий оказания медицинской помощи в медицинских организациях или изменении ее стоимости, а также при подаче Страхователем заявления об изменении перечня медицинских услуг или размера страховой суммы для конкретных Застрахованных, размер страховой премии (страхового взноса) и страховой суммы в рамках Договора страхования/Программы ДМС может быть изменен по соглашению Сторон.

5.8. Договор страхования может быть заключен на срок от одного дня до нескольких лет.

5.9. Если иное не предусмотрено Договором страхования:

А) при сроке страхования менее одного года страховая премия исчисляется в процентах от страховой премии, рассчитанной за год:

1 месяц и менее – 20%	7 месяцев – 75%;
2 месяца – 35%;	8 месяцев – 80%;
3 месяца – 50%;	9 месяцев – 85%;
4 месяца – 60%;	10 месяцев – 90%;
5 месяцев – 65%;	11 месяцев – 95%;
6 месяцев – 70%;	

При этом неполный месяц считается как полный;

Б) при сроке страхования более 1 года размер страховой премии исчисляется следующим образом: за каждые 12 месяцев – по страховому тарифу, рассчитанному за год с применением поправочных коэффициентов, пропорционально количеству полных лет страхования, за последующие месяцы – в соответствии с п.п. «А» настоящего пункта.

5.10. Страховая премия по Договору страхования может быть уплачена Страхователем единовременно или в рассрочку (страховые взносы), наличными денежными средствами либо безналичным путем.

5.11. Срок и порядок уплаты страховой премии (страховых взносов) и форма проведения расчетов определяются по соглашению Сторон и указываются в Договоре страхования.

5.12. Днем уплаты страховой премии (первого страхового взноса) считается:

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

Если Договором страхования предусмотрено внесение страховой премии в рассрочку, Договором могут быть определены последствия неуплаты в установленные сроки очередных страховых взносов.

5.13. Страховщик имеет право применять к базовым тарифным ставкам поправочные коэффициенты, исходя из возраста Застрахованного, его профессиональных обязанностей, сообщенных им сведений о состоянии здоровья, об имеющихся заболеваниях, особенностях образа жизни, данных его медицинской документации, срока действия Договора страхования, объема медицинских услуг, включенных в программу ДМС, категорий медицинских организаций, а также других обстоятельств, имеющих существенное значение для определения страхового риска и вероятности наступления страхового случая.

5.14. Страховая премия по дополнительному соглашению в связи с изменением страховой суммы или перечня/объема медицинских услуг, рассчитывается в следующем порядке:

а) годовая страховая премия на новых условиях делится на 12 месяцев и умножается на количество месяцев, оставшихся до конца действия основного Договора страхования (неполный месяц считается как полный);

Результатом является величина страховой премии на новых условиях, полученная исходя из измененного размера страховой суммы на оставшийся период срока действия основного Договора страхования;

б) страховая премия по Договору страхования на прежних условиях делится на 12 месяцев и умножается на количество месяцев (неполный месяц считается за полный), в течение которых Договор действовал на прежних условиях.

Результатом является величина страховой премии за срок действия Договора на прежних условиях;

в) величина страховой премии по Договору с учетом изменений определяется путем сложения величин страховой премии, полученных в п.п. «а» и «б».

г) размер страховой премии, подлежащей доплате Страхователем (возврату Страхователю) по дополнительному соглашению к Договору страхования, определяется путем вычитания из полученной величины страховой премии с учетом изменений (п.п. «в») величины уплаченной Страхователем страховой премии.

5.15. Страховая премия (страховые взносы) уплачивается Страхователем в валюте Российской Федерации, за исключением случаев, предусмотренных законодательством Российской Федерации о валютном регулировании и валютном контроле.

## 6. ПОРЯДОК ЗАКЛЮЧЕНИЯ, ИСПОЛНЕНИЯ И ПРЕКРАЩЕНИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ

6.1. Договор страхования является соглашением между Страхователем и Страховщиком, в силу которого Страхователь обязуется уплатить страховую премию в размере и сроки, установленные Договором, а Страховщик обязуется при наступлении страхового случая:

- в счет страховой выплаты произвести оплату медицинских и иных услуг, лекарственных средств, медицинским/аптечным/иным организациям, предусмотренным Договором страхования, в которых Застрахованный получил медицинскую помощь в рамках указанного Договора, и/или произвести оплату лекарственной помощи, предоставленной Застрахованному в аптечных организациях, предусмотренных Договором страхования;

- произвести страховую выплату в форме возмещения расходов Застрахованного (Страхователя), понесенные им в целях получения медицинских и иных услуг, предусмотренных Договором страхования.

6.2. Договоры страхования могут быть заключены с юридическими и/или физическими лицами в отношении одного лица или группы лиц.

Типовые формы договоров коллективного добровольного медицинского страхования приведены в Приложениях №4 и №5 настоящих Правил.

6.3. В типовой Договор добровольного медицинского страхования по соглашению Сторон могут быть внесены изменения и дополнения, не влекущие за собой изменение сути страхования, а также не противоречащие настоящим Правилам и действующему законодательству РФ.

6.4. Застрахованными по Договору страхования с юридическим лицом являются физические лица, названные в Договоре страхования, либо включенные Страхователем в Список Застрахованных лиц.

6.4.1. Если застрахованное лицо названо в Договоре, но индивидуально не определено, в Договоре должны быть определены критерии, в соответствии с которыми конкретное лицо может быть названо застрахованным.

6.5. Застрахованными по Договору страхования с физическими лицами могут являться как сам Страхователь, так и другие физические лица.

6.6. Для заключения Договора страхования Страхователь обращается к Страховщику с устным заявлением или письменным заявлением установленной формы, заявляет о своем намерении заключить Договор страхования.

6.7. Для заключения Договора страхования Страховщик вправе запросить у Страхователя следующие документы:

6.7.1. Для физически лиц:

- документы Страхователя, Застрахованного, признанные в соответствии с законодательством РФ документами, удостоверяющими личность;

- справку формы 2 НДФЛ с места работы Страхователя;

- копию медицинских карт Застрахованного за последние 5 лет с указанием общего физического состояния, поставленных диагнозов и дат их постановки, предписанного назначенного и проведенного лечения, дат госпитализаций и их причин, установленных групп инвалидности или направления на МСЭ.

6.7.2. Для юридических лиц:

- Устав;

- Протокол общего собрания или иной документ о назначении руководителя;

- Свидетельство о постановке на учет юридического лица в налоговом органе;

- Свидетельство о внесении записи юридического лица в ЕГРЮЛ;

- Выписка из ЕГРЮЛ;

- Лицензия (если деятельность подлежит лицензированию);

- Документ, удостоверяющий личность лица, подписывающего договор, а также документ, подтверждающий полномочия данного лица на подписание договора;

- Сведения о бенефициаром владельце (бенефициарных владельцах) юридического лица, в т.ч. ФИО, дата и место рождения, паспортные данные, адрес регистрации и места жительства.

Один из перечисленных ниже документов на выбор юридического лица:

- копия годовой бухгалтерской отчетности (бухгалтерский баланс, отчет о финансовом результате);

- копия годовой (либо квартальной) налоговой декларации с отметками налогового органа об их принятии или без такой отметки с приложением либо копии квитанции об отправке заказного письма с описью вложения (при

направлении по почте), либо копии подтверждения отправки на бумажных носителях (при передаче в электронном виде);

- копия аудиторского заключения на годовой отчет за прошедший год, в котором подтверждаются достоверность финансовой (бухгалтерской) отчетности и соответствие порядка ведения бухгалтерского учета законодательству РФ;
- справка об исполнении налогоплательщиком (плательщиком сборов, налоговым агентом) обязанности по уплате налогов, сборов, пеней, штрафов, выданная налоговым органом;
- копия устава и справка об оплате уставного капитала (для юридического лица, период деятельности которого не превышает трех месяцев со дня его регистрации);

- данные о рейтинге юридического лица, размещенные в сети "Интернет" на сайтах международных рейтинговых агентств ("Standard&Poor's", "Fitch-Ratings", "Moody'sInvestorsService" и другие) и национальных рейтинговых агентств).

- список подлежащих страхованию лиц с указанием их ФИО, дат рождения; паспортных данных, включающих серию и номер, сведения о дате выдачи и выдавшем его органе; адресов регистрации/фактического проживания и контактных данных; возраста, пола; структурного подразделения и табельного номера (при наличии).

6.8. При заключении Договора страхования Страховщик имеет право провести анкетирование (Форма Анкеты – Приложение №7 к настоящим Правилам), медицинское освидетельствование страхуемого лица (страхуемых лиц) для оценки фактического состояния его (их) здоровья или потребовать представить медицинские карты подлежащих страхованию лиц, документы об инвалидности, справки из диспансеров для ознакомления. При этом освидетельствование страхуемого лица (страхуемых лиц) проводится за счет средств Страхователя.

6.9. Договор страхования может быть заключен на условиях включения в него одной или нескольких Программ ДМС, указанных в Приложении № 6 к настоящим Правилам.

6.10. Медицинские услуги по Договору страхования предоставляются:

- в соответствии с перечнем услуг, предусмотренных Программами ДМС, на условиях которых заключен Договор страхования;

- в медицинских/аптечных/иных организациях, предусмотренных Договором страхования или в иных организациях при наличии предварительного согласования со Страховщиком, если данное согласование предусмотрено Договором.

6.10.1 Договор страхования может содержать и другие условия, которые определяются по соглашению Сторон и должны отвечать общим условиям действительности сделки, предусмотренным гражданским законодательством Российской Федерации.

6.10.2. Страховщик вправе комплектовать Программы ДМС/опции, указанные в Приложении №6 настоящих Правил, в различных сочетаниях и присваивать им коммерческие названия.

6.11. Договор страхования может быть заключен путем составления одного документа либо вручения Страховщиком Страхователю на основании его письменного заявления страхового полиса (свидетельства, сертификата, квитанции), подписанного Страховщиком(далее по тексту - Полис).

Форма страхового Полиса приведена в Приложение № 3 к настоящим Правилам.

6.12. Договор страхования, если в нем не предусмотрено иное, вступает в силу с 00 часов 00 минут дня, следующего за днем оплаты страховой премии/первого страхового взноса, и действует 12 месяцев.

6.13. Кроме документов, указанных в п.6.11 настоящих Правил, Страхователю (Застрахованным) могут выдаваться, гарантийные талоны, именные регистрационные карточки, пластиковые карты или иные носители информации, определяющие право Застрахованного на получение медицинской и иной помощи в медицинских/аптечных/иных организациях (если эти носители внедрены в работу страховой компании и медицинских / аптечных/иных организаций).

Страховщик выдает Застрахованным лицам документы, указанные в п.6.11 и п. 6.13. настоящих Правил, в сроки, указанные в Договоре страхования.

6.14. Застрахованному запрещается передавать Полис и иные документы, указанные в п. 6.13 настоящих Правил, другим лицам с целью получения ими медицинских услуг/лекарственной помощи по Договору страхования.

В случае установления такого факта Страховщик имеет право применить к Застрахованному лицу, передавшему Полис другим лицам, штрафные санкции, если это предусмотрено Договором страхования.

6.15. При утрате Страхователем (Застрахованным) Полиса или иного документа, указанного в п. 6.11., он незамедлительно должен обратиться к Страховщику с письменным заявлением, на основании которого ему будет выдан дубликат утерянного документа.

При повторной утрате страховых документов в период действия Договора страхования дубликаты выдаются за плату в размере фактической стоимости их изготовления.

6.16. Заключение договора страхования в электронной форме.

6.16.1. Для заключения Договора страхования в электронной форме Страхователь подает Страховщику заявление о страховании через официальный Сайт Компании в информационно-телекоммуникационной сети Интернет (доступ к Сайту может быть осуществлен, в том числе с использованием специализированного программного обеспечения, предоставленного Страховщиком) путем заполнения формы заявления на страхование и Анкеты.

6.16.2. Одновременно с заявлением о страховании Страховщик вправе потребовать у Страхователя документы (электронные копии документов), подтверждающие сведения, сообщенные в Заявлении (анкете), а также документы, необходимые для оценки риска Страховщиком.

6.16.3. При заключении Договора страхования в электронном виде Страхователь предоставляет информацию и документы в соответствии с п.6.11 настоящих Правил в электронном виде (в том числе в виде электронных файлов в формате pdf,jpg и т.д.)

6.16.4. Заявление о заключении договора в электронной форме подписывается Страхователем – физическим лицам простой электронной подписью, а Страхователем – юридическим лицом – усиленной квалифицированной электронной подписью.

6.16.5. Страховщик имеет право проверить достоверность указанных Страхователем (Застрахованным лицом) в заявлении и (или) анкете сведений.

6.16.6. Если после заключения Договора страхования Страховщиком будет установлено, что в заявлении на страхование и (или) анкете Страхователь сообщил заведомо ложные сведения, влияющие на степень риска и вероятность наступления страхового случая, то Страховщик вправе потребовать признания Договора страхования недействительным и применения последствий, предусмотренных законодательством РФ.

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

6.16.8. При электронном страховании Страхователь оплачивает страховую премию (страховой взнос) после ознакомления с условиями, содержащимися в Договоре и настоящих Правилах страхования, подтверждая тем самым свое согласие на заключение Договора страхования на предложенных Страховщиком условиях.

6.16.9. Факт ознакомления Страхователя с условиями Правил и договора страхования может подтверждаться, в том числе, специальными отметками (подтверждениями), предоставляемыми Страхователем в электронном виде на сайте Страховщика.

6.16.10. Текст настоящих Правил либо Выдержек из настоящих Правил, сформированные на основе положений настоящей Правил, относящихся к конкретной программе страхования и на основе которых заключен Договор страхования, дополнительно включается в текст электронного страхового полиса.

Договор страхования, составленный в виде электронного документа, считается заключенным Страхователем на предложенных Страховщиком условиях с момента уплаты Страхователем страховой премии (страхового взноса).

6.17. Договор страхования прекращается в случаях:

6.17.1. истечения его срока действия – с 00 часов 00 мин. дня, следующего за днем, определенным Договором в качестве даты окончания срока его действия;

6.17.2. исполнения Страховщиком обязательств перед Страхователем по Договору страхования в полном объеме – с момента такового;

6.17.3. неуплаты Страхователем страховой премии (очередного страхового взноса) в установленные Договором страхования сроки, если иное не предусмотрено Договором;

6.17.4. ликвидации Страхователя, являющегося юридическим лицом, или смерти Страхователя, являющегося физическим лицом, если Застрахованные лица не приняли на себя обязанности Страхователя по Договору в течение 10 рабочих дней с момента вступления в законную силу судебного решения или принятия (выдачи) соответствующего акта/свидетельства государственного органа;

6.17.5. смерти Застрахованного лица (при индивидуальном Договоре страхования с физическим лицом) – в день смерти, указанный в соответствующем свидетельстве;

6.17.6. соглашения Сторон – с даты, определенной соглашением;

6.17.7. вступления в законную силу соответствующего судебного решения – со дня принятия такового;

6.17.8. в других случаях, предусмотренных законодательными актами Российской Федерации.

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

6.17.10. При досрочном прекращении Договора страхования по обстоятельствам, иным, чем страховой случай, Страховщик имеет право на часть страховой премии, пропорционально времени, в течение которого действовало страхование.

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

6.18.1. В этом случае Страхователь обязан направить Страховщику письменное уведомление об отказе от исполнения Договора страхования и вернуть Страховщику страховые Полисы.

6.18.2. Договор страхования считается расторгнутым (прекращенным) и действие страховых полисов прекращается с момента получения Страховщиком письменного уведомления.

6.18.3. При досрочном расторжении (прекращении) Договора страхования по инициативе Страхователя уплаченная Страховщику страховая премия не подлежит возврату, если Договором и/или законодательными актами Российской Федерации не предусмотрено иное.

6.19. Страхователь имеет право отказаться от договора страхования в любое время в случаях предусмотренных действующим законодательством РФ, в частности, в соответствии с Указанием ЦБ РФ от 21.08.2017г. №4500-У «О внесении изменения в п.1 Указания ЦБ РФ от 20.11.2015г. №3854-У «О минимальных (стандартных) требованиях к условиям и порядку осуществления отдельных видов добровольного страхования» от 20 ноября 2015г» предусмотрен следующий порядок расторжения договора страхования по инициативе Страхователя:

В случае отказа Страхователя от Договора 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, уплаченная страховая премия подлежит возврату Страхователю, при этом:



- если Страхователь отказался от договора страхования в течение четырнадцати календарных дней со дня его заключения, но до даты начала действия страхования, уплаченная страховая премия подлежит возврату в полном объеме

- если Страхователь отказался от договора страхования в течение четырнадцати календарных дней со дня его заключения, 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 страхования.

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

6.19.2. Возврат Страхователю страховой премии осуществляется по выбору Страхователя наличными деньгами или в безналичном порядке в срок, не превышающий 10 рабочих дней со дня получения Страховщиком письменного заявления Страхователя об отказе от Договора страхования.

6.20. Изменение и расторжение Сторонами Договора страхования осуществляется в порядке, предусмотренном Гражданским кодексом РФ (Глава 29 ГК РФ).

6.21. Договор страхования может быть признан недействительным с момента его заключения по основаниям, предусмотренным Гражданским кодексом РФ.

6.21.1. При недействительности Договора страхования каждая из Сторон обязана возвратить другой все полученное по нему, если иные последствия недействительности Договора не предусмотрены действующим законодательством РФ.

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

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

6.22.1. Обязательства по Договору страхования, по которому отношения Сторон не урегулированы, по истечении трех месяцев со дня вступления в силу решения органа страхового надзора об отзыве лицензии подлежат передаче другому страховщику в порядке, установленном Законом РФ "Об организации страхового дела в Российской Федерации".

6.22.2. Передача страхового портфеля не может быть осуществлена в случае отсутствия выраженного в письменной форме согласия Страхователя на замену Страховщика.

## 7. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

7.1. Страхователь имеет право:

7.1.1. Проверять выполнение Страховщиком требований и условий Договора страхования, в случае необходимости - требовать их надлежащего исполнения;

7.1.2. В период действия Договора страхования изменять список Застрахованных лиц в порядке, установленном Договором;

Замена Страхователем Застрахованного лица, названного в Договоре страхования, другим лицом может быть произведена с согласия самого Застрахованного и Страховщика.

7.1.3. Досрочно расторгнуть Договор страхования в порядке, предусмотренном настоящими Правилами и законодательством РФ;

7.1.4. Получить дубликат Договора (Полиса) в случае его утраты;

7.1.5. В течение срока действия Договора страхования изменить перечень медицинских услуг и/или размер страховой суммы. При внесении изменений страховая премия по Договору подлежит пересчету в соответствии с п. 5.10 настоящих Правил.

7.2. Застрахованное лицо имеет право:

7.2.1. Своевременно получать медицинские и иные связанные с ними услуги, лекарственную помощь в соответствии с Программой ДМС и в медицинских/аптечных организациях, предусмотренных Договором страхования;

7.2.2. Сообщать Страховщику о случаях непредоставления, неполного или некачественного предоставления услуг по Договору страхования;

7.2.3. Получить дубликат Полиса в случае его утраты;

7.2.4. Обращаться к Страховщику за разъяснениями по особенностям получения медицинских и иных услуг, лекарственной помощи, а также при возникновении спорных ситуаций во взаимоотношениях с медицинскими организациями в рамках Договора страхования.

7.3. Страховщик имеет право:

7.3.1. Требовать от Страхователя предоставления полной и достоверной информации, необходимой для заключения Договора страхования;

7.3.2. Досрочно расторгнуть Договор страхования при невыполнении Страхователем (Застрахованным) условий Договора, письменно уведомив Страхователя о причинах расторжения.

7.3.3. Проверять сообщенную Страхователем (Застрахованным лицом) при заключении Договора страхования информацию, а также выполнение Страхователем (Застрахованным лицом) требований и условий Договора;

7.3.4. При заключении Договора страхования потребовать от Страхователя заполнения лицами, подлежащими страхованию, анкет и (или) прохождения ими медицинского освидетельствования;

7.3.5. Отказать в согласовании предоставления или оплате медицинских и иных связанных с ними услуг, лекарственной помощи, обращение за которыми не является страховым случаем по условиям Договора страхования;

7.3.6. Отсрочить решение вопроса об оплате лекарственной помощи, медицинских и иных связанных с ними услуг, оказанных Застрахованному лицу в связи с травматическим повреждением, в случае возбуждения уголовного дела в отношении Застрахованного лица по факту событий, приведших к данному травматическому повреждению или иному расстройству здоровья Застрахованного лица, до момента принятия соответствующих решений компетентными органами;

7.3.7. В рамках исполнения своих обязательств по Договору страхования знакомиться с медицинской документацией Застрахованных в медицинских/ аптечных /иных организациях, либо получать медицинские документы (их заверенные копии), отражающие состояние здоровья Застрахованного, из медицинских / аптечных/ иных организаций в порядке, предусмотренном действующим законодательством РФ;

7.3.8. Требовать от Страхователя (Застрахованного) оплатить медицинской/аптечной/иной организации (Страховщику) стоимость оказанных (оплаченных) медицинских и иных услуг в связи с повреждением здоровья Застрахованного лица или в связи с заболеванием в результате события, впоследствии признанного не страховым случаем.

7.3.9. Требовать от Страхователя исполнения обязательств по договору, в том числе своевременной оплаты страховой премии.

7.3.10. После получения от Страхователя/Застрахованного лица информации, влекущей за собой увеличение страхового риска, Страховщик вправе потребовать изменения условий Договора страхования и/или уплаты дополнительной страховой премии соразмерно увеличению страхового риска.

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

7.3.11. В случае если Страхователь не сообщит Страховщику о значительных изменениях в обстоятельствах, сообщенных при заключении Договора страхования, последний вправе потребовать расторжения Договора и возмещения убытков, причиненных расторжением Договора согласно Гражданскому кодексу Российской Федерации.

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

7.4. Страховщик обязан:

7.4.1. Ознакомить Страхователя с настоящими Правилами, и Программой ДМС, на условиях которых заключен Договор, разъяснить Застрахованному лицу/Страхователю положения, содержащиеся в настоящих Правилах, в Договоре страхования, в Программах ДМС;

7.4.2. Заключать договоры на предоставление медицинских и иных, связанных с ними услуг, лекарственной помощи с медицинскими, аптечными и иными организациями, контролировать выполнение указанными организациями требований и условий договоров;

7.4.3. Обеспечить своевременную выдачу Застрахованным лицам (непосредственно или через Страхователя) Полисов или иных документов, указанных в п.6.11 настоящих Правил, и экземпляра настоящих Правил;

7.4.4. Содействовать в организации предоставления Застрахованным лицам медицинских и иных связанных с ними услуг, лекарственной помощи, определенных Договором страхования;

7.4.5. Своевременно и в полном объеме производить оплату медицинским/ аптечным/ иным организациям за оказанные медицинские и иные связанные с ними услуги, лекарственную помощь Застрахованным лицам в связи со страховыми случаями в рамках договоров страхования;

7.4.6. Защищать интересы Застрахованных лиц посредством контроля над объемом, сроками и качеством оказываемых Застрахованным лицам медицинских и иных связанных с ними услуг в соответствии с условиями договоров страхования и договоров, заключенных с медицинскими организациями на предоставление медицинских и иных, связанных с ними услуг;

7.4.7. Не разглашать полученные в результате своей профессиональной деятельности сведения о состоянии здоровья Застрахованных лиц, об имущественном положении Страхователей и застрахованных лиц;

7.4.8. Проводить экспертизу качества оказанных услуг по письменному заявлению Страхователя (Застрахованного).

7.5. Страхователь обязан:

7.5.1 Предоставить Страховщику полную и достоверную информацию, необходимую для заключения Договора страхования, в том числе достоверные ответы на вопросы при анкетировании подлежащих страхованию лиц, сообщить актуальную информацию о состоянии их здоровья;

7.5.2. Уплатить страховую премию в размере и в сроки, определенные Договором страхования;

7.5.3. Довести до сведения каждого Застрахованного лица условия страхования, определенные Договором и Программой ДМС, на условиях которых заключен Договор;

7.5.4. Обеспечить сохранность документов по Договору страхования;

7.5.5. Принимать меры в пределах своей компетенции по устранению неблагоприятных факторов, воздействующих на здоровье Застрахованных лиц;

7.5.6. Сообщать Страховщику в течение срока действия Договора страхования об изменении обстоятельств, имеющих существенное значение для определения вероятности наступления страхового случая и размера возможных убытков от его наступления (страхового риска). Изменение обстоятельств признается существенным, когда они изменились настолько, что, если бы Стороны могли это разумно предвидеть, Договор вообще не был бы ими заключен или был бы заключен на значительно отличающихся условиях;

7.5.7. Обеспечить своевременную передачу каждому Застрахованному лицу Полиса или иного документа, указанного в п.6.11 настоящих Правил.

7.5.8. Оплатить по требованию Страховщика медицинское освидетельствование подлежащих страхованию лиц для оценки фактического состояния их здоровья до заключения Договора страхования;

7.5.9. Возместить Страховщику стоимость оплаченных медицинских и иных услуг в связи с повреждением здоровья Застрахованного лица или в связи с заболеванием в результате события, впоследствии признанного не страховым случаем;

7.5.10. В случае увеличения списка Застрахованных при коллективной форме страхования представить Страховщику сведения, предусмотренные п. 6.7.1 настоящих Правил, о дополнительно страхуемых лицах и, если это предусмотрено Договором страхования, на основании дополнительного соглашения уплатить за них страховую премию за период с даты заключения Договора страхования до окончания срока действия Договора.

7.5.11. Выдать вновь Застрахованным страховые Полисы либо иные страховые документы, указанные в п.6.11. настоящих Правил на условиях первоначально заключенного Договора страхования.

7.5.12. В случае уменьшения по инициативе Страхователя количества Застрахованных при коллективной форме страхования Договор в отношении этих лиц расторгается в порядке, предусмотренном Гражданским кодексом Российской Федерации. При этом уплаченная Страховщику страховая премия за лиц, исключаемых из списка Застрахованных, не подлежит возврату, если Договором страхования не предусмотрено иное.

7.5.13. Возвратить Страховщику Полисы или иные страховые документы, указанные в п.п.6.11.настоящих Правил на лиц, исключаемых из списка Застрахованных.

Представить Страховщику сведения об исключаемых из списка Застрахованных и включаемых в него, необходимые для корректировки списка, в случае замены Застрахованных другими лицами при коллективной форме страхования (при соответствии Программы ДМС) без увеличения общего количества Застрахованных лиц по Договору.

7.6. Застрахованный обязан:

7.6.1. По требованию Страховщика заполнить анкету и (или) пройти предварительное медицинское освидетельствование;

7.6.2. Соблюдать назначения/предписания лечащего врача, полученные в ходе предоставления медицинских и иных связанных с ними услуг по Договору, в т.ч. распорядок, установленный медицинской организацией;

7.6.3. Обеспечить надлежащее хранение Полиса и иных документов, указанных в п.6.11 и в п.6.13 настоящих Правил, исключающее возможность его/их использования третьими лицами в целях получения медицинских и иных связанных с ними услуг, лекарственной помощи;

7.6.4. При досрочном прекращении Договора вернуть Полис либо иной документ, указанный в п.6.11. Страховщику по его требованию.

## 8. ПОРЯДОК ОПРЕДЕЛЕНИЯ РАЗМЕРА СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЫ

8.1. Страховая выплата по настоящим Правилам осуществляется в соответствии с условиями Договора страхования в пределах страховой суммы, указанной в Договоре в форме:

8.1.1. Оплаты медицинских и иных связанных с ними услуг, лекарственной помощи, обеспечения изделиями медицинского назначения, предусмотренных Программой/опцией ДМС, оказанных медицинскими/ аптечными/ иными организациями, предусмотренными Договором страхования;

Основанием для выплат в этом случае являются счета и реестры, выставленные медицинскими/аптечными организациями или счета, выставленные иными организациями в соответствии с условиями заключенных с ними договоров на предоставление медицинских и иных, связанных с ними услуг, лекарственной помощи, обеспечения изделиями медицинского назначения;

8.1.2. Возмещения документально подтвержденных расходов Застрахованного (Страхователя), понесенных им в целях получения медицинских и иных услуг, предусмотренных Программой ДМС, на условиях которой(ых) заключен Договор страхования.

Основанием для выплат в этом случае является заявление Застрахованного (Страхователя) с приложением необходимых медицинских документов и/или рецептов, выписанных на амбулаторном этапе лечения, с указанием назначенных лекарственных средств, а также подлинного документа об оплате за медицинские и/или иные услуги, оказанные медицинской/аптечной/иной организацией в рамках Договора страхования.

8.2. Страховщик для исполнения своих обязательств по Договорам страхования заключает с медицинскими/аптечными/иными организациями договоры на оказание медицинских и иных, связанных с ними услуг, лекарственной помощи, обеспечение изделиями медицинского назначения по которым соответствующая медицинская/аптечная/иная организация обязуется оказать застрахованным лицам медицинские и иные, связанные с ними услуги, определенного объема и качества в конкретные сроки в рамках программ ДМС.

8.3. Предоставление медицинских и иных связанных с ними услуг, обусловленных Договором страхования, осуществляется путем обращения Застрахованного лица в медицинские/аптечные/иные организации, указанные в Договоре, при обязательном предъявлении Застрахованным лицом Полиса, документа, удостоверяющего личность Застрахованного лица и, если это предусмотрено Договором страхования, документа (гарантийного талона, гарантийного письма и т.п.), подтверждающего согласование Страховщиком назначенных лечащим врачом услуг, лекарственных средств.

8.4. Сумма, подлежащая оплате Страховщиком за оказанные услуги в связи с наступлением страхового случая, определяется на основании счетов и реестров, выставленных медицинскими/аптечными/иными организациями в соответствии с условиями заключенных с ними договоров на предоставление медицинских и иных, связанных с ними услуг.

8.5. Страховщик проводит экономическую экспертизу реестров и экспертизу качества медицинских и иных связанных с ними услуг, оказанных Застрахованным лицам по Договорам страхования, и по результатам проведенных экспертиз определяет сумму, подлежащую оплате медицинским и аптечным организациям.

8.6. Страховщик производит оплату за услуги, оказанные Застрахованному в медицинской/аптечной/иной организации, путем перечисления денежных средств на расчетный счет медицинской/аптечной/иной организации в порядке и сроки, установленные договором на предоставление медицинских и иных, связанных с ними услуг, лекарственной помощи.

8.7. Общий размер страховых выплат за медицинские и иные связанные с ними услуги, оказанные Застрахованному лицу в период действия Договора страхования, не может превышать размера страховой суммы, определенной Договором.

## 9. СЛУЧАИ ОТКАЗА В СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЕ

9.1. Страховщик вправе отказать в страховой выплате в случае:

а) несоответствия сроков, объема и качества оказанных медицинских и иных связанных с ними услуг требованиям, предусмотренным договором с медицинской/аптечной/иной организацией;

б) оказания медицинских и иных связанных с ними услуг лицам, не являющимся Застрахованными лицами по Договору страхования;

в) оказания медицинских и иных связанных с ними услуг за пределами срока действия страховой защиты, предусмотренного Договором страхования;

г) обращения Застрахованного лица за получением медицинских и иных услуг, лекарственной помощи в медицинскую/аптечную/иную организацию, не предусмотренную Договором страхования, без предварительного согласования со Страховщиком, если это согласование было предусмотрено условиями Договора;

д) получения Застрахованным лицом медицинских и иных связанных с ними услуг, лекарственной помощи:

- не предусмотренных Программой ДМС, на условиях которой заключен Договор страхования;

- с нарушением условий Программы ДМС, на условиях которой заключен Договор страхования.

9.2. Страховщик освобождается от ответственности по обязательствам, если страховой случай наступил вследствие:

- Воздействия ядерного взрыва, радиации или радиоактивного заражения;

- Военных действий, а также маневров или иных военных мероприятий;

- Гражданской войны, народных волнений всякого рода или забастовок.

## 10. ПРОЧИЕ УСЛОВИЯ

10.1. Споры по Договору страхования между Страховщиком и Страхователем (Выгодоприобретателем) разрешаются путем переговоров, а при недостижении согласия - в порядке, предусмотренном действующим законодательством Российской Федерации.

10.2. До предъявления к Страховщику иска, вытекающего из Договора страхования, Страхователь (Выгодоприобретатель) обязан обратиться к нему с письменной досудебной претензией, с обоснованием своих требований, предоставлением документов, подтверждающих данные требования.

10.2.1. Иск к Страховщику может быть предъявлен Страхователем (Выгодоприобретателем) в случае полного или частичного отказа Страховщика удовлетворить претензию либо неполучения от Страховщика удовлетворения претензии или письменного ответа о полном или частичном отказе в удовлетворении претензии в течение 30 (тридцати) календарных дней с даты подачи письменной досудебной претензии.

10.3. Иск по требованиям, вытекающим из Договора страхования, может быть предъявлен в течение срока исковой давности, предусмотренного законодательством Российской Федерации.

10.4. Признание Договора страхования недействительным осуществляется в соответствии с нормами гражданского законодательства Российской Федерации.

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

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

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

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

## 11. КОНФИДЕНЦИАЛЬНАЯ ИНФОРМАЦИЯ

11.1. В рамках настоящих Правил считается конфиденциальной следующая информация:

- размер страховой премии, подлежащей уплате по Договору страхования;

- персональные данные Застрахованного: фамилия, имя, отчество, дата рождения, серия и номер основного документа, удостоверяющего его личность, сведения о дате выдачи и выдавшем его органе, адрес регистрации/проживания, контактная информация;

- персональные данные Застрахованного специальной категории: данные о состоянии здоровья и об имеющихся заболеваниях Застрахованного, о случаях его обращения за медицинской помощью, если такая информация доступна и получена Страховщиком.

11.2. Страховщик, Страхователь, Застрахованное лицо обязаны принять все достаточные меры для предотвращения разглашения конфиденциальной информации.

11.3. Страховщик на основании запросов, направленных в медицинские организации в рамках действующего законодательства РФ, может получать данные, указанные в п. 11.1.3 настоящих Правил. При этом сотрудники медицинских/ аптечных/ иных организаций освобождаются Застрахованным от обязательств соблюдать конфиденциальность перед Страховщиком.

11.4. Передача конфиденциальной информации третьим лицам или иное разглашение этой информации может осуществляться только с письменного согласия Сторон.

11.5. Под обработкой персональных данных в настоящих Правилах понимается: действие (операция) или совокупность действий (операций), совершаемых с использованием средств автоматизации или без использования таких средств с персональными данными, включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу третьим лицам, обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение персональных данных.

11.5.1. Страховщик обрабатывает персональные данные Застрахованных (в том числе данные специальной категории) в целях урегулирования убытков по договорам страхования, администрирования договоров, а также в целях информирования Застрахованных о других программах и об услугах Страховщика, а также в целях проведения анализа и формирования статистики по страхованию.

11.5.2. После прекращения действия Договора страхования (в том числе при его расторжении), а также в случае отзыва субъектом персональных данных согласия на обработку его персональных данных, Страховщик обязуется уничтожить такие персональные данные в срок, не превышающий 6 (шесть) лет с момента прекращения действия Договора, либо с момента получения Страховщиком заявления об отзыве согласия на обработку персональных данных.

11.6. Страховщик имеет право осуществлять все действия (операции) или совокупность действий (операций) с персональными данными Застрахованных (в том числе с данными специальной категории), включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу третьим лицам, обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение. Страховщик вправе обрабатывать персональные данные Застрахованных (в том числе данные специальной категории) посредством включения их в списки и внесения в электронные базы данных Страховщика.

11.7. Подписывая Договор страхования, Страхователь подтверждает, что им получены от Застрахованных/подлежащих страхованию лиц письменные согласия на обработку Страховщиком их персональных данных, запрошенные в соответствии с Федеральным законом № 152-ФЗ от 27 июля 2006 г. «О персональных данных» в объеме, необходимом Страховщику в целях, указанных в п. 11.5.1. настоящих Правил.

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

11.9. В случае отзыва Застрахованным своего согласия на обработку персональных данных, переданного Страхователю, Страхователь обязан предоставить Страховщику письменное уведомление об этом в течение 30 (тридцати) календарных дней с момента получения отзыва на обработку персональных данных, с приложением к нему заявления о прекращении действия Договора страхования в отношении такого Застрахованного.

## 12. ОСНОВНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ С ПОТРЕБИТЕЛЯМИ СТРАХОВЫХ УСЛУГ

12.1. Общая часть.

12.1.1. 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.

12.1.2. 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.

12.1.3. 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.

12.1.4. 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.

12.2. Термины и определения:

12.2.1. 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.

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

12.2.3. 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.

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

12.2.5. 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.

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

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

12.2.8. 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.

12.2.9. 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.

12.2.1. Застрахованное лицо - физическое лицо, в отношении жизни и здоровья которого заключен договор личного страхования;

12.3. Правила и принципы раскрытия информации получателю страховых услуг.

12.3.1. 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.

12.3.2. 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.

12.3.3. 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.

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

12.3.5. 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.

12.4. Общий порядок при взаимодействии с получателями страховых услуг.

12.4.1. 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.

12.4.2. 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).

12.4.3. 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.

12.4.4. 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.

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

12.4.6. 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.

12.4.7. Осуществление действий, указанных в пунктах 12.3.3, 12.4.5 и 12.4.6 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.

12.4.8. 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.

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

12.5.1. 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.

12.5.2. 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.

12.5.3. 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.

12.5.4. 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.

12.5.5. 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.

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

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

12.5.8. 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.

12.5.9. 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.

12.5.10. 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.

12.5.11. 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.

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

12.6.1. 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.

12.6.2. 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.

12.6.3. 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.

12.6.4. 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.

12.6.5. 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.

12.6.6. 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.

12.6.7. 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.

12.6.8. 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.

12.6.9. 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.

12.6.10. 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..

12.6.11. 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.

12.7. Порядок рассмотрения обращений получателей страховых услуг.

12.7.1. 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).

12.7.2. 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).

12.7.3. 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.

12.7.4. Итогом рассмотрения обращения является направление мотивированного ответа получателю страховых услуг или принятие решения об оставлении обращения без ответа в случаях, предусмотренных пунктом 12.7.5.

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

12.7.5. 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.

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

**РАЗМЕРЫ СТРАХОВЫХ ТАРИФОВ И ПОПРАВочНЫЕ КОЭФФИЦИЕНТЫ**

Страховщик имеет право на основании настоящих Страховых тарифов разрабатывать Тарифные руководства к Программам добровольного медицинского страхования, ориентированным на конкретного Страхователя или сегмент Страхователей, в той мере, в какой это не противоречит действующему законодательству РФ и настоящим Правилам.

**1. Базовые страховые тарифы**

Наименование программы / опции	Базовый страховой тариф, %
<b>Программы ДМС</b>	
1. Амбулаторная помощь	
- Консультация, диагностика	0,44
- Лечение	0,18
- Консультация, диагностика, лечение	0,62
- Консультация, диагностика, лечение на этапе оказания неотложной медицинской помощи	0,01
2. Стационарная помощь	
- Экстренная и неотложная стационарная помощь	0,25
- Экстренная, неотложная и плановая стационарная помощь (круглосуточный и дневной стационар)	0,51
- Дневной стационар	0,30
3. Комплексная медицинская помощь	Суммируются тарифы по программам «Амбулаторная помощь», «Стационарная помощь», скорректированные с учетом соответствующих поправочных коэффициентов и соответствующих дополнительных опций
4. Стоматология	73,77
5. Экстренная стоматология	26,57
6. Лекарственная помощь	51,66
7. Вакцинация	1,56
8. Медицинский транспорт	36,32
9. Комплексная медицинская помощь на время занятий спортом (активного отдыха)	0,56
10. Комплексная медицинская помощь на случай профилактики и лечения заболеваний, передающихся клещом:	
10.1. При страховании <u>взрослых</u> программа без исследования клеща	0,09
программа с исследованием клеща	0,099
10.2. При страховании <u>детей в возрасте до 15 лет</u> программа без исследования клеща	0,072
программа с исследованием клеща	0,079
11. Реабилитационно-восстановительное лечение	50,19
12. Комплексная программа ДМС с расширенным перечнем медицинских услуг, в т.ч.	
- Программа №1	53,07
- Программа №2	0,64
13. Диагностика критических заболеваний	13,47

**Дополнительные опции**

Стоматология	1,10
Экстренная стоматология	0,40
Лекарственная помощь	0,26
РВЛ	0,01
Расходные материалы для проведения диагностики	0,29
Расходные материалы в случае травматического повреждения	0,04
Вакцинация	0,30
Медицинский транспорт	7,06
Диагностика критических заболеваний	2,70
Антиклец	Страховой тариф определяется в соответствии со страховыми тарифами по соответствующей программе

Окончательный размер страхового тарифа определяется по соглашению Сторон и может указываться в Договоре страхования.

**2. Поправочные коэффициенты**

Страховщик имеет право применять к базовым тарифным ставкам поправочные коэффициенты с учетом факторов, влияющих на вероятность наступления страхового случая и размер возможных убытков:

1. Поправочные коэффициенты к базовым страховым тарифам по программам «Амбулаторная помощь», «Стационарная помощь», «Комплексная медицинская помощь» в зависимости от категории медицинских организаций:

Категория МО	Поправочный коэффициент
МО 1 Категории	1,0
МО 1 и 2 Категории	1,2
МО 1, 2 и 3 Категории	2,0

2. Поправочные коэффициенты к базовым страховым тарифам по программам «Амбулаторная помощь», «Стационарная помощь», «Стоматология» в зависимости от перечня исключений, предусмотренных программой ДМС:

Наименование перечня исключений	Поправочный коэффициент
Стандартный перечень исключений	1,0
Сокращенный перечень исключений	1,5

3. Поправочные коэффициенты к базовым страховым тарифам по программам «Амбулаторная помощь», «Стационарная помощь», «Комплексная медицинская помощь» в зависимости от заболевания, входящего в программу:

Заболевание	Поправочный коэффициент
Основное заболевание	1,00
Сопутствующее заболевание, влияющее на течение основного заболевания	1,05
Сопутствующее заболевание, в т.ч. не влияющее на течение основного заболевания	1,10

4. Поправочный коэффициент при включении в Договор страхования безусловной франшизы, определяемой пропорционально размеру убытка:

Размер франшизы, %	Поправочный коэффициент
10%	0,9
20%	0,8
30%	0,7
50%	0,5
N%	$(100-N)/100$

5. Поправочный коэффициент при включении в Договор страхования безусловной франшизы, определяемой в рублях:

Размер франшизы, руб.	Поправочный коэффициент
<b>Программа «Амбулаторная помощь»</b>	
1 000 руб.	0,7
2 000 руб.	0,5

<b>Программа «Стационарная помощь»</b>	
1 000 руб.	0,8
2 000 руб.	0,6
3 000 руб.	0,4
<b>Программа «Стоматология»</b>	
1 000 руб.	0,8
2 000 руб.	0,6
3 000 руб.	0,4
<b>Программа «РВЛ»</b>	
2 000 руб.	0,93
3 000 руб.	0,90
5 000 руб.	0,83
8 000 руб.	0,73
10 000 руб.	0,67

6. Поправочный коэффициент в зависимости от группы здоровья Застрахованного (применяются при индивидуальном страховании физических лиц к итоговой страховой премии по Договору страхования):

<b>Группа здоровья</b>	<b>Поправочный коэффициент</b>
группа здоровья I – практически здоровые лица без отягощенной наследственности, не состоящие на диспансерном учете; без вредных привычек или при их умеренной выраженности;	1,00
группа здоровья II – лица, имеющие хронические заболевания сердца и сосудов, системы пищеварения, эндокринной, мочеполовой, легочной и нервной систем, и опорно-двигательного аппарата с тенденцией к обострениям не чаще 1 раза в год.	1,25
группа здоровья III – лица, имеющие хронические заболевания сердца и сосудов, системы пищеварения, эндокринной, мочеполовой, легочной и нервной систем и опорно-двигательного аппарата с тенденцией к обострениям 2 раза в год и чаще; страдающие гипертонической болезнью I и II степени, ИБС без выраженной стенокардии. Дети от 1 года до 5 лет включительно и лица в возрасте 60 лет и старше	2,00
группа здоровья IV – лица, имеющие хронические заболевания с тенденцией к обострению более 2 раз в год, страдающие гипертонической болезнью 2-3 степени, ИБС, бронхиальной астмой, диабетом, почечно-каменной и желчнокаменной болезнями, перенесшие инфаркт миокарда, и лица, являющиеся инвалидами II-III группы	3,00
группа здоровья V – лица, указанные в п. 2.6. настоящих Правил.	5,0

Данные поправочные коэффициенты не применяются при страховании по договору коллективного добровольного страхования, либо при массовом страховании работников одного предприятия (группы предприятий).

7. Прочие поправочные коэффициенты к программам «Амбулаторная помощь», «Стационарная помощь», «Комплексная медицинская помощь»:

Наименование коэффициента	Поправочный коэффициент, %
Для впервые застрахованных лиц моложе 32 лет	до 0,8
При безубыточности за предыдущий период страхования (сумма выплат по договору = 0)	до 0,8
При оплате страховой премии единовременно, либо в рассрочку до 3 месяцев	0,8
При наличии договора страхования по другим видам страхования в АО СК «Сибирский Спас»	0,9

8. Поправочные территориальные коэффициенты

Определяются как отношение средней стоимости медицинских услуг на территории преимущественного действия Договора страхования (т.е. города или региона проживания застрахованного) к средней стоимости соответствующих медицинских услуг в целом по компании.

9. Поправочный коэффициент в зависимости от численности застрахованных на предприятии: рассчитывается индивидуально, в пределах от 0,4 до 1,0.

## ЗАЯВЛЕНИЕ НА СТРАХОВАНИЕ по ДМС

### ДАННЫЕ О СТРАХОВАТЕЛЕ ФИЗИЧЕСКОМ ЛИЦЕ

Я, \_\_\_\_\_, Дата рождения \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_, Фамилия, Имя, Отчество \_\_\_\_\_  
 Адрес регистрации \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_, Город, улица, дом, квартира \_\_\_\_\_  
 Адрес проживания \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_, Город, улица, дом, квартира \_\_\_\_\_  
 Паспортные данные: серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_ Кем выдан \_\_\_\_\_ Дата выдачи \_\_\_\_\_  
 Телефон \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_, домашний, рабочий, сотовый \_\_\_\_\_  
 Место работы: \_\_\_\_\_ Код цеха \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_, наименование организации \_\_\_\_\_  
 Подразделение \_\_\_\_\_, Таб.№: \_\_\_\_\_

1. Прошу АО «СК «Астро-Волга» (далее - Страховщик) на основании «Общих Правил добровольного медицинского страхования» заключить договор страхования (далее - Договор) в отношении нижеуказанных лиц:

### ДАННЫЕ О ПОДЛЕЖАЩИХ СТРАХОВАНИЮ ЛИЦАХ

Фамилия, Имя, Отчество	Степень родства	Дата рождения (дд.мм.гггг.)	Место работы (учебы)

на следующих условиях:

Программы ДМС:	Страховая сумма руб.	Страховой тариф %	Страховая премия, руб.
« _____ »			
« _____ »			
....			
« _____ »			

1.1. Оплата страховой премии осуществляется единовременным платежом или в рассрочку на \_\_\_\_\_ месяцев равными платежами (нужное подчеркнуть).

1.2. Срок действия Договора составляет \_\_\_\_\_ месяцев.

2. Я подтверждаю, что застрахованные лица не имеют инвалидности, системных заболеваний крови, соединительной ткани, врожденных и наследственных заболеваний, хронического вирусного гепатита "В", "С", "D", и не состоят на учете в наркологических, психоневрологических, туберкулезных, онкологических, кожно-венерологических диспансерах и центре по борьбе со СПИД. Мне известно, что эти данные учитываются при подписании договора страхования и, что если они окажутся неверны, Страховщик вправе потребовать в судебном порядке признания Договора недействительным и применения последствий, предусмотренных пунктом 2 ст.179 ГК РФ.

3. Я гарантирую, что на момент заключения договора страхования подлежащим страхованию лицам не назначены и не рекомендованы какие-либо медицинские услуги, по поводу которых они собираются обратиться в медицинскую организацию либо за возмещением к Страховщику, что вся информация, указанная мною в данном заявлении, правдива, и мною не скрыто каких-либо сведений, позволяющих судить о вероятности наступления



АО «СК «Астро-Волга»

Юридический адрес: \_\_\_\_\_

Телефон: \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_

**ПОЛИС**  
**ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ**  
серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_

Страхователь \_\_\_\_\_  
(ФИО/ наименование Страхователя)

адрес \_\_\_\_\_, телефон: \_\_\_\_\_

место работы: \_\_\_\_\_

на условиях «Общих Правил добровольного медицинского страхования» (№3100/002) Страховщика заключил(а) договор добровольного медицинского страхования в пользу следующих лиц:

ФИО	Дата рождения
ФИО	Дата рождения
ФИО	Дата рождения

по Программе (программам) добровольного медицинского страхования \_\_\_\_\_

(наименование Программ(ы) ДМС)

срок действия договора		страховая сумма (руб.)	страховой тариф (%)	страховая премия (руб.)
начало	окончание			

Страховая премия в сумме \_\_\_\_\_

Порядок оплаты:

€ единовременно € в рассрочку на \_\_\_\_\_ месяцев

Срок действия договора \_\_\_\_\_ месяцев с \_\_\_\_\_ по \_\_\_\_\_

Страховой взнос: \_\_\_\_\_ руб. в мес.

Изменение и расторжение договора страхования осуществляется в порядке, предусмотренном действующим законодательством РФ и «Общими Правилами добровольного медицинского страхования» (№3100/002) Страховщика.

Особые условия: \_\_\_\_\_.

**ЗАЯВЛЕНИЕ СТРАХОВАТЕЛЯ:** Я с Правилами страхования, Программой/программами ДМС и перечнем медицинских организаций ознакомлен(а) и их получил(а). 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.

СТРАХОВАТЕЛЬ:

\_\_\_\_\_  
(подпись страхователя)

ПРЕДСТАВИТЕЛЬ СТРАХОВЩИКА

\_\_\_\_\_  
(подпись/должность)

“ \_\_\_ ” \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

М.П.



## ДОГОВОР № \_\_\_\_\_ коллективного добровольного медицинского страхования граждан

г. \_\_\_\_\_ «\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

Акционерное общество «Страховая компания «Астро-Волга», действующее в соответствии с лицензией СЛ № 2619 от 22.01.2018 г, выданной Центральным Банком РФ, именуемое в дальнейшем «Страховщик», в лице \_\_\_\_\_, действующей на основании \_\_\_\_\_, с одной стороны, и \_\_\_\_\_, именуемое в дальнейшем «Страхователь», в лице \_\_\_\_\_, действующего на основании \_\_\_\_\_, с другой стороны (далее по тексту - Стороны), заключили настоящий договор о нижеследующем:

### 1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

1.1. Страховщик принимает на себя обязательства по организации предоставления и оплате медицинских и иных связанных с ними услуг, оказываемых медицинскими организациями Застрахованным лицам при наступлении страхового случая, а Страхователь обязуется уплатить страховую премию на условиях настоящего Договора коллективного добровольного медицинского страхования, далее по тексту именуемого «Договор».

1.2. Перечень и объем медицинских и иных связанных с ними услуг, оказываемых застрахованным лицам, определяется «Общими Правилами добровольного медицинского страхования» (№3100/002) далее по тексту настоящего Договора – Правила(№3100/002) (Приложение № 1) и Программой добровольного медицинского страхования, приведенной в разделе 5 Договора, именуемой далее по тексту настоящего Договора – Программа ДМС (Приложение № 2).

1.3. Предоставление медицинских и иных, связанных с ними услуг в объеме выбранной Программы и обусловленных Договором страхования, осуществляется путем обращения Застрахованного лица в медицинские организации (далее – МО) и/или аптечные организации, указанные в настоящем Договоре (Приложение № 3), либо в иные организации дополнительно к указанным в Приложении № 3, с которыми у Страховщика заключены договоры на оказание медицинских и иных услуг.

1.4. Настоящий Договор включает в себя, кроме входящих в него положений и условий, положения и условия, содержащиеся в Правилах (№3100/002). Стороны могут договориться об изменении или исключении отдельных положений Правил страхования и о дополнении Правил путем заключения дополнительного соглашения.

### 2. ЗАСТРАХОВАННЫЕ ЛИЦА

2.1. Договор коллективного добровольного медицинского страхования заключается в пользу лиц:

€ названных в Договоре страхования и соответствующих следующим критериям:  
\_\_\_\_\_;

€ включенных в список Застрахованных лиц (Приложение № 4).

2.2. Застрахованными лицами по настоящему Договору являются:

€ работники Страхователя в период действия их трудовых договоров. Расторжение трудового договора с Застрахованным лицом является согласием на его исключение из списка застрахованных лиц;

€ учащиеся \_\_\_\_\_ (наименование учебного заведения);

€ дети-воспитанники группы \_\_\_\_\_ (наименование дошкольного учреждения);

€ участники соревнований по \_\_\_\_\_ (вид спорта), проходящих \_\_\_\_\_ (место проведения спортивных соревнований).

€ лица, находящиеся в оздоровительном лагере \_\_\_\_\_ по адресу \_\_\_\_\_ в период с \_\_\_\_\_ по \_\_\_\_\_.

€ \_\_\_\_\_.

2.3. в течение \_\_\_ рабочих дней после поступления страховой премии (первого взноса) Страховщик выдает Страхователю (застрахованному) Полис ДМС, либо иной документ в соответствии с п. 6.13. Правил, который подтверждает право Застрахованного лица на получение медицинских и иных связанных с ними услуг/лекарственной помощи при наступлении страхового случая.

2.4. В период действия настоящего Договора Страхователь вправе изменять список Застрахованных лиц в следующем порядке:

а) расширить список Застрахованных лиц путем подписания Сторонами дополнительного соглашения к настоящему Договору и своевременной оплаты дополнительно рассчитанной Страховщиком страховой премии;

б) уменьшить список Застрахованных лиц путем подписания Сторонами дополнительного соглашения к настоящему Договору. При этом часть страховой премии за лиц, исключаемых из списка Застрахованных с учетом оставшегося срока действия настоящего Договора и за вычетом расходов Страховщика на ведение дела, подлежит возврату Страхователю;

в) заменить Застрахованное лицо другим лицом путем замены списка Застрахованных лиц к настоящему Договору. Замена Застрахованного лица осуществляется лишь с согласия самого Застрахованного лица.

€ При этом в случае замены уволившегося Застрахованного работника его согласия на замену другим лицом в соответствии с п. 2.2 настоящего Договора не требуется.

2.5. В случае изменения списка застрахованных лиц Страхователь представляет Страховщику сведения об исключаемых из списка Застрахованных и включаемых в него до \_\_ числа месяца, следующего за месяцем соответствующего изменения.

### 3. ОБЪЕКТ СТРАХОВАНИЯ

3.1. Объектом добровольного медицинского страхования являются имущественные интересы, связанные с оплатой организации и оказания медицинской и лекарственной помощи (медицинских услуг) и иных услуг вследствие расстройства здоровья Застрахованного или состояния Застрахованного, требующих организации и оказания таких услуг, а также проведения профилактических мероприятий, снижающих степень опасных для жизни или здоровья Застрахованного угроз и (или) устраняющих их.

### 4. СТРАХОВОЙ СЛУЧАЙ

4.1. Страховым случаем является обращение Застрахованного лица в медицинские или аптечные организации, из числа, предусмотренных п.1.3 Договора, при остром заболевании, обострении хронического заболевания, травме, отравлении и других острых состояниях, требующих оказания Застрахованному лицу медицинских и иных, связанных с ними услуг, лекарственной помощи в соответствии с Программой ДМС.

4.2. Не являются страховыми случаи, указанные в пункте 4.3. Правил (№3100/002) и Разделе «Исключения» Программы ДМС.

### 5. ПРОГРАММЫ ДМС, СТРАХОВАЯ СУММА И СТРАХОВАЯ ПРЕМИЯ.

5.1. В соответствии с настоящим Договором застрахованным лицам оказываются медицинские и иные связанные с ними услуги в соответствии с условиями и требованиями Программ(ы) ДМС (Приложение №2 к Договору). Страховая сумма и страховая премия, подлежащая уплате Страхователем по Программе ДМС, приведены в таблице:

Программа (программы) ДМС	Страховая сумма, руб.		Страховая премия, руб.		Количество Застрахованных, чел.
	на 1 Застрахованного	по Договору	на 1 Застрахованного	по Договору	

5.2. Общая страховая сумма по Договору \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_) рублей 00 копеек.

5.3. Общая страховая премия по Договору \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_) рублей 00 копеек.

### 6. ПОРЯДОК УПЛАТЫ СТРАХОВОЙ ПРЕМИИ

6.1. Страхователь уплачивает страховую премию на расчетный счет Страховщика единовременно / в рассрочку в соответствии с графиком:

Взнос	Сроки оплаты страховых взносов	Страховой взнос, руб.
Первый страховой взнос	«__» _____ 20__ г.	
Второй страховой взнос	До __ числа каждого последующего месяца, следующего за месяцем поступления первого страхового взноса	
Н-й взнос		
ИТОГО		

6.2. При досрочном прекращении настоящего Договора по причине одностороннего отказа Страхователя от исполнения настоящего Договора уплаченная Страхователем страховая премия возврату не подлежит.

## 7. СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ

7.1. Настоящий Договор вступает в силу с «\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г. и действует 12 месяцев.

7.2. Факт вступления страхования в силу в отношении каждого Застрахованного лица подтверждается Полисом ДМС, который Страховщик выдает на основании списка Страхователя в течение \_\_\_ рабочих дней с момента поступления страховой премии или первого страхового взноса на расчетный счет Страховщика.

7.3. При изменении списка застрахованных лиц в течение срока действия настоящего Договора вновь застрахованным выдаются Полисы ДМС со сроком страхования, не превышающим срок действия Договора при условии своевременного возврата Страхователем Полисов ДМС всех лиц, исключаемых из списка застрахованных.

7.3.1. При включении в список застрахованных в течение действия настоящего Договора вновь застрахованных лиц, им выдаются Полисы ДМС в течение \_\_\_ рабочих дней с момента поступления дополнительно рассчитанной страховой премии по этим лицам на расчетный счет Страховщика.

7.4 Действие Договора пролонгируется на новый срок в случае подписания Сторонами соответствующего дополнительного соглашения.

## 8. ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

### 8.1 Страхователь обязан:

8.1.1 Своевременно и в полном объеме уплачивать страховую премию, соблюдать условия и положения настоящего Договора, Программы ДМС, Правил(№3100/002) .

8.1.2 При увольнении застрахованного работника изъять у него Полис ДМС и передать его Страховщику по Акту приема-передачи до 10 числа месяца, следующего за месяцем увольнения.

8.1.3. Обеспечить сохранность документов и конфиденциальность информации по Договору страхования.

8.1.4. Довести до сведения каждого Застрахованного лица положения и условия страхования, определенные настоящим Договором и Программой ДМС.

8.1.5. Получить от Застрахованных лиц, указанных в Списке Застрахованных (Приложение №4), письменные согласия на обработку Страховщиком их персональных данных в период действия настоящего Договора и в течение 5 лет с момента прекращения договорных отношений со Страховщиком в соответствии с Федеральным законом РФ № 152-ФЗ от 27 июля 2006 года «О персональных данных» в объеме, необходимом для заключения и исполнения настоящего Договора страхования, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, обезличивание, блокирование, уничтожение, передачу третьим лицам персональных данных. Согласие на обработку персональных данных включает в себя: фамилию, имя, отчество, дату рождения, серию, номер документа, удостоверяющего личность, сведения о дате выдачи и выдавшем его органе, адрес регистрации и фактического проживания, контактный телефон, данные о состоянии здоровья, заболеваниях и о случаях обращения в медицинские организации в целях получения медицинских услуг. По запросу Страховщика Страхователь обязуется своевременно предоставить письменные согласия лиц, указанных в Списке Застрахованных.

8.1.6. В целях исполнения Федерального закона №115 ФЗ от 7 августа 2001 г. «О противодействии легализации (отмыванию) доходов, полученных преступным путем, и финансированию терроризма» предоставить Страховщику:

€ список застрахованных лиц по форме, утвержденной Страховщиком, по электронной почте на адрес: \_\_\_ или на бумажном носителе.

- иные документы, указанные в письменном запросе Страховщика.

### 8.2 Страхователь имеет право:

8.2.1. Проверять исполнение Страховщиком положений и условий настоящего Договора и Программы ДМС.

8.2.2. Расширить перечень медицинских и иных услуг, условий их предоставления, увеличить страховую сумму, заключив дополнительное соглашение к Договору и оплатив дополнительную страховую премию, рассчитанную Страховщиком по тарифам, действующим на момент заключения дополнительного соглашения.

8.2.3. Увеличить количество Застрахованных лиц по настоящему Договору, оплатив дополнительную страховую премию.

### 8.3 Застрахованное лицо имеет право:

8.3.1. Получать медицинские и иные услуги, лекарственную помощь в соответствии с положениями и условиями Договора страхования, Программы ДМС и Правил(№3100/002) Страховщика.

8.3.2. Сообщать Страховщику о случаях неполного или некачественного предоставления медицинских и иных услуг, лекарственной помощи.

8.3.3. Обращаться к Страховщику с письменным заявлением (жалобой) о ненадлежащем оказании медицинской помощи для проведения экспертизы ее качества.

8.3.4. Обращаться к Страховщику:

- с просьбой о защите права на получение материальной компенсации вреда, причиненного здоровью, и (или) морального вреда, как в судебном, так и в досудебном (претензионном) порядке.

- за разъяснениями по особенностям получения медицинских и иных услуг, а также при возникновении спорных ситуаций во взаимоотношениях с медицинскими организациями в рамках Договора.

### 8.4 Застрахованное лицо обязано:

8.4.1. Соблюдать условия и положения настоящего Договора, Программы ДМС и Правил (№3100/002), выполнять назначения/предписания лечащего врача, полученные при оказании медицинских и иных услуг.

8.4.2. Соблюдать распорядок, установленный в МО, оказывающей медицинские услуги.

8.4.3. Дать письменное согласие на обработку своих персональных данных Страхователем, Страховщиком и МО с целью исполнения настоящего Договора.

#### **8.5 Страховщик обязан:**

8.5.1. Выполнять положения и условия настоящего Договора, Программы ДМС и Правил (№3100/002).

8.5.2. Выдать каждому Застрахованному лицу Полис ДМС в течение \_\_\_ рабочих дней с момента поступления страховой премии/первого страхового взноса на расчетный счет Страховщика.

8.5.3. Защищать права Застрахованных лиц в их отношениях с МО (аптечной организацией), оказавшей медицинские и иные услуги, лекарственную помощь в рамках Программы ДМС.

8.5.4. Организовывать предоставление Застрахованным лицам медицинских и иных услуг, предусмотренных настоящим Договором, Программой ДМС в пределах страховой суммы, указанной в Договоре страхования.

8.5.5. Обеспечивать защиту конфиденциальной информации, связанной с исполнением настоящего Договора, и надлежащую обработку персональных данных Застрахованных лиц.

8.5.6. По письменному требованию Страхователя в течение 7 рабочих дней предоставлять информацию о произведенных страховых выплатах и иных расходах, связанных с оказанием медицинских и иных услуг, предоставлением лекарственной помощи Застрахованным лицам в рамках настоящего Договора.

8.5.7. Контролировать объем, сроки и качество медицинских и иных связанных с ними услуг, лекарственной помощи, оказываемых Застрахованным лицам по настоящему Договору.

8.6. Страховщик имеет право:

8.6.1. В случае неоплаты очередного взноса страховой премии в установленный Договором срок приостановить исполнение обязательств по Договору, в т.ч. согласование и оплату медицинских и иных услуг, до погашения задолженности по уплате страховых взносов в полном объеме.

8.6.2. Досрочно прекратить действие Полисов ДМС в случае неисполнения Страхователем своих обязанностей по настоящему Договору, письменно уведомив об этом Страхователя за 30 календарных дней до даты прекращения.

8.6.3. Отказать в оплате медицинских и иных услуг, лекарственной помощи, не предусмотренных настоящим Договором, Программой ДМС, Правилами (№3100/002) Страховщика.

8.7. Другие обязанности и права Сторон изложены в Разделе 7 Правил (№3100/002) Страховщика.

### **9. ПОРЯДОК И УСЛОВИЯ ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЫ**

9.1. Страховая выплата осуществляется в соответствии с условиями Договора страхования в пределах страховой суммы, указанной в Разделе 5 настоящего Договора в форме:

- оплаты медицинских и иных услуг, лекарственной средств, предусмотренных Программой ДМС, медицинским или аптечным организациям, оказавшим данную помощь;

- возмещения документально подтвержденных расходов Застрахованного (Страхователя), понесенных им для получения медицинских и иных услуг, лекарственных средств, предусмотренных Программой ДМС.

9.2. Порядок действия Застрахованного лица в случае необходимости получения медицинских и иных услуг, лекарственной помощи при остром заболевании, обострении хронического заболевания, травме, отравлении и других острых состояниях указан в Программе ДМС, экземпляр которой выдается Застрахованному лицу одновременно с Полисом ДМС.

### **10. ПОРЯДОК ИЗМЕНЕНИЯ И ПРЕКРАЩЕНИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ**

10.1. Порядок изменения и прекращения Договора страхования изложен в Разделе 6 Правил (№3100/002).

### **11. ИСКОВАЯ ДАВНОСТЬ**

11.1. Иск по требованиям, вытекающим из настоящего Договора, может быть предъявлен в сроки, предусмотренные гражданским законодательством Российской Федерации.

### **12. ПОРЯДОК РАЗРЕШЕНИЯ СПОРОВ**

12.1. Все споры и разногласия, возникшие между Сторонами по настоящему Договору и в связи с ним, разрешаются путем переговоров с соблюдением досудебного (претензионного) порядка урегулирования споров. При недостижении согласия путем переговоров споры разрешаются в судебном порядке в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

### **13. ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ**

13.1. Все изменения и дополнения к настоящему Договору совершаются в письменной форме и за подписью обеих Сторон.

13.2. Если отдельные положения настоящего Договора являются или будут признаны недействительными или утратившими силу, это не влияет на действительность прочих положений, если иное не вытекает из содержания Договора или не предусмотрено действующим законодательством Российской Федерации.

13.3. Стороны обязуются в течение 10 рабочих дней предоставить другой Стороне подписанные уполномоченным лицом оригиналы документов, переданных в соответствии с настоящим Договором противоположной Стороне посредством электронной почты, факсимильной связи.

13.4. Настоящий Договор составлен и подписан в двух экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, по одному для каждой из Сторон.

#### 14. ПРИЛОЖЕНИЯ К ДОГОВОРУ

К настоящему Договору прилагаются и являются его неотъемлемой частью:

Приложение 1 – Общие Правила добровольного медицинского страхования (№3100/002).

Приложение 2 - Программа (программы) ДМС.

Приложение 3 – Список медицинских (аптечных) организаций.

Приложение 4 - Список Застрахованных лиц (при наличии).

При этом Стороны исходят из того, что условия страхования изложенные в Договоре (Полисе) и Программе понятны и разъяснены Страхователю лично в полном объеме, со всеми условиями по Договору(Полису) и Программе страхования Страхователь согласен(на) полностью. Правила страхования включая приложения к Полису Страхователь получил(ла) и обязуется выполнять. Страхователь согласен(на) с обработкой (в т.ч. с применением средств автоматизации) его персональных данных. Прочие субъекты страхования предупреждены о заключении договора страхования и согласны с обработкой (в т.ч. с применением средств автоматизации) своих персональных данных. Страхователь уведомлен(а) об уничтожении персональных данных по истечении срока хранения в связи с достижением цели обработки персональных данных.

#### 14. ЮРИДИЧЕСКИЕ АДРЕСА И БАНКОВСКИЕ РЕКВИЗИТЫ СТОРОН

**ПРЕДСТАВИТЕЛЬ СТРАХОВЩИКА**  
**АО «СК «Астро-Волга»**

**СТРАХОВАТЕЛЬ**

Юридический адрес:

Р/с:

БИК:

ИНН:

КПП:

ОГРН:

Юридический адрес:

Р/с:

БИК:

ИНН:

КПП:

ОГРН:

\_\_\_\_\_  
(должность/подпись/ФИО)

М.П.

\_\_\_\_\_  
(подпись/ФИО)

М.П.

**ДОГОВОР № ДМС \_\_\_\_\_**  
**коллективного добровольного медицинского страхования**

г. \_\_\_\_\_

«\_\_» \_\_\_\_\_ 201\_\_ г.

Акционерное общество «Страховая компания «Астро-Волга», действующее в соответствии с лицензией СЛ № 2619 от 22.01.2018 г., выданной Центральным Банком РФ, именуемое в дальнейшем «Страховщик», в лице \_\_\_\_\_, действующей на основании \_\_\_\_\_, с одной стороны, и \_\_\_\_\_, именуемое в дальнейшем «Страхователь», в лице \_\_\_\_\_, действующего на основании доверенности № \_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_ г., с другой стороны, совместно именуемые Стороны, заключили настоящий Договор коллективного добровольного медицинского страхования (далее – Договор) о нижеследующем:

### 1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

1.1 По настоящему Договору Страховщик обязуется при наступлении страхового случая организовать оказание Застрахованным лицам и осуществить оплату предусмотренных настоящим Договором медицинской/лекарственной помощи и иных услуг, связанных с медицинскими (далее – иные услуги), в предусмотренных настоящим Договором медицинских организациях (далее – МО) и аптечных организациях, а Страхователь обязуется уплатить Страховщику страховую премию в размере и в сроки, установленные разделами 5 и 6 настоящего Договора.

1.2 Медицинские и иные, связанные с ними услуги Застрахованным лицам оказываются по настоящему Договору на иных условиях (т.е. иных видов, объемов и в иные сроки), чем предусмотрено Территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи (далее по тексту – Территориальная программа) или федеральными, региональными целевыми программами, и определяются « Общими Правилами добровольного медицинского страхования»(№3100/002) Страховщика (далее – Правила(№3100/002) - Приложение № 1 к настоящему Договору, и Программами добровольного медицинского страхования (далее - Программы ДМС) - Приложение № 2 к настоящему Договору.

1.3 Если условия и положения настоящего Договора противоречат Правилам ДМС, превагируют и применяются условия и положения настоящего Договора.

1.4 Оказание медицинских и иных услуг по настоящему Договору осуществляется путем обращения Застрахованных лиц в указанные в настоящем Договоре МО/аптечные организации, (Приложение 3 к Договору) на основании полиса ДМС (Приложение № 10 к Договору).

### 2. ЗАСТРАХОВАННЫЕ ЛИЦА

2.1 Настоящий Договор заключен в пользу работников Страхователя (Застрахованных лиц), которые указаны в Списке Застрахованных лиц (Приложения № 4 к настоящему Договору).

2.2 Застрахованными лицами являются работники Страхователя в период действия их трудовых договоров, подавшие Страховщику в период с \_\_\_\_\_ г. по \_\_\_\_\_ г. заявления на страхование по установленной форме (Приложение №5 к Договору).

2.3 Количество Застрахованных лиц по настоящему Договору определяется количеством поданных Страховщику Заявлений на страхование (заявлений о присоединении к настоящему Договору) и корректируется согласно Разделу 6 настоящего Договора.

### 3. ОБЪЕКТ СТРАХОВАНИЯ

3.1 Объектом добровольного медицинского страхования являются имущественные интересы, связанные с оплатой организации и оказания медицинской и лекарственной помощи (медицинских услуг) и иных услуг вследствие расстройства здоровья Застрахованного или состояния Застрахованного, требующих организации и оказания таких услуг, а также проведения профилактических мероприятий, снижающих степень опасных для жизни или здоровья Застрахованного угроз и (или) устраняющих их.

### 4. СТРАХОВОЙ СЛУЧАЙ

4.1 Страховым случаем является обращение застрахованного лица в медицинские или аптечные организации, из числа, предусмотренных п.1.3 Договора, при остром заболевании, обострении хронического заболевания, травме, отравлении и других острых состояниях, требующих оказания Застрахованному лицу медицинских и иных, связанных с ними услуг, лекарственной помощи в соответствии с Программой ДМС.

4.2 Не являются страховыми случаями обращения Застрахованного лица:  
- в МО, которые не указаны в Приложении № 3 к настоящему Договору;

- за медицинской помощью и иными услугами, которые не предусмотрены Программой ДМС;
- за медицинской помощью в случаях, предусмотренных Правилами ДМС, если иное не предусмотрено Договором.

## 5. СТРАХОВАЯ СУММА И СТРАХОВАЯ ПРЕМИЯ

5.1 Размер страховой премии по настоящему Договору определяется путем сложения страховых премий по каждому Застрахованному, подлежащих уплате Страхователем и Застрахованными лицами по Программам ДМС в течение срока действия настоящего Договора.

5.2 Общая страховая сумма по настоящему Договору определяется путем сложения страховых сумм по выбранным Застрахованными лицами Программам ДМС, с учетом корректировки количества Застрахованных лиц в соответствии с Разделом 6 настоящего.

5.3 Страховая премия по Программам ДМС на одно Застрахованное лицо за 12 месяцев действия настоящего Договора уплачивается за счет Страхователя и за счет Застрахованного лица в размере, указанном в таблице:

Программа (программы) ДМС Наименование	Страховая сумма на 1 чел., (руб.)	Страховая премия на 1 чел. за 12 месяцев, (руб.)		Общая страховая премия на 1 чел. за 12 месяцев, (руб.)
		За счет Страхователя	За счет Застрахованного лица	

## 6. ПОРЯДОК ОПЛАТЫ СТРАХОВОЙ ПРЕМИИ

6.1 Оплата страховой премии за счет Застрахованного лица - работника Страхователя производится путем удержания страховых взносов из его заработной платы на основании его заявления Страхователю и перечисления их Страховщику.

6.2 Страхователь до \_\_\_ числа текущего месяца (текущий месяц – это месяц, следующий за расчетным) предоставляет Страховщику подписанный «Список уволенных Застрахованных лиц – работников Страхователя» (Приложение № 6 к Договору), сформированный на последнее число расчетного месяца (расчетный месяц — это месяц, в котором произведены удержания страховых взносов из заработной платы), для уточнения количества Застрахованных лиц по настоящему Договору.

6.3 Размер ежемесячного страхового взноса, подлежащего удержанию из заработной платы каждого Застрахованного лица составляет \_\_\_\_\_ рублей.

6.3.1. Удержание этого взноса производится на основании «Списка на удержание страховых взносов» (Приложение № 7 к Договору), который Страховщик направляет Страхователю в электронном виде на адрес \_\_\_\_\_ до \_\_\_ числа расчетного месяца.

6.3.2. Размер части общей годовой страховой премии, подлежащей уплате за счет Застрахованного лица, составляет \_\_\_\_\_ рублей.

6.3.3. При сроке страхования менее 12 месяцев общая страховая премия на Застрахованное лицо пропорциональна количеству месяцев страхования и рассчитывается по формуле: Страховая премия на 1 человека за 12 месяцев × п/12, где п — количество месяцев страхования (при этом неполный месяц страхования приравнивается к полному).

6.4. При обнаружении несоответствия или ошибки в данных Застрахованного лица в полученном от Страховщика «Списке на удержание страховых взносов» (Приложение № 7 к Договору), Страхователь направляет Страховщику электронной почтой на адрес \_\_\_\_\_ в течение двух рабочих дней «Протокол разногласий по списку на удержание страховых взносов» по форме Приложения № 8 к Договору, который Страховщик обязан рассмотреть в течение двух рабочих дней с момента получения и направить Страхователю уточненный «Список на удержание страховых взносов» на удержание страховых взносов из их заработной платы.

6.5. Перечисление страховых взносов за Застрахованных лиц - работников Страхователя производится до 20 числа текущего месяца на основании «Списка на удержание страховых взносов» по форме Приложения № 7 к Договору, который Страховщик направляет Страхователю в электронном виде, и письменных заявлений Застрахованных лиц – работников Страхователя на удержание страховых взносов из их заработной платы.

6.6. Страхователь ежемесячно до \_\_\_ числа направляет Страховщику в электронном виде по электронной почте на адрес: \_\_\_\_\_ «Список удержанных страховых взносов» по форме Приложения № 9 к Договору с указанием Застрахованных лиц – работников Страхователя, с которых произведено удержание страховых взносов из заработной платы в расчетном месяце.

6.7. Сумма страховой премии, подлежащей оплате Страхователем, уплачивается в рассрочку течение \_\_\_\_\_ месяцев от даты вступления настоящего договора в силу в размере \_\_\_\_\_ рублей в месяц за каждое

застрахованное лицо. Размер части общей годовой страховой премии, подлежащей уплате за счет Страхователя, составляет \_\_\_\_\_ рублей.

6.7.1. Страховщик ежемесячно до \_\_\_ числа направляет Страхователю счет на оплату очередного страхового взноса и сформированный за текущий месяц «Список Застрахованных лиц» (Приложение №4 к Договору). При этом сумма счета определяется с учетом уволившихся Застрахованных лиц - работников Страхователя в течение расчетного месяца.

6.8. После получения от Страховщика «Списка Застрахованных лиц» (Приложение №4 к Договору) и счета на оплату Страхователь оплачивает до последнего числа текущего месяца за каждое Застрахованное лицо - работника Страхователя страховой взнос в размере, указанном в п. 6.7.

В случае увольнения Застрахованного лица – работника Страхователя Страховщик имеет право на часть страховой премии пропорционально количеству месяцев, в течение которых в отношении этого лица действовало страхование.

## 7. СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ

7.1 Настоящий Договор вступает в силу с \_\_\_\_\_ г. и действует по \_\_\_\_\_ г.

7.2 Факт вступления страхования в силу в отношении каждого Застрахованного лица, до \_\_\_\_\_ г. подавшего «Заявление на страхование», подтверждается Полисом ДМС (Приложение № 10 к Договору), который Страховщик выдает Застрахованному лицу, и страхование при этом действует с \_\_\_\_\_ г. по \_\_\_\_\_ г.

7.2.1. Страховщик в период с \_\_\_ числа и по последнее число расчетного месяца через страховых агентов (уполномоченных представителей) Страховщика обеспечивает выдачу Застрахованным лицам полисов ДМС, Программ ДМС и Правила (№3100/002).

7.3 При получении Заявления на страхование после \_\_\_\_\_ г. Страховщик выдает Застрахованному лицу полис ДМС, который подтверждает вступление страхования в силу с 00 час.00 мин. первого числа месяца следующего за месяцем, в котором было подано Заявление на страхование Страховщику, и страхование при этом действует по \_\_\_\_\_ г.

7.4 Действие полиса ДМС и страхования в отношении Застрахованного лица может быть прекращено по инициативе Страховщика в случае неоплаты Страхователем или Застрахованным лицом очередного страхового взноса в установленном Договором размере или в срок, превышающий установленный Договором на два месяца (при этом Страховщик уведомляет Страхователя о неуплате страхового взноса в срок, не превышающий 1 месяц).

7.5 Застрахованное лицо вправе отказаться от страхования по настоящему Договору в любой момент путем подачи письменного заявления Страховщику, при этом:

1) в случае прекращения действия страхования до наступления страхового случая и при отсутствии выплат по этому Застрахованному лицу действие страхования и полиса ДМС прекращается без удержания неоплаченной части общей страховой премии;

2) в случае прекращения действия страхования после наступления страхового случая, повлекшего страховую выплату по этому Застрахованному лицу, Застрахованное лицо обязано оплатить оставшуюся часть общей страховой премии в полном размере, в т.ч. и долю Страхователя;

3) уплаченная Страхователем часть страховой премии пропорционально сроку, в течение которого действовало страхование, по этому Застрахованному лицу возврату не подлежит.

7.6 При увольнении Застрахованного лица - работника Страхователя действие страхования в отношении него прекращается, и Застрахованное лицо обязано немедленно сдать Полис ДМС Страховщику. При желании сохранить страхование после увольнения, Застрахованное лицо должно обратиться к Страховщику с письменным заявлением и одновременно уплатить Страховщику неоплаченную часть общей страховой премии.

7.7 При досрочном прекращении настоящего Договора по причине одностороннего отказа Страхователя от исполнения настоящего Договора уплаченная Страхователем страховая премия возврату не подлежит.

## 8. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

8.1 Страхователь обязан:

8.1.1. Своевременно и в полном объеме перечислять обусловленные Договором страховые взносы, соблюдать положения и условия, предусмотренные настоящим Договором.

8.1.2. Доводить до сведения Застрахованных лиц положения и условия настоящего Договора страхования и Программ ДМС.

8.2 Страхователь имеет право:

8.2.1. Проверять исполнение Страховщиком положений и условий настоящего Договора.

8.2.2. Расширить перечень медицинских и иных услуг, условий их предоставления, увеличить размер страховой суммы, заключив дополнительное соглашение к Договору и оплатив дополнительную страховую премию.

8.2.3. Увеличить число Застрахованных лиц по настоящему Договору при условии своевременной оплаты дополнительной страховой премии.

8.3 Застрахованное лицо имеет право:

8.3.1. Получать медицинские и иные услуги в соответствии с условиями настоящего Договора, Программы ДМС.

8.3.2. Требовать от Страховщика в законном порядке соблюдения условий настоящего Договора.

8.3.3. Получить бесплатно дубликат полиса ДМС в случае его утраты.



8.3.4. Сообщать Страховщику о случаях неполного или некачественного предоставления медицинских и иных услуг по настоящему Договору.

8.3.5. Обращаться к Страховщику за разъяснениями по особенностям получения медицинских и иных услуг, а также при возникновении спорных ситуаций во взаимоотношениях с медицинскими организациями в рамках Договора.

8.4. Застрахованное лицо обязано:

8.4.1. Соблюдать условия настоящего Договора, выполнять назначения/предписания лечащего врача, полученные при оказании медицинских и иных услуг.

8.4.2. Соблюдать распорядок, установленный в МО, оказывающей медицинские и иные услуги.

8.4.3. Обеспечить сохранность полиса ДМС и не передавать его иным лицам для получения медицинских и иных услуг.

8.4.4. Сдать Страховщику Полис ДМС в случае увольнения

8.5. Страховщик обязан:

8.5.1. Выполнять положения и условия настоящего Договора в отношении Страхователя и каждого Застрахованного лица.

8.5.2. Доводить до сведения Застрахованных лиц условия и порядок предоставления медицинских и иных услуг в соответствии с настоящим Договором, Программой ДМС.

8.5.3. Защищать права Застрахованных лиц в отношениях с МО в рамках настоящего Договора, выбранной ими Программы ДМС.

8.5.4. Организовывать предоставление Застрахованным лицам медицинских и иных услуг, предусмотренных настоящим Договором, Программой ДМС в пределах страховой суммы, установленной на каждое Застрахованное лицо.

8.5.5. Обеспечивать конфиденциальность в отношениях со Страхователем и Застрахованными лицами.

8.5.8. Контролировать объем, сроки и качество организованной Застрахованному лицу медицинской/лекарственной помощи и иных услуг.

8.6. Страховщик имеет право:

8.6.1. В случае неуплаты очередного взноса страховой премии приостановить предоставление медицинских и иных услуг по Договору Застрахованным лицам до погашения задолженности по уплате страховых взносов в полном объеме.

8.6.2. Досрочно прекратить действие Полисов ДМС при несоблюдении Страхователем своих обязанностей по настоящему Договору, письменно уведомив об этом Страхователя за 30 календарных дней до даты прекращения.

8.6.3. Отказать в оплате медицинских и иных услуг, лекарственной помощи, не предусмотренных Договором, Программой ДМС, Правилами(№3100/002).

8.7. Другие обязанности и права Сторон изложены в Разделе 7 Правила(№3100/002).

## **9. ПОРЯДОК И УСЛОВИЯ ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЫ**

9.1. Страховая выплата осуществляется в соответствии с условиями Договора страхования в пределах страховой суммы, указанной в Разделе 5 настоящего Договора в форме:

- оплаты медицинских и иных услуг, лекарственных средств, предусмотренных Программой ДМС, медицинским или аптечным организациям, оказавшим данную помощь;

- возмещения документально подтвержденных расходов Застрахованного (Страхователя), понесенных им для получения медицинских и иных услуг, лекарственных средств, предусмотренных Программой ДМС.

9.2. Порядок действия Застрахованного лица в случае необходимости получения медицинских и иных услуг, лекарственной помощи при остром заболевании, обострении хронического заболевания, травме, отравлении и других острых состояниях указан в Программе ДМС, экземпляр которой выдается Застрахованному лицу одновременно с Полисом ДМС.

## **10. ПОРЯДОК ИЗМЕНЕНИЯ И ПРЕКРАЩЕНИЯ ДОГОВОРА**

10.1. Порядок изменения и прекращения настоящего Договора изложен в разделе 6 Правила(№3100/002) Страховщика.

## **11. ПОРЯДОК РАЗРЕШЕНИЯ СПОРОВ**

11.1. Все споры и разногласия, возникшие между Сторонами по настоящему Договору и в связи с ним, разрешаются путем переговоров с соблюдением досудебного (претензионного) порядка урегулирования споров. При недостижении согласия путем переговоров, споры разрешаются в судебном порядке в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

## **12. ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ**

12.1. Все изменения и дополнения к настоящему Договору должны быть изложены в письменной форме и подписаны Сторонами.

12.2. Если отдельные положения Договора являются или будут признаны недействительными или утратившими силу, это не влияет на действительность прочих положений, если иное не вытекает из содержания Договора или не предусмотрено действующим законодательством Российской Федерации.

12.3. Стороны обязуются в течение 10 рабочих дней предоставить другой Стороне подписанные уполномоченным лицом оригиналы документов, переданных в соответствии с настоящим Договором противоположной Стороне посредством электронной почты или факсимильной связи.

12.4 Настоящий Договор составлен и подписан в двух экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, по одному для каждой из Сторон.

### 13. ПРИЛОЖЕНИЯ К ДОГОВОРУ

13.1. К настоящему Договору прилагаются и являются его неотъемлемой частью:

- Приложение № 1 — «Общие Правила добровольного медицинского страхования», Правила(№3100/002);
- Приложение № 2 — Программы ДМС;
- Приложение № 3 — Список медицинских и аптечных организаций;
- Приложение № 4 — Список Застрахованных лиц;
- Приложение № 5 — Форма «Заявления на страхование»;
- Приложение № 6 — Форма «Списка уволенных Застрахованных лиц - работников Страхователя»;
- Приложение № 7 — Форма «Списка на удержание страховых взносов»;
- Приложение № 8 — Форма «Протокола разногласий по списку на удержание страховых взносов»;
- Приложение № 9 — Форма «Списка удержанных страховых взносов»;
- Приложение № 10 — Форма «Полиса ДМС»;

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

### 14. ЮРИДИЧЕСКИЕ АДРЕСА И БАНКОВСКИЕ РЕКВИЗИТЫ СТОРОН

**ПРЕДСТАВИТЕЛЬ СТРАХОВЩИКА**  
**АО «СК «Астро-Волга»**

**СТРАХОВАТЕЛЬ**

Юридический адрес:

Р/с:

БИК:

ИНН:

КПП:

ОГРН:

\_\_\_\_\_

(должность/подпись/ФИО)

М.П.

Юридический адрес:

Р/с:

БИК:

ИНН:

КПП:

ОГРН:

\_\_\_\_\_

(подпись/ФИО)

М.П.

**Приложение №6**  
к Общим Правилам добровольного медицинского страхования (№3100/002)

**ПРОГРАММЫ**  
**добровольного медицинского страхования**

**Раздел I. Виды программ добровольного медицинского страхования**

Договор ДМС может быть заключен на условия выбранных Страхователем Программ ДМС в любой комбинации из указанных ниже программ.

**1. Программа «Амбулаторная помощь»**

По Программе «Амбулаторная помощь» при возникновении острого заболевания или при обострении хронического заболевания (далее по тексту – заболевание) предоставляются платные медицинские услуги по следующим направлениям:

1.1. Консультативные услуги:

- терапевтический профиль: кардиология, неврология, эндокринология, отоларингология, офтальмология, ревматология, гастроэнтерология, пульмонология, нефрология, онкология (до установления диагноза), гинекология, инфекционные болезни, аллергология, дерматология и др.;
- хирургический профиль: хирургия, торакальная хирургия, сосудистая хирургия, урология, проктология, нейрохирургия, ортопедия, гинекология и др.;
- педиатрический профиль.

1.2. Диагностические услуги:

Лабораторная диагностика:

- общеклинические, биохимические, микробиологические (бактериологические), цитологические, иммуноферментные, иммунологические, серологические исследования (включая диагностику ВИЧ, сифилиса, гепатитов «В» и «С» при подготовке к операциям, эндоскопическим исследованиям);

Инструментальная диагностика:

- высокоинформативные функциональные методы исследования: ЭКГ, велоэргометрия (ВЭМ), ЭМГ, реовазография, электроэнцефалография, ЭХО-ЭГ, холтеровское мониторирование (суточное мониторирование) ЭКГ и АД, спирометрия, кольпоскопия и др.;
- современные рентгенологические методы исследования: томография, МРТ, СКТ, флюорография, маммография, рентгенологическая денситометрия;
- нейрофизиологические методы: электроэнцефалография (ЭЭГ), реоэнцефалография (РЕГ), электромиография (ЭМГ) и др.;
- ультразвуковые методы исследования, в т.ч. УЗИ мягких тканей, поверхностных структур методом доплерографии, УЗИ-сонография, эластография;
- эндоскопические методы исследования: бронхоскопия, ЭФГДС, в т.ч. с хромоскопией, использование дистанционных ультразвуковых датчиков, колоноскопия, ректоскопия, гистероскопия и др.;
- другие лицензированные методы диагностики, оказываемые медицинскими организациями, предусмотренными Договором страхования

1.3. Лечебные услуги:

Терапевтические:

- лечебные манипуляции: инвазивное введение лекарственных средств, иглорефлексотерапия и медикаментозная иглорефлексотерапия, мануальная терапия, блокады, в т.ч. медикаментозные и др.;
- физиотерапевтические процедуры: медицинский классический ручной массаж, электро-, магнито- и лазеротерапия, услуги ингалятория, спелеотерапия и др.

Хирургические:

- Инвазивные, оперативные и иные хирургические пособия с использованием альтернативных манипуляций, радиоволновой хирургии, в т.ч. использование различных видов электроинструментов (контактных, бесконтактных и т.д.), одноразового инструментария и фиксирующих повязок при проведении оперативного лечения.

**1.4. Условия предоставления медицинских услуг по программе «Амбулаторная помощь»**

В случае заболевания Застрахованному лицу на амбулаторном этапе лечения предоставляются назначенные лечащим врачом платные медицинские услуги (далее по тексту - медицинские услуги), предусмотренные Договором страхования (только консультации и диагностика, только лечение, консультации, диагностика и лечение, либо консультации, диагностика и лечение на этапе оказания неотложной медицинской помощи) согласно действующим стандартам медицинской помощи на иных условиях, чем предусмотрено Территориальной программой.

Первичное обращение за получением медицинской помощи осуществляется в поликлиническое учреждение по месту прикрепления Застрахованного, либо в иную МО в соответствии с условиями Договора страхования.

Медицинские услуги по программе «Амбулаторная помощь» могут предоставляться в условиях МО различных категорий (1-3 категории), включать в себя медицинские и иные услуги по дополнительным опциям, предусмотренным Правилами ДМС. Конкретный объем медицинских услуг по настоящей Программе определяется по соглашению Сторон при заключении договора.

## 2. Программа «Стационарная помощь»

По Программе «Стационарная помощь» при возникновении острого заболевания или при обострении хронического заболевания (далее по тексту – заболевание) предоставляются специализированные медицинские услуги по следующим направлениям:

### 2.1 Консультативные услуги:

- терапевтический профиль: кардиология, неврология, эндокринология, отоларингология, офтальмология, ревматология, гастроэнтерология, пульмонология, нефрология, гинекология, инфекционные болезни, аллергия, дерматология и др.;
- хирургический профиль: хирургия, торакальная хирургия, сосудистая хирургия, урология, проктология, нейрохирургия ортопедия, гинекология и др.;
- педиатрический профиль.

Объем диагностических и лечебных услуг устанавливается лечащим врачом в пределах следующего перечня:

### 2.2 Диагностические услуги:

#### Лабораторная диагностика:

- общеклинические, биохимические, микробиологические (бактериологические), цитологические, иммуноферментные, иммунологические, серологические исследования (включая диагностику ВИЧ, сифилиса, гепатитов «В» и «С» при подготовке к операциям, эндоскопическим исследованиям);

#### Инструментальная диагностика:

- высокоинформативные функциональные методы исследования: ЭКГ, велоэргометрия (ВЭМ), ЭМГ, реовазография, электроэнцефалография, ЭХО-ЭГ, холтеровское мониторирование (суточное мониторирование) ЭКГ и АД, спирометрия, кольпоскопия и др.;
- современные рентгенологические методы исследования: томография, МРТ, СКТ, флюорография, маммография, рентгенологическая денситометрия;
- нейрофизиологические методы: электроэнцефалография (ЭЭГ), реоэнцефалография (РЕГ), электромиография (ЭМГ) и др.;
- ультразвуковые методы исследования, в т.ч. УЗИ мягких тканей, поверхностных структур методом доплерографии, УЗИ-сонография, эластография; УЗИ-денситометрия на ультразвуковом костном денситометре радиоизотопная диагностика;
- эндоскопические методы исследования: бронхоскопия, ЭФГДС, в т.ч. с хромоскопией, использование дистанционных ультразвуковых датчиков, колоноскопия, ректоскопия, гистероскопия, цистоскопия и др.;
- другие лицензированные методы диагностики, оказываемые медицинскими организациями, указанными в списке медицинских организаций, предусмотренных Договором страхования.

### 2.3 Лечебные услуги:

#### 2.3.1 Терапевтические:

- лечебные манипуляции: инвазивное введение лекарственных препаратов, иглорефлексотерапия и медикаментозная иглорефлексотерапия, мануальная терапия, блокады, в т.ч. медикаментозные и др.;
- физиотерапевтические процедуры: медицинский классический ручной массаж, электро-, магнито- и лазеротерапия, услуги ингалятория, спелеотерапия и др.

#### 2.3.2 Хирургические:

- стационарное лечение в хирургических отделениях (экстренных, плановых, приемных);
- реконструктивная пластическая хирургия после перенесенных травм, ожогов, отморожений, произошедших в период действия Договора ДМС, связанная с устранением косметически значимых дефектов, т.е. косметически заметных рубцов на лице и шее (втянутых или выступающих над поверхностью кожи и стягивающих ткани) и дефектов, вызывающих различные функциональные нарушения, в том числе затруднение движений конечностей, нарушение зрения, речи;
- хирургическое лечение заболеваний глаз;
- различные виды оперативного пособия при остеосинтезе после травм, полученных в период действия Договора ДМС;
- эндоскопические и эндохирургические методы лечения, в т.ч. гистероскопические и цистоскопические;
- применение методов гемосорбции, плазмафереза;
- ультразвуковая терапия мочекаменной болезни (литотрипсия).

Терапевтические и хирургические услуги предоставляются по соответствующим заболеваниям в отделениях МО следующего профиля:

- терапевтического (гастроэнтерологическое, пульмонологическое, кардиологическое, неврологическое, эндокринологическое, офтальмологическое, гинекологическое и др.);
- хирургического (нейрохирургическое, сосудистой хирургии, урологическое проктологическое, травматолого-ортопедическое, офтальмологическое гинекологическое, отоларингологическое и др.);
- реанимационного;
- педиатрического.

Специализированные медицинские услуги предоставляются в стационарных условиях и в условиях дневного стационара.

Длительность пребывания в стационаре, объем диагностических и лечебных услуг определяются лечащим врачом стационара.

## 2.4 Условия предоставления медицинских услуг по программе «Стационарная помощь»

В случае заболевания Застрахованному лицу на стационарном этапе лечения в МО, входящей в список к Программе ДМС предоставляются медицинские услуги предусмотренные Договором страхования (только экстренная и неотложная стационарная помощь, экстренная, неотложная и плановая медицинская помощь (круглосуточный и дневной стационар), только дневной стационар) согласно действующим стандартам медицинской помощи на иных условиях, чем предусмотрено Территориальной программой.

Экстренная и плановая госпитализация осуществляется в следующем порядке:

- экстренная госпитализация по экстренным и неотложным показаниям - в день обращения через санпропускник экстренной медицинской помощи МО по направлению медицинского работника службы скорой медицинской помощи, врача поликлиники или при непосредственном обращении Застрахованного в санпропускник экстренной медицинской помощи МО;
- плановая госпитализация в МО, предусмотренную Договором страхования (планируемое получение медицинских услуг, отсроченное врачом МО-исполнителя услуг) - по направлению врача на плановую госпитализацию при наличии предварительно определенной даты госпитализации, указанной в направлении из МО, в которой планируется получение медицинской услуги.

При нахождении Застрахованного лица стационаре дневного или круглосуточного пребывания лекарственное обеспечение предоставляется в объеме назначений лечащего врача сверх Перечня жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов и изделий медицинского назначения (далее по тексту – Перечень лекарственных средств).

Медицинские услуги по программе «Стационарная помощь» могут предоставляться в условиях МО 1-3 категорий, включать в себя лечение основного и (или) сопутствующего заболевания, медицинские и иные услуги по дополнительным опциям, предусмотренным Правилами(№3100/002). Объем медицинских услуг по настоящей Программе определяется по соглашению Сторон при заключении договора страхования.

### 3. Программа «Комплексная медицинская помощь»

Программа «Комплексная медицинская помощь» включает услуги, определенные в программах «Амбулаторная помощь» и «Стационарная помощь». В программу «Комплексная медицинская помощь» могут включаться услуги по дополнительным опциям, предусмотренным настоящими Правилами ДМС.

#### 3.1 Условия предоставления медицинских услуг по программе «Комплексная медицинская помощь»

Медицинские услуги по настоящей Программе предоставляются в соответствии с условиями их предоставления по программам «Амбулаторная помощь» и «Стационарная помощь», предусмотренным договором страхования.

### 4. Исключения из программ «Амбулаторная помощь», «Стационарная помощь», «Комплексная медицинская помощь»

#### 4.1. Стандартный перечень

4.1.1. Страховым случаем не является предоставление Застрахованному лицу платных медицинских услуг:

- в медицинских организациях, не предусмотренных Договором страхования в случае отсутствия предварительного согласования со Страховщиком, если данное согласование предусмотрено Договором;
- по заболеваниям, явившимся причиной установления инвалидности до заключения Договора страхования;
- по заболеваниям, явившимся следствием заболевания, по которому Застрахованному лицу установлена инвалидность;
- без медицинских показаний, по желанию или по просьбе Застрахованного лица либо без направления врача;
- если иное не предусмотрено условиями Договора ДМС - в случае повторного обращения за согласованием получения платных медицинских услуг, которые не были получены без уважительной причины со стороны Застрахованного в согласованные со Страховщиком сроки;
- назначение которых носит рекомендательный характер или назначенных с профилактической целью (если иное не предусмотрено договором страхования);

4.1.2. Страховым случаем по программам «Амбулаторная помощь», «Стационарная помощь», «Комплексная медицинская помощь» не является обращение Застрахованного лица в медицинскую организацию в связи с:

- врожденными и наследственными заболеваниями, хромосомными нарушениями, врожденными аномалиями развития органов и тканей и их осложнениями после установления диагноза;
- болезнью Бехтерева;
- умышленным причинением Застрахованным лицом вреда своему здоровью, в том числе в связи с покушением на самоубийство;
- расстройством здоровья, наступившим в результате противоправных действий Застрахованного;
- заболеваниями и травмами, возникшими вследствие террористических актов гражданских волнений, беспорядков, несанкционированных митингов, шествий, пикетирований, демонстраций и пр.;
- алкоголизмом, наркоманией, токсикоманией; расстройством здоровья, наступившего в состоянии алкогольного, наркотического или токсического опьянения; соматическими болезнями, возникшими вследствие употребления алкоголя, наркотиков, психоактивных веществ;
- особо опасными инфекционными заболеваниями - натуральной оспой, чумой, холерой, желтой лихорадкой, после установления диагноза;
- психическими заболеваниями, расстройствами поведения, включая связанные с ними причинно-следственной связью соматические заболевания и травмы;
- туберкулёзом, после установления диагноза, и его осложнениями;
- онкологическими заболеваниями и их осложнениями, после установления диагноза;

- острыми, после установления диагноза, и хроническими гепатитами, ВИЧ и СПИД;
- заболеваниями крови, после установления диагноза;
- циррозом печени вирусного и токсического генеза, после установления диагноза;
- заболеваниями, сопровождающимися хронической почечной и печеночной недостаточностью;
- псориазом, микозами, экземой, нейродермитом, контагиозным моллюском, атопическим дерматитом, после установления диагноза;
- венерическими заболеваниями, заболеваниями, передающимися половым путем, и их осложнениями, в т. ч. вирусом папилломы человека;
- сахарным диабетом и его осложнениями;
- системными поражениями соединительной ткани, аутоиммунными заболеваниями, в т.ч. витилиго, аутоиммунным тиреоидитом;
- облитерирующим эндартериитом;
- дегенеративными и демиелинизирующими заболеваниями органов и тканей, ЦНС в т.ч. рассеянным склерозом; эпилепсией,
- искривлением позвоночника (сколиоз, лордоз, кифоз);
- профессиональными заболеваниями и их осложнениями,
- Если иное не предусмотрено Договором страхования:
- врожденной или приобретенной деформацией кистей и стоп, конечностей;
- привычными вывихами;
- контрактурой Дюпюитрена;
- церебральным параличом, нейросенсорной потерей слуха;
- облитерирующими заболеваниями сосудов;
- ревматоидными заболеваниями, в т.ч. артритом, периартритом, перикардитом и т.д. после установления диагноза;
- бронхиальной астмой;
- саркаидозом, амилоидозом;
- соматоформной дисфункцией вегетативной нервной системы;
- заболеваниями и состояниями, являющимися последствиями травм, возникших до заключения договора страхования;
- синдромом Жильбера;
- нарушениями обмена веществ, в т.ч. ожирением, анорексией или дефицитом веса и их осложнениями;

**4.1.3.** По программам «Амбулаторная помощь», «Стационарная помощь», «Комплексная медицинская помощь» не оплачиваются следующие медицинские услуги:

- медико-генетическое консультирование и диагностика;
- приемы психиатра, психотерапевта, психолога (в т.ч. психопрофилактика), психоаналитика; нарколога, сурдолога, диетолога, генетика;
- услуги по планированию семьи, контрацепции, диагностике и лечению бесплодия (мужского и женского), эректильной дисфункции, сексуальных нарушений;
- экстракорпоральное оплодотворение и связанные с ним медицинские услуги;
- услуги, связанные с беременностью в дородовой и послеродовой периоды, в т.ч. осложнения, родовспоможение, ведение родов;
- обследование и лечение по поводу невынашивания беременности;
- обследование на хронические инфекции перед наступлением беременности и в течение беременности, прерывание беременности;
- операции и манипуляции на сердце и крупных сосудах (различные виды шунтирования, в т.ч. аортокоронарное, баллонная дилатация (вазодилатация) сосудов и ангиопластика коронарных артерий, установка коронарного стента, имплантация электрокардиостимулятора, протезирование клапанов и др.), в т.ч. диагностические (ангиография, коронарография и др.);
- протезирование и эндопротезирование, трансплантация и аутотрансплантация органов и тканей, в т.ч. применение искусственных имплантатов и трансплантатов, и другие связанные с ними услуги и медицинские изделия, (если в программы ДМС не входит дополнительная опция «Расходные материалы»);
- пластическая хирургия, за исключением случаев, когда реконструктивная пластическая хирургия требуется после перенесенных травм, ожогов, отморожений, произошедших в период действия Договора страхования, в связи с устранением косметически значимых дефектов, т.е. косметически заметных рубцов на лице и шее (втянутых или выступающих над поверхностью кожи и стягивающих ткани) и дефектов, вызывающих различные функциональные нарушения, в том числе затруднение движений конечностей, нарушение зрения, речи,
- коррекция веса;
- устранение косметических дефектов, в том числе удаление папиллом, бородавок, моллюсков, невусов, мозолей, кондилом, атером, липом, халазиион и пр., диагностика и лечение заболеваний волос (алопеция и др.)
- диагностика, консультация и лечение лучевой болезни;
- лечение миопии, гиперметропии, астигматизма;
- коррекция зрения, слуха, речи и связанные с ними медицинские услуги;
- прием логопеда, логопедическая, фониатрическая помощь;
- получение физиотерапевтических процедур на аппаратах бытового или индивидуального назначения;
- посещение врача с целью выписки рецептов, медицинское обследование с выдачей справок на ношение оружия, автовождение, для посещения бассейна, спортивно-оздоровительных учреждений, спортивных мероприятий, для

выезда за границу, поступления в учебные заведения, трудоустройства, обследование для оформления санаторно-курортной карты и ее оформление;

- медицинские услуги, в т.ч. обследования, проводимые для направления на МСЭ, по направлению МСЭ для получения, подтверждения, (в т.ч. в случае снятия) группы инвалидности, для оформления регрессных выплат;
- диагностика и лечение, являющиеся по характеру экспериментальными, исследовательскими или не прошедшие сертификацию и не одобренные Минздравсоцразвития РФ к применению; получение медицинских услуг с использованием медицинского оборудования неутвержденного или не разрешенного к использованию в РФ;
- проведение скрининговых методов диагностики (в т.ч. компьютерной и УЗИ-диагностики);
- лечение методами народной медицины;
- диагностика: акупунктурная, аурикуло-дерматоглифика, термпунктурная, электропунктурная, пульсовая, ирридиодиагностика, энергоинформатика и др.;
- санаторно-курортное, оздоровительное и восстановительное лечение (фитопаросауна, бальнеотерапия, водолечение и пр.), гидроклонолтерапия, криотерапия, гипокситерапия, индивидуальные занятия ЛФК, реабилитационно-оздоровительные капсулы, тренажеры, солярий, бассейн, сауна;
- нетрадиционные виды лечения (гирудотерапия, гомеопатия, су-джок терапия, фитотерапия, апитерапия, дзю-терапия и пр.);
- стоматологические услуги: лечение (если в программы ДМС не входит дополнительная опция «Стоматология») и протезирование зубов, за исключением стационарного лечения в отделениях челюстно-лицевой хирургии после перенесенных в период действия договора страхования травм;
- диагностика и лечение подагры, папиломатоза;
- диагностика, консультация и лечение иммунодефицитных состояний;
- медицинские услуги, оказанные медицинскими организациями, не имеющими лицензии на оказание соответствующих медицинских услуг;
- медицинские услуги, назначенные до подачи Страховщику заявления о страховании/ заключения Договора страхования, если Договор не пролонгирован;
- если договором ДМС не предусмотрено иное:
- медицинские услуги, связанные с повторными исследованиями для плановой госпитализации, не состоявшейся по инициативе Застрахованного лица;
- иммунотерапия, включая СИТ;
- склерозирование вен нижних конечностей, проводимое с косметической целью, и эмболизация сосудов;
- медицинские услуги, проводимые в рамках и по результатам профмедосмотра, диспансеризации, предварительные и периодические медицинские осмотры, диспансерное и динамическое наблюдение;
- стационар на дому;
- услуги, связанные с телемедициной;
- светолечение (за исключением лазеротерапии), дарсонваль;
- повторные диагностические услуги при условии отсутствия хирургического вмешательства на обследуемом органе или ткани вне этапа неотложной медицинской помощи;
- повторно назначенные медицинские услуги, которые были организованные Страховщиком, в случае отказа Застрахованного без уважительной причины от получения этих услуг на предложенных Страховщиком условиях;
- медицинские услуги, связанные с остеопорозом и его осложнениями, в т.ч. на этапе диагностики;
- медицинские услуги, связанные с климактерическим синдромом, нарушением менструального цикла, в т.ч. на этапе диагностики;
- диагностика, консультация и лечение ронхопатии (храпа) и апноэ во сне, расстройства сна, гипноз;
- услуги при подозрении на профессиональное заболевание;

#### **4.1.4. По программам «Амбулаторная помощь», «Стационарная помощь»,**

##### **«Комплексная медицинская помощь» не оплачиваются:**

- лекарственные средства, не разрешенные к реализации на территории РФ, биологически активные добавки (БАДы), лекарственные травы, гомеопатические препараты, питательные смеси и препараты для лечебного питания, лечебная косметика;
- изделия ортопедического назначения (корсеты, стельки, компрессионные чулки, костыли, прокладки и т.п.), изделия для медицинского ухода;
- связанные с медицинскими иные услуги, в том числе медико-социальные, медико-транспортные (если в программу ДМС не входит дополнительная опция «Медицинский транспорт»), транспортные, сервисные (пребывание в палате, индивидуальное сопровождение пациента, обеспечение индивидуальным медицинским постом, предоставление выписок, медицинских заключений и др.), действия врачебных комиссий (ВК, ЛКК и т.п.);
- если Договором ДМС не предусмотрено иное - биологические имплантанты и хондропротекторы, заменители синовиальной жидкости (в т.ч. синокрема, синокрема-форте, ферматрона и их аналогов) в т.ч. предоставление платных медицинских услуг, связанных с их использованием при лечении хронических заболеваний суставов.

**4.1.5.** Для впервые застрахованных или при перерыве в страховании более двух месяцев дополнительно к условиям, указанным в п. 1.1-1.4 настоящего Раздела, не предусмотрено согласование предоставления:

**4.1.5.1.** Медицинских и иных, связанных с ними услуг на амбулаторном этапе и при плановой госпитализации на сумму более 5 000 рублей суммарно при действии Договора ДМС менее 3-х месяцев;

**4.1.5.2.** отоларингологических операций на органах внешнего дыхания при нарушении функции внешнего дыхания, возникшего в результате заболевания.

**4.1.5.3.** если Договором ДМС не предусмотрено иное:

- медицинских и иных, связанных с ними услуг на амбулаторном этапе и при плановой госпитализации по заболеванию, по которому Застрахованное лицо получало медицинскую помощь (даже однократно) в течение 45 календарных дней до даты подачи заявления на страхование;
- в течение первого года действия Договора ДМС медицинских и иных, связанных с ними услуг по хроническому заболеванию, установленному до заключения договора страхования, оказываемых на амбулаторном этапе при отсутствии листка нетрудоспособности по данному заболеванию (т.е. лечащим врачом застрахованный признан трудоспособным), либо на стационарном этапе лечения при плановой госпитализации;
- спелеотерапии, денситометрии;
- диагностические услуги на амбулаторном этапе, в дневном стационаре в поликлинике или при плановой госпитализации в стационар после перенесенных до заключения договора страхования острых заболеваний сердечнососудистой патологии (инфаркт, инсульт, флебит и тромбофлебит, эмболия, транзиторные ишемические состояния (атаки));
- диагностики ВИЧ, сифилиса, гепатитов «В» и «С» и др. при подготовке к операциям, эндоскопическим исследованиям
- хирургическое лечение катаракты;

#### 4.2. Сокращенный перечень

Не подлежат организации и оплате:

- Лечение алкоголизма, наркомании, травм, полученных в состоянии алкогольного, наркотического опьянения;
- Лечение выявленных заболеваний передающихся половым путем, туберкулеза;
- Лечение психических, врожденных и наследственных заболеваний, СПИДа;
- Услуги пластической и косметической хирургии, за исключением случаев, когда реконструктивная пластическая хирургия требуется после перенесенных травм, ожогов, отморожений, произошедших в период действия Договора страхования, в связи с устранением косметически значимых дефектов, т.е. косметически заметных рубцов на лице и шее (втянутых или выступающих над поверхностью кожи и стягивающих ткани) и дефектов, вызывающих различные функциональные нарушения, в том числе затруднение движений конечностей, нарушение зрения, речи;
- Подбор и приобретение контактных линз и очков;
- Диагностика и ведение беременности, родовспоможение. Операции прерывания беременности. Контрацепция;
- Санаторно-курортное лечение;
- Медицинские услуги, оказанные по желанию Застрахованного лица, без медицинских показаний;
- Косметические услуги.

#### 5. Программа «Стоматология»

**5.1.** Перечень медицинских услуг, предоставляемых по настоящей Программе:

- диагностические стоматологические услуги (рентгенологическое обследование, реография и др.), назначенные лечащим врачом – стоматологом;
- консультативные услуги врачей – стоматологов;
- лечебные терапевтические услуги, проводимые по медицинским показаниям (лечение кариеса, пульпита, периодонтита, стоматита, пломбирование, снятие зубных отложений и др.);
- лечебные хирургические услуги, проводимые по медицинским показаниям (обезболивание при удалении зуба, удаление зуба, цистэктомия, остановка кровотечения и др.);
- зубопротезирование после перенесенных в течение срока действия Договора страхования травм, ожогов и отморожений;
- иные виды стоматологических услуг, проводимые по назначению врача

#### 5.2. Исключения из Программы «Стоматология»

5.2.1. Стандартный перечень

По настоящей Программе не подлежат оплате:

- Медицинские услуги, оказанные без медицинских показаний по желанию или просьбе застрахованного;
- медицинские услуги, назначенные в профилактических целях;
- услуги, проводимые в косметических целях (в том числе применение виниров и ламинатов, отбеливание зубов и пр.);
- восстановление разрушенной более чем на 50% коронки зуба, в том числе с использованием штифтов;
- зубопротезирование и подготовка к зубопротезированию, в т.ч. их осложнения, за исключением случаев, когда зубопротезирование потребовалось в результате перенесенных в течение срока действия Договора травм, ожогов, отморожений;
- ортодонтия;
- имплантация зубов.

5.2.2. Сокращенный перечень

По настоящей Программе не подлежат оплате:

- Медицинские услуги, оказанные без медицинских показаний по желанию или просьбе застрахованного;
- услуги, проводимые в косметических целях;

#### 6. Программа «Экстренная стоматология»



**6.1.** Страховым случаем по Программе является обращение Застрахованного лица в медицинскую организацию, определенную Договором страхования/ Программой ДМС, в течение срока действия Полиса ДМС, при возникновении острого заболевания, травме, получением платных медицинских услуг, в соответствии с Программой ДМС.

**6.2.** Перечень медицинских услуг, предоставляемых по настоящей Программе:

**6.2.1.** Хирургическое лечение:

- первичный прием врача, повлекший предоставление экстренной стоматологической помощи в день обращения;
- стационарное лечение в специализированных отделениях челюстно-лицевой хирургии МО, указанных в Договоре страхования / Программе ДМС;
- реконструктивная пластическая хирургия и зубопротезирование после перенесенных в период действия Договора страхования травм, ожогов и отморожений.

**6.2.2.** Экстренная стоматологическая помощь при острой зубной боли:

- первичный прием врача, повлекший предоставление экстренной стоматологической помощи;
- анестезиологические манипуляции (анестезия: аппликационная, инфильтрационная, проводниковая);
- рентгенологические методы исследования;
- удаление зубов по медицинским показаниям;
- вскрытие абсцессов, кист;
- лечение каналов при остром пульпите с установкой временной пломбы.

## **7. Программа «Лекарственная помощь»**

**7.1.** Страховым случаем по Программе является обращение Застрахованного лица в аптечную организацию, предусмотренную Договором страхования, в течение срока действия Полиса ДМС, при возникновении острого заболевания, обострении хронического заболевания, травме, отравлении и других состояниях, за приобретением лекарственных средств в соответствии с Программой ДМС.

**7.2.** По настоящей Программе Застрахованное лицо имеет право на возмещение части стоимости лекарственных средств в соответствии с условиями Договора страхования на амбулаторном этапе лечения в пределах страховой суммы, указанной в Договоре. При этом страховая сумма уменьшается на размер произведенных выплат (сумму оплаченных лекарственных средств). По исчерпанию страховой суммы действие настоящей Программы прекращается.

**7.3.** Для приобретения лекарственных средств Застрахованному лицу необходимо обратиться в аптечную организацию, предусмотренную Договором страхования/ Программой ДМС и предъявить следующие документы:

- Полис ДМС;
- документ, удостоверяющий личность;
- рецепт установленной формы на назначенные лечащим врачом лекарственные средства.

**7.4.** При приобретении лекарственных средств в иной аптечной организации Застрахованное лицо оплачивает лекарственные средства в полном объеме с последующим возмещением Страховщиком части стоимости оплаченных лекарственных средств в размере, предусмотренном Договором страхования.

**7.5.** По настоящей опции не возмещаются расходы на приобретение:

- витаминных препаратов;
- биологически активных добавок (БАДов);
- гомеопатических препаратов, лекарственных трав;
- питательных смесей и препаратов для лечебного питания;
- косметических средств, лечебной косметики;
- изделий медицинского назначения;
- средств личной гигиены;
- перевязочных материалов;
- медицинских приборов и аппаратов (в т.ч. слуховых аппаратов);
- изделий ортопедического назначения (корсетов, стелек, компрессионных чулков, костылей и т.п.), изделий для медицинского ухода
- очков, контактных линз, имплантатов и др.;
- лекарственных средств, не разрешенных к реализации на территории РФ.

## **8. Программа «Вакцинация»**

**8.1.** Страховым случаем по Программе «Вакцинация» является обращение Застрахованного лица в медицинскую организацию, предусмотренную Договором страхования, в течение срока действия Полиса ДМС, за получением платных медицинских услуг, в соответствии с Программой ДМС.

**8.2.** По настоящей Программе предоставляются медицинские услуги, направленные на профилактику возникновения заболеваний, предусмотренных Договором страхования, путем проведения профилактических вакцинаций (далее - вакцинация).

**8.3.** Вакцинация по полису ДМС проводится с учетом сезонного характера возникновения заболеваний и цикличности постановки вакцины.

**8.4.** По настоящей Программе ДМС организуются и оплачиваются медицинские услуги в амбулаторно-поликлинических условиях в пределах следующего перечня:

- 1) медицинский осмотр;
- 2) по назначению врача - медицинское обследование для исключения противопоказаний к проведению вакцинации;
- 3) в случае отсутствия противопоказаний - проведение вакцинации.

**8.5.** Вакцинация не проводится в случае:

- сильной реакции или возникновения осложнений на предыдущее введение данной вакцины (в случае, если курс вакцинации состоит из нескольких прививок);
- наличия медицинских противопоказаний к проведению вакцинации.

## **9. Программа «Медицинский транспорт»**

**9.1.** Страховым случаем по программе «Медицинский транспорт» является предоставление Застрахованному лицу медико-транспортных услуг в случае его обращения в течение срока действия Полиса ДМС в медицинскую или иную организацию, предусмотренную Договором страхования за получением медицинских услуг при возникновении острого заболевания, обострении хронического заболевания, травме, отравлении и других состояниях.

**9.2.** По настоящей Программе при возникновении медицинских показаний оплачиваются услуги по транспортировке Застрахованного лица медицинским транспортом (автомобилем «скорой помощи» или иным специализированным транспортным средством) в медицинскую организацию для оказания медицинских и иных связанных с ними услуг.

## **10. Программа «Диагностика критических заболеваний»**

**10.1.** Страховым случаем по Программе является обращение Застрахованного лица в медицинскую организацию, предусмотренную Договором страхования, в течение срока действия Полиса ДМС за получением платных медицинских услуг, в соответствии с Программой ДМС.

**10.2.** Перечень медицинских услуг, предоставляемых по настоящей Программе:

**10.2.1.** Консультации врачей-специалистов:

- терапевта;
- гинеколога;
- эндокринолога;
- уролога;
- хирурга;
- лора;
- невролога;
- офтальмолога;
- других специалистов при наличии показаний.

**10.2.2.** Лабораторная диагностика:

- Клинический анализ крови (22 показателя);
- Кровь на RW (микрореакция +реакция Васермана);
- Биохимический анализ крови (общий белок, амилаза, сахар крови, мочевиная кислота, мочевиная, креатинин, холестерин, а-холестерин, триглицериды, индекс атерогенности, билирубин, АЛТ, АСТ, С-реактивный белок, сывороточное железо, Са, Р, щелочная фосфатаза);
- Гормоны щитовидной железы: Т3, Т4, ТТГ;
- Клинический анализ мочи.

**10.2.3.** Инструментальные методы исследования:

- ЭКГ;
- Rg-графия ОГК;
- УЗИ сердца;
- УЗИ печени, желчного пузыря, поджелудочной железы, почек, щитовидной железы, простаты (для мужчин), органов малого таза (для женщин);
- ФГДС.

**10.2.4.** Иные виды диагностических услуг по назначению врача

## **11. Программа «Комплексная медицинская помощь» на случай профилактики и лечения заболеваний, передающихся клещом (Программа «Антиклещ»)**

**11.1.** Страховым случаем является обращение Застрахованного лица:

- в медицинскую организацию из списка, предусмотренного Договором ДМС, на амбулаторном этапе лечения для получения платных медицинских услуг при укусе клеща (в т. ч. для проведения экстренной специфической иммунопрофилактики (далее – иммунопрофилактика)) в сроки, указанные в настоящей Программе.

- в медицинскую организацию, предусмотренную Договором страхования, на стационарном этапе лечения при подозрении на заболевание клещевым энцефалитом, клещевым боррелиозом, клещевым сыпным тифом и, если это предусмотрено Договором ДМС, другими заболеваниями, передающимися клещом (далее – заболевание) после проведенной в установленные сроки иммунопрофилактики.

**11.2.** По настоящей Программе организуются и оплачиваются медицинские услуги в пределах следующего перечня:

**11.2.1.** На амбулаторном этапе:

- 4) первичный осмотр врача;
- 5) асептическое удаление клеща;
- 6) проведение иммунопрофилактики в случае укуса клеща;
- 7) если это предусмотрено условиями Договора страхования:

- исследование удаленного в условиях медицинской организации клеща на вирулентность. Исследование клеща проводится при условии предоставления клеща на исследование в срок, не превышающий 24 часов с момента укуса.

- исследование крови на наличие вирусов.

8) при повторном укусе: консультативный прием врача, удаление клеща и при наличии медицинских показаний - повторное проведение иммунопрофилактики;

9) при наличии у Застрахованного медицинских противопоказаний к введению иммуноглобулина предоставляется не более 2 раз за срок действия Договора лекарственное обеспечение в объеме назначения врача по профилактике заболеваний в течение срока, не превышающего инкубационный период (до 30 дней с момента укуса клеща).

**11.2.2.** На стационарном этапе при заболевании или подозрении на заболевание:

- 1) платные консультативные, диагностические и лечебные услуги в объеме назначений лечащего врача;
- 2) лекарственное обеспечение в объеме назначений лечащего врача сверх Перечня жизненно-важных лекарственных средств, утвержденного действующим законодательством РФ.
- 3) в случае самостоятельного приобретения Застрахованным назначенных врачом лекарственных средств на стационарном этапе лечения предусмотрена выплата возмещения расходов на их приобретение в объеме, использованном на лечение, и подтвержденном документально.

**11.2.3.** После перенесенного заболевания оплачиваются в период действия Договора страхования платные медицинские услуги на этапе реабилитационно-восстановительного лечения, назначенного Застрахованному по медицинским показаниям в МО, предусмотренных Договором страхования.

Страховщик организует и оплачивает медицинские услуги по лечению заболевания или при подозрении на данные заболевания до:

- окончания курса лечения, назначенного лечащим врачом по заболеванию;
- окончания срока действия полиса;
- исключения (опровержения) указанных заболеваний.

**11.3.** Порядок действий Застрахованного в случае укуса клеща:

- Незамедлительно, но не позднее 72 часов с момента укуса клеща, обратиться в медицинскую организацию из списка, предусмотренного Договором страхования для проведения иммунопрофилактики.
- Если условиями Договора страхования предусмотрено исследование клеща на вирулентность - емкость с удаленным в условиях медицинской организации клещом сдать на исследование в МО, предусмотренные Договором, в срок не позднее 24 часов с момента снятия клеща. Для лабораторного исследования на вирулентность принимаются живые, целые, не напившиеся клещи, удаленные без применения спирта, масла, доставленные в пункт приема в кратчайшие сроки, не позднее 24 часов с момента укуса.
- В течение инкубационного периода необходимо следить за состоянием здоровья, периодически контролировать температуру тела и выполнять рекомендации врача, полученные при проведении иммунопрофилактики.
- В случае ухудшения состояния здоровья в инкубационном периоде до 30 календарных дней (повышение температуры тела свыше 37 С, озноб, симптомы интоксикации, скованность мышц шеи, покраснение в месте укуса, другие кожные проявления, конъюнктивит и др.) незамедлительно обратиться в МО, предусмотренную Договором ДМС для диагностики наличия заболевания и уведомить об этом Страховщика.
- Неукоснительно выполнять назначения, указания и рекомендации врача. При наличии медицинских показаний к госпитализации – незамедлительно явиться в МО, указанную в направлении врача.
- При необходимости получения платных медицинских услуг и/или лекарственного обеспечения необходимо незамедлительно уведомить об этом Страховщика.
- При необходимости получения платных медицинских услуг на этапе реабилитационно-восстановительного лечения, назначенного Застрахованному по медицинским показаниям после перенесенного заболевания, необходимо предварительно согласовать со Страховщиком их оплату.

**11.4.** Исключения из Программы:

- Страховым случаем не является обращение Застрахованного:
  - за платными медицинскими услугами, предусмотренными выбранной страхователем Программой, за пределами срока действия Полиса;
  - за платными медицинскими услугами спустя 72 часа с момента укуса клеща на амбулаторном этапе лечения;
  - за платными медицинскими услугами по поводу заболевания (подозрения на заболевание) Застрахованного, не прошедшего иммунопрофилактику или прошедшего спустя 72 часа с момента укуса клеща;
  - за платными медицинскими услугами и/или лекарственными средствами, которые не были назначены врачом, либо были оказаны по желанию/просьбе Застрахованного;
  - за платными медицинскими услугами (в т.ч. за лекарственным обеспечением) по поводу иных заболеваний, кроме указанных в Программе;
  - по поводу исследования клеща спустя 24 часа с момента снятия клеща или в случае, если Застрахованный не прошел экстренную иммунопрофилактику или прошел с нарушением указанных в Программе сроков;
  - За платными медицинскими услугами, не предусмотренными Программой или в объеме, превышающем объем, установленный Программой.
- Не оплачиваются медицинские услуги по заболеванию или при подозрении на заболевание:
  - в случае отказа Застрахованного лица от первично предложенной врачом госпитализации, либо переноса срока госпитализации по инициативе Застрахованного.
  - если Застрахованный нарушил предписания или назначения врача, с момента внесения записи о нарушении в медицинскую документацию;
- По настоящей Программе не подлежат оплате:
  - методы лечения и диагностики, являющиеся экспериментальными или исследовательскими;
  - биологически-активные добавки (БАДы);
  - лекарственные средства, не разрешенные к реализации на территории РФ.

**12. Программа «Реабилитационно-восстановительное лечение»**

**12.1.** Страховым случаем по Программе «Реабилитационно – восстановительное лечение» является обращение Застрахованного лица в медицинскую организацию, предусмотренную Договором страхования, в течение срока действия Полиса ДМС, после перенесенного острого заболевания, обострения хронического заболевания, травмы, отравления и других состояний, требующих реабилитационно-восстановительного лечения за получением платных медицинских услуг, в соответствии с Программой ДМС.

**12.2.** Программа предусматривает оказание медицинских услуг, в т.ч. с использованием природных климатических факторов, направленных на реабилитацию и восстановление здоровья застрахованных лиц после перенесенных заболеваний.

**12.3.** Медицинские услуги по настоящей Программе оказываются в следующих медицинских организациях:

- санаториях;
- санаториях-профилакториях;
- водо- и грязелечебницах, физио-кабинетах, специализированных отделениях восстановительного лечения медицинских организаций;
- физкультурных диспансерах;
- реабилитационных, реабилитационно-восстановительных центрах.

**12.4.** Условия предоставления медицинских услуг по программе «Реабилитационно-восстановительное лечение».

**12.4.1.** Реабилитационно–восстановительное лечение в санаториях и санаториях-профилакториях проводится по представлению Застрахованным лицом Страховщику справки по форме №070/у-04, утвержденной Приказом Министерства здравоохранения и социального развития РФ №256 от 22.11.2004г. «О порядке медицинского отбора и направления больных на санаторно-курортное лечение» в редакции Приказов Минздравсоцразвития РФ от 09.01.2007 №3, от 24.12.2007 №794, от 24.12.2008 №763н, от 23.07.2010 N 545н, Приказа Минздрава России от 15.12.2014 N 834н, выданной на основании медицинской карты амбулаторного больного, анализа его объективного состояния, результатов предшествующего лечения, данных лабораторных, функциональных, рентгенологических и других исследований, и заверенной подписью и печатью лечащего врача, печатью МО.

Для согласования даты заезда и санатория Застрахованный должен обратиться к представителю страховщика в МО или в офис страховой компании.

**12.4.2.** Реабилитационно–восстановительное лечение в иных МО, перечисленных в п.1.2. настоящей Программы, предоставляется на основании направления лечащего врача, в котором должно быть указано наименование и количество назначенных медицинских услуг, сроки их предоставления.

Для согласования предоставления медицинских услуг Застрахованный должен обратиться к представителю страховщика в МО или в офис страховой компании.

**13. Программа ДМС «Комплексная медицинская помощь на случай травматических повреждений в результате занятий спортом (активного отдыха)»**

**13.1.** Страховым случаем по Программе «Комплексная медицинская помощь на случай травматических повреждений в результате занятий спортом (активного отдыха)» является обращение Застрахованного лица в медицинскую организацию, предусмотренную Договором страхования, в течение срока действия Полиса ДМС, в случае травматического повреждения, возникшего в указанный период в результате занятий спортом (активного отдыха), за получением платных медицинских услуг, в соответствии с Программой ДМС.

По настоящей программе ДМС медицинские услуги предоставляются согласно следующему перечню:

**13.2.** На амбулаторном этапе:

**13.2.1.** консультации врачей-специалистов (травматолога, хирурга);

**13.2.2.** лучевая диагностика;

**13.2.3.** малые травматологические вмешательства и манипуляции, выполняемые по неотложным показаниям на амбулаторном этапе лечения на базе травмпункта или санпропускника (приемного отделения) МО, включая использование на иных условиях, чем предусмотрено Территориальной программой, анестезиологических средств и перевязочных материалов, а также современных альтернативных методов фиксации и шинирования;

**13.2.4.** Условия предоставления медицинских услуг на амбулаторном этапе:

Первичное обращение за получением медицинских услуг осуществляется в травмпункт или санпропускник МО из списка, предусмотренного Договором страхования.

Лечение на амбулаторном этапе не включает лекарственное обеспечение.

Медицинские услуги, получение которых может быть отсрочено на 10 и более календарных дней от даты обращения в МО без ущерба для здоровья Застрахованного лица, или назначенные лечащим врачом с отсрочкой их получения на 10 и более календарных дней, не предоставляются по настоящей Программе ДМС.

**13.3.** На стационарном этапе:

**13.3.1.** Консультативные услуги:

хирургический профиль: общая хирургия, торакальная хирургия, травматология, и др., связанные с оказанием медицинской помощи при травматическом повреждении;

педиатрический профиль, связанный с оказанием медицинской помощи при травматическом повреждении.

**13.3.2.** Диагностические услуги:

- Лабораторная диагностика;

- Инструментальная диагностика, в т.ч. высокоинформативные функциональные методы исследования; современные лучевые методы исследования; эндоскопические методы исследования.

**13.3.3.** Лечебные услуги:

Хирургические: различные виды оперативного пособия при травматических повреждениях;

**13.3.4.** Хирургические услуги предоставляются при наличии травматического повреждения в отделениях МО следующего профиля:

- хирургического;
- реанимационного;
- педиатрического;
- камбустиологического.

**13.3.5.** Условия предоставления медицинских услуг на стационарном этапе:

По настоящей Программе ДМС медицинские услуги по консультации, диагностике и лечению оказываются в стационаре круглосуточного или дневного пребывания врачами-специалистами на основании лицензии МО на осуществление медицинской деятельности, согласно медицинским технологиям, утвержденным Минздравом РФ и используемым в медицинских организациях, указанных в списке к Договору ДМС.

Длительность пребывания в стационаре, объем консультативных, диагностических и лечебных услуг определяются лечащим врачом стационара при оказании медицинской помощи по травматическому повреждению.

Госпитализация в стационар круглосуточного пребывания медицинской организации проводится на основании медицинских показаний к проведению интенсивных и неотложных методов диагностики и лечения в день обращения и осуществляется:

- по направлению врача травматического пункта МО, предусмотренной Договором страхования;
- по направлению врача службы скорой медицинской помощи;
- по направлению врача санпропускника МО, предусмотренной Договором страхования.

При нахождении Застрахованного лица на стационарном этапе лечения лекарственное обеспечение предоставляется в объеме назначений лечащего врача сверх Перечня жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов и изделий медицинского назначения, предусмотренного действующим законодательством РФ.

Медицинские услуги по настоящей Программе ДМС предоставляются на этапе оказания неотложной медицинской помощи при отсутствии явных признаков угрозы жизни пациента.

Медицинские услуги по Программе ДМС предоставляются в объеме, необходимом для купирования острого периода травматического повреждения до стабилизации состояния пациента с возможностью последующего отсроченного оказания медицинской помощи в плановом порядке без ущерба для его здоровья.

Медицинские услуги, получение которых может быть отсрочено на 10 и более календарных дней от даты обращения в МО без ущерба для здоровья Застрахованного лица, или назначенные лечащим врачом с отсрочкой их получения на 10 и более календарных дней, не предоставляются по настоящей Программе ДМС.

#### **13.4. Исключения из Программы ДМС**

**13.4.1. Не является страховым случаем причинение вреда здоровью Застрахованного лица, явившееся результатом:**

- умышленных действий Застрахованного/Страхователя и/или умышленных преступлений, умышленного причинения вреда, направленных на получение травматических повреждений (наступление страхового случая);
- воздействия ядерного взрыва, радиации или радиоактивного заражения;
- военных действий, а также маневров или иных военных мероприятий, гражданской войны, народных волнений всякого рода или забастовок;
- самоубийства или попытки самоубийства;
- психических или тяжелых нервных расстройств, эпилептических припадков;
- управления любым видом транспортного средства, в случае отсутствия у Застрахованного лица или иного лица, управлявшего транспортным средством, законного права на управление данным транспортным средством;
- передачи Застрахованным управления транспортным средством лицу, находящемуся в состоянии алкогольного, токсического или наркотического опьянения или лицу, не имеющему законного права на управление данным транспортным средством.

**13.4.2. Не является страховым случаем обращение Застрахованного лица за получением медицинских услуг в связи с:**

- травмами, ожогами, отморожениями, полученными до вступления в силу Договора страхования или после окончания его срока действия;
- травмами, ожогами, отморожениями, полученными за пределами территории страхования, указанной в Договоре страхования;
- травмами, ожогами, отморожениями, возникшими у Застрахованного в состоянии или вследствие алкогольного, наркотического или токсического опьянения;
- состояниями, не являющимися травматическими повреждениями, т.е. заболеваниями.

**13.4.3. По настоящей Программе ДМС не предоставляются медицинские услуги:**

- не входящие в настоящую Программу ДМС;
- по терапевтическому профилю;
- после этапа стационарной помощи (долечивание на амбулаторном этапе);
- в медицинских организациях, не предусмотренных Договором страхования;
- оказанные вне этапа неотложной медицинской помощи;
- назначенные или оказанные без медицинских показаний или по желанию/просьбе Застрахованного, либо оказанные медицинскими организациями без согласования со Страховщиком, если данное согласование предусмотрено Договором страхования;
- с момента нарушения Застрахованным лицом назначений, предписаний лечащего врача стационара или больничного режима при наличии соответствующих отметок в медицинской документации;

**13.4.4.** По настоящей Программе не подлежат оплате:

**13.4.5.** медицинские услуги, если требование о страховой выплате предъявлено по событиям, не подпадающим под определение страхового случая;

- медицинские транспортные услуги, оказанные при отсутствии медицинских показаний или по настоянию Застрахованного лица или его родственников;
- размещение на платной основе в 2-местных, 1-местных палатах, палатах повышенной комфортности, в т.ч. индивидуальный сестринский пост, индивидуальное сопровождение и др.;
- методы лечения и диагностики, являющиеся экспериментальными или исследовательскими; диагностика и лечение с использованием авторских методов и методик;
- питательные смеси и препараты для лечебного питания;
- косметические средства, лечебная косметика;
- изделия медицинского назначения - имплантаты и др.;
- средства личной гигиены; лекарственные средства на амбулаторном этапе лечения;
- витаминные препараты, биологически-активные добавки (БАДы), лекарственные травы; гомеопатические препараты;
- лекарственные средства, не разрешенные к реализации на территории РФ;
- изделия ортопедического назначения (корсеты, стельки, компрессионные чулки, костыли, прокладки и т.п.), изделия для медицинского ухода;
- прохождение освидетельствования на состояние алкогольного, наркотического или токсического опьянения.

#### **14. Программа «Комплексная программа ДМС с расширенным перечнем медицинских услуг»**

Медицинские услуги по Программе «Комплексная программа ДМС с расширенным перечнем медицинских услуг» предоставляются в пределах лимита страховой суммы, указанного в Договоре страхования, по каждой из входящих в нее Программ.

##### **14.1. «Программа №1»**

Страховым случаем по Программам является обращение Застрахованного лица в медицинскую или аптечную организацию, определенную Договором страхования/ Программой ДМС, в течение срока действия Полиса ДМС, при возникновении острого заболевания, обострении хронического заболевания, травме, отравлении и других состояниях, за приобретением лекарственных средств и получением платных медицинских услуг, в соответствии с Программой ДМС.

Программа включает в себя предоставление медицинских услуг по программам:

- «Амбулаторная помощь», в т.ч. лекарственное обеспечение на амбулаторном этапе;
- «Стационарная помощь», в т.ч. лекарственное обеспечение на стационарном этапе;
- «Стоматологическая помощь»;
- «Реабилитационно-восстановительное лечение».

##### **14.1.1. «Амбулаторная помощь»**

По Программе предоставляются платные медицинские услуги по следующим направлениям:

**14.1.1.1** Консультативные услуги кардиология; ревматология; гастроэнтерология;

- пульмонология;
- эндокринология; неврология; педиатрия; терапия (общая);
- инфекционные болезни; урология, нефрология;
- торакальная хирургия; проктология;
- сосудистая хирургия; хирургия (общая); гинекология;
- отоларингология; офтальмология; дерматология;
- аллергология; ортопедия, андрология и др.

**14.1.1.2** Диагностические услуги:

Лабораторная диагностика:

- клинические, биохимические исследования, молекулярно-генетическая диагностика;
- бактериологические, иммунологические исследования биологических жидкостей организма, цитологические исследования.

Инструментальная диагностика:

- ЭКГ, велоэргометрия;
- реовазография, электро-энцефалография, ЭХО-ЭГ;
- холтеровское мониторирование;
- рентгенологические исследования органов грудной клетки, брюшной полости, черепа, костной системы;
- томография; тепловидение; УЗ методы исследования; эндоскопические исследования и др.

**14.1.1.3** Лечебные услуги:

Терапевтическая помощь:

- лечебные манипуляции (по назначению врача).
- проведение физиотерапевтических процедур: медицинский массаж, ИРТ, мануальная терапия, магнитотерапия и лазеротерапия, блокады и др.

Хирургическая помощь:

- Инвазивные, оперативные и иные хирургические пособия с использованием альтернативных манипуляций, радиоволновой хирургии, в т.ч. использование различных видов электроинструментов (контактных, бесконтактных и т.д.), одноразового инструментария и фиксирующих повязок при проведении оперативного лечения.

**14.1.1.4** Условия предоставления амбулаторной помощи

- 1) Застрахованному лицу на амбулаторном этапе лечения по согласованию со Страховой компанией предоставляются медицинские услуги по диагностике, консультации и лечению в объеме назначений лечащего врача в случае заболевания.
- 2) Лечение на амбулаторном этапе включает лекарственное обеспечение в объеме назначений лечащего врача.

#### **14.1.2. «Стационарная помощь»**

По Программе предоставляются платные медицинские услуги по следующим направлениям:

##### **14.1.2.1. Консультативные услуги:**

- кардиология; ревматология; гастроэнтерология;
- пульмонология;
- эндокринология; неврология; педиатрия; терапия (общая);
- инфекционные болезни; урология, нефрология;
- торакальная хирургия; проктология;
- кардиохирургия, за исключением случаев указанных в Правилах ДМС;
- сосудистая хирургия; хирургия (общая); гинекология;
- отоларингология; офтальмология; дерматология; аллергология;
- ортопедия, андрология и др.

##### **14.1.2.2. Диагностические услуги:**

###### Лабораторная диагностика

- клинические, биохимические исследования, молекулярно-генетическая диагностика;
- бактериологические и иммунологические исследования биологических жидкостей организма, цитологические исследования, гормональные и др.

###### Инструментальная диагностика:

- ЭКГ, велоэргометрия, реовазография, электроэнцефалография;
- холтеровское мониторирование; рентгенография;
- рентгеноскопия, в том числе хирургическая; томография;
- тепловидение; УЗ методы исследования; радиоизотопная диагностика;
- эндоскопические исследования; компьютерная томография;
- функциональная диагностика, в том числе ультразвуковая и др.

##### **14.1.2.3. Лечебные услуги:**

###### Терапевтические:

- лечебные манипуляции;
- проведение физиотерапевтических процедур: магнито- и лазеротерапия, медицинский массаж, блокады, мануальная терапия, иглорефлексотерапия, фармакопунктура и др.

###### Хирургические:

- стационарное лечение в специализированных отделениях челюстно-лицевой хирургии МО, указанных в Договоре страхования или ином документе, являющемся приложением к Договору, реконструктивная пластическая хирургия после перенесенных в период действия Договора травм, ожогов, отморожений;
- хирургическое лечение заболеваний глаз;
- различные виды остеосинтеза при травмах и заболеваниях конечностей;
- дерматопластика при комплексном лечении ожогов;
- эндоскопические методы лечения;
- применение методов гемосорбции, плазмафереза;
- лазерная терапия;
- ультразвуковая терапия мочекаменной болезни (литотрипсия) и др.

Терапевтические и хирургические услуги предоставляются по соответствующим заболеваниям в отделениях МО следующего профиля:

- терапевтического (гастроэнтерологическое, пульмонологическое, кардиологическое, неврологическое, эндокринологическое, офтальмологическое, гинекологическое и др.);
- хирургического (нейрохирургическое, сосудистой хирургии, урологическое проктологическое, травматолого-ортопедическое, офтальмологическое гинекологическое, отоларингологическое и др.);
- реанимационного;
- педиатрического.

Длительность пребывания в стационаре, объем консультативных, диагностических и лечебных услуг определяются лечащим врачом стационара.

##### **14.1.2.4. Условия предоставления стационарной помощи**

- 1) Стационарная помощь в случае заболевания оказывается в медицинских организациях, предусмотренных Договором страхования / Программой ДМС.
- 2) Госпитализация при возникновении заболевания осуществляется по направлению лечащего врача.
- 3) При нахождении Застрахованного лица в стационаре дневного или круглосуточного пребывания лекарственное обеспечение предоставляется в объеме назначений лечащего врача сверх Перечня жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов и изделий медицинского назначения.

#### **14.1.3. «Стоматологическая помощь»**

##### **14.1.3.1. Перечень медицинских услуг, предоставляемых по настоящей Программе:**

- диагностические стоматологические услуги (рентгенологическое обследование, реография и др.), назначенные лечащим врачом – стоматологом;
- консультативные услуги врачей – стоматологов;

- лечебные терапевтические услуги, проводимые по медицинским показаниям (лечение кариеса, пульпита, периодонтита, стоматита, пломбирование, снятие зубных отложений и др.);
- лечебные хирургические услуги, проводимые по медицинским показаниям (обезболивание при удалении зуба, удаление зуба, цистэктомия, остановка кровотечения и др.);
- иные виды стоматологических услуг, проводимые по медицинским показаниям (в том числе пародонтология, ортопедическая стоматология, ортодонтия).

#### **14.1.3.2. Условия предоставления стоматологической помощи.**

Медицинские услуги по настоящей Программе предоставляются в медицинских организациях, согласованных со Страховщиком.

При обращении в медицинскую организацию за медицинской помощью Застрахованный обязан предъявить:

- полис ДМС;
- документ, удостоверяющий личность;

#### **14.1.4. «Реабилитационно-восстановительное лечение»**

**14.1.4.1.** Программа «Реабилитационно – восстановительное лечение» предусматривает оказание медицинских услуг, в т.ч. с использованием природных климатических факторов, направленных на реабилитацию и восстановление здоровья застрахованных лиц после перенесенных заболеваний при наличии медицинских показаний.

**14.1.4.2.** Медицинские услуги по настоящей Программе оказываются в следующих медицинских организациях:

- санаториях;
- санаториях-профилакториях;
- водо- и грязелечебницах, физио-кабинетах, специализированных отделениях восстановительного лечения медицинских организаций;
- физкультурных диспансерах;
- реабилитационных, реабилитационно-восстановительных центрах.

**14.1.4.3.** Условия предоставления медицинских услуг по программе «Реабилитационно-восстановительное лечение».

Реабилитационно–восстановительное лечение в санаториях и санаториях-профилакториях проводится по предоставлению Застрахованным Страховщику Справки по форме №070/у-04, утвержденной Приказом Министерства здравоохранения и социального развития РФ №256 от 22.11.2004г. «О порядке медицинского отбора и направления больных на санаторно-курортное лечение» в редакции Приказов Минздравсоцразвития РФ от 09.01.2007 №3, от 24.12.2007 №794, от 24.12.2008 №763н, от 23.07.2010 N 545н, Приказа Минздрава России от 15.12.2014 N 834н, выданной на основании медицинской карты амбулаторного больного, анализа его объективного состояния, результатов предшествующего лечения, данных лабораторных, функциональных, рентгенологических и других исследований, и заверенной подписью и печатью лечащего врача, печатью МО. Для согласования даты заезда и санатория Застрахованный должен обратиться к представителю страховщика в МО или в офис страховой компании.

Реабилитационно–восстановительное лечение в иных МО, перечисленных в п.14.1.4.2. настоящей Программы, предоставляется на основании направления лечащего врача, в котором должно быть указано наименование и количество назначенных медицинских услуг, сроки их предоставления.

Для согласования предоставления медицинских услуг Застрахованный должен обратиться к представителю страховщика в МО или в офис страховой компании.

#### **14.1.5. Исключения из Программы №1**

**14.1.5.1.** Программой не предусмотрена оплата медицинских услуг при плановом лечении хронического заболевания, назначенном до заключения договора страхования.

**14.1.5.2.** Страховым случаем не является обращение застрахованного лица в медицинскую организацию в связи с:

- врожденными и наследственными заболеваниями;
- хромосомными нарушениями, врожденными аномалиями развития органов и тканей вне периода обострения/осложнений;
- болезнью Бехтерева
- умышленным причинением Застрахованным лицом вреда своему здоровью, в том числе в связи с покушением на самоубийство;
- диагностикой и лечением расстройства здоровья, наступившего в состоянии наркотического или токсического опьянения; алкоголизма и наркомании;
- ВИЧ и СПИД после установления диагноза;
- особо опасными инфекционными заболеваниями - натуральной оспой, чумой, холерой, желтой лихорадкой, после установления диагноза
- туберкулёзом после установления диагноза;
- циррозом печени вирусного и токсического генеза, после установления диагноза;
- заболеваниями, сопровождающимися хронической почечной и печеночной недостаточностью, возникшими до заключения Договора страхования;
- венерическими заболеваниями, передающимися половым путем и их осложнениями;
- сахарным диабетом;
- системными поражениями соединительной ткани и аутоиммунными заболеваниями, амилоидозом;
- дегенеративными и демиелинизирующими заболеваниями органов и тканей, в т.ч. ЦНС и рассеянным склерозом, эпилепсией, остеопорозом;



- алкоголизмом и наркоманией, токсикоманией; расстройством здоровья, наступившего в состоянии алкогольного, наркотического или токсического опьянения; соматическими болезнями, возникшими вследствие употребления алкоголя, наркотиков, психоактивных веществ;

**14.1.5.3.** По настоящей Программе не оплачиваются следующие медицинские услуги:

- медико-генетическое консультирование; оказание психотерапевтической помощи;
- приемы психиатра, нарколога, психоаналитика;
- услуги по планированию семьи, контрацепции, диагностике и лечению бесплодия (мужского и женского), эректильной дисфункции, сексуальных нарушений;
- генетические исследования;
- обследование по поводу невынашивания беременности;
- обследование на хронические инфекции перед наступлением беременности и в течение беременности;
- прерывание беременности;
- ведение беременности и дородовое наблюдение, родовспоможение;
- трансплантация органов и тканей;
- пластическая хирургия, за исключением случаев, когда реконструктивная пластическая хирургия требуется после перенесенных травм, ожогов, отморожений, произошедших в период действия Договора страхования, в связи с устранением косметически значимых дефектов, т.е. косметически заметных рубцов на лице и шее (втянутых или выступающих над поверхностью кожи и стягивающих ткани) и дефектов, вызывающих различные функциональные нарушения, в том числе затруднение движений конечностей, нарушение зрения, речи,
- коррекция веса;
- устранение косметических дефектов, в том числе удаление папиллом, бородавок, моллюсков, невусов, мозолей, кондилом, атером, липом, халязион и пр., если они не вызывают функциональных нарушений, а также вне периода обострения;
- диагностика и лечение заболеваний волос (алопеция и др.);
- лечение лучевой болезни и ее осложнений;
- логопедическая, фонопедическая помощь;
- лечение искривления позвоночника (сколиоз, лордоз, кифоз);
- выписка льготных рецептов, медицинские услуги, проводимые для направления на МСЭ и по направлению МСЭ, медицинское освидетельствование с выдачей справок на ношение оружия, автовождение, посещение бассейна, спортивных секций, медицинские услуги, проводимые для оформления санаторно-курортной карты, оформление санаторно-курортной карты;
- медицинские услуги, проводимые в рамках и по результатам профмедосмотра, диспансеризации, предварительные и периодические медицинские осмотры, диспансерное наблюдение;
- медицинские услуги, оказанные медицинскими организациями, не имеющими лицензии на оказание соответствующих медицинских услуг;
- медицинские услуги по желанию/просьбе Застрахованного (в т.ч. перенос срока госпитализации), без медицинских показаний и (или) без направления лечащего врача;
- медицинские услуги, не предусмотренные Программой ДМС;
- связанные с медицинскими иными услуги, в том числе медико-социальные, медико-транспортные, транспортные (обеспечение индивидуальным медицинским постом, предоставление выписок, медицинских заключений и др.), действия врачебных комиссий (ВК, ЛКК и т.п.);
- медицинские услуги, назначенные до заключения Договора страхования, если Договор не пролонгирован;
- проведение компьютерной скрининг-диагностики общей патологии, методы народной медицины, акупунктурная, дзю-терапия, аурикуло-, дерматоглифика, термопунктурная, электропунктурная, пульсовая, ирридодиагностика, энергоинформатика и др.
- нетрадиционные виды лечения (гомеопатия, су-джок терапия, фитотерапия, апитерапия и пр.)

## 14.2. «Программа №2»

**14.2.1.** Страховым случаем по Программам является обращение Застрахованного лица в медицинскую или аптечную организацию, определенную Договором страхования/ Программой ДМС, в течение срока действия Полиса ДМС, за приобретением лекарственных средств и получением платных медицинских услуг, в соответствии с Программой ДМС при возникновении в период действия договора следующих заболеваний: Болезнь Айерсы; Синдром Аксенфельда; Болезнь Акурейры; Болезнь Бамбергера-Мари; Болезнь Барлоу; Болезнь Барракера-Симонса; Болезнь Беньи-Бека-Шауманна; Болезнь Бельца; Болезнь Беркитта; Болезнь Бери-Бери (сухая форма); Болезнь Бильшовского-Янского; Болезнь Беста; Болезнь Блоха-Сульцбергера; Болезнь Бодехтеля-Гуттмана; Импетиго Бокхарта; Болезнь Борнхольма; Болезнь Ганди-Нанта; Болезнь Геноха-Шенлейна; Гемохроматоз первичный идиопатический; Серповидноклеточная анемия; Болезнь Гетчинсона-Гиллфорда; Симптоматическая вторичная анемия Дайка-Янга; Западно-африканская возвратная лихорадка Даттона; Гипертрофическая невропатия; Декстринозограниченный (недостаточность расщепляющего фермента); Болезнь Деркума; Болезнь Дюшенна-Гризенгера; Эрозивный эктодермоз с поражением нескольких отверстий; Узелковая дистрофия Зальцмана; Дизентерия Зонне; Иктероанемия гемолитическая (приобретенная); Болезнь Йенсена; Калифорнийская болезнь; Болезнь Кальве-Пертеса; Инфекция Кандиру; Коровья оспа; Азиатская возвратная лихорадка Картера; Лихорадка Катаямы; Болезнь Кашина-Бека; Болезнь Келера; Клонорхозная инфекция.

Программа включает в себя следующие виды медицинской помощи:

- «Стационарная помощь», в т.ч. лекарственное обеспечение на стационарном этапе.

**14.2.2. «Стационарная помощь»****14.2.2.1. Консультативные услуги:**

- кардиология; ревматология; гастроэнтерология;
- пульмонология;
- эндокринология; неврология; педиатрия; терапия (общая);
- инфекционные болезни; урология, нефрология;
- торакальная хирургия; проктология;
- кардиохирургия, за исключением случаев указанных в Правилах страхования;
- сосудистая хирургия; хирургия (общая); гинекология;
- отоларингология; офтальмология; дерматология; аллергология;
- ортопедия, андрология и др.

**14.2.2.2. Диагностические услуги:**Лабораторная диагностика

- клинические; биохимические исследования, молекулярно-генетическая диагностика;
- бактериологические и иммунологические исследования биологических жидкостей организма, цитологические исследования, гормональные и др.

Инструментальная диагностика:

- ЭКГ, велоэргометрия, реовазография, электро-энцефалография;
- холтеровское мониторирование;
- рентгенография;
- рентгеноскопия, в том числе хирургическая; томография;
- тепловидение; УЗ методы исследования; радиоизотопная диагностика;
- эндоскопические исследования; компьютерная томография;
- функциональная диагностика, в том числе ультразвуковая и др.

**14.2.2.3. Лечебные услуги:**

Терапевтические и хирургические услуги в объеме назначений лечащего врача.

Специализированные медицинские услуги предоставляются в стационаре круглосуточного пребывания.

Длительность пребывания в стационаре, объем консультативных, диагностических и лечебных услуг определяются лечащим врачом стационара.

**14.2.2.4. Условия предоставления стационарной помощи**

На стационарном этапе лечения организуются и оплачиваются консультативные, диагностические и лечебные услуги в случае возникновения заболеваний, указанных в Программе №2, в объеме назначений лечащего врача.

Госпитализация осуществляется в день обращения по направлению:

- врача бригады скорой медицинской помощи,
- лечащего врача поликлиники;
- врача дежурной медицинской организации - в случае непосредственного обращения Застрахованного в санпропускник МО.

При нахождении Застрахованного лица в стационаре круглосуточного пребывания лекарственное обеспечение предоставляется в объеме назначений лечащего врача сверх Перечня жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов и изделий медицинского назначения.

**14.2.2.5. Исключения из Программы №2.**

Программой не предусмотрена оплата медицинских услуг в связи с заболеваниями, не указанными в Программе №2.

Страховым случаем не является обращение Застрахованного лица в иные учреждения/организации, кроме медицинских, либо в медицинские организации, не имеющие лицензии на оказание медицинской помощи, либо не согласованные со Страховщиком.

Страховым случаем не является проведение лечебно-диагностических мероприятий по желанию/просьбе Застрахованного, без медицинских показаний и/или без направления лечащего врача.

## **15. Дополнительные опции к Программам «Амбулаторная помощь», «Стационарная помощь», «Комплексная медицинская помощь»**

**15.1.** Виды дополнительных опций к Программам «Амбулаторная помощь», «Стационарная помощь», «Комплексная медицинская помощь»:

1. Опция «Стоматология»;
2. Опция «Экстренная стоматология»;
3. Опция «Лекарственная помощь»;
4. Опция «Вакцинация»;
5. Опция «Медицинский транспорт»;
6. Опция «Диагностика критических заболеваний»;
7. Опция «Антиклещ»
8. Опция «Реабилитационно-восстановительное лечение»
9. Опция «Расходные материалы»

**15.2. Опция «Реабилитационно-восстановительное лечение»**

**15.2.1.** По настоящей опции в течение срока действия Договора страхования организуется и оплачивается реабилитационно-восстановительное лечение при наличии медицинских показаний в объеме назначений лечащего врача из ниже перечисленных услуг:

- лечебная физкультура;
- медицинский классический ручной массаж;
- лечебные ванны;
- иглорефлексотерапия;
- мануальная терапия;
- физиолечение — (ингаляционная терапия, лазеротерапия, электротерапия, магнитотерапия, светолечение, теплотечение и другое физиолечение)

**15.2.2.** Основаниями для предоставления РВЛ являются:

- перенесенное в течение срока действия Договора страхования острое заболевание (обострение хронического заболевания, травма и др.), потребовавшее стационарного лечения;
- наличие медицинских показаний для проведения РВЛ по перенесенному острому заболеванию;
- отсутствие листка нетрудоспособности на этапе долечивания.

**15.2.3.** При наличии листка нетрудоспособности врачебные назначения признаются назначениями по острому заболеванию, организуются и оплачиваются в соответствии с условиями предоставления медицинских услуг по программам «Амбулаторная помощь» и «Стационарная помощь» в рамках настоящих Правил ДМС.

**15.2.4.** Реабилитационно-восстановительное лечение предоставляется в соответствии с приведенным выше перечнем услуг в стационарах МО, предусмотренных Договором страхования.

**15.2.5.** Для организации РВЛ Застрахованное лицо предоставляет Страховщику врачебное назначение на проведение реабилитационно-восстановительного лечения, выписку о перенесенном остром заболевании, предшествовавшем этапу долечивания.

### **15.3. Опция «Расходные материалы»**

**15.3.1.** По настоящей опции подлежат оплате:

- расходные материалы (шприцы, катетеры, контрастное вещество, иглы и др.), необходимые для проведения диагностических мероприятий;
- изделия медицинского назначения, необходимые для восстановления тканей на стационарном этапе лечения при получении Застрахованным в течение срока действия Договора страхования травм, ожогов, обморожений.

**15.3.2.** Оплата расходных материалов осуществляется на условиях, в размере и в сроки, указанные в Договоре страхования / Программе ДМС.

Перечень услуг по опциям, указанным в п.п. 1 – 7 пункта 15.1. определяется в соответствии с программами, перечисленными в п. 5 – 11 Раздела I - Виды программ добровольного медицинского страхования.

## **Раздел II.**

### **Страховой случай. Порядок предоставления медицинских услуг по программам ДМС**

Страховым случаем по Программам является обращение Застрахованного лица в медицинскую или аптечную организацию, определенную Договором страхования/ Программой ДМС, в течение срока действия Полиса ДМС, при возникновении острого заболевания, обострении хронического заболевания, травме, отравлении и других состояниях, за приобретением лекарственных средств и получением платных медицинских услуг, в соответствии с Программой ДМС.

Страховым случаем не является обращение Застрахованного лица в МО за медицинскими услугами или в связи с заболеваниями (состояниями), указанными в разделе «Исключения» Программы ДМС, а также получение Застрахованным медицинских услуг с нарушением условий настоящей Программы.

#### **1. Порядок согласования получения медицинских услуг по Программе ДМС.**

**1.1.** При необходимости получения платных медицинских услуг Застрахованное лицо должно не позднее 15 рабочих дней от даты назначения медицинских услуг обратиться в офис страховой компании либо к представителю Страховщика в МО и предъявить следующие документы:

- полис ОМС;
- полис ДМС;
- документ, удостоверяющий личность;
- направление на медицинские услуги, заполненное и заверенное подписью и печатью врача, печатью медицинской организации, а в случае госпитализации – документы (их заверенные копии), послужившие основанием для госпитализации;
- договор на оказание платных медицинских услуг, заключенный МО с Застрахованным (при наличии);

**1.2.** Страховщик принимает к рассмотрению направление на медицинские услуги только при условии, что оно было выдано врачом-специалистом и заверено его подписью и печатью, печатью МО.

**1.3.** Страховщик имеет право запросить у Застрахованного лица или в медицинской организации дополнительно к указанным в п. 1.1. заверенные копии медицинских карт амбулаторного больного и/или выписку из медицинской карты стационарного больного, врачебное заключение об установлении соответствующего диагноза, заверенное подписью и печатью врача и печатью медицинской организации;

**1.4.** Согласование получения медицинских услуг подтверждается выдачей Страховщиком Гарантийного талона или иного документа, подтверждающего согласование медицинских услуг (гарантийного письма, талона согласования и т.п.).

Страховщик имеет право отсрочить согласование получения медицинских услуг на срок не более 5 рабочих дней от даты обращения Застрахованного.

**1.5.** Застрахованный обязан начать получение согласованных медицинских услуг в срок, указанный в Гарантийном талоне или в ином документе, подтверждающем их согласование.

**1.6.** Застрахованный обязан уведомить Страховщика о факте неполучения согласованных медицинских услуг в срок, указанный в Гарантийном талоне или в ином документе, подтверждающем их согласование

## **2. Порядок осуществления страховой выплаты в форме возмещения**

**2.1.** Если Застрахованный оплатил медицинские услуги и иные, связанные с ними услуги самостоятельно, для получения возмещения затраченных Застрахованным лицом денежных средств на оплату медицинских услуг в страховую компанию необходимо представить документы согласно следующему Перечню (далее – Перечень).

1. Заявление о страховом возмещении по установленной Страховщиком форме;

2. полис ДМС;

3. полис ОМС;

4. паспорт Застрахованного;

5. документ, подтверждающий согласование Страховщиком назначенных врачом медицинских услуг (гарантийное письмо, талон согласования и т.п.) (при наличии);

6. направление на медицинские услуги, заполненное и заверенное подписью и печатью врача, печатью медицинской организации, а в случае госпитализации – документы (их заверенные копии), послужившие основанием для госпитализации;

7. заверенную копию медицинской карты амбулаторного больного и/или выписку из медицинской карты стационарного больного;

8. медицинскую документацию, подтверждающую получение медицинских услуг, указанных в направлении врача: результаты исследований, врачебных консультаций и др.;

9. документ, подтверждающий факт оплаты за оказанные медицинские услуги, (квитанция об оплате, заверенная подписью ответственного лица и печатью МО либо чек с копией чека, заверенной печатью МО). Документ об оплате должен содержать наименование и количество назначенных медицинских услуг, срок их оказания;

10. документ, подтверждающий назначение лекарственных средств с указанием их наименования, количества, формы выпуска и дозировки, заверенный подписью врача и его печатью, печатью медицинской организации;

11. письменное пояснение Застрахованного лица о причинах и обстоятельствах получения медицинских услуг на платной основе;

12. документ, подтверждающий факт оплаты за лекарственные средства (чек с копией чека, заверенной печатью аптечной организации). Документ об оплате должен содержать наименование лекарственных средств, их количество, форму выпуска и дозировку.

13. банковские реквизиты, № лицевого счета банковской карты/сберегательной книжки получателя выплаты.

**2.2.** Все медицинские документы, получаемые Застрахованным в МО, должны быть заверены подписью ответственного лица и печатью МО.

**2.3.** При подаче документов на возмещение Застрахованное лицо обязано написать заявление-разрешение на запрос медицинской документации в МО по данному обращению.

**2.4.** Рассмотрение возможности страховой выплаты в форме возмещения затрат Застрахованному лицу проводится в срок до 30 рабочих дней с момента получения Страховщиком всех необходимых документов (с учетом документов, поступивших по запросам).

**2.5.** При признании заявленного события страховым случаем Страховщик составляет страховой акт с указанием суммы, подлежащей страховой выплате в форме возмещения. В этом случае срок осуществления страховой выплаты в форме возмещения составляет до 10 рабочих дней от даты составления страхового акта.

**2.6.** В случае непризнания заявленного события страховым случаем, Страховщик в срок до 10 рабочих дней составляет письменное уведомление с обоснованием причины отказа в страховой выплате в форме возмещения и направляет его по почте на адрес, указанный в заявлении о страховом возмещении.

## **Раздел III. Сервисные услуги по Программам ДМС.**

- курирование Страховщиком качества, своевременности организации и оказания застрахованным лицам медицинских услуг;

- проведение анализа качества медицинских услуг по законченному случаю лечения с привлечением внештатных экспертов при наличии письменного обращения Застрахованного лица по поводу полученных медицинских услуг;

- консультация Застрахованных лиц по круглосуточным телефонам;

- проведение медико-экономической экспертизы медицинской документации с целью определения обоснованности оказания медицинских услуг на платной основе, их количества и стоимости, подлежащей оплате;

- защита прав застрахованных лиц, работа с претензиями застрахованных лиц к МО, оказавшей медицинские услуги.