



Утверждено:
Приказом Генерального Директора
Акционерного общества
«Страховая Компания «Астро-Волга»
от 24.10.2018г. приказ № 1024/А-1

**КОМБИНИРОВАННЫЕ ПРАВИЛА
ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ
(2330/001)¹**

1. Субъекты страхования
2. Объект страхования
3. Страховой случай
4. Страховой риск
5. Порядок определения страховой суммы
6. Порядок определения страхового тарифа
7. Порядок определения страховой премии (страховых взносов)
8. Порядок заключения, исполнения и прекращения договора страхования
9. Права и обязанности сторон
10. Порядок определения страховой выплаты
11. Случаи отказа в страховой выплате
12. Персональные данные
13. Иные положения

ПРИЛОЖЕНИЯ

1. Указанный номер 2330 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) /001 - соответствует порядковому номеру редакции Правил.

1. СУБЪЕКТЫ СТРАХОВАНИЯ

1.1. Акционерное Общество Страховая Компания «Астро-Волга» (далее по тексту – «Страховщик»), в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации и настоящими Правилами заключает договоры добровольного медицинского страхования (далее по тексту – «Договоры страхования») с юридическими и физическими лицами (далее по тексту – «Страхователи»).

1.2. По договору страхования Страховщик обязуется за обусловленную договором страховую премию, уплачиваемую Страхователем, организовать и финансировать в пределах установленной договором страховой суммы предоставление Застрахованному лицу медицинских услуг, предусмотренных программой добровольного медицинского страхования, при наступлении страхового случая в период действия договора страхования.

Программа добровольного медицинского страхования (далее по тексту – «Программа ДМС») является неотъемлемой частью договора страхования.

1.3. Страхователями признаются юридические лица или дееспособные физические лица, заключившие со Страховщиком договоры страхования.

1.4. Страхователи вправе заключать договоры о страховании третьих физических лиц в пользу последних (далее по тексту – «Застрахованные лица»). В случае, если договор страхования заключен Страхователем–физическим лицом в свою пользу, на него распространяются права и обязанности Застрахованного лица, предусмотренные настоящими Правилами.

1.5. Застрахованным лицом по настоящим Правилам может являться любое физическое лицо без ограничения возраста, в отношении которого заключен договор страхования, если условиями договора не предусмотрено иное.

2. ОБЪЕКТ СТРАХОВАНИЯ

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

2.2. По договору страхования Застрахованное лицо имеет право на получение медицинской и лекарственной помощи, предусмотренной договором страхования в медицинских и аптечных организациях, включенных в Программу ДМС и имеющих договор со Страховщиком.

3. СТРАХОВОЙ СЛУЧАЙ

3.1. Страховым случаем является совершившееся событие, предусмотренное договором страхования, с наступлением которого возникает обязанность Страховщика произвести страховую выплату Страхователю, застрахованному лицу, выгодоприобретателю или иным третьим лицам.

3.2. В соответствии с настоящими Правилами страховым случаем является обращение Застрахованного лица в период действия договора страхования в медицинскую или аптечную организацию, определенную договором страхования, при остром заболевании, обострении хронического заболевания, травме, отравлении и других случаях за получением диагностической, консультативной, лечебной, лекарственной, реабилитационно-восстановительной и профилактической помощи в рамках предусмотренных договором страхования Программ ДМС.

3.3. В соответствии с настоящими Правилами не являются страховыми случаями и не покрываются страхованием следующие события, если условиями договора страхования (полиса) не предусмотрено иное:

3.3.1. Получение Застрахованным лицом медицинской и лекарственной помощи в медицинских и аптечных организациях, не предусмотренных договором страхования.

3.3.2. Получение Застрахованным лицом медицинских услуг, не предусмотренных договором страхования.

3.3.3. Получение Застрахованным лицом медицинских услуг в связи с патологическими состояниями и травмами, возникшими или полученными в состоянии или вследствие алкогольного, наркотического, токсического и иного опьянения Застрахованного лица, если это подтверждается документами медицинской организации.

3.3.4. В связи с получением травматического повреждения или иного расстройства здоровья, наступившего в результате или при совершении Застрахованным лицом противоправных действий, если это подтверждается документами компетентных органов.

3.3.5. В связи с умышленным причинением Застрахованным лицом себе телесных повреждений, суицидальными попытками.

3.3.6. Событие, произошедшее после увеличения страхового риска, если о таком увеличении Страхователь (Застрахованное лицо) не сообщил Страховщику в порядке и форме, установленной настоящими Правилами и/или условиями действующего договора страхования.

3.4. Если в период действия договора страхования у Застрахованного лица впервые выявлено заболевание, обращение за медицинской помощью по поводу которого не является страховым событием, Страховщик производит оплату такой медицинской помощи до момента установления окончательного диагноза. В дальнейшем услуги по данному заболеванию не оплачиваются.

4. СТРАХОВОЙ РИСК

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

5. ПОРЯДОК ОПРЕДЕЛЕНИЯ СТРАХОВОЙ СУММЫ

5.1. Страховой суммой (лимитом ответственности Страховщика) является денежная сумма, которая определена в порядке, установленном договором страхования при его заключении, и, исходя из которой, устанавливаются размер страховой премии (страховых взносов) и размер страховой выплаты при наступлении страхового случая. Страховая сумма определяет предельный уровень страховой выплаты по договору страхования.

5.2. Размер страховой суммы исчисляется исходя из перечня и стоимости медицинских услуг, предусмотренных договором страхования, количества Застрахованных лиц, других условий договора страхования и устанавливается по соглашению сторон.

5.3. Страхователь по согласованию со Страховщиком имеет право в течение срока действия договора страхования увеличить размер страховой суммы по договору страхования. В этом случае вносятся соответствующие изменения в договор страхования путем заключения в установленном порядке дополнительного соглашения на срок, оставшийся до окончания действия договора страхования (полиса), и уплате подлежит дополнительная страховая премия (взнос).

5.4. В договоре страхования может быть установлена франшиза, т.е. часть убытков, которая определена договором страхования, 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 или в фиксированном размере:

5.4.1. При условной франшизе Страховщик освобождается от оплаты расходов, связанных с оказанием Застрахованному лицу медицинских и иных услуг, если их размер не превышает размер франшизы, однако возмещает его полностью в случае, если размер убытка превышает размер франшизы.

5.4.2. При безусловной франшизе размер страховой выплаты определяется как разница между размером расходов и размером франшизы.

5.4.3. В договоре страхования также может быть установлена временная франшиза – период времени с момента вступления договора страхования в силу, в течение которого страховые выплаты при возникновении страхового случая или отдельно оговоренных заболеваний (состояний, травм, повреждений) не производятся. Договором страхования могут быть предусмотрены иные виды франшизы.

6. ПОРЯДОК ОПРЕДЕЛЕНИЯ СТРАХОВОГО ТАРИФА

6.1. Страховой тариф представляет собой ставку 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.

6.2. Страховые тарифы устанавливаются отдельно по каждой Программе ДМС.

6.3. К базовым тарифам могут применяться поправочные коэффициенты оценки риска. Оценка страхового риска производится Страховщиком при заключении договора страхования.

7. ПОРЯДОК ОПРЕДЕЛЕНИЯ СТРАХОВОЙ ПРЕМИИ (СТРАХОВЫХ ВЗНОСОВ)

7.1. Страховой премией является плата за страхование, которую Страхователь обязан уплатить Страховщику в порядке и сроки, установленные договором страхования. Страховым взносом считается часть страховой премии.

7.2. Размер страховой премии по договору страхования определяется исходя из страховой суммы и страхового тарифа.

7.3. При существенном изменении условий оказания медицинских услуг в медицинских организациях или существенном изменении их стоимости размер страховой премии и страховой суммы в рамках выбранной Программы ДМС может быть изменен по соглашению сторон, что закрепляется в письменном виде дополнительным соглашением.

7.4. Страховая премия по договору страхования может быть уплачена Страхователем единовременно или в рассрочку в соответствии с условиями договора страхования (полиса).

7.5. Страховая премия может быть уплачена как наличным, так и безналичным путем, самим Страхователем либо любым другим лицом по его поручению (о таком поручении Страхователь обязан проинформировать Страховщика любым доступным способом).

8. ПОРЯДОК ЗАКЛЮЧЕНИЯ, ИСПОЛНЕНИЯ И ПРЕКРАЩЕНИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ

8.1. Основанием для заключения договора страхования является письменное или устное заявления Страхователя, форма которого устанавливается Страховщиком (Приложение № 2 к настоящим Правилам).

8.2. Перед заключением договора страхования Страхователю (лицу, принимаемому на страхование) может быть предложено заполнение медицинской анкеты (Приложение № 4 к настоящим Правилам). Сведения, указанные в заявлении на страхование или в медицинских анкетах, подтверждаются подписью Страхователя (лица, принимаемого на страхование). В случае необходимости для уточнения указанных данных Страховщик вправе потребовать проведения, в том числе, за счет Страхователя предварительного медицинского обследования лиц, принимаемых на страхование и/или предоставления выписки из истории болезни для оценки фактического состояния лиц, принимаемых на страхование. В случае отказа Страхователя (лица, принимаемого на страхование) от заполнения медицинской анкеты и/или прохождения медицинского обследования Страховщик имеет право отказать Страхователю в заключении договора страхования.

8.3. Для заключения договора страхования Страхователь должен представить Страховщику:

8.3.1. Сведения о Страхователе:

- фамилия, имя и отчество (полное наименование юридического лица);
- домашний (юридический, почтовый) адрес, телефон;
- банковские реквизиты (предоставляются только юридическими лицами);
- должность, фамилия, имя, отчество руководителя и реквизиты документа, устанавливающие его полномочия (предоставляются только юридическими лицами).

8.3.2. Сведения о Застрахованных лицах (о каждом, если договор заключается на страхование нескольких лиц, т.е. является коллективным):

- фамилия, имя, отчество;
- дата рождения;
- серия и номер паспорта;
- место жительства (домашний адрес).

8.3.3. Условия страхования, в том числе особые условия, если они имеются:

- выбранная Программа ДМС (Приложения №№ 8–18 к настоящим Правилам);
- размеры страховых сумм на каждое Застрахованное лицо;
- срок действия договора страхования.

8.4. Страховщик вправе не принимать на страхование лиц, которые на момент заключения договора:

- являются ВИЧ–носителями или ВИЧ–инфицированными;
- имеют злокачественные новообразования;
- находятся на стационарном лечении;
- состоят на учете в наркологических, психоневрологических, туберкулезных, кожно-венерологических диспансерах;
- относятся, по мнению экспертов Страховщика, к 3-4 группе медицинского риска (Таблица 4 Приложения № 1 к настоящим Правилам).

8.5. Если после заключения договора страхования будет установлено, что Страхователь сообщил Страховщику заведомо ложные сведения об обстоятельствах, имеющих существенное значение для определения вероятности наступления страхового случая и размера возможных убытков от его наступления, Страховщик вправе потребовать признания договора страхования недействительным и применения последствий, предусмотренных пунктом 2 ст.179 ГК РФ.

8.6. Договор страхования может быть заключен путем составления одного документа (Приложение № 5 к настоящим Правилам) либо вручения Страхователю на основании его письменного или устного заявления страхового полиса, подписанного Страховщиком (Приложение № 6 к настоящим Правилам).

В последнем случае согласие Страхователя заключить договор на предложенных Страховщиком условиях подтверждается принятием от Страховщика (его представителя) страхового полиса.

При заключении коллективного договора страхования индивидуальные полисы добровольного медицинского страхования могут быть вручены представителю Страхователя для последующей раздачи их Застрахованным лицам.

8.7. Условия, содержащиеся в Правилах страхования и не включенные в текст договора страхования (полиса), обязательны для Страхователя (Застрахованного лица), если в договоре (полисе) прямо указывается на применение таких Правил и сами Правила изложены в одном документе с договором (полисом) или на его оборотной стороне, либо приложены к нему. В последнем случае вручение Страхователю (Застрахованному лицу) при заключении договора Правил страхования удостоверяется записью в договоре (полисе).

8.8. При безналичном перечислении договор страхования вступает в силу с момента поступления страховой премии или первой ее части (страхового взноса) на расчетный счет Страховщика, если договором страхования не предусмотрено иное. При уплате страховой премии (страхового взноса) наличными действие договора страхования начинается со дня, следующего за днем уплаты страховой премии или первой ее части, если договором страхования не предусмотрено иное.

8.9. В случае утраты полиса в период действия договора страхования Застрахованное лицо письменно извещает об этом Страховщика, после чего Страховщик выдает дубликат полиса. После выдачи дубликата утраченный полис считается недействительным, страховые выплаты по нему не производятся.

8.10. Договор страхования заключается на срок не менее одного года, если условиями договора страхования (полиса) не предусмотрено иное.

8.11. Договор страхования прекращает действие, и Застрахованное лицо теряет право на получение медицинских услуг по договору страхования в случае:

8.11.1. Истечения срока действия договора страхования.

8.11.2. Выполнения Страховщиком своих обязательств по договору страхования в полном объеме.

8.11.3. Неуплаты Страхователем страховой премии (взносов) в установленные договором сроки.

8.11.4. Смерти Застрахованного лица, только в отношении данного Застрахованного лица (если Застрахованных лиц несколько).

8.11.5. По инициативе Страхователя.

8.11.6. По соглашению сторон.

8.11.7. Наступления форс-мажорных обстоятельств: стихийных (природных), техногенных, экологических и социальных бедствий; забастовок в отрасли или регионе; принятия органами государственной власти правовых актов, повлекших невозможность исполнения договора страхования; других событий и явлений, приведших к значительным материальным потерям и нарушению обычных условий жизнедеятельности сторон.

8.11.8. Смерти Страхователя–физического лица или ликвидации Страхователя–юридического лица, заключившего договор о страховании третьего лица, если Застрахованное лицо или иное лицо в соответствии с действующим законодательством РФ не приняли на себя обязанности Страхователя по уплате страховых взносов по договору страхования.

8.11.9. Ликвидации Страховщика в порядке, установленном действующим законодательством РФ.

8.11.10. Принятия судом решения о признании договора страхования недействительным.

8.12. Во всех случаях досрочного прекращения договора страхования Страхователь обязан вернуть Страховщику страховые полисы, действие которых прекращается одновременно с прекращением действия договора страхования.

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

8.14. В других случаях, предусмотренных действующим законодательством РФ.

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

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

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

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

8.14.2. Договор страхования считается прекратившим свое действие с даты получения Страховщиком письменного заявления Страхователя об отказе от договора страхования.

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

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

8.15. Во всех остальных случаях при отказе Страхователя от договора страхования уплаченная страховая премия в соответствии со ст. 958 Гражданского кодекса Российской Федерации не подлежит возврату, если договором не предусмотрено иное.

8.16. В период действия договора страхования Страхователь (Застрахованное лицо) обязан незамедлительно в письменной форме сообщать Страховщику о ставших ему известными значительных изменениях в обстоятельствах, сообщенных Страховщику при заключении договора, если эти изменения могут существенно повлиять на увеличение страхового риска. Значительными изменениями признаются изменения в обстоятельствах, оговоренных в письменном заявлении, медицинской анкете и/или определенно оговоренные Страховщиком в договоре страхования.

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

Если Страхователь возражает против изменения условий договора страхования или уплаты дополнительной страховой премии, Страховщик вправе потребовать расторжения договора в соответствии с положениями, предусмотренными Главой 29 ГК РФ.

9. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

9.1. В период действия договора страхования Страхователь имеет право:

9.1.1. Проверять соблюдение Страховщиком требований условий договора страхования, в том числе запросить у Страховщика информацию, касающуюся его финансовой устойчивости, не являющейся коммерческой тайной.

9.1.2. Требовать предоставления Застрахованному лицу медицинских услуг, определенных договором страхования и на оговорённых в нём условиях.

В случае не предоставления, не своевременного предоставления, либо предоставления медицинских услуг ненадлежащего объёма, качества или в ненадлежащих условиях либо при наличии иных нарушений в предоставлении медицинской помощи Страхователь (Застрахованный) должен немедленно поставить в известность об этом Страховщика, предоставив соответствующие документы (их копии), подтверждающие обоснованность жалобы. При отсутствии у Страхователя (Застрахованного лица) возможности сообщить об этом Страховщику, информировать Страховщика может любое уполномоченное Страхователем (Застрахованным) лицо.

9.1.3. Увеличить по согласованию со Страховщиком страховую сумму по договору, изменить количество Застрахованных, количество и уровень медицинских организаций путем подписания дополнительного соглашения к договору страхования, уплатив при этом дополнительную страховую премию.

9.2. Страхователь обязан:

9.2.1. Предоставить Страховщику в письменной форме, установленной Страховщиком, сведения, необходимые для заключения договора страхования (п.8.2 настоящих Правил); при необходимости, обеспечить прохождение лицами, в пользу которых заключается договор страхования, медицинского освидетельствования; предоставить иную необходимую информацию, связанную с заключением и действием договора страхования.

9.2.2. Уплачивать страховую премию (взносы) в размерах и в сроки, определенные договором страхования (полисом).

9.2.3. При увеличении страховой суммы или количества Застрахованных лиц оплатить дополнительную страховую премию (взнос).

9.2.4. При заключении индивидуального договора страхования получить страховой полис, расписавшись в нём и на его втором экземпляре. При заключении коллективного договора страхования получить страховые полисы и выдать их Застрахованным лицам. Возвратить Страховщику полисы лиц, исключенных из списка Застрахованных лиц.

9.2.5. Ознакомить Застрахованных лиц с настоящими Правилами, условиями договора страхования и Программ ДМС, а для осуществления взаимодействия со Страховщиком и медицинской организацией и координации действий Застрахованных лиц при возникновении необходимости обращения за медицинской помощью назначить любое лицо (нескольких лиц) из числа своих работников уполномоченным по договору страхования.

9.2.6. Вернуть Страховщику страховые полисы Застрахованных лиц в соответствии с п.8.12 настоящих Правил.

9.2.7. В период действия договора (полиса) незамедлительно сообщать Страховщику о ставших ему известными значительных изменениях в обстоятельствах (факторах риска), сообщенных Страховщику при заключении договора страхования.

9.2.8. Обеспечить сохранность документов и конфиденциальность информации по договору.

9.3. Страховщик имеет право:

9.3.1. Проверять достоверность сообщённых Страхователем сведений, а также выполнение Страхователем и Застрахованным лицом условий договора страхования.

9.3.2. Требовать проведения обязательного медицинского освидетельствования или анкетирования лиц, в отношении которых заключается договор страхования, за счет средств Страхователя, если это предусмотрено договором страхования и/или Программой ДМС.

9.3.3. Самостоятельно устанавливать и исчислять размер страховой премии (взноса, тарифа) по договору страхования.

9.3.4. Потребовать изменения условий договора страхования и уплаты дополнительной страховой премии при получении информации об обстоятельствах, влекущих увеличение страхового риска.

9.3.5. Получать конфиденциальную информацию о состоянии здоровья лица, принимаемого на страхование (сведения, составляющие врачебную тайну, согласно действующему законодательству РФ).

9.3.6. Отказать в оплате медицинских услуг в соответствии с п.п.11.1–11.2 настоящих Правил, а также в иных случаях, предусмотренных договором страхования и действующим законодательством РФ.

9.3.7. Отсрочить решение вопроса об оплате медицинских услуг в случае возбуждения уголовного дела в отношении Застрахованного лица по факту наступления событий, приведших к травматическому повреждению или иному расстройству здоровья Застрахованного лица, до момента принятия соответствующего решения компетентными органами.

9.3.8. Потребовать расторжения договора страхования, если Страхователь возражает против изменения условий договора страхования или уплаты дополнительной страховой премии при увеличении степени риска по договору.

9.4. Страховщик обязан:

9.4.1. Ознакомить Страхователя с Правилами страхования и содержанием предусмотренных договором страхования Программ ДМС.

9.4.2. Вести учет Застрахованных лиц.

9.4.3. Выдать Страхователю или его представителю страховой полис, а в случае его утраты – дубликат, в соответствии с п.8.9 настоящих Правил.

9.4.4. При наступлении страхового случая произвести страховую выплату в порядке, установленном в договоре страхования (полисе), в соответствии с договором на предоставление медицинских услуг по добровольному медицинскому страхованию, заключённым между Страховщиком и медицинской организацией.

9.4.5. Осуществлять контроль за объёмом, сроками и качеством оказания медицинской организацией медицинских услуг Застрахованному лицу.

9.4.6. Обеспечить конфиденциальность в отношениях со Страхователем (Застрахованным лицом) в соответствии с заключёнными договорами и действующим законодательством РФ.

Страховщик несет ответственность за разглашение врачебной тайны его работниками в соответствии с законодательством РФ.

9.4.7. Защищать интересы и права Застрахованных лиц в отношениях с медицинскими организациями в рамках договора страхования, в соответствии с действующим законодательством РФ.

9.5. Застрахованное лицо имеет право:

9.5.1. Воспользоваться правами Страхователя, указанными в п. 9.1.2 настоящих Правил.

9.5.2. Выбирать любую организацию из перечня медицинских организаций, указанных в Программе ДМС, для обращения за медицинской помощью.

9.5.3. Обращаться к Страховщику за разъяснениями по условиям, порядку и особенностям предоставления медицинского обеспечения для получения медицинской помощи.

9.5.4. При возникновении спорных ситуаций в связи с оказанием медицинских услуг обжаловать действия Страховщика в установленном законодательством РФ порядке.

9.5.5. В случае смерти Страхователя – физического лица или ликвидации Страхователя–юридического лица, а также по соглашению между Страхователем и

Страховщиком, выполнять обязанности Страхователя, предусмотренные п. 9.2.2 настоящих Правил.

9.5.6. Получить дубликат полиса в случае его утраты в порядке, предусмотренном п.8.9 настоящих Правил.

9.6. Застрахованное лицо обязано:

9.6.1. Предъявлять полис и документ, удостоверяющий личность, а также другую документацию, предусмотренную договором страхования, при обращении в медицинскую организацию за получением медицинских услуг.

9.6.2. Соблюдать предписания медицинских работников, полученные в ходе предоставления медицинских услуг.

9.6.3. Соблюдать внутренний распорядок, установленный медицинской организацией, в которой Застрахованное лицо получает медицинские услуги.

9.6.4. Пройти предварительное медицинское освидетельствование или анкетирование, если это предусмотрено условиями договора страхования и/или Программой ДМС.

9.6.5. Заботиться о сохранности страховых документов и не передавать их другим лицам с целью получения ими медицинских услуг.

9.7. Договором страхования могут быть предусмотрены также и другие права и обязанности сторон.

10. ПОРЯДОК ОПРЕДЕЛЕНИЯ СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЫ

10.1. Страховой выплатой является денежная сумма, не превышающая страховую сумму, которую Страховщик выплачивает медицинским организациям, указанным в Программе ДМС, за медицинские услуги, оказанные Застрахованным лицам в рамках предусмотренных договором страхования Программ ДМС.

10.2. Страховщик производит оплату медицинских услуг только по тем страховым случаям, которые предусмотрены договором страхования.

10.3. При наступлении страхового случая медицинские услуги Застрахованному лицу оказываются медицинскими организациями при условии предъявления им:

- страхового полиса;
- документа, удостоверяющего личность Застрахованного лица;
- письменного направления Страховщика (Приложение № 7 к настоящим

Правилам), если это предусмотрено договором страхования.

10.4. При необходимости получения медицинских услуг Застрахованное лицо обращается в медицинские организации, включенные в договор страхования, в порядке, оговоренном в Программе ДМС.

10.5. Размер, сроки и порядок осуществления страховых выплат медицинским организациям за медицинские услуги, оказанные Застрахованным лицам по договору страхования, определяются в соответствии с договором на предоставление медицинских услуг по добровольному медицинскому страхованию между Страховщиком и медицинской организацией.

10.6. Страховщик оплачивает медицинские услуги на основании счетов, представленных ему медицинскими организациями по предварительно согласованному прейскуранту в порядке и на условиях, установленных договором между ними.

10.7. Общая сумма выплат в связи с одним или несколькими страховыми событиями, наступившими в период действия договора страхования, не может превышать страховую сумму (лимит ответственности Страховщика) на данное Застрахованное лицо и в целом по договору.

10.8. Страховая выплата может осуществляться Страховщиком в пределах страховой суммы непосредственно Застрахованному лицу на основании письменного заявления, документа, подтверждающего оплату произведенных затрат на медицинские

услуги и лекарственные средства, выписки из медицинской документации, подтверждающей факт обращения Застрахованного лица в медицинскую организацию и оказание ему медицинских услуг.

11. СЛУЧАИ ОТКАЗА В СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЕ

11.1. В соответствии с п.1 ст.964 ГК РФ Страховщик на законных основаниях освобождается от страховой выплаты, если страховой случай наступил вследствие:

- а) воздействия ядерного взрыва, радиации или радиоактивного заражения;
- б) военных действий, а также маневров или иных военных мероприятий;
- в) гражданской войны, народных волнений всякого рода и забастовок.

11.2. В соответствии с настоящими Правилами Страховщик вправе отказать в страховой выплате, если:

- а) страховой случай наступил в период действия временной франшизы, установленной договором страхования;
- б) требование страховой выплаты предъявлено по событиям, которые не являются страховыми в соответствии с п.3.3 настоящих Правил.

12. ПЕРСОНАЛЬНЫЕ ДАННЫЕ

12.1. Заключая договор страхования на основании настоящих Правил, Страхователь - физическое лицо подтверждает свое согласие на обработку (включая все действия, перечисленные в ст.3 Федерального закона от 27.07.2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных») своих персональных данных, включая данные, указанные в заявлении на страхование, договоре (полисе) страхования и иных документах, представленных при заключении договора (полиса) страхования, в целях надлежащего исполнения договора страхования и организации оказания страховых услуг, включая урегулирование убытков и осуществление страховых выплат.

Согласие на обработку персональных данных с использованием средств автоматизации и без использования таких средств действительно в течение срока действия договора (полиса) страхования и в течение 5 (Пяти) лет после окончания действия договора (полиса) страхования.

Согласие на обработку персональных данных может быть отозвано посредством направления соответствующего письменного уведомления в адрес Страховщика.

12.2. Заключая договор страхования на основании настоящих Правил, Страхователь - юридическое лицо принимает на себя ответственность за предоставление согласий Застрахованных лиц на обработку их персональных данных.

Страхователь - юридическое лицо обязуется уведомить Застрахованных лиц об осуществлении обработки их персональных данных Страховщиком.

12.3. Заключая договор страхования на основании настоящих Правил, Страхователь подтверждает согласие на информирование о других продуктах и услугах Страховщика, а также об условиях продления правоотношений со Страховщиком, путем прямых контактов с помощью средств связи.

13. ИНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ

13.1. Отдельные положения настоящих Правил могут быть изменены или дополнены по взаимному соглашению сторон, с обязательным внесением изменений или дополнений в договор страхования. Соглашение об изменении договора страхования совершается в письменной форме.

13.2. Согласованные положения договора страхования имеют преимущественное значение по сравнению с положениями настоящих Правил.

13.3. Не оговоренные настоящими Правилами условия регламентируются соответствующими статьями Гражданского кодекса РФ, законодательства РФ о страховании, иными действующими законодательными и нормативными правовыми документами, положениями договора страхования и договора на предоставление медицинских услуг по добровольному медицинскому страхованию с медицинской организацией.

13.4. Все споры по договору страхования до обращения в суд подлежат обязательному рассмотрению в претензионном порядке.

Претензия предъявляется в письменной форме с указанием контактных данных (почтовый и/или электронный адреса, телефон) заявителя и приложением документов, подтверждающих ее обоснованность. Претензия подлежит рассмотрению в течение 30 рабочих дней со дня ее получения.

Иск в суд может быть предъявлен в случае полного или частичного отказа в удовлетворении претензии либо неполучения ответа на претензию в тридцатидневный срок.

13.5. Во всем остальном, не предусмотренном настоящими Правилами, Страховщик руководствуется действующим законодательством РФ.

Приложение № 1

к Комбинированным Правилам добровольного медицинского страхования

РАЗМЕР ТАРИФНЫХ СТАВОК

Программы ДМС	Базовая тарифная ставка (%)
№ 1 «Стационар»	11,8
№ 2 «Стационар плюс»	28,9
№ 3 «Поликлиника»	24,4
№ 4 «Поликлиника плюс»	37,8
№ 5 «Комплексная коллективная»	34,1
№ 6 «Комплексная коллективная плюс»	54,5
№ 7 «Стоматологическая помощь - ЭКОНОМ»	28,4
№ 8 «Стоматологическая помощь - ЭЛИТ»	43,6
№ 9 «Комплексная стоматология»	58,4
№ 10 «Профилактика, диагностика и лечение клещевых инфекций»	0,2
№ 11 «Реабилитационно-восстановительное лечение»	45,2

Базовые тарифные ставки по Программам ДМС могут увеличиваться или уменьшаться путем последовательного умножения на поправочные коэффициенты оценки риска, определяемые по каждому Застрахованному лицу в соответствии с Таблицами 1–6.

Таблица 1. Значения коэффициентов риска (Кк) в зависимости от срока действия договора страхования:

Срок страхования (полных месяцев)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Значение Кк	0,30	0,30	0,40	0,50	0,60	0,70	0,75	0,80	0,85	0,90	0,95	1,0

При этом неполный месяц действия договора считается за полный.

Таблица 2. Значения коэффициентов риска (Кр) в зависимости от численности Застрахованных лиц при коллективном страховании:

Численность Застрахованных лиц	Значение Кр
До 100 человек	1,5
101–200 человек	1,2
201– 500 человек	1
501–1000 человек	0,95
Свыше 1 000 человек	0,9

Таблица 3. Значение коэффициентов риска (Ко) в зависимости от опасности производства:

Степень опасности производства	Значение Ко
Повышенная	1,2
Умеренная	1,0
Низкая	0,7

Таблица 4. Значения коэффициентов риска (Кгз) в зависимости от состояния здоровья Застрахованных лиц:

Группа здоровья	Застрахованные лица	Значение Кгз
0 группа	Здоровые лица (18 – 40 лет, без отягощенной наследственности, без вредных привычек, не работающие на производстве с вредными условиями труда).	0,7
1 группа	Практически здоровые лица (20 – 45 лет, без отягощенной наследственности, имеющие в анамнезе простудные заболевания, травмы, аппендицит, грыжу, с умеренной выраженностью вредных привычек, не работающие на производстве с особо вредными условиями труда), у которых при обследовании впервые выявлено острое или хроническое заболевание легкого течения, требующее консервативного лечения.	1,0
2 группа	Лица с повышенным риском наступления осложнения имеющегося заболевания или его неблагоприятного течения (20 – 50 лет, с отягощенной наследственностью по диабету, онкологическим, сердечно-сосудистым, почечным и психическим заболеваниям, перенесшие черепно-мозговые травмы, злоупотребляющие алкоголем и курением, работающие на производстве с особо вредными условиями труда), у которых имеется острое или хроническое заболевание с рецидивирующим течением, не требующее хирургического лечения. Дети от 6 до 17 лет и лица от 51 до 59 лет.	1,5
3 группа	Больные с рецидивирующими (не менее 2 раз в год) или осложненными заболеваниями (лица трудоспособного возраста, с тяжелыми заболеваниями в анамнезе, злоупотребляющие алкоголем, транквилизаторами, снотворными средствами, работающие на производстве с особо вредными условиями труда), течение которых носит взаимоотноотягощающий характер, а обследование требует сложных, но неинвазивных методов, и не требующие хирургического лечения. Дети от 0 до 5 лет и лица старше 60 лет.	2,0
4 группа	Больные с травмами, тяжелыми острыми или хроническими заболеваниями, требующими сложных, опасных, инвазивных методов обследования или хирургического лечения.	3,5

Таблица 5. Значения коэффициентов риска (Кп), учитывающих вероятность

развития профессиональных заболеваний у Застрахованных лиц:

Вероятность развития профессиональных заболеваний	Значение Кп
Допустимая	1,1
Умеренная	1,0
Незначительная	0,8

Таблица 6. Значения коэффициентов риска (Кт) в зависимости от территориального расположения медицинских организаций:

Расположение медицинских организаций	Значение Кт
В пределах одного района города	0,85
В пределах города	1,0
В пределах области	1,3

Приложение № 2
к Комбинированным Правилам добровольного медицинского страхования

ОБРАЗЕЦ

(В образец заявления могут быть внесены изменения,
не противоречащие Правилам и действующему законодательству РФ)

В АО «СК «Астро-Волга»

Страхователь	
Адрес	
Р/счет	
Телефон	
Факс	
Ответственное лицо	

ЗАЯВЛЕНИЕ
на страхование по добровольному медицинскому страхованию

Просим заключить договор добровольного медицинского страхования (далее – «ДМС»), исходя из следующих данных:

1. Объем медицинских услуг, предоставляемый Застрахованным лицам, определяется следующими Программами ДМС:

- Программа ДМС № ____ « _____ »;
- Программа ДМС № ____ « _____ ».

2. Численность Застрахованных лиц согласно прилагаемому списку составляет:

- по Программе ДМС № ____ « _____ » – ____ человек;
- по Программе ДМС № ____ « _____ » – ____ человек.

3. Страховая сумма на одно (каждое) Застрахованное лицо указана в списке Застрахованных лиц.

4. Срок страхования: 1 (Один) год.

Руководитель _____ (_____)

Главный бухгалтер _____ (_____)

М.П.

Дата « ____ » _____ 20 ____ г.

Приложение № 4

к Комбинированным Правилам добровольного медицинского страхования

ОБРАЗЕЦ

(В образец анкеты могут быть внесены изменения,
не противоречащие Правилам и действующему законодательству РФ)

АНКЕТА
на добровольное медицинское страхование
является неотъемлемой частью договора страхования (полиса)

В связи с заключением договора добровольного медицинского страхования сообщая следующее:

Сведения о Страхователе:	
Страхователь _____	(фамилия, имя, отчество)
Адрес: индекс _____ г. _____ ул. _____ д. _____ кв. _____	
Паспорт: серия _____ № _____ дата выдачи _____ Дата рождения _____	
Место работы _____	
Телефон: мобильный _____ домашний _____ E-mail _____	

Сведения о лице, принимаемом на страхование (Застрахованном лице):	
Ф.И.О. _____	(фамилия, имя, отчество)
Фактический адрес проживания: индекс _____ г. _____ ул. _____ д. _____ кв. _____	
Дата рождения _____ Полных лет _____ Пол _____	
Паспорт (свидетельство о рождении): серия _____ № _____ дата выдачи _____	
Гражданство _____	
Телефон: мобильный _____ домашний _____ E-mail _____	
Степень родства со Страхователем _____	
Место работы или учебы _____	

Следующая часть анкеты заполняется с целью получения исчерпывающей информации о Застрахованном лице, рисках, связанных с его здоровьем и деятельностью. Если на какой-либо вопрос не получен ответ, анкета считается не заполненной. Страховщик несет ответственность за абсолютную конфиденциальность сообщенной в данной анкете информации.

Сведения о состоянии здоровья:	
1. Ваш рост _____ см	вес _____ кг
2. Ваше обычное артериальное давление (мм.рт.ст)	верхнее _____ нижнее _____
3. Курите ли Вы? <input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет	Среднее количество выкуриваемых сигарет в день _____ шт.

4. Употребляете ли Вы спиртные напитки? да нет
 Если да, то как часто и в примерно каком количестве _____

5. Употребляете ли Вы наркотические вещества? да нет
 Если да, то какие _____

6. Связан ли ваш род деятельности с воздействием вредных и опасных производственных факторов? да нет
 Если да, то укажите каких _____

7. Имеются ли у Вас хронические заболевания? да нет
 Если да, то укажите какие _____

8. Состоите ли Вы на диспансерном учете? да нет
 Если да, то укажите по поводу какого заболевания _____

9. Имеете ли Вы или в прошлом имели группу инвалидности? да нет
 Если да, то какую и по поводу какого заболевания _____

10. Находились ли Вы на стационарном лечении в течение последних пяти лет? да нет
 Если да, то:
 сколько раз _____
 дата последней госпитализации _____
 название стационара _____
 диагноз _____

11. Планируется ли у Вас стационарное лечение в ближайшие 3 месяца? да нет
 Если да, то какую и по поводу какого заболевания _____

12. Имелись ли у Вас или имеются какие либо расстройства со стороны:

12.1. Нервной системы:

а) расстройства слуха, речи, зрения да нет
 Если да, то какие _____

б) снижение кожной чувствительности да нет
 Если да, то какая _____

в) ослабление или полная потеря движений в конечностях (временное или постоянное) зрения да нет
 Если да, то какая _____

г) эпизоды судорог зрения да нет
 Если да, то какие _____

12.2. Сердечно-сосудистой системы:

а) повышение артериального давления да нет
 Если да, то какое _____

б) боли, чувства давления и дискомфорта в грудной клетке да нет
 Если да, то какие _____

в) учащенное сердцебиение, перебои да нет
 Если да, то какие _____

г) изменения на ЭКГ по заключению врача да нет
 Если да, то какие _____

12.3. Органов дыхания:

а) кашель да нет

б) одышка да нет

в) приступы удушья да нет

г) изменения при рентгенологическом исследовании органов дыхания да нет
 Если да, то какие _____

12.4. Аллергические заболевания:	<input type="checkbox"/> да	<input type="checkbox"/> нет
Если да, то какие _____		
12.5. Эндокринные заболевания:	<input type="checkbox"/> да	<input type="checkbox"/> нет
Если да, то какие _____		
12.6. Психические расстройства:	<input type="checkbox"/> да	<input type="checkbox"/> нет
Если да, то какие _____		
12.7. Заболевания позвоночника, костей, суставов:	<input type="checkbox"/> да	<input type="checkbox"/> нет
Если да, то какие _____		
13. Имеете ли Вы стелы, протезы, импланты, металлоконструкции, водители ритма и т.п.?	<input type="checkbox"/> да	<input type="checkbox"/> нет
Если да, то какие _____		
14. Обеспокоены ли состоянием Вашего здоровья в настоящее время?	<input type="checkbox"/> да	<input type="checkbox"/> нет
Если да, то что особенно Вас беспокоит? _____		

При выявлении хронического заболевания, имеющего существенное значение для определения вероятности наступления страхового случая, не отмеченного в анкете, но существовавшего до момента её заполнения и известного клиенту, Страховщик оставляет за собой право изменить условия договора страхования или расторгнуть его.

Если при анализе медицинской анкеты у врача-эксперта возникнут вопросы о состоянии Вашего здоровья, то, при согласии с Вашей стороны, Вам может быть предложено за Ваш счет пройти медицинское обследование в одной из медицинских организаций, сотрудничающих со Страховщиком. В противном случае Вам может быть отказано в заключении договора добровольного медицинского страхования.

«Я проинформирован и согласен с тем, что в случае предоставления мною в медицинской анкете неверной информации или сокрытия известных мне данных о состоянии моего здоровья, Страховщик вправе отказать мне в страховании, изменить условия уже заключенного договора добровольного медицинского страхования, или расторгнуть его.

Подпись Застрахованного лица _____

Дата заполнения анкеты « ____ » _____ 20 ____ г.

Разрешение (поручение) Страхователя (Застрахованного):

Я, _____ настоящим
(Ф.И.О.)

разрешаю любой медицинской организации или любому врачу, имеющих какую-либо информацию о факте обращения мною в медицинскую организацию, состоянии моего здоровья, диагнозе, проведенном лечении сообщить эту информацию в АО «СК «Астро-Волга».

Подпись Застрахованного лица _____

Дата « ____ » _____ 20 ____ г.

По итогам анализа анкеты клиенту _____

1. введен коэффициент _____ к стандартному тарифу;
2. в добровольном медицинском страховании отказано, не отказано (нужное подчеркнуть).

Заключение эксперта _____

_____ Подпись

Дата « ____ » _____ 20 ____ г.

Приложение № 5

к Комбинированным Правилам добровольного медицинского страхования

ОБРАЗЕЦ

(В образец договора могут быть внесены изменения,
не противоречащие Правилам и действующему законодательству РФ)

ДОГОВОР № _____
добровольного медицинского страхования

г. _____ « ____ » _____ 20 ____ г.

Акционерное Общество «Страховая Компания «Астро-Волга» (далее – «Страховщик»), в лице _____, действующего на основании _____, с одной стороны, и _____ (далее – «Страхователь»), в лице _____, действующего на основании _____, с другой стороны, при совместном упоминании именуемые в дальнейшем Стороны, заключили настоящий договор о нижеследующем:

1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

1.1. Страховщик, в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации и «Комбинированными Правилами добровольного медицинского страхования» № 2330 (далее по тексту – «Правила»), на основании лицензии СЛ № 2619, выданной Банком России, обязуется при наступлении страхового случая организовать и финансировать в пределах установленной страховой суммы предоставление Застрахованному лицу медицинских услуг в рамках Программ ДМС, указанных в п.2.1 настоящего договора, а Страхователь обязуется уплатить страховую премию (страховые взносы) в установленные настоящим договором сроки и в соответствующем размере.

1.2. Объектом страхования по настоящему договору являются имущественные интересы Застрахованных лиц, связанные с оплатой организации и оказания медицинской и лекарственной помощи (медицинских услуг) и иных услуг вследствие расстройства здоровья или состояния, требующих организации и оказания таких услуг, а также проведения профилактических мероприятий, снижающих степень опасных для жизни или здоровья угроз и (или) устраняющих их (медицинское страхование) на основе Программ ДМС, указанных в п.2.1 настоящего договора.

1.3. Страховым случаем является обращение Застрахованного лица в период действия настоящего договора страхования в медицинскую или аптечную организацию из числа предусмотренных п.2.2 настоящего договора страхования при остром заболевании, обострении хронического заболевания, травме, отравлении и других случаях за получением диагностической, консультативной, лечебной, лекарственной, реабилитационно-восстановительной и профилактической помощи, предусмотренной Программами ДМС, указанными в п.2.1 настоящего договора.

2. УСЛОВИЯ СТРАХОВАНИЯ

2.1. Объем медицинских услуг, предоставляемый Застрахованным лицам в соответствии с настоящим договором, определяется следующими Программами ДМС, являющимися неотъемлемой частью настоящего договора страхования:

- Программа ДМС № ____ « _____ » (Приложение № 1-а к настоящему договору);
- Программа ДМС № ____ « _____ » (Приложение № 1-б к настоящему договору).

2.2. Предусмотренные Программами ДМС медицинские услуги предоставляются медицинскими организациями, указанными в предусмотренных настоящим договором Программах ДМС.

2.3. Оплата медицинских услуг в других медицинских организациях производится только с письменного, документально оформленного согласия Страховщика.

2.4. Численность Застрахованных лиц согласно списку, прилагаемому к заявлению Страхователя на страхование, составляет:

- по Программе ДМС № ____ « _____ » – ____ человек;
- по Программе ДМС № ____ « _____ » – ____ человек.

Список Застрахованных лиц с указанием фамилии, имени, отчества, даты рождения, серии и номера паспорта, места жительства и страховой суммы, является неотъемлемой частью настоящего договора (Приложение № 2 к настоящему договору). Возраст Застрахованных лиц не ограничен.

2.5. Страховые суммы (лимиты ответственности Страховщика) на одно (каждое) Застрахованное лицо указаны в списке Застрахованных лиц.

2.6. Страховые суммы, размеры страховых тарифов, суммы страховых премий по программам ДМС и в целом по договору страхования составляют:

Программа ДМС	Страховая сумма, руб.	Тариф, %	Страховая премия, руб.
№ ____ « _____ »			
№ ____ « _____ »			
ИТОГО по договору:			

Сумма страховой премии по договору (прописью): _____ руб.

2.7. Порядок уплаты страховой премии: _____

(безналично/наличными; единовременно/в рассрочку – при рассрочке указать сроки внесения платежей)

2.8. Настоящий договор страхования заключается сроком на один год и вступает в силу с « ____ » _____ 20__ г. при условии поступления страховой премии (первого взноса страховой премии при уплате в рассрочку) на расчетный счет Страховщика в соответствии с п.2.7 настоящего договора. В случае неисполнения настоящего условия договор страхования вступает в силу с момента поступления страховой премии (первого взноса страховой премии при уплате в рассрочку) на расчётный счёт (по отметке банка на платежном поручении).

2.9. После вступления договора в силу и предоставления списков Застрахованных лиц Страховщик в пятидневный срок выдает представителю Страхователя индивидуальные полисы добровольного медицинского страхования для последующей раздачи их Застрахованным лицам.

2.10. На вновь принятых работников Страхователь предоставляет дополнительные списки и единовременно оплачивает за них дополнительную страховую премию.

3. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

3.1. В период действия договора страхования Страхователь имеет право:

3.1.1. Проверять соблюдение Страховщиком требований условий договора страхования, в том числе запросить у Страховщика информацию, касающуюся его финансовой устойчивости, не являющейся конфиденциальной информацией.

3.1.2. Требовать предоставления Застрахованному лицу медицинских услуг, определённых настоящим договором страхования и на оговорённых в нём условиях.

В случае не предоставления, несвоевременного предоставления, либо предоставления медицинских услуг ненадлежащего объёма, качества или в ненадлежащих условиях либо при наличии иных нарушений в предоставлении медицинской помощи Страхователь (Застрахованный) должен немедленно поставить в известность об этом Страховщика, предоставив соответствующие документы (их копии), подтверждающие обоснованность жалобы. При отсутствии у Страхователя (Застрахованного лица) возможности сообщить об этом Страховщику, информировать Страховщика может любое уполномоченное Страхователем (Застрахованным) лицо.

3.1.3. Заменить Застрахованное лицо (без увеличения числа Застрахованных лиц), предоставив Страховщику сведения об исключаемых из списка Застрахованных лиц и включаемых в него, в установленном законодательством РФ порядке.

Страховые полисы исключаемых из списка Застрахованных лиц возвращаются Страховщику.

3.1.4. Увеличить по согласованию со Страховщиком страховую сумму по договору, изменить количество Застрахованных, количество и уровень медицинских организаций путем подписания дополнительного соглашения к договору страхования, уплатив при этом дополнительную страховую премию.

3.2. Страхователь обязан:

3.2.1. Предоставить Страховщику в установленной Страховщиком письменной форме сведения, необходимые для заключения договора страхования (п.8.2 Правил); при необходимости, обеспечить прохождение лицами, в пользу которых заключается договор страхования, медицинского освидетельствования; предоставить иную необходимую информацию, связанную с заключением и действием договора страхования.

3.2.2. Уплачивать страховую премию (взносы) в размерах и в сроки, определенные настоящим договором страхования.

3.2.3. При увеличении страховой суммы или количества Застрахованных лиц оплатить дополнительную страховую премию (взнос).

3.2.4. При заключении индивидуального договора страхования получить страховой полис, расписавшись в нём и на его втором экземпляре. При заключении коллективного договора страхования получить страховые полисы и выдать их Застрахованным лицам. Возвратить Страховщику полисы лиц, исключённых из списка Застрахованных лиц.

3.2.5. Ознакомить Застрахованных лиц с Правилами, условиями договора страхования и Программ ДМС, а для осуществления взаимодействия со Страховщиком и медицинской организацией и координации действий Застрахованных лиц при возникновении необходимости обращения за медицинской помощью

назначить любое лицо (нескольких лиц) из числа своих работников уполномоченным по договору страхования.

3.2.6. Вернуть Страховщику страховые полисы Застрахованных лиц в соответствии с п.8.12 Правил.

3.2.7. В период действия договора незамедлительно сообщать Страховщику о ставших ему известными значительных изменениях в обстоятельствах (факторах риска), сообщенных Страховщику при заключении договора страхования.

3.2.8. Обеспечить сохранность документов и конфиденциальность информации по договору.

3.3. Страховщик имеет право:

3.3.1. Проверять достоверность сообщённых Страхователем сведений, а также выполнение Страхователем и Застрахованным лицом условий договора страхования.

3.3.2. Требовать проведения обязательного медицинского освидетельствования или анкетирования лиц, в отношении которых заключается договор страхования, за счет средств Страхователя, если это предусмотрено договором страхования и/или Программой ДМС.

3.3.3. Самостоятельно устанавливать и исчислять размер страховой премии (взноса, тарифа) по договору страхования.

3.3.4. Потребовать изменения условий договора страхования и уплаты дополнительной страховой премии при получении информации об обстоятельствах, влекущих увеличение страхового риска и ожидаемых выплат в целом по договору.

3.3.5. Получать конфиденциальную информацию о состоянии здоровья лица, принимаемого на страхование (сведения, составляющие врачебную тайну, согласно действующему законодательству РФ).

3.3.6. Отказать в оплате медицинских услуг в соответствии с Разделом 6 настоящего договора, а также в иных случаях, предусмотренных договором страхования и действующим законодательством РФ.

3.3.7. Отсрочить решение вопроса об оплате медицинских услуг в случае возбуждения уголовного дела в отношении Застрахованного лица по факту наступления событий, приведших к травматическому повреждению или иному расстройству здоровья Застрахованного лица, до момента принятия соответствующего решения компетентными органами.

3.3.8. Потребовать расторжения договора страхования, если Страхователь возражает против изменения условий договора страхования или уплаты дополнительной страховой премии при увеличении степени риска по договору.

3.4. Страховщик обязан:

3.4.1. Ознакомить Страхователя с Правилами и содержанием предусмотренных договором страхования Программ ДМС.

3.4.2. Вести учет Застрахованных лиц.

3.4.3. Выдать Страхователю или его представителю страховой полис, а в случае его утраты – дубликат, в соответствии с п.8.9 Правил.

3.4.4. При наступлении страхового случая произвести страховую выплату в порядке, установленном в договоре страхования, в соответствии с договором на предоставление медицинских услуг по добровольному медицинскому страхованию, заключённым между Страховщиком и медицинской организацией.

3.4.5. Осуществлять контроль за объёмом, сроками и качеством оказания медицинской организацией медицинских услуг Застрахованному лицу.

3.4.6. Обеспечить конфиденциальность в отношениях со Страхователем (Застрахованным лицом) в соответствии с заключёнными договорами и действующим законодательством РФ.

Страховщик несет ответственность за разглашение врачебной тайны его работниками в соответствии с законодательством РФ.

3.4.7. Защищать интересы и права Застрахованных лиц в отношениях с медицинскими организациями в рамках договора страхования, в соответствии с действующим законодательством РФ.

3.5. Застрахованное лицо имеет право:

3.5.1. Воспользоваться правами Страхователя, указанными в п.3.1.2 настоящего договора.

3.5.2. Выбирать любую организацию из перечня медицинских организаций, указанных в Программе ДМС, для обращения за медицинской помощью.

3.5.3. Обращаться к Страховщику за разъяснениями по условиям, порядку и особенностям предоставления медицинского обеспечения для получения медицинской помощи.

3.5.4. При возникновении спорных ситуаций в связи с оказанием медицинских услуг обжаловать действия Страховщика в установленном законодательством РФ порядке.

3.5.5. В случае смерти Страхователя–физического лица или ликвидации Страхователя–юридического лица, а также по соглашению между Страхователем и Страховщиком, выполнять обязанности Страхователя, предусмотренные п.3.2.2 настоящего договора.

3.5.6. Получить дубликат полиса в случае его утраты в порядке, предусмотренном п.8.9 Правил.

3.6. Застрахованное лицо обязано:

3.6.1. Предъявлять полис и документ, удостоверяющий личность, а также другую документацию, предусмотренную договором страхования, при обращении в медицинскую организацию за получением медицинских услуг.

3.6.2. Соблюдать предписания медицинских работников, полученные в ходе предоставления медицинских услуг.

3.6.3. Соблюдать внутренний распорядок, установленный медицинской организацией, в которой Застрахованное лицо получает медицинские услуги.

3.6.4. Пройти предварительное медицинское освидетельствование или анкетирование, если это предусмотрено условиями договора страхования и/или Программой ДМС.

3.6.5. Заботиться о сохранности страховых документов и не передавать их другим лицам с целью получения ими медицинских услуг.

4. ПОРЯДОК ПРЕКРАЩЕНИЯ ДОГОВОРА СТРАХОВАНИЯ

4.1. Договор страхования прекращает действие, и Застрахованное лицо теряет право на получение медицинских услуг по договору страхования в случае:

4.1.1. Истечения срока действия договора страхования.

4.1.2. Выполнения Страховщиком своих обязательств по договору страхования в полном объеме.

4.1.3. Неуплаты Страхователем страховой премии (взносов) в установленные договором сроки.

4.1.4. Смерти Застрахованного лица, только в отношении данного Застрахованного лица (если Застрахованных лиц несколько).

4.1.5. По инициативе Страхователя.

4.1.6. По соглашению сторон.

4.1.7. Наступления форс-мажорных обстоятельств: стихийных (природных), техногенных, экологических и социальных бедствий; забастовок в отрасли или регионе; принятия органами государственной власти правовых актов, повлекших невозможность исполнения договора страхования; других событий и явлений, приведших к значительным материальным потерям и нарушению обычных условий жизнедеятельности сторон.

4.1.8. Смерти Страхователя–физического лица или ликвидации Страхователя–юридического лица, заключившего договор о страховании третьего лица, если Застрахованное лицо или иное лицо в соответствии с действующим законодательством РФ не приняли на себя обязанности Страхователя по уплате страховых взносов по договору страхования.

4.1.9. Ликвидации Страховщика в порядке, установленном действующим законодательством РФ.

4.1.10. Принятия судом решения о признании договора страхования недействительным.

4.2. Во всех случаях досрочного прекращения договора страхования Страхователь обязан вернуть Страховщику страховые полисы, действие которых прекращается одновременно с прекращением действия договора страхования.

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

4.4. В других случаях, предусмотренных действующим законодательством РФ.

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

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

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

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

4.4.2. Договор страхования считается прекратившим свое действие с даты получения Страховщиком письменного заявления Страхователя об отказе от договора страхования.

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

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

4.5. Во всех остальных случаях при отказе Страхователя от договора страхования уплаченная страховая премия в соответствии со ст. 958 Гражданского кодекса Российской Федерации не подлежит возврату, если договором не предусмотрено иное.

4.6. В период действия договора страхования Страхователь (Застрахованное лицо) обязан незамедлительно в письменной форме сообщать Страховщику о ставших ему известными значительных изменениях в обстоятельствах, сообщенных Страховщику при заключении договора, если эти изменения могут существенно повлиять на увеличение страхового риска. Значительными изменениями признаются изменения в обстоятельствах, оговоренных в письменном заявлении, медицинской анкете и/или определенно оговоренные Страховщиком в договоре страхования.

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

Если Страхователь возражает против изменения условий договора страхования или уплаты дополнительной страховой премии, Страховщик вправе потребовать расторжения договора в соответствии с положениями, предусмотренными Главой 29 ГК РФ.

4.7. При реорганизации Страхователя его права и обязанности по договору страхования переходят к согласия Страховщика к соответствующему правопреемнику в порядке, определяемом действующим законодательством РФ.

4.8. Действие индивидуальных полисов добровольного медицинского страхования, выданных в соответствии с настоящим договором, прекращается одновременно с прекращением действия договора.

5. ПОРЯДОК ОПРЕДЕЛЕНИЯ СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЫ.

5.1. Страховой выплатой является денежная сумма, не превышающая страховую сумму, которую Страховщик выплачивает медицинским организациям, указанным в Программе ДМС, за медицинские услуги, оказанные Застрахованным лицам в рамках предусмотренных настоящим договором страхования Программ ДМС.

5.2. Страховщик производит оплату медицинских услуг только по тем страховым случаям, которые предусмотрены договором страхования.

5.3. При наступлении страхового случая медицинские услуги Застрахованному лицу оказываются медицинскими организациями при условии предъявления им:

- страхового полиса;
- документа, удостоверяющего личность Застрахованного лица;
- письменного направления Страховщика (Приложение № 3 к настоящему договору).

5.4. При необходимости получения медицинских услуг Застрахованное лицо обращается в медицинские организации, включенные в договор страхования, в порядке, оговоренном в Программе ДМС.

5.5. Размер, сроки и порядок осуществления страховых выплат медицинским организациям за медицинские услуги, оказанные Застрахованным лицам по договору страхования, определяются в соответствии с договором на предоставление медицинских услуг по добровольному медицинскому страхованию между Страховщиком и медицинской организацией.

5.6. Страховщик оплачивает медицинские услуги на основании счетов, представленных ему медицинскими организациями по предварительно согласованному прейскуранту в порядке и на условиях, установленных договором между ними.

5.7. Общая сумма выплат в связи с одним или несколькими страховыми событиями, наступившими в период действия договора страхования, не может превышать страховую сумму (лимит ответственности Страховщика) на данное Застрахованное лицо и в целом по договору.

5.8. Страховая выплата может осуществляться Страховщиком в пределах страховой суммы непосредственно Застрахованному лицу на основании письменного заявления, документа, подтверждающего оплату произведенных затрат на медицинские услуги и лекарственные средства, выписки из медицинской документации, подтверждающей факт обращения Застрахованного лица в медицинскую организацию и оказание ему медицинских услуг.

6. СЛУЧАИ ОТКАЗА В СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЕ

6.1. В соответствии с п.1 ст.964 ГК РФ Страховщик на законных основаниях освобождается от страховой выплаты, если страховой случай наступил вследствие:

- а) воздействия ядерного взрыва, радиации или радиоактивного заражения;
- б) военных действий, а также маневров или иных военных мероприятий;
- в) гражданской войны, народных волнений всякого рода и забастовок.

6.2. В соответствии с настоящим договором Страховщик вправе отказать в страховой выплате, если:

- а) страховой случай наступил в период действия временной франшизы, установленной договором страхования;
- б) требование страховой выплаты предъявлено по событиям, которые не являются страховыми в соответствии с п.3.3 Правил.

7. ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ УСЛОВИЯ

7.1. Представителем Страхователя для координации взаимоотношений по настоящему договору с правом получения индивидуальных полисов добровольного медицинского страхования, Правил, Программ ДМС и другой страховой документации для дальнейшей передачи их Застрахованным лицам является уполномоченное лицо:

(должность, фамилия, имя, отчество, контактный телефон)

7.2. Правила вручены Страхователю при заключении настоящего договора, Страхователь с ними ознакомлен и обязуется их выполнять. Условия, содержащиеся в Правилах, но не включенные в текст договора страхования, обязательны для Страхователя (Застрахованного лица).

7.3. Все изменения и дополнения к настоящему договору оформляются письменными дополнительными соглашениями, которые являются неотъемлемой частью настоящего договора.

7.4. Все споры по договору страхования до обращения в суд подлежат обязательному рассмотрению в претензионном порядке.

Претензия предъявляется в письменной форме с указанием контактных данных (почтовый и/или электронный адреса, телефон) заявителя и приложением документов, подтверждающих ее обоснованность. Претензия подлежит рассмотрению в течение 30 рабочих дней со дня ее получения.

Иск в суд может быть предъявлен в случае полного или частичного отказа в удовлетворении претензии либо неполучения ответа на претензию в тридцатидневный срок.

7.5. Во всем остальном, не предусмотренном настоящим договором и Правилами, стороны руководствуются действующим законодательством РФ.

7.6. К настоящему договору прилагаются и являются его неотъемлемой частью:

- Программа ДМС № _____ « _____ » (Приложение № 1-а);
- Программа ДМС № _____ « _____ » (Приложение № 1-б);
- Список Застрахованных лиц (Приложение № 2);
- письменное направление Страховщика (Приложение № 3).

Настоящий договор составлен в 2-х экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, по одному экземпляру каждой из сторон.

8. АДРЕСА И БАНКОВСКИЕ РЕКВИЗИТЫ СТОРОН

СТРАХОВЩИК

СТРАХОВАТЕЛЬ

АО «СК «Астро-Волга»

Адрес: _____

Тел.: _____

Факс: _____

Р/с: _____

Адрес: _____

Тел.: _____

Факс: _____

Р/с: _____

(подпись, Ф.И.О.)

(подпись, Ф.И.О.)

М.П.

М.П.

Приложение № 6
к Комбинированным Правилам добровольного медицинского страхования

ОБРАЗЕЦ

(В образец полиса могут быть внесены изменения,
не противоречащие Правилам и действующему законодательству РФ)

ПОЛИС

ДОБРОВОЛЬНОЕ МЕДИЦИНСКОЕ СТРАХОВАНИЕ

СЕРИЯ _____

№ _____

АО «СК «Астро-Волга» (далее – «Страховщик»), на основании Заявления Страхователя, в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации и «Комбинированными Правилами добровольного медицинского страхования» (№ 2330/001) (далее по тексту – «Правила»), заключило договор добровольного медицинского страхования на следующих условиях:

СТРАХОВАТЕЛЬ:

АДРЕС И ТЕЛЕФОН:

Ф.И.О. ЗАСТРАХОВАННОГО ЛИЦА:

АДРЕС И ТЕЛЕФОН:

ПАСПОРТ:

ДАТА РОЖДЕНИЯ:

ПРОГРАММЫ ДМС:

СТРАХОВАЯ СУММА:

СРОК СТРАХОВАНИЯ:

ОСОБЫЕ УСЛОВИЯ: Правила и программы ДМС вручены Застрахованному лицу, который с ними ознакомлен.

АДРЕС И БАНКОВСКИЕ РЕКВИЗИТЫ СТРАХОВЩИКА:

Представитель
Страховщика _____
(подпись)

М.П.

(Ф.И.О.)

ДАТА ВЫДАЧИ ПОЛИСА: «__» _____ 20__ г.

Приложение № 7
к Комбинированным Правилам добровольного медицинского страхования

ОБРАЗЕЦ

(В образец направления могут быть внесены изменения,
не противоречащие Правилам и действующему законодательству РФ)

НАПРАВЛЕНИЕ № _____ от « _____ » _____ 20__ г.

Действительно до « _____ » _____ 20__ г.

В медицинскую организацию: _____

Фамилия _____

Имя _____

Отчество _____

Адрес _____

Дата рождения « _____ » _____ г. Полис серии ____ № _____

Страховая сумма (лимит ответственности) _____

Срок страхования _____

Цель направления _____

Ответственное лицо: _____

(подпись, Ф.И.О.)

М.П.

Приложение № 8

к Комбинированным Правилам добровольного медицинского страхования

ПРОГРАММА добровольного медицинского страхования № 1 «Стационар»

1. Общие положения программы:

1.1. По настоящей программе АО «СК «Астро-Волга» (далее по тексту – «Страховщик») гарантирует Застрахованному лицу организацию, предоставление и оплату в пределах страховой суммы стационарного лечения в медицинских организациях, из числа предусмотренных договором страхования и имеющих лицензию на осуществление медицинской деятельности.

1.2. Страховым случаем является обращение Застрахованного лица в медицинскую организацию в экстренном или плановом порядке в случаях острого заболевания, обострения хронического заболевания, травмы, отравления и других случаях, возникших в период действия договора страхования.

1.3. Настоящая программа добровольного медицинского страхования является неотъемлемой частью договора добровольного медицинского страхования и гарантирует предоставление следующих медицинских услуг:

2. Перечень медицинских услуг стационара:

2.1. Госпитализация в круглосуточный и дневной стационары (за исключением дневных стационаров амбулаторно-поликлинических организаций) в плановом и экстренном порядке по поводу острого заболевания, обострения хронического заболевания, травмы, отравления и других несчастных случаев, за исключением случаев, оговоренных в п.3 настоящей программы.

2.2. Консультативные и другие профессиональные услуги врачей.

2.3. Диагностические лабораторные и инструментальные исследования, назначаемые по поводу заболевания, послужившего причиной госпитализации:

2.3.1 Лабораторная диагностика биологических жидкостей и тканей.

2.3.2 Функциональная диагностика (электрокардиография, велоэргометрия, реовазография, электроэнцефалография, холтеровское мониторирование и др.).

2.3.3 Рентгенологические методы обследования, в том числе компьютерная и магнитно-резонансная томографии.

2.3.4 Радионуклеидная диагностика.

2.3.5 Ультразвуковая диагностика.

2.3.6 Эндоскопические методы исследования.

2.4. Пребывание в отделении интенсивной терапии, реанимационные мероприятия.

2.5. Назначение и применение лекарственных препаратов, перевязочного материала, анестетиков, кислорода и других газов, назначаемые по поводу заболевания, послужившего причиной госпитализации.

2.6. Физиотерапевтическое лечение, назначаемое по поводу заболевания, послужившего причиной госпитализации, за исключением процедур, перечисленных в п.4.7 настоящей Программы.

3. По настоящей программе Страховщик не оплачивает медицинские услуги, оказываемые Застрахованному лицу по поводу перечисленных ниже заболеваний:

3.1. СПИД.

3.2. Особо опасные инфекционные болезни – натуральная оспа, чума, холера, желтая лихорадка.

3.3. Острая и хроническая лучевая болезнь.

3.4. Психические болезни, алкоголизм, наркомания, токсикомания, их осложнения.

3.5. Злокачественные новообразования, в том числе злокачественные заболевания крови.

3.6. Туберкулез.

3.7. Врожденные пороки, аномалии развития и наследственные болезни.

3.8. Болезни, передаваемые преимущественно половым путем: сифилис, гонорея.

3.9. Заболевания, сопровождающиеся хронической почечной или печеночной недостаточностью, требующие проведения гемодиализа.

3.10. Травмы, отравления и заболевания, полученные Застрахованным лицом в состоянии алкогольного, наркотического, токсического или иного опьянения, если об этом имеется соответствующее указание в медицинской документации.

3.11. Травмы, отравления и заболевания, наступившие в результате или при совершении Застрахованным лицом противоправных действий, если об этом имеется соответствующее указание в медицинской документации.

3.12. Травмы, отравления и заболевания, возникшие в связи с умышленным причинением Застрахованным лицом себе телесных повреждений, суицидальными попытками, если об этом имеется соответствующее указание в медицинской документации.

4. По настоящей программе Страховщик не оплачивает оказание Застрахованному лицу следующих медицинских услуг:

4.1. Медицинские услуги, выходящие за рамки настоящей программы.

4.2. Медицинские услуги, не предписанные врачом.

4.3. Лечение и/или процедуры, способствующие или предотвращающие половое зачатие, включая, искусственное оплодотворение, введение и удаление ВМС.

4.4. Консультации, диагностические и лечебные мероприятия, связанные с беременностью; лечение в отделении патологии беременности, родовспоможение, прерывание беременности без медицинских показаний.

4.5. Диагностические исследования, лечение, процедуры, пластические операции, проводимые с эстетической или косметической целью или с целью улучшения психологического состояния Застрахованного лица, по поводу заболеваний волос и кожи.

4.6. Методы традиционной диагностики и терапии: массаж, мануальная терапия, рефлексотерапия, биорезонансная диагностика и терапия, традиционная диагностика (диагностика по-Фоллю и др.), натуротерапия (фито-, гирудо-, апитерапия и др.), гомеопатия.

4.7. Гидроколонтотерапия, гидромассажная ванна, фитобочка, бассейн.

4.8. Расходы на очки, контактные линзы, слуховые аппараты, а так же расходы на подгонку корректирующих медицинских устройств и приспособлений.

4.9. Проведение хронического гемодиализа.

4.10. Операции по пересадке органов и тканей.

4.11. Размещение в палатах повышенной комфортности.

5. Перечень медицинских организаций:

6. Порядок предоставления медицинских услуг:

СТРАХОВЩИК

АО «СК «Астро-Волга»

Адрес: _____

Тел. _____

Факс _____

Р/с _____

(подпись, Ф.И.О.)

М.П.

СТРАХОВАТЕЛЬ

Адрес: _____

Тел. _____

Факс _____

Р/с _____

(подпись, Ф.И.О.)

М.П.

Приложение № 9

к Комбинированным Правилам добровольного медицинского страхования

ПРОГРАММА

добровольного медицинского страхования № 2

«Стационар плюс»

1. Общие положения программы:

1.1. По настоящей программе АО «СК «Астро-Волга» (далее по тексту – «Страховщик») гарантирует Застрахованному лицу организацию, предоставление и оплату в пределах страховой суммы стационарного лечения в медицинских организациях, из числа предусмотренных договором страхования и имеющих лицензию на осуществление медицинской деятельности.

1.2. Страховым случаем является обращение в медицинскую организацию в экстренном или плановом порядке в случаях острого заболевания, обострения хронического заболевания, травмы, отравления и других случаях, возникших в период действия договора страхования.

1.3. Настоящая программа добровольного медицинского страхования является неотъемлемой частью договора добровольного медицинского страхования и гарантирует предоставление следующих медицинских услуг:

2. Перечень медицинских услуг стационара:

2.1. Госпитализация в круглосуточный и дневной стационары в плановом и экстренном порядке по поводу острого заболевания, обострения хронического заболевания, травмы, отравления и других несчастных случаев, за исключением случаев, оговоренных в п.3 настоящей программы.

2.2. Консультативные и другие профессиональные услуги врачей.

2.3. Диагностические лабораторные и инструментальные исследования, назначаемые по поводу заболевания, послужившего причиной госпитализации:

2.3.1. Лабораторная диагностика биологических жидкостей и тканей.

2.3.2. Функциональная диагностика (электрокардиография, велоэргометрия, реовазография, электроэнцефалография, холтеровское мониторирование и др.).

2.3.3. Рентгенологические методы обследования, в том числе компьютерная и магнитно-резонансная томографии.

2.3.4. Радионуклеидная диагностика.

2.3.5. Ультразвуковая диагностика.

2.3.6. Эндоскопические методы исследования.

2.4. Пребывание в отделении интенсивной терапии, реанимационные мероприятия.

2.5. Назначение и применение лекарственных препаратов, перевязочного материала, анестетиков, кислорода и других газов, назначаемые по поводу заболевания, послужившего причиной госпитализации.

2.6. Физиотерапевтическое лечение, назначаемое по поводу заболевания, послужившего причиной госпитализации, за исключением процедур, перечисленных в п.4.7 настоящей Программы.

2.7. Мануальная терапия, медицинский массаж, рефлексотерапия и занятия лечебной физкультурой в случаях, если это является методом лечения заболевания, послужившего причиной госпитализации, но не более 10 процедур за весь период страхования.

2.8. Размещение в палатах повышенной комфортности, исходя из возможностей медицинской организации.

3. По настоящей программе Страховщик не оплачивает медицинские услуги, оказываемые Застрахованному лицу по поводу перечисленных ниже заболеваний:

3.1. СПИД.

3.2. Особо опасные инфекционные болезни – натуральная оспа, чума, холера, желтая лихорадка.

3.3. Острая и хроническая лучевая болезнь.

3.4. Психические болезни, алкоголизм, наркомания, токсикомания, их осложнения.

3.5. Злокачественные новообразования, в том числе злокачественные заболевания крови.

3.6. Туберкулез.

3.7. Врожденные пороки, аномалии развития и наследственные болезни.

3.8. Болезни, передаваемые преимущественно половым путем: сифилис, гонорея.

3.9. Заболевания, сопровождающиеся хронической почечной или печеночной недостаточностью, требующие проведения гемодиализа.

3.10. Травмы, отравления и заболевания, полученные Застрахованным лицом в состоянии алкогольного, наркотического, токсического или иного опьянения, если об этом имеется соответствующее указание в медицинской документации.

3.11. Травмы, отравления и заболевания, наступившие в результате или при совершении Застрахованным лицом противоправных действий, если об этом имеется соответствующее указание в медицинской документации.

3.12. Травмы, отравления и заболевания, возникшие в связи с умышленным причинением Застрахованным лицом себе телесных повреждений, суицидальными попытками, если об этом имеется соответствующее указание в медицинской документации.

4. По настоящей программе Страховщик не оплачивает оказание Застрахованному лицу следующих медицинских услуг:

- 4.1. Медицинские услуги, выходящие за рамки настоящей программы.
- 4.2. Медицинские услуги, не предписанные врачом.
- 4.3. Лечение и/или процедуры, способствующие или предотвращающие половое зачатие, включая, искусственное оплодотворение, введение и удаление ВМС.
- 4.4. Консультации, диагностические и лечебные мероприятия, связанные с беременностью; лечение в отделении патологии беременности, родовспоможение, прерывание беременности без медицинских показаний.
- 4.5. Диагностические исследования, лечение, процедуры, пластические операции, проводимые с эстетической или косметической целью или с целью улучшения психологического состояния Застрахованного лица, по поводу заболеваний волос и кожи.
- 4.6. Методы традиционной диагностики и терапии: биорезонансная диагностика и терапия, традиционная диагностика (диагностика по-Фоллю и др.), натуротерапия (фито-, гирудо-, апитерапия и др.), гомеопатия.
- 4.7. Гидроколлотерапия, гидромассажная ванна, фитобочка, бассейн.
- 4.8. Расходы на очки, контактные линзы, слуховые аппараты, а так же расходы на подгонку корректирующих медицинских устройств и приспособлений.
- 4.9. Проведение хронического гемодиализа.
- 4.10. Операции по пересадке органов и тканей.

5. Перечень медицинских организаций:

6. Порядок предоставления медицинских услуг:

СТРАХОВЩИК

АО «СК «Астро-Волга»

Адрес: _____

Тел. _____

Факс _____

Р/с _____

(подпись, Ф.И.О.)

М.П.

СТРАХОВАТЕЛЬ

Адрес: _____

Тел. _____

Факс _____

Р/с _____

(подпись, Ф.И.О.)

М.П.

Приложение № 10
к Комбинированным Правилам добровольного медицинского страхования

ПРОГРАММА
добровольного медицинского страхования № 3
«Поликлиника»

1. Общие положения программы:

1.1. По настоящей программе АО «СК «Астро-Волга» (далее по тексту – «Страховщик») гарантирует Застрахованному лицу организацию, предоставление и оплату в пределах страховой суммы амбулаторно-поликлинических услуг при обращении в медицинские организации, а также лечение в дневном стационаре на базе амбулаторно-поликлинических организаций, из числа предусмотренных договором страхования и имеющих лицензию на осуществление медицинской деятельности.

1.2. Страховым случаем является обращение в медицинскую организацию в случаях острого заболевания, обострения хронического заболевания, травмы, отравления и других случаях, возникших в период действия договора страхования.

1.3. Настоящая программа добровольного медицинского страхования является неотъемлемой частью договора добровольного медицинского страхования и гарантирует предоставление следующих медицинских услуг:

2. Перечень амбулаторно-поликлинических услуг:

- 2.1. Консультативные и другие профессиональные услуги врачей.
- 2.2. Лабораторная диагностика биологических жидкостей и тканей по назначению лечащего врача.
- 2.3. Инструментальные методы диагностики по назначению лечащего врача:
 - 2.3.1. Функциональная диагностика (электрокардиография, велоэргометрия, реовазография, электроэнцефалография, холтеровское мониторирование и др.).
 - 2.3.2. Рентгенологические методы обследования.
 - 2.3.3. Компьютерная и магнитно-резонансная томографии не более 1 исследования за весь период страхования.
 - 2.3.4. Радионуклеидная диагностика.
 - 2.3.5. Ультразвуковая диагностика.
 - 2.3.6. Эндоскопические методы исследования.
- 2.4. Физиотерапевтическое лечение по назначению лечащего врача, но не более одного курса лечения за весь период страхования, за исключением процедур, перечисленных в п.4.8 настоящей Программы.
- 2.5. Мануальная терапия, медицинский массаж, рефлексотерапия и занятия лечебной физкультурой по назначению лечащего врача в случаях, когда эти процедуры проводятся с лечебной целью, но не более 10 процедур за весь период страхования.
- 2.6. Обеспечение лекарственными препаратами в случае лечения в условиях дневного стационара.

3. По настоящей программе Страховщик не оплачивает медицинские услуги, оказываемые Застрахованному лицу по поводу перечисленных ниже заболеваний:

- 3.1. СПИД.
- 3.2. Особо опасные инфекционные болезни – натуральная оспа, чума, холера, желтая лихорадка.
- 3.3. Острая и хроническая лучевая болезнь.
- 3.4. Психические болезни, алкоголизм, наркомания, токсикомания, их осложнения.
- 3.5. Злокачественные новообразования, в том числе злокачественные заболевания крови.
- 3.6. Туберкулез.
- 3.7. Врожденные пороки, аномалии развития и наследственные болезни.
- 3.8. Болезни, передаваемые преимущественно половым путем: сифилис, гонорея.
- 3.9. Заболевания, сопровождающиеся хронической почечной или печеночной недостаточностью, требующие проведения гемодиализа.
- 3.10. Травмы, отравления и заболевания, полученные Застрахованным лицом в состоянии алкогольного, наркотического, токсического или иного опьянения, если об этом имеется соответствующее указание в медицинской документации.
- 3.11. Травмы, отравления и заболевания наступившие в результате или при совершении Застрахованным лицом противоправных действий, если об этом имеется соответствующее указание в медицинской документации.
- 3.12. Травмы, отравления и заболевания возникшие в связи с умышленным причинением Застрахованным лицом себе телесных повреждений, суицидальными попытками, если об этом имеется соответствующее указание в медицинской документации.

4. По настоящей программе Страховщик не оплачивает оказание Застрахованному лицу следующих медицинских услуг:

- 4.1. Медицинские услуги, выходящие за рамки настоящей программы.
- 4.2. Все виды стоматологического лечения.
- 4.3. Медицинские услуги, не предписанные врачом.
- 4.4. Лечение и/или процедуры, способствующие или предотвращающие половое зачатие, включая, искусственное оплодотворение, введение и удаление ВМС.

4.5. Консультации, диагностические и лечебные мероприятия, связанные с беременностью, прерывание беременности без медицинских показаний.

4.6. Диагностические исследования, лечение, процедуры, пластические операции, проводимые с эстетической или косметической целью или с целью улучшения психологического состояния Застрахованного лица, по поводу заболеваний волос и кожи.

4.7. Методы традиционной диагностики и терапии: биорезонансная диагностика и терапия, традиционная диагностика (диагностика по-Фоллю и др.), натуротерапия (фито-, гирудо-, апитерапия и др.), гомеопатия.

4.8. Гидроколлотерапия, гидромассажная ванна, фитобочка, бассейн.

4.9. Проведение хронического гемодиализа.

4.10. Расходы на перевязочный материал, медицинское оборудование, очки, контактные линзы, слуховые аппараты, а так же расходы на подгонку корректирующих медицинских устройств и приспособлений.

4.11. Расходы на лекарственные препараты, перевязочный материал, в случае амбулаторного лечения, за исключением лечения в дневном стационаре.

4.12. Медицинское обследование, проводимое с целью оформления справок для получения водительских прав, разрешения на ношение оружия, посещение бассейна и прочие.

4.13. Оказание медицинской помощи Застрахованным лицам на дому.

5. Перечень медицинских организаций:

6. Порядок предоставления медицинских услуг:

СТРАХОВЩИК

АО «СК «Астро-Волга»

Адрес: _____

Тел. _____

Факс _____

Р/с _____

(подпись, Ф.И.О.)

М.П.

СТРАХОВАТЕЛЬ

Адрес: _____

Тел. _____

Факс _____

Р/с _____

(подпись, Ф.И.О.)

М.П.

Приложение № 11
к Комбинированным Правилам добровольного медицинского страхования

ПРОГРАММА
добровольного медицинского страхования № 4
«Поликлиника плюс»

1. Общие положения программы:

1.1. По настоящей программе АО «СК «Астро-Волга» (далее по тексту – «Страховщик») гарантирует Застрахованному лицу организацию, предоставление и оплату в пределах страховой суммы амбулаторно-поликлинических услуг при обращении в медицинские организации, а также лечение в дневном стационаре на базе амбулаторно-поликлинических организаций, из числа предусмотренных договором страхования и имеющих лицензию на осуществление медицинской деятельности.

1.2. Страховым случаем является обращение в медицинскую организацию в случаях острого заболевания, обострения хронического заболевания, травмы, отравления и других случаях, возникших в период действия договора страхования.

1.3. Настоящая программа добровольного медицинского страхования является неотъемлемой частью договора добровольного медицинского страхования и гарантирует предоставление следующих медицинских услуг:

2. Перечень амбулаторно-поликлинических услуг:

- 2.1. Консультативные и другие профессиональные услуги врачей.
- 2.2. Лабораторная диагностика биологических жидкостей и тканей по назначению лечащего врача.
- 2.3. Инструментальные методы диагностики по назначению лечащего врача:
 - 2.3.1. Функциональная диагностика (электрокардиография, велоэргометрия, реовазография, электроэнцефалография, холтеровское мониторирование и др.).
 - 2.3.2. Рентгенологические методы обследования, в том числе компьютерная и магнитно-резонансная томографии.
 - 2.3.3. Радионуклеидная диагностика.
 - 2.3.4. Ультразвуковая диагностика.
 - 2.3.5. Эндоскопические методы исследования.
- 2.4. Физиотерапевтическое лечение по назначению лечащего врача.
- 2.5. Мануальная терапия, медицинский массаж, рефлексотерапия и занятия лечебной физкультурой в случаях, когда эти процедуры проводятся с лечебной целью, но не более 10 процедур за весь период страхования.
- 2.6. Обеспечение лекарственными препаратами в случае лечения в условиях дневного стационара.
- 2.7. Методы традиционной диагностики и терапии по назначению лечащего врача: биорезонансная диагностика и терапия, традиционная диагностика (диагностика по-Фоллю и др.), натуротерапия (фито-, гирудо-, апитерапия и др.), гомеопатия.
- 2.8. Оказание помощи на дому Застрахованным лицам, которые по состоянию здоровья и характеру заболевания не могут посетить поликлинику, нуждаются в постельном режиме и наблюдении врача.

3. По настоящей программе Страховщик не оплачивает медицинские услуги, оказываемые Застрахованному лицу по поводу перечисленных ниже заболеваний:

- 3.1. СПИД.
- 3.2. Особо опасные инфекционные болезни – натуральная оспа, чума, холера, желтая лихорадка.
- 3.3. Острая и хроническая лучевая болезнь.
- 3.4. Психические болезни, алкоголизм, наркомания, токсикомания, их осложнения.
- 3.5. Злокачественные новообразования, в том числе злокачественные заболевания крови.
- 3.6. Туберкулез.
- 3.7. Врожденные пороки, аномалии развития и наследственные болезни.
- 3.8. Болезни, передаваемые преимущественно половым путем: сифилис, гонорея.
- 3.9. Заболевания, сопровождающиеся хронической почечной или печеночной недостаточностью, требующие проведения гемодиализа.
- 3.10. Травмы, отравления и заболевания, полученные Застрахованным лицом в состоянии алкогольного, наркотического, токсического или иного опьянения, если об этом имеется соответствующее указание в медицинской документации.
- 3.11. Травмы, отравления и заболевания, наступившие в результате или при совершении Застрахованным лицом противоправных действий, если об этом имеется соответствующее указание в медицинской документации.
- 3.12. Травмы, отравления и заболевания, возникшие в связи с умышленным причинением Застрахованным лицом себе телесных повреждений, суицидальными попытками, если об этом имеется соответствующее указание в медицинской документации.

4. По настоящей программе Страховщик не оплачивает оказание Застрахованному лицу следующих медицинских услуг:

- 4.1. Медицинские услуги, выходящие за рамки настоящей программы.
- 4.2. Все виды стоматологического лечения.
- 4.3. Медицинские услуги, не предписанные врачом.

4.4. Лечение и/или процедуры, способствующие или предотвращающие половое зачатие, включая, искусственное оплодотворение, введение и удаление ВМС.

4.5. Консультации, диагностические и лечебные мероприятия, связанные с беременностью, прерывание беременности без медицинских показаний.

4.6. Диагностические исследования, лечение, процедуры, пластические операции, проводимые с эстетической или косметической целью или с целью улучшения психологического состояния Застрахованного лица, по поводу заболеваний волос и кожи.

4.7. Проведение хронического гемодиализа.

4.8. Расходы на перевязочный материал, медицинское оборудование, очки, контактные линзы, слуховые аппараты, а так же расходы на подгонку корректирующих медицинских устройств и приспособлений.

4.9. Расходы на лекарственные препараты, перевязочный материал, в случае амбулаторного лечения, за исключением лечения в дневном стационаре.

4.10. Медицинское обследование, проводимое с целью оформления справок для получения водительских прав, разрешения на ношение оружия, посещение бассейна и прочие.

5. Перечень медицинских организаций:

6. Порядок предоставления медицинских услуг:

СТРАХОВЩИК

АО «СК «Астро-Волга»

Адрес: _____

Тел. _____

Факс _____

Р/с _____

(подпись, Ф.И.О.)

М.П.

СТРАХОВАТЕЛЬ

Адрес: _____

Тел. _____

Факс _____

Р/с _____

(подпись, Ф.И.О.)

М.П.

Приложение № 12

к Комбинированным Правилам добровольного медицинского страхования

ПРОГРАММА

добровольного медицинского страхования № 5

«Комплексная коллективная»

1. Общие положения программы:

1.1. По настоящей программе АО СК «Астро-Волга» (далее по тексту – «Страховщик») гарантирует Застрахованному лицу организацию, предоставление и оплату в пределах страховой суммы амбулаторно-поликлинического и стационарного лечения в медицинских организациях, из числа предусмотренных договором страхования и имеющих лицензию на осуществление медицинской деятельности.

1.2. Страховым случаем является обращение в медицинскую организацию в экстренном или плановом порядке в случаях острого заболевания, обострения хронического заболевания, травмы, отравления и других случаях, возникших в период действия договора страхования.

1.3. Настоящая программа добровольного медицинского страхования является неотъемлемой частью договора добровольного медицинского страхования и гарантирует предоставление следующих медицинских услуг:

2. Перечень амбулаторно-поликлинических услуг:

2.1. Консультативные и другие профессиональные услуги врачей.

2.2. Лабораторная диагностика биологических жидкостей и тканей по назначению лечащего врача.

2.3. Инструментальные методы диагностики по назначению лечащего врача:

2.3.1. Функциональная диагностика (электрокардиография, велоэргометрия, реовазография, электроэнцефалография, холтеровское мониторирование и др.).

2.3.2. Рентгенологические методы обследования.

2.3.3. Компьютерная и магнитно-резонансная томографии не более 1 исследования в период действия договора.

2.3.4. Радионуклеидная диагностика.

2.3.5. Ультразвуковая диагностика.

2.3.6. Эндоскопические методы исследования.

2.4. Физиотерапевтическое лечение по назначению лечащего врача, но не более одного курса лечения за весь период страхования, за исключением процедур, перечисленных в п.5.9 настоящей Программы.

2.5. Мануальная терапия, медицинский массаж, рефлексотерапия и занятия лечебной физкультурой по назначению лечащего врача в случаях, когда эти процедуры проводятся с лечебной целью, но не более 10 процедур за весь период страхования.

2.6. Расходы на лекарственные препараты в случае лечения в дневном стационаре.

3. Перечень медицинских услуг стационара:

3.1. Госпитализация в круглосуточный и дневной стационары в плановом и экстренном порядке по поводу острого заболевания, обострения хронического заболевания, травмы, отравления и других несчастных случаев, за исключением случаев оговоренных в п.4 настоящей программы.

3.2. Консультативные и другие профессиональные услуги врачей.

3.3. Диагностические лабораторные и инструментальные исследования, назначаемые по поводу заболевания, послужившего причиной госпитализации:

3.3.1. Лабораторная диагностика биологических жидкостей и тканей.

3.3.2. Функциональная диагностика (электрокардиография, велоэргометрия, реовазография, электроэнцефалография, холтеровское мониторирование и др.).

3.3.3. Рентгенологические методы обследования, в том числе компьютерная и магнитно-резонансная томографии.

3.3.4. Радионуклеидная диагностика.

3.3.5. Ультразвуковая диагностика.

3.3.6. Эндоскопические методы исследования.

3.4. Пребывание в отделении интенсивной терапии, реанимационные мероприятия.

3.5. Назначение и применение лекарственных препаратов, перевязочного материала, анестетиков, кислорода и других газов, назначаемые по поводу заболевания, послужившего причиной госпитализации.

3.6. Физиотерапевтическое лечение, назначаемое по поводу заболевания, послужившего причиной госпитализации, за исключением процедур, перечисленных в п.5.9 настоящей Программы.

4. По настоящей программе Страховщик не оплачивает медицинские услуги, оказываемые Застрахованному лицу по поводу перечисленных ниже заболеваний:

4.1. СПИД.

4.2. Особо опасные инфекционные болезни – натуральная оспа, чума, холера, желтая лихорадка.

4.3. Острая и хроническая лучевая болезнь.

4.4. Психические болезни, алкоголизм, наркомания, токсикомания, их осложнения.

4.5. Злокачественные новообразования, в том числе злокачественные заболевания крови.

4.6. Туберкулез.

- 4.7. Врожденные пороки, аномалии развития и наследственные болезни.
- 4.8. Болезни, передаваемые преимущественно половым путем: сифилис, гонорея.
- 4.9. Заболевания, сопровождающиеся хронической почечной или печеночной недостаточностью, требующие проведения гемодиализа.
- 4.10. Травмы, отравления и заболевания, полученные Застрахованным лицом в состоянии алкогольного, наркотического, токсического или иного опьянения, если об этом имеется соответствующее указание в медицинской документации.
- 4.11. Травмы, отравления и заболевания, наступившие в результате или при совершении Застрахованным лицом противоправных действий, если об этом имеется соответствующее указание в медицинской документации.
- 4.12. Травмы, отравления и заболевания, возникшие в связи с умышленным причинением Застрахованным лицом себе телесных повреждений, суицидальными попытками, если об этом имеется соответствующее указание в медицинской документации.

5. По настоящей программе Страховщик не оплачивает оказание Застрахованному лицу следующих медицинских услуг:

- 5.1. Медицинские услуги, выходящие за рамки настоящей программы.
- 5.2. Все виды стоматологического лечения, при амбулаторно-поликлиническом лечении.
- 5.3. Медицинские услуги, не предписанные врачом.
- 5.4. Лечение и/или процедуры, способствующие или предотвращающие половое зачатие, включая, искусственное оплодотворение, введение и удаление ВМС.
- 5.5. Консультации, диагностические и лечебные мероприятия, связанные с беременностью; лечение в отделении патологии беременности, родовспоможение, прерывание беременности без медицинских показаний.
- 5.6. Диагностические исследования, лечение, процедуры, пластические операции, проводимые с эстетической или косметической целью или с целью улучшения психологического состояния Застрахованного лица, по поводу заболеваний волос и кожи.
- 5.7. Методы традиционной диагностики и терапии: биорезонансная диагностика и терапия, традиционная диагностика (диагностика по-Фоллю и др.), натуротерапия (фито-, гирудо-, апитерапия и др.), гомеопатия.
- 5.8. Мануальная терапия, медицинский массаж, рефлексотерапия, назначаемые при стационарном лечении.
- 5.9. Гидроколонтотерапия, гидромассажная ванна, фитобочка, бассейн.
- 5.10. Проведение хронического гемодиализа.
- 5.11. Операции по пересадке органов и тканей.
- 5.12. Расходы на перевязочный материал, медицинское оборудование, очки, контактные линзы, слуховые аппараты, а так же расходы на подгонку корректирующих медицинских устройств и приспособлений.
- 5.13. Расходы на лекарственные препараты, в случае амбулаторного лечения, за исключением лечения в дневном стационаре.
- 5.14. Медицинское обследование, проводимое с целью оформления справок для получения водительских прав, разрешения на ношение оружия, посещение бассейна и прочие.
- 5.15. Оказание медицинской помощи Застрахованным лицам на дому.
- 5.16. Размещение в палатах повышенной комфортности.

6. Перечень медицинских организаций:

7. Порядок предоставления медицинских услуг:

СТРАХОВЩИК

АО «СК «Астро-Волга»

Адрес: _____

Тел. _____

Факс _____

Р/с _____

(подпись, Ф.И.О.)

М.П.

СТРАХОВАТЕЛЬ

Адрес: _____

Тел. _____

Факс _____

Р/с _____

(подпись, Ф.И.О.)

М.П.

Приложение № 13

к Комбинированным Правилам добровольного медицинского страхования

ПРОГРАММА

добровольного медицинского страхования № 6 «Комплексная коллективная плюс»

1. Общие положения программы:

1.1. По настоящей программе АО «СК «Астро-Волга» (далее по тексту – «Страховщик») гарантирует Застрахованному лицу организацию, предоставление и оплату в пределах страховой суммы амбулаторно-поликлинического и стационарного лечения в медицинских организациях, из числа предусмотренных договором страхования и имеющих лицензию на осуществление медицинской деятельности.

1.2. Страховым случаем является обращение в медицинскую организацию в экстренном или плановом порядке в случаях острого заболевания, обострения хронического заболевания, травмы, отравления и других случаях, возникших в период действия договора страхования.

1.3. Настоящая программа добровольного медицинского страхования является неотъемлемой частью договора добровольного медицинского страхования и гарантирует предоставление следующих медицинских услуг:

2. Перечень амбулаторно-поликлинических услуг:

- 2.1. Консультативные и другие профессиональные услуги врачей.
- 2.2. Лабораторная диагностика биологических жидкостей и тканей по назначению лечащего врача.
- 2.3. Инструментальные методы диагностики по назначению лечащего врача:
 - 2.3.1. Функциональная диагностика (электрокардиография, велоэргометрия, реовазография, электроэнцефалография, холтеровское мониторирование и др.).
 - 2.3.2. Рентгенологические методы обследования, в том числе компьютерная и магнитно-резонансная томографии.
 - 2.3.3. Радионуклеидная диагностика.
 - 2.3.4. Ультразвуковая диагностика.
 - 2.3.5. Эндоскопические методы исследования.
- 2.4. Физиотерапевтическое лечение по назначению лечащего врача.
- 2.5. Мануальная терапия, медицинский массаж, рефлексотерапия и занятия лечебной физкультурой по назначению лечащего врача в случаях, когда эти процедуры проводятся с лечебной целью, но не более 10 процедур за весь период страхования.
- 2.6. Расходы на лекарственные препараты в случае лечения в дневном стационаре.
- 2.7. Методы традиционной диагностики и терапии по назначению лечащего врача: биорезонансная диагностика и терапия, традиционная диагностика (диагностика по-Фоллоу и др.), натуротерапия (фито-, гирудо-, апитерапия и др.), гомеопатия.
- 2.8. Оказание помощи на дому Застрахованным лицам, которые по состоянию здоровья и характеру заболевания не могут посетить поликлинику, нуждаются в постельном режиме и наблюдении врача.

3. Перечень медицинских услуг стационара:

- 3.1. Госпитализация в круглосуточный и дневной стационары в плановом и экстренном порядке по поводу острого заболевания, обострения хронического заболевания, травмы, отравления и других несчастных случаев, за исключением случаев оговоренных в п.4 настоящей программы.
- 3.2. Консультативные и другие профессиональные услуги врачей.
- 3.3. Диагностические лабораторные и инструментальные исследования, назначаемые по поводу заболевания, послужившего причиной госпитализации:
 - 3.3.1. Лабораторная диагностика биологических жидкостей и тканей.
 - 3.3.2. Функциональная диагностика (электрокардиография, велоэргометрия, реовазография, электроэнцефалография, холтеровское мониторирование и др.).
 - 3.3.3. Рентгенологические методы обследования, в том числе компьютерная и магнитно-резонансная томографии.
 - 3.3.4. Радионуклеидная диагностика.
 - 3.3.5. Ультразвуковая диагностика.
 - 3.3.6. Эндоскопические методы исследования.
- 3.4. Пребывание в отделении интенсивной терапии, реанимационные мероприятия.
- 3.5. Назначение и применение лекарственных препаратов, перевязочного материала, анестетиков, кислорода и других газов, назначаемые по поводу заболевания, послужившего причиной госпитализации.
- 3.6. Физиотерапевтическое лечение назначаемые по поводу заболевания, послужившего причиной госпитализации.
- 3.7. Мануальная терапия, медицинский массаж, рефлексотерапия и занятия лечебной физкультурой в случаях, если это является методом лечения заболевания, послужившего причиной госпитализации.
- 3.8. Размещение в палатах повышенной комфортности, исходя из возможностей медицинской организации.

4. По настоящей программе Страховщик не оплачивает медицинские услуги, оказываемые Застрахованному лицу по поводу перечисленных ниже заболеваний:

- 4.1. СПИД.

- 4.2. Особо опасные инфекционные болезни – натуральная оспа, чума, холера, желтая лихорадка.
- 4.3. Острая и хроническая лучевая болезнь.
- 4.4. Психические болезни, алкоголизм, наркомания, токсикомания, их осложнения.
- 4.5. Злокачественные новообразования, в том числе злокачественные заболевания крови.
- 4.6. Туберкулез.
- 4.7. Врожденные пороки, аномалии развития и наследственные болезни.
- 4.8. Болезни, передаваемые преимущественно половым путем: сифилис, гонорея.
- 4.9. Заболевания, сопровождающиеся хронической почечной или печеночной недостаточностью, требующие проведения гемодиализа.
- 4.10. Травмы, отравления и заболевания, полученные Застрахованным лицом в состоянии алкогольного, наркотического, токсического или иного опьянения, если об этом имеется соответствующее указание в медицинской документации.
- 4.11. Травмы, отравления и заболевания, наступившие в результате или при совершении Застрахованным лицом противоправных действий, если об этом имеется соответствующее указание в медицинской документации.
- 4.12. Травмы, отравления и заболевания, возникшие в связи с умышленным причинением Застрахованным лицом себе телесных повреждений, суицидальными попытками, если об этом имеется соответствующее указание в медицинской документации.

5. По настоящей программе Страховщик не оплачивает оказание Застрахованному лицу следующих медицинских услуг:

- 5.1. Медицинские услуги, выходящие за рамки настоящей программы.
- 5.2. Все виды стоматологического лечения, при амбулаторно-поликлиническом лечении.
- 5.3. Медицинские услуги, не предписанные врачом.
- 5.4. Лечение и/или процедуры, способствующие или предотвращающие половое зачатие, включая, искусственное оплодотворение, введение и удаление ВМС.
- 5.5. Консультации, диагностические и лечебные мероприятия, связанные с беременностью; лечение в отделении патологии беременности, родовспоможение, прерывание беременности без медицинских показаний.
- 5.6. Диагностические исследования, лечение, процедуры, пластические операции, проводимые с эстетической или косметической целью или с целью улучшения психологического состояния Застрахованного лица, по поводу заболеваний волос и кожи.
- 5.7. Проведение хронического гемодиализа.
- 5.8. Операции по пересадке органов и тканей.
- 5.9. Расходы на перевязочный материал, медицинское оборудование, очки, контактные линзы, слуховые аппараты, а так же расходы на подгонку корректирующих медицинских устройств и приспособлений.
- 5.10. Расходы на лекарственные препараты, в случае амбулаторного лечения, за исключением лечения в дневном стационаре.
- 5.11. Медицинское обследование, проводимое с целью оформления справок для получения водительских прав, разрешения на ношение оружия, посещение бассейна и прочие.

6. Перечень медицинских организаций:

7. Порядок предоставления медицинских услуг:

СТРАХОВЩИК

АО «СК «Астро-Волга»

Адрес: _____

Тел. _____

Факс _____

Р/с _____

(подпись, Ф.И.О.)

М.П.

СТРАХОВАТЕЛЬ

Адрес: _____

Тел. _____

Факс _____

Р/с _____

(подпись, Ф.И.О.)

М.П.

Приложение № 14

к Комбинированным Правилам добровольного медицинского страхования

ПРОГРАММА добровольного медицинского страхования № 7 **«Стоматологическая помощь «ЭКОНОМ»**

1. Общие положения программы:

1.1. По настоящей программе АО «СК «Астро-Волга» (далее по тексту – «Страховщик») гарантирует Застрахованному лицу организацию, предоставление и оплату в пределах страховой суммы терапевтического и хирургического стоматологического лечения в амбулаторно-поликлинических условиях в медицинских организациях, из числа предусмотренных договором страхования и имеющих лицензию на осуществление медицинской деятельности.

1.2. Страховым случаем является обращение в медицинскую организацию в случаях острого заболевания, обострения хронического заболевания, травмы, отравления и других случаях, возникших в период действия договора страхования.

1.3. Настоящая программа добровольного медицинского страхования является неотъемлемой частью договора добровольного медицинского страхования и гарантирует предоставление следующих медицинских услуг:

2. Перечень медицинских услуг:

- 2.1. Терапевтическая стоматологическая помощь:
 - 2.1.1 Консультации врачей-стоматологов.
 - 2.1.2 Лечение воспалительных заболеваний слизистой оболочки полости рта, в том числе: не более одного курса консервативного лечения пародонтита в течение срока страхования.
 - 2.1.3 Лечение кариеса (поверхностного, среднего, глубокого), пульпита и периодонтита завершённое анатомическим восстановлением зуба композиционными материалами.
 - 2.1.4 Эстетическая реставрация коронки зуба, проводимая при остром травматическом отколе, сколе.
 - 2.1.5 Снятие над- и поддесневых зубных камней, с последующей полировкой зубов:
 - при лечении гингивита, пародонтита;
 - как завершающий этап лечения зуба.
- 2.2. Хирургическое консервативное и оперативное лечение заболеваний слизистой оболочки полости рта и зубов.
- 2.3. Рентгенологические и функциональные методы диагностики.
- 2.4. Физиотерапевтическое лечение.
- 2.5. Анестезия аппликационная, инфильтрационная, проводниковая с использованием современных анестетиков.

3. По настоящей программе Страховщик не оплачивает медицинские услуги, оказываемые Застрахованному лицу по поводу перечисленных ниже заболеваний:

- 3.1. СПИД.
- 3.2. Особо опасные инфекционные болезни – натуральная оспа, чума, холера, желтая лихорадка.
- 3.3. Острая и хроническая лучевая болезнь.
- 3.4. Психические болезни, алкоголизм, наркомания, токсикомания, их осложнения.
- 3.5. Злокачественные новообразования, в том числе злокачественные заболевания крови.
- 3.6. Туберкулез.
- 3.7. Врожденные пороки, аномалии развития и наследственные болезни.
- 3.8. Болезни, передаваемые преимущественно половым путем: сифилис, гонорея.
- 3.9. Заболевания, сопровождающиеся хронической почечной или печеночной недостаточностью, требующие проведения гемодиализа.
- 3.10. Травмы, отравления и заболевания, полученные Застрахованным лицом в состоянии алкогольного, наркотического, токсического или иного опьянения, если об этом имеется соответствующее указание в медицинской документации.
- 3.11. Травмы, отравления и заболевания, наступившие в результате или при совершении Застрахованным лицом противоправных действий, если об этом имеется соответствующее указание в медицинской документации.
- 3.12. Травмы, отравления и заболевания, возникшие в связи с умышленным причинением Застрахованным лицом себе телесных повреждений, суицидальными попытками, если об этом имеется соответствующее указание в медицинской документации.

4. По настоящей программе Страховщик не оплачивает оказание Застрахованному лицу следующих медицинских услуг:

- 4.1. Медицинские услуги, выходящие за рамки настоящей программы, в том числе:
 - 4.1.1 Общий наркоз.
 - 4.1.2 Подготовка зубов и фиксация винира и вкладки.
 - 4.1.3 Эстетическая реставрация коронки зуба, проводимая при хроническом травматическом отколе, сколе, замене старых пломб и при некариозных и деструктивных поражениях тканей зуба.
 - 4.1.4 Гигиеническая чистка зубов, отбеливание зубов.

- 4.1.5 Покрытие зубов ремсредствами.
- 4.1.6 Протезирование (внутри- и внеротовое), имплантация.
- 4.1.7 Шинирование зубов, как этап пародонтологического лечения.
- 4.1.8 Ортодонтическое лечение.
- 4.2. Стоматологическое стационарное лечение.
- 4.3. Расходы на лекарственные препараты.
- 4.4. Медицинские услуги, не предписанные врачом.

5. Перечень медицинских организаций:

6. Порядок предоставления медицинских услуг:

СТРАХОВЩИК

АО «СК «Астро-Волга»

Адрес: _____

Тел. _____

Факс _____

Р/с _____

(подпись, Ф.И.О.)

М.П.

СТРАХОВАТЕЛЬ

Адрес: _____

Тел. _____

Факс _____

Р/с _____

(подпись, Ф.И.О.)

М.П.

Приложение № 15

к Комбинированным Правилам добровольного медицинского страхования

ПРОГРАММА добровольного медицинского страхования № 8 **Стоматологическая помощь «ЭЛИТ»**

1. Общие положения программы:

1.1. По настоящей программе АО «СК «Астро-Волга» (далее по тексту – «Страховщик») гарантирует Застрахованному лицу организацию, предоставление и оплату в пределах страховой суммы терапевтического и хирургического стоматологического лечения в амбулаторно-поликлинических условиях в медицинских организациях, из числа предусмотренных договором страхования и имеющих лицензию на осуществление медицинской деятельности.

1.2. Страховым случаем является обращение в медицинскую организацию в случаях острого заболевания, обострения хронического заболевания, травмы, отравления и других случаях, возникших в период действия договора страхования.

1.3. Настоящая программа добровольного медицинского страхования является неотъемлемой частью договора добровольного медицинского страхования и гарантирует предоставление следующих медицинских услуг:

2. Перечень медицинских услуг:

- 2.1. Терапевтическая стоматологическая помощь:
 - 2.1.1 Консультации врачей-стоматологов.
 - 2.1.2 Лечение воспалительных заболеваний слизистой оболочки полости рта в полном объеме.
 - 2.1.3 Лечение кариеса (поверхностного, среднего, глубокого), пульпита и периодонтита завершённое анатомическим восстановлением зуба композиционными материалами.
 - 2.1.4 Эстетическая реставрация коронки зуба, проводимая при травматическом отколе и сколе, замене старых пломб и с косметической целью.
 - 2.1.5 Подготовка зуба под винир и фиксация винира.
 - 2.1.6 Восстановление зубов вкладками.
 - 2.1.7 Снятие пигментных пятен и мягкого налета, над- и поддесневого зубного камня.
 - 2.1.8 Отбеливание зубов.
 - 2.1.9 Покрытие зубов ремсрeдствами.
- 2.2. Хирургическое консервативное и оперативное лечение заболеваний слизистой оболочки полости рта и зубов.
- 2.3. Рентгенологические и функциональные методы диагностики.
- 2.4. Физиотерапевтическое лечение.
- 2.5. Анестезия аппликационная, инфильтрационная, проводниковая с использованием современных анестетиков.
- 2.6. Общая анестезия (консультация анестезиолога, анестезиологическая премедикация, наркоз внутривенный, внутримышечный и масочный и постнаркозное наблюдение).

3. По настоящей программе Страховщик не оплачивает медицинские услуги, оказываемые Застрахованному лицу по поводу перечисленных ниже заболеваний:

- 3.1. СПИД.
- 3.2. Особо опасные инфекционные болезни – натуральная оспа, чума, холера, желтая лихорадка.
- 3.3. Острая и хроническая лучевая болезнь.
- 3.4. Психические болезни, алкоголизм, наркомания, токсикомания, их осложнения.
- 3.5. Злокачественные новообразования, в том числе злокачественные заболевания крови.
- 3.6. Туберкулез.
- 3.7. Врожденные пороки, аномалии развития и наследственные болезни.
- 3.8. Болезни, передаваемые преимущественно половым путем: сифилис, гонорея.
- 3.9. Заболевания, сопровождающиеся хронической почечной или печеночной недостаточностью, требующие проведения гемодиализа.
- 3.10. Травмы, отравления и заболевания, полученные Застрахованным лицом в состоянии алкогольного, наркотического, токсического или иного опьянения, если об этом имеется соответствующее указание в медицинской документации.
- 3.11. Травмы, отравления и заболевания, наступившие в результате или при совершении Застрахованным лицом противоправных действий, если об этом имеется соответствующее указание в медицинской документации.
- 3.12. Травмы, отравления и заболевания, возникшие в связи с умышленным причинением Застрахованным лицом себе телесных повреждений, суицидальными попытками, если об этом имеется соответствующее указание в медицинской документации.

4. По настоящей программе Страховщик не оплачивает оказание Застрахованному лицу следующих медицинских услуг:

- 4.1. Медицинские услуги, выходящие за рамки настоящей программы, в том числе:
 - 4.1.1. Протезирование (внутри- и внеротовое) и имплантация зубов.

- 4.1.2. Ортодонтическое лечение.
- 4.2. Медицинские услуги, не предписанные врачом.
- 4.3. Стоматологическое стационарное лечение.
- 4.4. Расходы на лекарственные препараты.

5. Перечень медицинских организаций:

6. Порядок предоставления медицинских услуг:

СТРАХОВЩИК

АО «СК «Астро-Волга»

Адрес: _____

Тел. _____

Факс _____

Р/с _____

(подпись, Ф.И.О.)

М.П.

СТРАХОВАТЕЛЬ

Адрес: _____

Тел. _____

Факс _____

Р/с _____

(подпись, Ф.И.О.)

М.П.

Приложение № 16
к Комбинированным Правилам добровольного медицинского страхования

ПРОГРАММА
добровольного медицинского страхования № 9
«Комплексная стоматология»

1. Общие положения программы:

1.1. По настоящей программе АО «СК «Астро-Волга» (далее по тексту – «Страховщик») гарантирует Застрахованному лицу организацию, предоставление и оплату в пределах страховой суммы стоматологического лечения (терапевтического, хирургического, ортопедического и ортодонтического) в амбулаторно-поликлинических условиях в медицинских организациях, из числа предусмотренных договором страхования и имеющих лицензию на осуществление медицинской деятельности.

1.2. Страховым случаем является обращение в медицинскую организацию в случаях острого заболевания, обострения хронического заболевания, травмы, отравления и других случаях, возникших в период действия договора страхования.

1.3. Настоящая программа добровольного медицинского страхования является неотъемлемой частью договора добровольного медицинского страхования и гарантирует предоставление следующих медицинских услуг:

2. Перечень медицинских услуг:

- 2.1. Терапевтическая стоматологическая помощь:
 - 2.1.1 Консультации врачей-стоматологов.
 - 2.1.2 Лечение воспалительных заболеваний слизистой оболочки полости рта в полном объеме.
 - 2.1.3 Лечение кариеса (поверхностного, среднего, глубокого), пульпита и периодонтита завершённое анатомическим восстановлением зуба композиционными материалами.
 - 2.1.4 Эстетическая реставрация коронки зуба, проводимая при травматическом отколе, сколе и замене старых пломб и с косметической целью.
 - 2.1.5 Подготовка зуба под винир и фиксация винира.
 - 2.1.6 Восстановление зубов вкладками.
 - 2.1.7 Замещение дефекта зубного ряда с использованием светокомпозитных нитей.
 - 2.1.8 Снятие пигментных пятен и мягкого налета, над- и поддесневых зубных камней.
 - 2.1.9 Отбеливание зубов.
 - 2.1.10 Покрытие зубов ремсрелствами.
- 2.2. Хирургическое консервативное и оперативное лечение заболеваний слизистой оболочки полости рта и зубов.
- 2.3. Протезирование и имплантация зубов.
- 2.4. Ортодонтическое лечение.
- 2.5. Рентгенологические и функциональные методы диагностики.
- 2.6. Физиотерапевтическое лечение.
- 2.7. Анестезия аппликационная, инфильтрационная, проводниковая с использованием современных анестетиков.
- 2.8. Общая анестезия (консультация анестезиолога, анестезиологическая премедикация, наркоз внутривенный, внутримышечный и масочный и постнаркозное наблюдение).

3. По настоящей программе Страховщик не оплачивает медицинские услуги, оказываемые застрахованному по поводу перечисленных ниже заболеваний:

- 3.1. СПИД.
- 3.2. Особо опасные инфекционные болезни – натуральная оспа, чума, холера, желтая лихорадка.
- 3.3. Острая и хроническая лучевая болезнь.
- 3.4. Психические болезни, алкоголизм, наркомания, токсикомания, их осложнения.
- 3.5. Злокачественные новообразования, в том числе злокачественные заболевания крови.
- 3.6. Туберкулез.
- 3.7. Врожденные пороки, аномалии развития и наследственные болезни.
- 3.8. Болезни, передаваемые преимущественно половым путем: сифилис, гонорея.
- 3.9. Заболевания, сопровождающиеся хронической почечной или печеночной недостаточностью, требующие проведения гемодиализа.
- 3.10. Травмы, отравления и заболевания, полученные Застрахованным лицом в состоянии алкогольного, наркотического, токсического или иного опьянения, если об этом имеется соответствующее указание в медицинской документации.
- 3.11. Травмы, отравления и заболевания, наступившие в результате или при совершении Застрахованным лицом противоправных действий, если об этом имеется соответствующее указание в медицинской документации.
- 3.12. Травмы, отравления и заболевания, возникшие в связи с умышленным причинением Застрахованным лицом себе телесных повреждений, суицидальными попытками, если об этом имеется соответствующее указание в медицинской документации.

4. По настоящей программе Страховщик не оплачивает оказание Застрахованному лицу следующих медицинских услуг:

- 4.1. Медицинские услуги, выходящие за рамки настоящей программы.
- 4.2. Медицинские услуги, не предписанные врачом.
- 4.3. Стоматологическое стационарное лечение.
- 4.4. Расходы на лекарственные препараты.

5. Перечень медицинских организаций:

6. Порядок предоставления медицинских услуг:

СТРАХОВЩИК

АО «СК «Астро-Волга»

Адрес: _____

Тел. _____

Факс _____

Р/с _____

(подпись, Ф.И.О.)

М.П.

СТРАХОВАТЕЛЬ

Адрес: _____

Тел. _____

Факс _____

Р/с _____

(подпись, Ф.И.О.)

М.П.

Приложение № 17
к Комбинированным Правилам добровольного медицинского страхования

ПРОГРАММА
добровольного медицинского страхования № 10
«Профилактика, диагностика и лечение клещевых инфекций»
«Весенний оберег»

1. Общие условия.

- 1.1. По настоящей программе добровольного медицинского страхования АО «СК «Астро-Волга» (Страховщик) обязуется за обусловленную договором плату (страховую премию), уплачиваемую Страхователем, при наступлении страхового случая, предусмотренного договором, произвести в пределах страховой суммы на одного Застрахованного страховую выплату в виде оплаты медицинских и иных услуг.
- 1.2. Объектом добровольного медицинского страхования являются имущественные интересы Застрахованного, связанные с риском возникновения дополнительных расходов на получение медицинской и иной помощи в объеме, предусмотренном настоящими правилами страхования, при ухудшении состояния здоровья в результате укуса клеща (контакта с клещом) в период действия договора страхования, а так же в случае заболевания **клещевыми инфекциями** (клещевой энцефалит, иксодовый боррелиоз (болезнь Лайма), эрлихиоз и т.п.), возникших после укуса клеща (контакта с клещом).
- 1.3. Настоящая Программа предусматривает **базовый вариант** добровольного медицинского страхования **«Классический»**, который включает в себя:
- Амбулаторно-поликлиническую помощь, которая включает в себя **серопрофилактику** клещевых инфекций при обращении застрахованного **в первые 3-е суток** с момента укуса клещом и всю необходимую лабораторно-диагностическую, консультативную помощь при обращении застрахованного **в поздние сроки** (более трех суток);
 - Стационарную помощь, за исключением экстренной и реанимационной помощи;
 - Динамическое наблюдение в течение года после первичной выписки из стационара;
 - Реабилитационно-восстановительное лечение;
- 1.4. По согласованию сторон, за дополнительную плату, договором может быть предусмотрено расширение медико-технологического аспекта выплаты страхового обеспечения - **дополнительные Варианты страхования:**
- «Медикаментозная карта амбулаторная»**
- возмещение расходов Застрахованного, понесенных им для приобретения медикаментов назначенных аккредитованным врачом базового учреждения при амбулаторном лечении клещевых инфекций.
- «Медикаментозная карта стационарная»**
- дополнительное медикаментозное обеспечение или возмещение расходов Застрахованного, понесенных им для приобретения медикаментов назначенных аккредитованным врачом базового учреждения при выписке из стационара.
- «Медикаментозная карта форте-андро и форте-гине»**
- выдача восстанавливающих препаратов или возмещение расходов Застрахованного, понесенных им для приобретения восстанавливающих препаратов назначенных аккредитованным врачом базового учреждения после выписки из стационара.
- «Экспресс-диспетчер»**
- обслуживание без очереди только на пункте серопрофилактики инфекционного отделения Клиник СибГМУ (г. Томск, пр. Ленина-4);
 - круглосуточная диспетчерская служба по индивидуальному «горячему» телефону на базе пункта серопрофилактики инфекционного отделения Клиник СибГМУ;
 - обратная связь – извещение о результатах серологических исследований по контактному телефону, который Застрахованный указал диспетчеру на пункте серопрофилактики инфекционного отделения Клиник СибГМУ.
- «Профессор»**
- по желанию Застрахованного консультация(и) профессора при ухудшении состояния здоровья, возникшего в результате укуса клеща (контакта с клещом), а также в случае заболевания клещевыми инфекциями.
- «Триумф»**
- проведение вакцинации Застрахованных лиц в амбулаторных условиях или с выездом в офис.

Первичный курс вакцинации:

	Схема А	Схема В - Ускоренная
Первая прививка	0 день (ноябрь – декабрь)	0 день (не позднее 20 марта)
Вторая прививка	Через 3 мес.	Через 14 дней
Третья прививка (завершает полный курс вакцинации)	Через 12 мес. после второй прививки	Через 12 мес. после второй прививки

Ревакцинация: Проводится после курса первичной вакцинации в виде одной инъекции не позднее месяца до начала эпидсезона.

2. Застрахованное лицо.

2.1. Застрахованный – это физическое лицо, в отношении которого заключен договор страхования.

3. Страховой случай.

3.1. Страховым случаем является обращение Застрахованного в базовые медицинские учреждения за получением медицинской и иной помощи в объеме, предусмотренном настоящими правилами, при ухудшении состояния здоровья в результате укуса клеща (контакта с клещом) в период действия договора страхования, а так же в случае заболевания **клещевыми инфекциями** (клещевой энцефалит, иксодовый боррелиоз (болезнью Лайма), эрлихиоз и т.п.), возникших после укуса клеща (контакта с клещом).

4. Страховая сумма. Страховая премия.

4.1. Страховая сумма – предельный уровень страхового обеспечения по договору медицинского страхования.

4.2. Размер страховой суммы на каждое застрахованное лицо указывается в договоре страхования.

5. Заключение договора страхования. Срок действия договора страхования.

5.1. Договор страхования вступает в силу не раньше дня, следующего за днём уплаты страховой премии или первой ее части.

5.2. Договор страхования, заключенный **после 01 апреля** текущего года, вступает в силу через семь календарных дней после уплаты страховой премии (временная франшиза). За исключением пролонгации договоров страхования.

5.3. Днем уплаты страховой премии считается день поступления денежных средств в кассу или на счет Страховщика.

5.4. Срок действия договора страхования – один календарный год. Срок действия договора страхования указывается в договоре добровольного медицинского страхования и в страховом полисе.

6. Выплата страхового обеспечения.

6.1. Страховая выплата по договору добровольного медицинского страхования осуществляется в пределах страховой суммы в виде:

- оплаты медицинских и иных услуг, предусмотренных настоящими правилами страхования и указанных в договоре страхования;
- возмещения расходов Застрахованного, понесенных им для получения медицинских услуг за пределами г. Томска.
- возмещения расходов Застрахованного, понесенных им для приобретения медикаментов назначенных врачом базового учреждения при амбулаторном или стационарном лечении клещевых инфекций по дополнительным вариантам страхования **«Медикаментозная карта амбулаторная»** и **«Медикаментозная карта стационарная»**.

6.2. В случае укуса клеща (контакта с клещом) Застрахованный **обязан в течение первых трех суток** обратиться в один из пунктов серопрфилактики, указанных в договоре страхования (полисе). При этом для получения медицинских и иных услуг Застрахованный обязан предоставить представителю Страховщика в медицинском учреждении Страховой полис и документ, удостоверяющий личность (паспорт).

6.3. При последующей необходимости получения комплекса медицинских услуг по серопрфилактике, Застрахованный обязан обращаться в тот пункт серопрфилактики, в котором были первоначально оказаны медицинские услуги (отмечен на полисе). Обращение в другие пункты серопрфилактики должно быть дополнительно согласовано со Страховщиком.

6.4. При **невозможности обращения в течение первых трех суток** после укуса клеща (контакта с клещом) на пункты серопрфилактики Застрахованный обращается за амбулаторной помощью в базовое медицинское учреждение, указанное в договоре страхования (полисе).

6.5. В случае укуса клеща (контакта с клещом) за пределами города Томска и невозможности обращения в течение трех суток на пункты серопрфилактики, указанные в договоре страхования (полисе), Застрахованный обязан обратиться за медицинской помощью в любой ближайший пункт серопрфилактики. Для получения возмещения расходов, произведенных на пунктах серопрфилактики за пределами города Томска, Застрахованный по прибытии в город Томск должен написать Страховщику заявление и приложить к нему:

- документы, подтверждающие оказание Застрахованному соответствующих услуг (заклучение о проведенном обследовании, результаты обследования и врачебное заключение об оказании медицинских услуг);
 - документы, свидетельствующие об оплате Застрахованным медицинских услуг (чек контрольно-кассовой машины и товарный чек);
 - страховой полис и документ удостоверяющий личность (паспорт).
- 6.6.** Страховщик вправе потребовать от Застрахованного документы, подтверждающие факт наступления страхового случая и объем оказанных медицинских услуг (выписка из Медицинской карты, Листок временной нетрудоспособности, рецепт, и т.п.).
- 6.7.** По дополнительным Вариантам страхования «Медикаментозная карта амбулаторная», «Медикаментозная карта стационарная», «Медикаментозная карта форте-андро и форте-гине» для получения возмещения расходов, произведенных на приобретение медикаментов, назначенных аккредитованным врачом Застрахованный должен написать Страховщику заявление и приложить к нему:
- документы, подтверждающие назначение Застрахованному соответствующих медикаментов (врачебное заключение о назначении медицинских препаратов, выписка из амбулаторной или стационарной карты Застрахованного);
 - документы, свидетельствующие об оплате (чек контрольно-кассовой машины и товарный чек);
 - страховой полис и документ удостоверяющий личность (паспорт).
- 6.8.** Медико-технологические аспекты выплаты страхового обеспечения по договору добровольного медицинского страхования представляют собой комплекс врачебного, страхового и сервисного обслуживания:

6.8.1. Амбулаторно-поликлиническая помощь (серопротифактика).

При обращении Застрахованного на пункт серопротифактики **в первые 3 суток** с момента укуса /контакта с клещом Застрахованному предоставляются следующие услуги:

- осмотр общетерапевтический, удаление присосавшегося клеща при его обнаружении на кожных покровах Застрахованного;
- назначение лекарственных препаратов и проведение антибиотикотерапии для профилактики иксодовых клещевых боррелиозов и эрлихиозов (исключение для детей в возрасте до 14 лет);
- определение антигена вируса клещевого энцефалита в крови, но не ранее чем через 24 часа после присасывания клеща или определение антигена вируса клещевого энцефалита в препарате клеща годного для исследования;
- в случае выявления антигена вируса клещевого энцефалита в крови или препарате клеща назначается Йодантипирин или внутримышечное введение иммуноглобулина человека против клещевого энцефалита, но не позднее первых четырех суток с момента укуса/контакта с клещом;
- **на 15-21 день с момента** укуса/контакта с клещом Застрахованному назначается повторное посещение для исследования венозной крови на антитела против боррелий; при положительном результате исследования, Застрахованного направляют на консультацию к аккредитованному врачу-инфекционисту, для решения вопроса о его дальнейшем лечении;
- в случае если врач обнаруживает у Застрахованного хотя бы один из симптомов (температура тела 37,0 и выше, лабильность артериального давления, головная боль, боль в мышцах и суставах, эритема в месте присасывания клеща), то он немедленно направляет Застрахованного на консультацию к аккредитованному врачу стационара, указанного в договоре страхования (полисе) для решения вопроса о его дальнейшем лечении.
- по дополнительному Варианту «**Экспресс-диспетчер**» предоставляется круглосуточная диспетчерская служба по индивидуальному «горячему» телефону и обратная связь – извещение о результатах исследований на пункте серопротифактики по контактному телефону, который Застрахованный указал на пункте диспетчерской службы.

При обращении Застрахованного на пункт серопротифактики **в поздние сроки (более трех суток с момента укуса/контакта с клещом)** Застрахованному предоставляются следующие услуги:

- осмотр общетерапевтический;
- исследование крови на антиген и антитела к вирусу клещевого энцефалита;
- первичная и повторные консультации врача инфекциониста базового учреждения;
- по показаниям врача при сомнительных диагнозах и/или для уточнения диагноза проводят дополнительные лабораторные исследования крови;
- **на 15-21 день с момента** укуса/контакта с клещом Застрахованному назначается повторное посещение для исследования венозной крови на антитела против боррелий; при положительном результате исследования крови, Застрахованного направляют на консультацию к врачу-инфекционисту, для решения вопроса о дальнейшем лечении;

- по дополнительному Варианту страхования **«Медикаментозная карта амбулаторная»** в случае амбулаторного лечения **Застрахованного** производится компенсация затрат, на приобретение медикаментов, назначенных аккредитованным врачом;
- по дополнительному Варианту страхования **«Профессор»** предоставляются консультации профессора: первичная и повторные;
- в случае если врач обнаруживает у **Застрахованного** хотя бы один из симптомов (температура тела 37,0 и выше, лабильность артериального давления, головная боль, боль в мышцах и суставах, эритема в месте присасывания клеща), то он немедленно направляет **Застрахованного** на консультацию к аккредитованному врачу стационара, для решения вопроса о дальнейшем лечении.

6.8.2. Стационарная помощь.

При появлении симптомов, характерных для клещевого энцефалита, иксодового боррелиоза (болезни Лайма), эрлихиоза и/или других клещевых инфекций (температура тела 37,0 и выше, лабильность артериального давления, головная боль, боль в мышцах и суставах, эритема в месте присасывания клеща), **Застрахованному** предоставляются:

- госпитализация в специализированные медицинские учреждения, указанные в договоре страхования (полисе) в разделе «Стационар»;
- при сомнительных диагнозах и/или для уточнения диагноза проведение дополнительных лабораторных исследований крови, в том числе и на редкие клещевые инфекции;
- гарантированное обеспечение высокоэффективными лекарственными средствами;
- динамический контроль сериями лабораторных диагностических тестов;
- наблюдение и консультация профессора – по показаниям;
- лечение клещевых инфекций методом интегративной медицины по показаниям профессора и по желанию **Застрахованного**;
- по дополнительным Вариантам страхования **«Медикаментозная карта стационарная»**, **«Медикаментозная карта форте-андро и фоте-гине»** предоставляется дополнительное индивидуальное медикаментозное обеспечение назначенное лечащим врачом при выписке из стационара или производится компенсация затрат, на приобретение данных медикаментов.

6.8.3. Динамическое наблюдение.

В течение года после первичного курса стационарного лечения **Застрахованному** по показаниям аккредитованного лечащего врача предоставляются:

- 4-х кратные консультации лечащего врача;
- консультации узких специалистов по показаниям лечащего врача-инфекциониста;
- динамический контроль сериями лабораторных диагностических тестов;
- назначение амбулаторного лечения или повторной госпитализации по показаниям лечащего врача.

6.8.4. Реабилитационно-восстановительное лечение.

После прохождения курса стационарного лечения и по показаниям аккредитованного лечащего врача **Застрахованный** направляется на восстановительное лечение в одно из базовых медицинских учреждений, указанных в договоре страхования (полисе) в разделе «Реабилитационно-восстановительное лечение» для :

- восстановления нейрофизиологических и психоэмоциональных функций организма;
- уменьшения остаточных явлений и процессов после перенесенной нейроинфекции.

Все вышеуказанные медицинские и иные услуги предоставляются только по назначению аккредитованного лечащего врача и в объеме, выбранным Страхователем.

6.9. **Застрахованное** лицо обязано следовать всем врачебным рекомендациям и выполнять все врачебные назначения, в том числе и на пунктах серопрфилактики.

6.10. В случае неисполнения **застрахованным** лицом обязанностей по договору страхования **Страховщик** вправе отказать в выплате страхового обеспечения.

СТРАХОВЩИК

АО «СК «Астро-Волга»

Адрес: _____
Тел. _____
Факс _____
Р/с _____

(подпись, Ф.И.О.)

М.П.

СТРАХОВАТЕЛЬ

Адрес: _____
Тел. _____
Факс _____
Р/с _____

(подпись, Ф.И.О.)

М.П.

Приложение № 18
к Комбинированным Правилам добровольного медицинского страхования

ПРОГРАММА
добровольного медицинского страхования № 11
«Реабилитационно-восстановительное лечение»

1. Общие положения программы:

1.1. По настоящей программе АО «СК «Астро-Волга» (далее по тексту – «Страховщик») гарантирует Застрахованному лицу организацию, предоставление и оплату в пределах страховой суммы реабилитационно-восстановительного лечения в медицинских организациях, из числа предусмотренных договором страхования.

1.2. Страховым случаем является обращение в медицинскую организацию в плановом порядке по поводу хронического заболевания в период ремиссии, состояния после травмы или функциональных нарушений (с целью проведения первичной профилактики), возникших в пределах или за пределами срока действия договора. К медицинским организациям по данной программе относятся санаторно-курортные организации, центры восстановительной медицины и реабилитации, диспансеры, больничные организации.

1.3. Настоящая программа добровольного медицинского страхования является неотъемлемой частью договора добровольного медицинского страхования и гарантирует предоставление следующих медицинских услуг:

2. Перечень медицинских услуг:

- 2.1. Консультативные и другие профессиональные услуги врачей.
- 2.2. Лабораторная диагностика биологических жидкостей и тканей по назначению лечащего врача.
- 2.3. Инструментальные методы диагностики по назначению лечащего врача:
 - 2.3.1. Функциональная диагностика (электрокардиография, велоэргометрия, реовазография, электроэнцефалография, холтеровское мониторирование и др.).
 - 2.3.2. Рентгенологические методы обследования, в том числе компьютерная и магнитно-резонансная томографии.
 - 2.3.3. Радионуклеидная диагностика.
 - 2.3.4. Ультразвуковая диагностика.
 - 2.3.5. Эндоскопические методы исследования.
- 2.4. Физиотерапевтическое лечение по назначению лечащего врача.
- 2.5. Мануальная терапия, медицинский массаж, рефлексотерапия и занятия лечебной физкультурой по назначению лечащего врача.
- 2.6. Назначение и применение лекарственных препаратов и других необходимых для лечения средств.
- 2.7. Методы традиционной диагностики и терапии по назначению лечащего врача: биорезонансная диагностика и терапия, традиционная диагностика (диагностика по-Фоллю и др.), натуротерапия (фито-, гирудо-, апитерапия и др.), гомеопатия.
- 2.8. Пребывание в номере(палате), питание и уход медицинского персонала.

3. По настоящей программе Страховщик не оплачивает медицинские услуги, оказываемые Застрахованному лицу по поводу перечисленных ниже заболеваний:

- 3.1. СПИД.
- 3.2. Особо опасные инфекционные болезни – натуральная оспа, чума, холера, желтая лихорадка.
- 3.3. Острая и хроническая лучевая болезнь.
- 3.4. Психические болезни, алкоголизм, наркомания, токсикомания, их осложнения.
- 3.5. Злокачественные новообразования, в том числе злокачественные заболевания крови.
- 3.6. Туберкулез.
- 3.7. Врожденные пороки, аномалии развития и наследственные болезни.
- 3.8. Болезни, передаваемые преимущественно половым путем: сифилис, гонорея.
- 3.9. Заболевания, сопровождающиеся хронической почечной или печеночной недостаточностью, требующие проведения гемодиализа.
- 3.10. Травмы, отравления и заболевания, полученные Застрахованным лицом в состоянии алкогольного, наркотического, токсического или иного опьянения, если об этом имеется соответствующее указание в медицинской документации.
- 3.11. Травмы, отравления и заболевания, наступившие в результате или при совершении Застрахованным лицом противоправных действий, если об этом имеется соответствующее указание в медицинской документации.
- 3.12. Травмы, отравления и заболевания, возникшие в связи с умышленным причинением Застрахованным лицом себе телесных повреждений, суицидальными попытками, если об этом имеется соответствующее указание в медицинской документации.

4. По настоящей программе Страховщик не оплачивает оказание Застрахованному лицу следующих медицинских услуг:

- 4.1. Медицинские услуги, выходящие за рамки настоящей программы.
- 4.2. Все виды стоматологического лечения.
- 4.3. Медицинские услуги, не предписанные врачом.

4.4. Лечение и/или процедуры, способствующие или предотвращающие половое зачатие, включая, искусственное оплодотворение, введение и удаление ВМС.

4.5. Консультации, диагностические и лечебные мероприятия, связанные с беременностью, прерывание беременности без медицинских показаний.

4.6. Диагностические исследования, лечение, процедуры, пластические операции, проводимые с эстетической или косметической целью или с целью улучшения психологического состояния Застрахованного лица, по поводу заболеваний волос и кожи.

4.7. Проведение хронического гемодиализа.

4.8. Расходы на перевязочный материал, медицинское оборудование, очки, контактные линзы, слуховые аппараты, а так же расходы на подгонку корректирующих медицинских устройств и приспособлений.

4.9. Медицинское обследование, проводимое с целью оформления справок для получения водительских прав, разрешения на ношение оружия, посещение бассейна и прочие.

5. **Перечень медицинских организаций:**

6. **Порядок предоставления медицинских услуг:**

СТРАХОВЩИК

АО «СК «Астро-Волга»

Адрес: _____

Тел. _____

Факс _____

Р/с _____

(подпись, Ф.И.О.)

М.П.

СТРАХОВАТЕЛЬ

Адрес: _____

Тел. _____

Факс _____

Р/с _____

(подпись, Ф.И.О.)

М.П.